

Entwicklungstendenzen in der modernen amerikanischen Psychiatrie*.

Von

PAUL H. HOCH, New York.

(Eingegangen am 21. Juli 1954.)

Dieses Thema ist so umfangreich und vielgestaltig, daß ich hier nur auf eine Reihe von allgemeinen Fragestellungen eingehen kann. Ich hoffe, daß die gewählten Ausschnitte für Sie von Interesse sein und daß die von mir nicht angeschnittenen Fragen von anderen Sprechern behandelt werden.

Wie Sie wohl wissen, habe ich den Auftrag erhalten, in meinem Bericht vor allem auf die Beiträge der verschiedenen amerikanischen Schulen der *Psychotherapie* einzugehen. Wegen Zeitmangels wird es jedoch angebracht sein, dieses Referat auf die wichtigsten psychodynamischen Schulen zu beschränken.

Diese von Zweckmäßigkeitsgründen bedingte Auswahl sollte von Ihnen jedoch nicht dahin ausgelegt werden, daß amerikanische Psychiatrie und Psychodynamik identisch sind und daß wertvolle Beiträge zur Theorie und Praxis der modernen Psychiatrie nicht auch von anderen Wissenschaftszweigen beige-steuert worden sind. Es trifft zu, daß viele Psychiater und besonders Analytiker in den Vereinigten Staaten nur für psychologische Behandlungsmethoden Interesse haben, da sie nicht an eine organische Grundlage der sogenannten funktionellen Geistesstörungen glauben und von ihrer rein psychogenetischen Entstehung überzeugt sind. Trotzdem werden jedoch Forschungen in der Erblehre, der Neurophysiologie und Biochemie, der Pharmakologie und Psychochirurgie und anderen Teilwissenschaften der Psychiatrie in steigendem Umfange für bedeutsam gehalten und zur Durchführung gebracht.

Der von den verschiedenen amerikanischen Schulen der *Psychodynamik* geleistete Beitrag ist darin zu sehen, daß unser Wissen von menschlichen Motiven beträchtlich bereichert und unsere Aufmerksamkeit auf die weite Verbreitung emotioneller Störungen gerichtet worden ist, die außerhalb psychiatrischer Anstalten behandelt werden können. Auf diese Weise wurde das Schwergewicht der psychiatrischen Tätigkeit von der Anstaltspsychiatrie auf das *extramurale* Gebiet verschoben, und nur so ist es zu erklären, daß die psychogenetischen und psychotherapeutischen Tendenzen in der heutigen amerikanischen Psychiatrie die

* Referat auf der Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, München, August 1953.

Oberhand gewonnen haben. Die psychogenetischen Theorien fanden eine sehr große Anhängerschaft, weil die organischen Forschungsrichtungen in der Psychiatrie außerstande waren, eine überzeugende Systematik hinsichtlich der Kausalität der Geistesstörungen zu entwickeln.

Die Einführung der Insulin-, Elektroschock- und chirurgischen Behandlungsmethoden trug erheblich zur Erweiterung unseres Wissens auf dem Gebiete der Psychiatrie bei, ließ aber die Ätiologie der Geistesstörungen auch weiterhin im unklaren. Die Anhänger der psychodynamischen Schulen verwarfen zunächst wohl die organischen Behandlungsmethoden wie auch die ihnen zugrunde liegenden theoretischen Prinzipien und sprachen diesen Methoden bestenfalls einen symptomatischen Heilwert zu. Allmählich erkennt man jetzt jedoch, daß viele psychodynamische Vorstellungen auf dem Gebiete der Ätiologie einen ebenso beschränkten Wert haben wie einige der organisch fundierten Theorien, und daß die Heilwirkung der Analyse ebenso anzweifelbar ist wie die Anwendungsweise der organischen Behandlungsmethoden. In diesem Zusammenhange muß darauf hingewiesen werden, daß brauchbare Behandlungsstatistiken zwar für die organischen Methoden, aber kaum für die Analyse zur Verfügung stehen.

Es ist daher leicht zu verstehen, daß die Aufsplitterung auf dem Gebiete der Therapie sehr beträchtlich ist. Auf der einen Seite werden alle funktionellen Psychosen und natürlich die Neurosen als psychogen bedingt angesehen und auf Konflikte mit der Umwelt zurückgeführt. Auf der anderen Seite gibt es viele Psychiater, die die Neurosen z. B. mit Kohlendioxyd behandeln und dabei von der Vorstellung ausgehen, daß diese Krankheitsbilder als organische Nervenzellenerkrankungen aufzufassen und daher als besonders geeignet für die Anwendung physikalischer oder neurophysiologischer Behandlungsmethoden (ohne Psychotherapie) anzusehen seien. Bei der Besprechung der psychosomatischen Behandlungsmethoden wird später gezeigt werden, daß wahrscheinlich beide Auffassungen eine gewisse Berechtigung haben. Sie sind jedoch höchst ungenügend gegeneinander abgesetzt, und es bleibt immer noch weitgehend dem Vorurteil des einzelnen Therapeuten überlassen, welche Methode er bei welcher Krankheitsgruppe zur Anwendung bringen will.

Diese Aufsplitterung existiert anscheinend überall, wo Psychiatrie betrieben wird und ist keineswegs eine Eigentümlichkeit der amerikanischen Psychiatrie. Ähnliche Verwirrungen finden sich auf dem Gebiete der Klassifikation der Geistesstörungen.

Die *diagnostischen* Schwierigkeiten der modernen Psychiatrie sind wohl bekannt und natürlich darauf zurückzuführen, daß die meisten Diagnosen phänomenologisch und nicht ätiologisch bestimmt sind. Ihre Anwendung ist häufig von subjektiven Anschauungsweisen beeinflusst und ist so vielen Änderungen unterworfen worden, daß die Wandelbarkeit psychiatrischer Klassifikationen einen Niederschlag in der heutigen Denkungsweise gefunden hat. Die KRAEPELINSchen Ideen, die im vorigen

Jahrhundert von so großer Bedeutung waren, sind heute nicht mehr völlig annehmbar, wenn es sich um Krankheitsgruppen handelt, deren Diagnose sich auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Demenz stützt.

Der Ausgang eines Krankheitsprozesses ist ein ebenso wichtiger Faktor der klinischen Betrachtungsweise in der Psychiatrie, wie es in der somatischen Medizin der Fall ist. Dieser Faktor kann jedoch nicht mehr per se dazu benutzt werden, Krankheitseinheiten voneinander abzugrenzen, da wir wissen, daß dieselbe Störung bei manchen Kranken einen milden Verlauf und in anderen einen bösartigen Verlauf haben kann. Infolgedessen hat der Begriff der Verblödung besonders im Krankheitsbild der Schizophrenie weitgehende Änderungen durchgemacht. Schizophrene Demenz wird nicht mehr, wie bei den organischen Psychosen, als ein fortschreitender Defektzustand im Sinne eines wirklichen Defizits angesehen, sondern als ein Zustand verminderter Ansprechbarkeit oder psychischen Beweglichkeit. Diese Auffassung spiegelt eine behandlungsfreudigere Betrachtungsweise wider, hat es jedoch keineswegs leichter gemacht, das therapeutische Problem der schizophrenen Demenz zu lösen.

Andererseits kann jedoch nicht geleugnet werden, daß sich manche anscheinend verblödete Schizophrene als so widerstandsfähig erweisen, daß sie eindrucksvolle Remissionen zeigen. Es bedarf noch der Klärung, ob und inwieweit solche Kranke nur einen Zustand der Regression und nicht der Verblödung hatten. Jedenfalls stößt man immer noch auf den Vorschlag, die Differenzierung verschiedener Krankheitsbilder entweder auf den Ausgang der Erkrankung oder auf seine therapeutische Beeinflussbarkeit zu stützen. So wird z. B. ein Kranker als manisch-depressiv klassifiziert, wenn er günstig auf Elektroschockbehandlung reagiert, und anderenfalls als schizophren. Oder er wird als ein Neurotiker angesehen, wenn er psychotherapeutische Beziehungen zum behandelnden Psychiater herzustellen vermag, und sonst als ein Schizophrener. Auch wenn solche Vorstellungen ein Körnchen der Wahrheit enthalten mögen, so sollten sie doch nicht zur diagnostischen Klassifizierung benutzt werden.

Das Gesamtproblem der psychiatrischen Klassifizierung macht zur Zeit in den Vereinigten Staaten große Umwälzungen durch, da die vereinfachten Diagnostizierungsmethoden der Vergangenheit von vielen als unbefriedigend angesehen werden. Früher wurde jeder Kranke, dessen Zustandsbild durch Halluzinationen, Wahnideen und grobe regressive Phänomene gekennzeichnet war, als psychotisch, und ein Kranker ohne solche Symptome als neurotisch klassifiziert. In dieser Beziehung gab es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den europäischen und amerikanischen Systemen der psychiatrischen Klassifizierung. Die Ausnahmen, die in beiden Systemen gemacht wurden, bezogen sich im wesentlichen auf die einfache (blande) Form der Schizophrenie, welche trotz des Fehlens von Wahnideen und Halluzinationen als „psychotische“ Störung angesehen wurde.

Es ist seit langem bekannt, daß solche psychoneurotische Symptome wie diffuse Angst, hysterisches Verhalten oder Zwangsvorstellungen bei vielen Personen zur Beobachtung kommen, die später eindeutig schizophrene Zustandsbilder entwickeln. Wie unsere eigenen Untersuchungen gezeigt haben, lassen sich jedoch bei diesen Kranken milde schizophrene Veränderungen schon dann feststellen, wenn gröbere Prozeßerscheinungen

noch völlig fehlen und die milden Veränderungen durch psychoneurotische Symptome verdeckt sind. Diese Fälle, welche von manchen Autoren als latente, abgeschwächte oder Übergangsformen der Schizophrenie beschrieben worden sind, werden jetzt in den Vereinigten Staaten sowohl vom theoretischen wie auch vom praktischen Standpunkt eingehend untersucht.

In diesen Studien hat sich gezeigt, daß die pseudoneurotische Gruppe der Schizophrenen unbefriedigendere Behandlungsergebnisse ergibt als die üblichen Neurotiker, wenn sie mit Psychoanalyse behandelt werden, und daß *die meisten Fälle als völlige analytische Versager angesehen werden müssen*. Teilerfolge können mit Psychotherapie nur dann erzielt werden, wenn die klassische analytische Behandlungsmethode weitgehend geändert und auf die Bedürfnisse des einzelnen Kranken zugeschnitten wird.

Während die mit Insulin- oder Elektroschocktherapie erzielten Resultate auch viel zu wünschen übrig lassen, zeigen viele dieser Kranken eine erhebliche Besserung nach Psychochirurgie, auch wenn sie psychotherapeutische Versager waren. Die angewandte Operationsmethode kann weniger einschneidend sein als die bei chronischen Fällen benutzte, und viele der operierten Kranken können zu ihren Familien zurückkehren, nachdem sie ihre Angst und sonstigen pseudopsychoneurotischen Symptome verloren haben.

Ähnliche Klassifikationsschwierigkeiten bestehen in der Differenzierung psychotischer und neurotischer Depressionen. Abgesehen von den üblichen klinischen Symptomen sind unserer Ansicht nach auch die dynamischen Phänomene — wie z. B. die Oralität, die Überichstruktur usw. — bei beiden Gruppen die gleichen, und viele Abgrenzungen müssen willkürlich gemacht werden. In der Regel wird ein Kranker, der schon einige depressive Episoden durchgemacht hat, in die psychotische Gruppe eingereiht, und andernfalls in die neurotische. Eine neurotische Depression wird diagnostiziert, wenn die Verstimmung des Kranken sich als eine Reaktion auf auslösende Außenumstände entwickelt. Wenn aber derartige Faktoren nicht nachweisbar sind, dann wird eine endogene Depression diagnostiziert. Wir müssen uns daher die Frage vorlegen, ob wirkliche Unterschiede zwischen den psychotischen und den sogenannten neurotischen Depressionen vorhanden sind, oder ob es sich hier nur um quantitative Differenzen handelt.

Eine noch größere Verwirrung besteht hinsichtlich der Diagnose der Psychopathie. Obgleich diese Krankheitsgruppe sowohl psychiatrisch als auch forensisch von größter Wichtigkeit ist, wird sie doch noch immer als psychiatrische Schuttablagestelle benutzt. Offenbar hat der Begriff der Psychopathie nur eine phänomenologische Bedeutung, da er auf verschiedenen Wegen zustande kommen kann.

Drei Hauptgruppen finden sich, wenn man Personen untersucht, die sich psychopathisch verhalten haben. Die erste Gruppe wird von den klassischen Psychopathen gebildet, deren Verhaltensweise der alten Beschreibung der sogenannten konstitutionellen Psychopathie folgt. Die zweite Gruppe besteht aus Neurotikern, die Angstsymptome abzureagieren versuchen und im übrigen dieselbe Persönlichkeitsstruktur zeigen wie die Gesamtgruppe der Psychoneurotiker. In der dritten Gruppe finden sich psychotische Personen mit der Tendenz zum Abzureagieren, meistens Schizophrene. Die Differenzierung dieser drei Psychopathiegruppen, die sich oberflächlich weitgehend ähneln, ist oft schwierig und wissenschaftlich kaum gesichert. Es kann nicht bestritten werden, daß es viele Neurotiker gibt, welche abreagieren, und noch mehr Schizophrene, die ein pseudopsychopathisches Verhalten zeigen. Man kann daher annehmen, daß weitere Untersuchungen zu einer völligen Auflösung der jetzigen diagnostischen Kategorie der Psychopathie führen werden.

Weitere Klassifikationsschwierigkeiten entstehen in bezug auf Kranke, welche an psychosomatischen Störungen leiden und auf die Beseitigung dieser Störungen entweder mit einer erheblichen Verschlimmerung ihrer neurotischen Symptome oder mit einer regelrechten Psychose (depressiv oder schizophren gefärbt) reagieren. Einige amerikanische Autoren haben die Ansicht vertreten, daß viele derartige Fälle latente Schizophrenien sind, bei denen ein psychischer Zusammenbruch zu erwarten ist, wenn die somatischen Erscheinungen geheilt werden. Dieser Auffassung kann jedoch entgegengehalten werden, daß es zweifellos eine ganze Reihe von Kranken mit psychosomatischen Störungen gibt, bei denen der befürchtete Übergang in eine Psychose ausbleibt. Viele dieser Kranken verbleiben in der Behandlung von Internisten oder anderen Spezialisten und kommen gar nicht unter psychiatrische Beobachtung.

Mit Bezug auf die interessanten Wechselbeziehungen zwischen physischen und psychischen Symptomen in dieser Krankheitsgruppe kann jedenfalls kaum bezweifelt werden, daß bei vielen Kranken die Schizophrenen und psychosomatischen Störungen nebeneinander bestehen und nicht abwechseln. Weitere Forschungen auf diesem Gebiet werden möglicherweise gewisse Beziehungen zwischen den Funktionen des autonomen Nervensystems und der emotionellen Zentralsteuerung aufdecken und damit zur Klärung jener Grundstörungen beitragen, die im frühesten Anfangsstadium der Schizophrenie vor dem Auftreten psychotischer Symptome zu finden sind. Abgesehen von diesen nötig gewordenen Umwandlungen in der psychiatrischen Klassifizierung erscheint es im Interesse des Fortschrittes unseres heutigen Wissens vor allem ratsam festzustellen, wieweit sich normale, neurotische und psychotische Reaktionsweisen voneinander entscheiden, qualitativ und quantitativ und möglicherweise in beiden Beziehungen.

In dieser Hinsicht werden in Amerika wie auch hier die verschiedenartigsten Ansichten vertreten. Manche glauben an eine *kontinuierliche Linie*, die sich vom normalen zum psychotischen Individuum erstreckt. Andere schließen sich der Auffassung SCHNEIDERS an, daß die Psychosen auf organischer Grundlage beruhen, während die Neurosen als Erlebnisreaktionen anzusehen seien. Eine dritte Gruppe nimmt an, daß organische und psychogene Mechanismen sowohl bei den Neurosen wie auch bei den Psychosen eine Rolle spielen.

Im allgemeinen neigt die amerikanische Psychiatrie immer mehr dazu, die Abgrenzungen zwischen den sogenannten Gruppen aufzulockern und nur im Sinne *quantitativer Unterschiede zwischen Schizophrenie und den Neurosen* zu denken, während qualitative Unterschiede bestritten werden. Viele Psychiater haben es überhaupt aufgegeben, eine formale Diagnose zu stellen. Besonders im psychoanalytischen Schrifttum liegt dieser Tendenz die Vorstellung zugrunde, daß alle funktionellen Geistesstörungen mehr oder weniger die gleiche Ätiologie haben und bis auf gewisse Modifikationen die gleiche Behandlung erfordern. Selbst auf dem Gebiete der Forschung beschränken sich diese Kreise auf eine einzige Methode, die der Psychodynamik, da angenommen wird, daß alle diese Störungen psychogenen Ursprungs sind und sich nur in einigen psychodynamischen Konstellationen voneinander unterscheiden.

Aus diesem Grunde haben verschiedene dynamische Interpretationen die frühere Krankheitsbeschreibung der Neurosen und Psychosen fast völlig ersetzt. In manchen Fällen läßt sich nicht bestreiten, daß die dynamische der beschreibenden Methode überlegen ist. Auf der anderen Seite sollte jedoch nicht völlig vergessen werden, daß mit der psychodynamischen Methode oft nur die dem Verhalten einer Person zugrunde liegenden Motive und nicht immer die tieferen Ursachen dieses Verhaltens aufgedeckt werden.

Die Annahme, daß normale, neurotische und psychotische Reaktionsweisen sich nicht grundsätzlich voneinander unterscheiden und sowohl vom kausalen wie auch vom therapeutischen Standpunkt auf denselben Prinzipien beruhen, würde einen Kreis schließen, den die Entwicklung des modernen psychiatrischen Denkens beschrieben hat. Die Idee der sogenannten Einheitspsychose, die im 19. Jahrhundert verbreitet und beobachtungsmäßig gewonnen worden war, würde nunmehr dem dynamisch formulierten Gedanken einer einzigen emotionalen Störung Platz gemacht haben. Es mag dahingestellt bleiben, ob die jetzige Formulierung der früheren überlegen ist.

In jedem Falle haben psychodynamische Untersuchungen dazu geführt, die Bedeutsamkeit der Angst in der Struktur der Neurosen und funktionellen Psychosen ans Licht zu bringen. So hat sich insbesondere nachweisen lassen, daß sich neurotische und hysterische Angstzustände

und phobische Zwangssymptome nur klinisch voneinander unterscheiden. Sie sind als verschiedenartige Schutzmaßnahmen gegen das Gefühl der Angst aufzufassen. Selbst bei der Schizophrenie und gewissen Depressionen ist das Zentralsymptom der Angst von überragender Bedeutung. Der Nachweis für diese früher oft unterschätzte Theorie läßt sich am eindeutigsten bei akuten Schizophreniefällen mit Hilfe von Experimenten erbringen, die sich gewisser Chemikalien bedienen (Mescaline, LSD₂₅) und zur Verstärkung der Angst und zu einem Verfall der Ich-Struktur führen. Dieser Prozeß ist besonders eindrucksvoll bei Schizophrenen.

Die durch Mescaline oder LSD₂₅ ausgelösten Symptome sind durch Veränderungen des autonomen Nervensystems gekennzeichnet, die von Störungen der Auffassung, des Körpergefühls und der Körpervorstellungen gefolgt sind. Anscheinend sind die erzeugten Auffassungsstörungen imstande, Angst, Unsicherheit und manchmal Wutzustände hervorzurufen. Die verstärkte Ängstlichkeit führt zu einer Herabsetzung des Wirklichkeitsgefühls und damit zu einer weiteren Vermehrung der Spannungs- und Angstgefühle, die in der Form depressiver, aggressiver oder paranoider Zustände zum Ausdruck kommen können. Diese Beobachtung wirft die Frage auf, ob und inwieweit depressiv oder paranoid gefärbte Zustände als Primärsymptome aufzufassen sind oder als Folgezustand besonderer Spannungs- und Angstvorstellungen. Jedenfalls ist es aber noch keineswegs geklärt, ob bei der Schizophrenie die Angst als solche den symptomauslösenden Faktor bildet oder nur eine Reaktion auf einen noch unbekannten Störungsvorgang darstellt.

Auch bei den Neurosen ist es noch nicht klar, wie die Entstehung der Angst vor sich geht. Insbesondere wissen wir nicht, ob es der Repressionsvorgang ist, der Angst verursacht, oder ob er durch Angst verursacht wird, welche von dem Ich für die Unterdrückung angstbetonter Gedanken verwendet werden kann.

In der Symptomatologie der Schizophrenie und anderer Geistesstörungen wird der Nachdruck in der heutigen amerikanischen Psychiatrie mehr und mehr auf die emotionellen Komponenten gelegt. Andere Erscheinungsformen der Psychosen werden entweder kaum beachtet oder als Folgezustände der emotionellen Veränderungen aufgefaßt. Obgleich das diesbezügliche Grundproblem hier nur ganz kurz gestreift werden kann, so ist es doch wohl ohne Zweifel in der Frage zu sehen, ob Geistesstörungen Krankheiten im üblichen Sinne dieses Wortes oder Reaktionsweisen sind. Man hat den Versuch gemacht, diese Streitfrage dadurch zu lösen, daß man Geisteskrankheiten als Störungen der individuellen Anpassungsfähigkeit auffassen wollte, hat jedoch der ursprünglichen Frage damit nur ein neues Mäntelchen umgehängt. Um den Hintergrund dieser Polemik zu beleuchten, werde ich mich in meinem

übrigen Bericht auf die psychodynamischen Auffassungen beschränken, welche in den Vereinigten Staaten bezüglich emotioneller Störungen immer mehr in den Vordergrund gerückt sind.

Wenn es berechtigt ist, von einer modernen amerikanischen Psychiatrie als einer Ganzheit zu sprechen, dann ist ihr Schwerpunkt in den letzten 20 Jahren in der *psychodynamischen* Schule zu sehen. Diese Schule beruhte auf FREUDS klinischen Beobachtungen und Theorien und war besonders am Anfang mehr oder weniger identisch mit klassischer *Psychoanalyse*. Die Aufnahme dieser Schule in den Vereinigten Staaten war wohlwollend, weil sich die Grundanschauungen von MEYER und FREUD in der Betonung kausaler Persönlichkeits- und Umweltfaktoren bei der Entstehung geistiger Störungen weitgehend ähnelten. Abgesehen von der MEYERSchen Psychobiologie gab es zu dieser Zeit keine amerikanische Schule, die als typischer Vertreter der Psychiatrie angesprochen werden konnte.

Die jetzige psychodynamische Richtung kann nicht mehr mit der FREUDSchen Psychoanalyse gleichgesetzt werden, weil die theoretische Grundstruktur der Psychoanalyse in den letzten Jahren mannigfache Abwandlungen erfahren hat. Auch die praktische Anwendungsweise hat im Laufe der Jahre vielfache Änderungen durchgemacht. Es ist jedoch nicht verwunderlich, daß die theoretischen Neuformulierungen grundsätzlich wichtigere Konsequenzen hatten, als die Veränderungen der klinischen Behandlungsmethodik.

Die gemeinsame Grundlage der verschiedenen psychoanalytischen Richtungen geht auf die Hypothese zurück, daß Geistesstörungen auf einer Reihe von psychogenen Faktoren und nicht auf Organveränderungen des Zentralnervensystems beruhen und daher als umweltbedingte Reaktionsweisen aufzufassen seien. Soweit die ursprüngliche FREUDSche Lehre von seinen Schülern in ihrer Gesamtheit beibehalten wurde, kann sie als so allgemein bekannt vorausgesetzt werden, daß ihre Einzelheiten hier nicht erörtert zu werden brauchen. Der Nachdruck dieses Berichtes kann also auf solche Streitfragen gelegt werden, die zu wesentlichen Abweichungen im Grundbau der FREUDSchen Lehre geführt haben.

Fast völlig unbestritten ist die FREUDSche Lehre des Unbewußten. Der psychoanalytische Grundsatz, daß menschliche Seelenvorgänge von unbewußten Motiven beeinflußt sind, ist so weitgehend in die amerikanische Psychiatrie eingedrungen, daß ein Versuch, psychiatrisches Krankheitsgeschehen ohne die Einflüsse des Unbewußten zu erklären, als höchst unvollkommen angesehen werden würde. Die gegenwärtigen Streitpunkte beschränken sich im wesentlichen auf die Beziehungen, die zwischen den bewußten und unbewußten Anteilen der Psyche bestehen, und auf die Frage, ob die unbewußten Kräfte wirklich von Instinkten

hergeleitet sind und libidinöse Tendenzen haben. Selbst die von FREUD abweichenden Schulen vertreten jedoch durchweg seine Grundhypothese, daß alle geistigen und gefühlsmäßigen Verhaltensweisen zweckbestimmt und motiviert sind. Diese „deterministische“ Deutung der Psyche ist ein Grundprinzip aller psychodynamischen Schulen und völlig unabhängig von ihren verschiedenartigen Auslegungen der Motive und Kausalzusammenhänge. Das Festhalten an diesem Grundsatz scheidet die psychodynamische von der alten „beschreibenden“ Schule der Psychiatrie, in der seelische Reaktionsweisen oder „Epiphänomene“ nicht auf zweckvolle psychische Grundvorgänge zurückgeführt wurden.

Die von FREUD vorgeschlagene Einteilung der Psyche in das Id, das Ego und das Super-Ego ist gleichfalls weitgehend anerkannt, obgleich viele Psychiater das Id nicht als ein Sammelbecken für Instinkte ansehen, sondern als den tief im Seelenleben verankerten Sitz nicht instinktiver Triebe und Wunschbedürfnisse. Dem Ich (Ego) wird die Rolle einer dirigierenden Zentralstelle zugesprochen, die die Triebe in Schach hält und die persönlichen Beziehungen mit der Umwelt reguliert. Selbst im orthodoxen psychoanalytischen Schrifttum werden die bedeutungsvollen Funktionen des Ego und Super-Ego jetzt so stark betont, daß das Schwergewicht vom Interesse an triebbedingten Id-Einflüssen auf die Erforschung regulativer Ego-Funktionen verlegt worden ist. Durch die Betonung der Ego-gesteuerten Anpassungsfunktionen des Gefühlslebens sind sich die analytischen und nicht-analytischen Schulen der amerikanischen Psychotherapie wesentlich näher gekommen, während die Notwendigkeit, sich mit der Frage erbbedingter Entwicklungsunterschiede im Bereiche der Emotionalität auseinanderzusetzen, durch diese Einstellung weiter in den Hintergrund gerückt wurde.

Auch die bedeutungsvolle Rolle der Verdrängung bei der Entstehung normaler und krankhafter Verhaltensweisen hielt sich lange als ein unangefochtener Grundsatz der Psychoanalyse. Mit der FREUDschen Verdrängungstheorie war es möglich geworden, viele Alltagsrätsel der Psychopathologie, die Bedeutung des Traumlebens und — wenigstens oberflächlich — eine Reihe psychopathologischer Symptome in den Krankheitsbildern der Hysterie und der Zwangsneurosen zu erklären. Insbesondere die Vorstellung, daß freie Assoziationen verdrängte Gedankeninhalte zum Bewußtsein zurückbringen und dadurch eine entspannend-kathartische Heilwirkung auszuüben vermögen, wurde anfänglich von den meisten Psychiatern ohne Widerspruch angenommen. Kritische Vorbehalte wurden zuerst mehr gegen die praktischen als die theoretischen Fragestellungen der Verdrängungstheorie gerichtet.

Nach einer Weile erkannte man jedoch, daß das Zurückbringen von lange verdrängtem Material häufig keine genügende Besserung im Befinden eines gemütskranken Menschen hervorruft und daß die Katharsis

an sich nur einen sehr beschränkten Heilwert besitzt. Viele Kranke lernen in der Psychoanalyse verstehen, welche gefühlsmäßigen Traumata sie in der Kindheit erlitten und welchen Einfluß diese Traumata auf ihre Persönlichkeitsentwicklung gehabt haben. Trotzdem fühlen sie keine Veränderung in ihren Krankheitssymptomen, auch wenn sie sich große Mühe gegeben haben, verdrängte Erinnerungsvorstellungen ins Gedächtnis zurückzurufen.

Diese Beobachtung führte dazu, daß an Stelle der alten Verdrängungstheorie jetzt der *Hauptwert auf eine gefühlsbewußte Charakterschulung des Kranken* gelegt wird. Dabei hat sich herausgestellt, daß scheinbar „freie“ Assoziationen in Wirklichkeit gar nicht frei sind, sondern vom Analytiker während der Analyse — entweder mit oder ohne sein Wissen — häufig in vorausbestimmte Kanäle geleitet werden. Trotzdem muß zugegeben werden, daß die assoziative Freilegung unbewußter menschlicher Motive weitgehend unabhängig davon zu sein scheint, ob das Assoziationsmaterial selbständig oder mit Hilfe des Analytikers produziert worden ist. Auf diese Weise kann dem Verdrängungsmechanismus seine bedeutsame Stellung im Heilvorgange belassen werden, da er auf dem Wege zur Gefühlsanpassung des Kranken im Rahmen seiner Umweltsbeziehungen viel zur Aufdeckung von gefühlsbetonten Erfahrungen beiträgt.

Ebenso umstritten oder beträchtlich abgeschwächt ist das alte dynamische Grundprinzip, welches normale und abweichende Formen der Sexualentwicklung auf die *Oedipus*-Situation zurückzuführen sucht. Soweit solche Kausalbeziehungen in der modernisierten Neurosenlehre überhaupt noch Anerkennung finden, sind sie jetzt in der Regel weit in den Hintergrund getreten.

Die am meisten angezweifelte These der FREUDschen Grundstruktur des Persönlichkeitsaufbaues ist die Libidotheorie in ihrer Bedeutung für die Entwicklung verschiedener sexueller Reifestufen. Das übliche Schema der Libidotheorie hat sich als viel zu mechanistisch herausgestellt, um die Differenzierung psychischer Funktionen und Motive verständlich machen zu können. Manche Analytiker betrachten die *Lehre einer gestuften Libidofixierung als völlig wertlos*, da sie bezweifeln, daß unklare Gefühlsbestrebungen durch die Transformation in ein bestimmtes Energieschema wesentlich an Klarheit gewinnen können. In dieser Beziehung stieß FREUD auf dieselben Schwierigkeiten, die sich anderen Forschern in den Weg stellten, wenn sie organisch-biologische und psychologisch erlebte Phänomene des Gefühlslebens auf die gleiche terminologische Auswertungsformel bringen wollten. Da die biologische Gesamtstruktur des Menschen von FREUD als die Grundlage aller Organmanifestationen einschließlich der psychischen durchaus anerkannt wurde, so wurde die Libidotheorie von ihm logischerweise dazu verwendet, die

seelisch-gefühlsbetonten und die biologisch-organgebundenen Komponenten der Psyche miteinander zu verknüpfen.

Der am wenigsten angefochtene, wenn auch später etwas modifizierte Teil der FREUDschen Lehre ist in der *Transferenztheorie* und ihrer Bedeutung für die analytische Therapie zu sehen. Es ist natürlich allgemein in der Psychiatrie anerkannt, daß alle Formen der Psychotherapie ein ganz besonderes Gefühls- und Vertrauensverhältnis zwischen dem Psychiater und seinem Patienten voraussetzen. Es ist unzweifelhaft das größte Verdienst der Psychoanalyse, daß sie gezeigt hat, daß der Kranke eine wirkliche Transferenzsituation mit dem Therapeuten herstellen muß, um die Motive seiner Handlungsweisen aufklären und mit Erlebnissen der Gegenwart und Vergangenheit verknüpfen zu können. Leider hat sich aber dabei herausgestellt, daß Einsicht in die Motivierung menschlicher Verhaltensweisen nicht immer zum Verstehen ihrer grundlegenden Verursachungen führt.

Inwieweit Motivierung und Verursachung im menschlichen Gefühlsleben übereinstimmen, muß vorläufig dahingestellt und weiteren Untersuchungen vorbehalten werden. Amerikanische Analytiker neigen zu der Ansicht, daß neurotische und sogar psychotische Störungen auf früheste Kindheitseinflüsse zurückzuführen sind und daher durch Umlernungsbestrebungen beseitigt werden können. Die Annahme, daß Neurosen und selbst die funktionellen Psychosen durch *traumatische Kindheitserlebnisse* verursacht werden, ist noch immer eine der in analytischen Kreisen am wenigsten angezweifelte Hypothesen. Trotzdem wird auch hier und dort die Meinung vertreten, daß diese Theorie viel zu naiv ist und daß wir in jedem Falle noch sehr viel über Kindheitstraumen zu lernen haben, ehe ihre alleinige ursächliche Rolle in der Entwicklung von Geistesstörungen als gesichert angesehen werden könnte. Daß die Umgebung in manchen Neurosen von ausschlaggebender Bedeutung ist und in allen Neurosen und endogenen Psychosen eine wichtige pathoplastische Rolle spielt, wird heutzutage natürlich von niemand mehr bezweifelt.

Weniger einflußreich als früher ist jetzt die von ADOLF MEYER begründete *psychobiologische* Schule, die in der amerikanischen Psychiatrie für eine Weile viele Anhänger hatte. Einige der MEYERSchen Ideen sind jedoch völlig in die psychiatrische Denkungsweise übergegangen, obgleich sie kaum noch mit seinem Namen in Verbindung gebracht werden. Dies trifft besonders auf die These zu, daß der Persönlichkeitsaufbau des Individuums nicht nur als die Ganzheit seiner anatomischen, physiologischen und psychologischen Funktionskomponenten verstanden werden könne. Deshalb wurden von MEYER alle Organfunktionen und lebensgeschichtlichen Einzelheiten zur Erklärung einer Geistesstörung herangezogen, so daß psychische Entwicklungen von den verschiedensten Seiten im positiven oder negativen Sinne bewertet werden konnten, insbesondere

vom Standpunkt des Erbgutes, instinktmäßiger Veranlagungen, des Intellekts und der emotionalen Struktur des Individuums. Trotz der theoretischen Großzügigkeit dieses Grundrisses muß jedoch von der MEYERSchen Lehre gesagt werden, daß sie menschliches Verhalten im wesentlichen in seinen sichtbaren Manifestationen zu erklären versuchte.

Konstitutionsfaktoren wurden anerkannt, aber psychische Funktionen wurden fast ausschließlich als umweltgeformt angesehen. Lebensschicksale wurden auf bewußte Erlebnisse und tatsächliche Konflikte hin untersucht und nach den Regeln des gesunden Menschenverstandes bewertet, während unbewußten Motivierungen nur wenig Beachtung geschenkt wurde. Da auch freie Assoziationen und Traumdeutung kaum benutzt wurden, lag der Nachdruck der als „verteilende Analyse“ bezeichneten MEYERSchen Behandlungsmethode auf dem Nachweis körperlicher oder geistiger Umweltschädigungen der individuellen Anpassungsfähigkeit.

Vom Standpunkt der Psychobiologie hat die FREUDSche Lehre viel zum Verständnis menschlicher Verhaltensweisen beigetragen, ist aber zu einseitig und spekulativ in ihren ätiologischen Schlußfolgerungen, besonders durch die Überbetonung sexueller Motive. Für den schulmäßigen Analytiker ist die Psychobiologie zu oberflächlich, zu statisch, und nicht geeignet für die Tiefenerforschung unbewußter Triebregungen.

Die ersten psychodynamischen Gruppen, die sich von der FREUDSchen Psychoanalyse trennten und sich zu ihr in kritischen Widerspruch setzten, waren die von ADLER und JUNG begründeten Schulen.

Besonders durch ADLER wurde das psychologische Denken der westlichen Welt stark beeinflußt, auch wenn sich sein Einfluß mehr auf Erzieher und Soziologen als auf psychiatrisch-analytische Kreise erstreckte. In den letzten paar Jahren sind einige seiner Ideen in veränderter Form wieder mehr in den Vordergrund getreten, aber es können hier nur jene wenigen Theorien erwähnt werden, welche für die psychiatrische Denkungsweise von Bedeutung waren. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, auf die Gründe zurückzugehen, die zum Zerwürfnis zwischen FREUD und ADLER führten. Der Letztere verwarf die Libidotheorie und betonte an Stelle verdrängter Sexualtriebe die Bedeutung der spannungsauslösenden und die individuelle Selbstentfaltung beschränkenden Sozialstruktur bei der Entstehung von Neurosen.

Die ADLERSche Lehre ging von der Beobachtung aus, daß viele mit einer konstitutionellen Organminderwertigkeit behaftete Personen dazu neigen, kompensierende Eigentümlichkeiten zu entwickeln, die manchmal weit über das Ziel hinausschießen. Dieser Gedanke wurde später so beträchtlich ausgedehnt, daß er zur Postulierung universeller Minderwertigkeitsgefühle im Kinde führte, welches sich dem Erwachsenen gegenüber klein, unterwertig und hilflos fühlt. Zum Ausgleich werden zielbewußte Machtstrebungen entwickelt, die oft in Aggressivität zum Ausdruck kommen. Ihr Zweck ist in der Regel sozialbestimmt, während ihre Ausdrucksweise vom jeweiligen Kulturmilieu abhängt. Die ausgelösten Machtstrebungen können entweder zum Erfolg oder zu umweltbedingten Enttäuschungen führen. Im letzteren Falle endet der vereitelte Machthunger in unbewußter Flucht in die Krankheit, welche dem Erfolglosen eine Entschuldigung, die fürsorgliche

Aufmerksamkeit seiner Umgebung und dadurch eine gewisse Macht über seine nächsten Angehörigen gibt. Natürlich ist ADLERS These des vereitelten Machtstrebens in der modernen Neurosenlehre bestenfalls als eine Teilerklärung in gewissen neurotischen Konstellationen und keinesfalls mehr als die alleinige Ursache in allen Neurosen anerkannt.

Von ADLER stammt auch die Idee der maskulinen Protesteinstellung der Frau, die sich in der vom Manne beherrschten Welt sozial zurückgesetzt fühlt und dieses vermeintliche Handicap durch die Wahl neurotischer Ersatzziele auszugleichen versucht. Diese Theorie zeigt den krassen Unterschied zwischen der FREUDSchen und der ADLERSchen Schule besonders deutlich auf. Die Bedeutung weiblicher Minderwertigkeitsgefühle wurde auch von FREUD in gewissen Neurosen anerkannt, aber sie wurden von ihm auf Peniseid und dynamisch bedeutsame Kastrationsvorstellungen zurückgeführt. ADLER erklärte das Unterlegenheitsgefühl der Frau auf der Grundlage sozialer Kulturbedingtheiten und nicht als das Ergebnis sexueller Entwicklungsvorgänge, da er sexuelle Kindheitstraumen überhaupt nicht für wichtig hielt. Für ihn lag die Essenz der Oedipus-Situation in der Hoffnung auf Triumph durch Machtgewinnung über die dominierende Stellung des Vaters oder der Mutter, und nicht wie in FREUDS Lehre in Inzestbegehungen und dem durch sie ausgelösten Wunsch oder Furcht, durch Kastration dafür bestraft zu werden. Sexualität war für ihn nicht die Ursache, sondern ein Begleitumstand der Neurose und im wesentlichen ein Teilausdruck egoistischer Begehungsvorstellungen.

ADLERS Theorien müssen als ein wichtiger Beitrag zur Neurosenlehre angesprochen werden, auch wenn sie den wirklichen Ursprung der Neurose im unklaren lassen, vielleicht mit Ausnahme des Begriffes gewisser Organminderwertigkeiten. Sie stellen die Fähigkeit oder Unfähigkeit des Individuums, mit einem Konflikt fertig zu werden, in den Vordergrund und nicht den Konflikt an sich, und es ist kaum noch zweifelhaft, daß diese Seite des Neurosenproblems in der modernen Ich-Psychologie viel stärker betont wird. In dieser Hinsicht wie auch in einer Reihe ähnlicher Fragestellungen sind die Anschauungen von ADLER und FREUD soweit voneinander entfernt, daß der Widerspruch zwischen den beiden Schulen nichts weiter als die Lückenhaftigkeit unseres Wissens auf dem Gebiet psychischer Funktionen widerspiegelt.

In jedem Falle ist es von Interesse, daß ursprünglich FREUD das Id, das Unbewußte und die Sexualität betonte, während ADLER das Ich (Ego), das Bewußte und das individuelle Machtstreben in den Vordergrund stellte. FREUDS Psychodynamik ist auf der Instinkttheorie aufgebaut und weitgehend organistisch eingestellt, während die Grundlage des ADLERSchen Schemas im wesentlichen von sozialen Umwelteinflüssen und Zielbestrebungen gebildet wird. FREUDS Psychoanalyse ist vornehmlich auf die Vergangenheit gerichtet, und ADLERS „monochrome“ Individual-Machttriebpsychologie auf die Anpassung an die Gegenwart. Die ADLERSche Behandlungsmethode wird von Analytikern als viel zu oberflächlich und im wesentlichen als ein Erziehungsprozeß angesehen, besonders im Hinblick darauf, daß Transferenzphänomene unbeachtet gelassen werden.

Im Gegensatz zu ADLER ist JUNG in den Vereinigten Staaten ziemlich unbekannt geblieben, obgleich anerkannt wird, daß auch er die ursprüngliche Libidotheorie verwarf und die psychodynamische Lehre erheblich gefördert hat. Da sich JUNGS Libidobegriff auf Triebe erstreckte, die nichts mit der Sexualität zu tun hatten, aber als ebenso wichtig angesehen wurden — wie z. B. der Selbsterhaltungstrieb —, stellte er eine Kombination der FREUDSchen Instinkttheorie mit der kulturbetonenden ADLERSchen Individualpsychologie dar. Die Beziehungen zwischen Mutter und Kind wurden auch von JUNG betont und auf ihre Bedeutung hinsichtlich der Reaktionen des Kindes auf elterliche Konflikte ausgewertet. Eine weitere Quelle

für kindliche Konflikte wurde von ihm im Erziehungsprozeß gesehen, von dem er behauptete, daß er nicht selten die positiven Persönlichkeitswerte unterdrückte. Besonderer Nachdruck wurde von ihm auf das zwischen dem Kranken und dem Therapeuten bestehende persönliche Verhältnis gelegt, viel eher als in der FREUD'schen Schule, in der es jetzt auch als fundamental angesehen wird.

Die von JUNG verwendeten Symbolisierungen und ihre Deutungen waren weniger auf das Individuum als auf gewisse menschliche Gemeinsamkeitsqualitäten bezogen. So wurde das kollektive Unbewußte ein wichtiger Bestandteil der JUNG'schen Psychologie und führte zur scharfsinnigen Erforschung ethnologischer Gruppensymbole, welche als das gemeinsame Element in den verschiedenen Mythologien erkannt wurden. Man hört jedoch vielfach die Ansicht vertreten, daß die Bedeutung des kollektivistischen Unbewußtseins für die individuelle Psychopathologie von JUNG erheblich überschätzt worden ist, und daß sein System durch die Überbetonung mythologisch-religiöser Einflüsse einen viel zu mystisch-esoterischen Anstrich erhalten hat.

Die führenden amerikanischen Vertreter der soziologisch eingestellten und beträchtlich von der FREUD'schen Dynamik abweichenden Richtung der Psychoanalyse waren HORNEY und SULLIVAN, deren Anschauungen viele Ähnlichkeiten zeigen, da sie im gleichen Maße von ERICH FROMM beeinflußt waren. In beiden Schulen wird das *Kulturmilieu des Individuums* für die Neurosenbildung verantwortlich gemacht, die Libidotheorie verworfen, und FREUD wegen der Unterschätzung sozialer Einflüsse und der Überbetonung mechanistischer Vorstellungen kritisiert.

Da HORNEY das Schwergewicht auch auf die soziale Anpassung des Individuums verlegt, kommt ihr System dem ADLERSchen nahe, obgleich es auf einer breiteren Grundlage aufgebaut ist. Der Hauptnachdruck in ihrer Erklärung des neurotischen Versagens wird auf die Bildung *unrealistischer Idealvorstellungen über das eigene Ich* und auf den Aufbau neurotischer *Abwehrstellungen* im Kampfe mit der Umwelt gelegt, während der Sexualität nur eine beschränkte Bedeutung für die Neurosenentstehung beigemessen wird. Anomalien in der Sexualentwicklung werden auf Schwierigkeiten zurückgeführt, die das Individuum erst mit den Eltern und später mit anderen Vertretern seines Kulturkreises hatte. Die Oedipussituation wird von ihr nicht als eine Quelle von Kastrationsdrohungen aufgefaßt, sondern als eine Entwicklungsstufe, in der die Eltern dazu neigen, die Angriffslust des Kindes einzuschränken.

Wenn man die HORNEY'schen Theorien auf ihren Allgemeinwert untersucht, dann läßt sich einwenden, daß sie in dem Bestreben, den sozialen Milieueinflüssen eine größere Bedeutung als in der FREUD'schen Lehre einzuräumen, nicht selten den Inhalt mit der Verursachung der Neurosen verwechseln. Die Motivierung krankhaften Verhaltens ist keineswegs gleichbedeutend mit seiner wirklichen Ursache, und dieser Einwand trifft nicht nur auf HORNEY zu, sondern er erklärt auch einen großen Teil der Gesamtkonfusion, die unser heutiges psychiatrisches und analytisches Schrifttum auszeichnet.

HORNEYS Verdienste liegen in der gründlichen Erforschung der Auswirkungen kulturbedingter Neurosenbildungen und in der Beseitigung gewisser Einseitigkeiten in der FREUDschen Neurosenlehre, aber zur Klärung der grundlegenden Ursachen neurotischer Konflikte hat sie nur wenig beigetragen. Die Ablehnung der Libidotheorie und die Ausmerzungen der Instinktbedingtheit der Neurosen bedeuteten einen erheblichen Fortschritt, da die Grundsätze der Psychodynamik auch ohne diese symbolisierten Begriffe verstanden werden können. HORNEY hat jedoch übersehen, daß FREUD mit der Postulierung dieser Mechanismen an den biologischen Grundlagen der menschlichen Verhaltensweise festzuhalten versuchte, und es kann nicht bezweifelt werden, daß ein wirklicher Fortschritt in der Psychiatrie ohne eine sinnvolle Verknüpfung der psychophysiodynamischen Bestandteile menschlicher Reaktionsweisen nicht erwartet werden kann. Es ist richtig, daß viele Konfliktsituationen des Individuums durch kulturelle Unvollkommenheiten ausgelöst und in der Motivierung neurotischer Abwehrhandlungen ausgiebig benutzt werden. Man darf jedoch nicht vergessen, daß die ausgelösten Reaktionen sich auch im Rahmen des Organischen und nicht allein als soziale Erscheinungen abspielen, und daß solche Organfunktionen ohne Berücksichtigung der biologischen Gesamtstruktur des Menschenlebens unverständlich bleiben. HORNEY hat versucht, biologisches Geschehen als eine Sozialfunktion zu erklären, ist aber damit viel zu weit gegangen. Psychiatrie und Psychoanalyse sind keine Unterabteilungen der Soziologie, auch wenn sie es nützlich finden dürften, die Bedeutung sozialer Einflüsse auf den Ablauf biologischer Vorgänge anzuerkennen.

SULLIVANS Ideen ähnelten denen von HORNEY, waren aber nicht so klar formuliert und in der Regel so empirisch, daß sie mehr praktischen als theoretischen Wert hatten. Sein Begriff der „*parataxischen*“ Störung menschlicher Gegenseitigkeitsbeziehungen als einer der Hauptursachen der Neurosenbildung war auf der Ansicht aufgebaut, daß der Neurotiker auf der Suche nach einem gesicherten und zufriedenen Hafen durch Umweltschwierigkeiten in der Erreichung seiner Ziele behindert wird. Mangelhaftes Zugehörigkeitsgefühl und ein Verlust an Selbstachtung sind die Folge und führen zwangsmäßig zu weiteren Störungen in den persönlichen Beziehungen des Individuums zu seinen Mitmenschen. Die Dynamik dieser Konflikte ist zweifellos von großer Bedeutung in der Neurosenbildung, ist aber viel klarer und systematischer von FREUD zum Ausdruck gebracht worden. Es ist daher ganz besonders bedauerlich, daß viele seiner ausgezeichneten Beobachtungen auf diesem Gebiete durch die überflüssige Einführung der Libidotheorie überschattet worden sind.

Ein neuerer Beitrag zum Verständnis der Psychodynamik in der Neurosen- und Psychosenlehre ist das Verdienst SANDOR RADOS, eines anderen Mitgliedes der alten FREUDschen Schule. Seine Theorien gehen

von der Annahme aus, daß Neurosen durch Angst verursacht werden, welche eine Störung der integrierenden Ich-Funktionen anzeigt. *Angst, Furcht und Schmerz werden als Notmaßnahmen* des Ich angesehen, welches sich normalerweise vor Angstgefühlen zu schützen weiß, aber in gewissen Konfliktsituationen die Kontrolle zu verlieren fürchtet. Unter krankhaften Bedingungen gewinnen Angstvorstellungen soweit die Oberhand, daß sie das Ich lähmen und nicht mehr imstande sind, ihren Grundzwecken der Selbstkontrolle und der Selbstanpassung zu dienen. Anfänglich treten solche Angstzustände nur in Situationen auf, in denen jedes Kind Furcht durchmacht, aber später werden sie generalisiert. Das Ich ist sich der Bedeutung neurotischer Angst nicht bewußt und versucht sie zu vermeiden, weil sie schmerzhaft und demütigend ist. Es fürchtet sich oft so sehr vor einer Wiederholung solcher lähmenden Angstvorstellungen, daß es falsche Schutzmaßnahmen ergreift, um sich vor ihrem Wiederauftreten zu sichern.

Die ergriffenen Notmaßnahmen können verschiedene Formen annehmen, sind aber alle dadurch gekennzeichnet, daß sie das Ich aus dem Gleichgewicht bringen. Ihre Behandlung erfordert die Erforschung aller Anpassungsfähigkeiten des Organismus, so daß das RADOSCHE System „adaptiv“ genannt werden kann. Es hat den Vorteil, daß es wie das FREUDSche im Rahmen des Organischen bleibt, ohne jedoch dabei auf die Libidotheorie zurückfallen zu müssen, und daß es weder die Kultureinflüsse auf das Individuum, noch die organischen Anpassungsreaktionen auf diese Einflüsse im allgemeinen Integrierungsprozeß vernachlässigt.

Anpassung (Adaption) im RADOSCHEN Sinne ist die Fähigkeit des Organismus, mit Umweltschwierigkeiten fertig zu werden, und hat zwei Komponenten, eine organische und eine soziologische. Auf diese Weise ist es möglich, physiodynamische, psychodynamische und soziodynamische Gesichtspunkte unter dem Gesamtbegriff der adaptiven Kräfte zusammenzubringen und vielleicht in der Zukunft mit einer vereinheitlichten Methodologie zu arbeiten. Es besteht sogar die Hoffnung, daß ein solches Einheitsverfahren auch auf die Erforschung verschiedenartiger Reaktionsbilder angewendet werden kann.

Es ist nicht ohne Interesse, daß alle bisher erwähnten Deutungen der Psychodynamik von Analytikern stammen, die ursprünglich zur FREUDSchen Schule gehörten. Außerhalb dieses Kreises sind jedoch auch Versuche gemacht worden, besonders von DOLLARD, MÜLLER, MOWRER und anderen Psychologen, experimentelle und psychodynamische Beobachtungsbefunde an geistigen Funktionen miteinander zu verschweißen. Auf diesem Wege ist eine Deutung der Neurosen entwickelt worden, die sich auf die Theorie des *Lernens* stützt und eine Kombination von FREUDSchen und PAVLOWSCHEN Anschauungen darstellt. Erst die

Zukunft wird uns zeigen, ob und wie weit diese Verbindung eine glückhafte gewesen ist.

Im allgemeinen wird von dieser psychologischen Richtung die Ansicht vertreten, daß eine Neurose durch Erfahrung erzeugt wird und nichts mit Organschädigung oder instinktgeborenen Einflüssen zu tun hat. Die neurotische Reaktionsform wird erlernt und beruht auf einem Anpassungsvorgang, der von einer Verstärkung und nicht der Vermeidung des Schmerz-Lustprinzips herrührt. Die Verstärkungs- oder Reizphänomene werden einem *bedingten Reflex* gleichgesetzt, der geübt werden kann und es möglich macht, den bedingten Übungsprozeß mit psychodynamischen Beobachtungen zu verschmelzen. Da es aber bisher nicht gelungen ist, die Verschmelzung der PAVLOWSCHEN und FREUDSCHEN Begriffe folgerichtig zu Ende zu führen, besonders auf so komplizierten Gebieten wie den Sexualneurosen, so ist es vorläufig ratsam, mit einem abschließenden Urteil auf weitere Untersuchungsergebnisse zu warten. Im Augenblick besteht jedoch die Hoffnung, daß die Anwendung des „Bedingten Reflexbegriffes“ sich für das Verständnis gewisser Angstreaktionen als bedingt wertvoll erweisen wird.

Im Rahmen eines solchen Sammelreferates ist es natürlich nicht möglich, auf alle theoretischen Gesichtspunkte einzugehen, die von den verschiedenen psychodynamischen Schulen beige-steuert oder als bedeutungsvoll angesehen worden sind. Im allgemeinen kann man nur sagen, daß alle Schulen etwas zur Vertiefung unseres heutigen Wissens bezüglich der normalen und krankhaften Verhaltensweisen des Menschen beigetragen haben, und daß keine Schule bisher wirklich imstande gewesen ist, die Dynamik geistiger Funktionen in allen komplizierten Einzelheiten zu erklären. Bei jeder Schule besteht die Tendenz, gewisse Teilfunktionen des Seelenlebens übermäßig zu betonen und andere unberücksichtigt zu lassen. Viele Theorien sind ungenügend bewiesen oder auf Befunde gestützt, die keine wissenschaftliche Beweiskraft haben, da theoretische Konstruktion und praktische Anwendung der Dynamik keineswegs gleichbedeutend sind. Nur so ist es zu erklären, daß die verschiedenen Schulen annähernd gleichgünstige Behandlungserfolge zu erzielen scheinen, obgleich sie mit ganz verschiedenen Theorien arbeiten. Diese Frage bedarf eingehender Nachprüfung, da es augenblicklich keine Möglichkeit gibt, sie zufriedenstellend zu beantworten.

Leider haben wir vorläufig keine zuverlässigen Kriterien, um die Resultate verschiedener psychotherapeutischer Methoden objektiv auszuwerten und miteinander zu vergleichen. Wenn es möglich sein würde, die Überlegenheit eines bestimmten psychodynamischen Systems zu beweisen, könnten und sollten die anderen Methoden über Bord geworfen werden. Wenn es jedoch gelingen sollte, zu zeigen, daß die Behandlungsergebnisse aller Schulen ungefähr die gleichen sind, dann kann

es nicht mehr bezweifelt werden, daß theoretische Grundsätze therapeutisch nicht so wichtig sind wie ein noch ungeklärter Allgemeinfaktor, der allen Therapien zu eigen ist. Dieser gemeinsame Nenner mag in der Berufseignung, Erfahrung oder gefühlsmäßigen Haltung des Therapeuten zu suchen sein und nicht in dem System, mit dem er arbeitet. Es ist aber auch durchaus möglich, daß kraftvolle Faktoren hinter unseren heutigen Theorien verborgen liegen und der Aufklärung harren.

Die letzte psychiatrische Schule, auf die hier noch kurz eingegangen werden muß, ist die der *Psychosomatik* oder *psychosomatischen Medizin*. Diese Schule ist für manche eine Form der medizinischen Weltanschauung, für andere ein Sammelbegriff für eine bestimmte Richtung der wissenschaftlichen Forschung, und für andere die Anwendung psychoanalytischer Prinzipien und Methoden im Bereiche körperlicher Erkrankungen. Die Beliebtheit der psychosomatischen Schule ist jedoch völlig unabhängig von dem Wesen und tatsächlichen Wert der gegebenen Erklärung. Sie beruht vielmehr auf der Behauptung, daß mit dieser Methode verschiedene Krankheitsgruppen behandelt und geheilt werden können, die sich früher rein somatischen Behandlungsmethoden gegenüber als unzugänglich erwiesen hatten.

Eingehende Forschungen auf dem Gebiet der Psychosomatik haben den Nachweis erbracht, daß emotionelle Faktoren in der Verursachung vieler organischer Störungen eine Rolle spielen. Es ist jedoch nicht klar, bei welchen Störungen die emotionelle Komponente gering oder sekundär ist und bei welchen sie von überragender oder primärer Bedeutung ist. Es wäre angebracht, die zur zweiten Gruppe gehörigen Zustände sorgfältig von denen der ersten Gruppe abzutrennen, auch wenn es grundsätzlich zutrifft, daß emotionelle Komponenten wohl in jeder Krankheit nachweisbar sind. Diese Auffassung kann jedoch leicht zu einer solchen Verflachung psychosomatischer Anschauungen führen, daß der Wert spezifischer Beobachtungen bei bestimmten Krankheitsbildern völlig verloren geht.

Da die praktische Brauchbarkeit der psychosomatischen Medizin letzten Endes von der Verfügbarkeit sorgfältiger Anwendungsweisen abhängt, ist es leicht zu verstehen, daß diese Methode zur Zeit an denselben Schwächen krankt, die das Gesamtgebiet der Psychiatrie und Psychoanalyse kennzeichnen. Das verfügbare Schrifttum ist arm an gründlich behandelten und eingehend beschriebenen Fällen, die lange genug beobachtet worden sind, und die Befürwortung der Methode stützt sich oft mehr auf Überzeugung als auf den Nachweis ihrer Wirksamkeit in bestimmten Fällen. Solche verallgemeinerten Feststellungen hinsichtlich des angeblichen Wertes der psychosomatischen Behandlungsmethode liegen für Darmgeschwüre, Asthma, Migräne und ähnliche Krankheitszustände vor.

Es ist z. B. bekannt, daß viele dieser Kranken trotz ausgiebiger und manchmal höchst intensiver psychischer Behandlung keine Besserung zeigen oder nicht mehr gebessert erscheinen, als wenn sie ausschließlich somatisch behandelt worden wären. Solche Widersprüche sind besonders auffällig — und in ihrem Ursprung bisher völlig ungeklärt —, wenn man berücksichtigt, daß die meisten dieser Fälle nicht in Privatsprechzimmern, sondern unter ausreichender Beaufsichtigung in Kliniken und Krankenhäusern behandelt worden sind. Es drängt sich die Frage auf, ob derartige Diskrepanzen durch Unterschiede in der Güte und Intensität der Behandlung oder durch solche in der Auswertung der Behandlungsergebnisse erklärt werden können. Es ist auch möglich, und vielleicht am wahrscheinlichsten, daß unterschiedliche therapeutische Resultate auf unkontrollierbare Auslesefaktoren zurückzuführen sind in dem Sinne, daß frühe und aussichtsvolle Fälle von Privatärzten und chronisch vorgeschrittene Fälle in Krankenhäusern behandelt werden. Jedenfalls ist es beachtenswert, daß die neueren therapeutischen Berichte auf psychosomatischem Gebiet viel vorsichtiger formuliert waren, als dies früher die Regel war.

Unter den vielen Theorien über die Grundsätze der Psychosomatik gibt es einige überschwängliche, welche diese Behandlungsform als eine ganz neue Einstellungsrichtung der Medizin angepriesen haben. Andere lehnen nicht nur den Überschwang, sondern auch den besonderen Namen ab. Ein unbestreitbares Ergebnis der vielen Diskussionen über psychosomatische Medizin ist darin zu sehen, daß alle die alten Streitfragen über die Beziehungen von Körper und Seele wieder aufgerührt worden sind. Manche glauben, daß der holistische Menschheitsbegriff jetzt endgültig beweisbar geworden ist. Viele andere sind jedoch überzeugt, daß die theoretische Betonung des Ganzheitsbegriffes im wesentlichen dem Zwecke dient, eine beunruhigend „dualistische“ Einstellung zu verschleiern oder gar auf diesem Wege die Möglichkeit zu haben, einen ganz neuen „Dualitätsbegriff“ einzuschmuggeln, der der Seele unbeschränkte Herrschaft über den Körper zuspricht.

Im allgemeinen setzt sich jetzt glücklicherweise immer mehr die Überzeugung durch, daß die Emotionalität ebenso weit organgebunden ist wie andere physiologische Phänomene, und daß seelische Vorgänge im Individuum unlösbar mit den organischen Gefühlsfunktionen verknüpft sind. Die Einheitlichkeit dieser Beziehungen ist unverkennbar für die mehr elementaren Funktionen des Organismus, wie z. B. die jetzt viel untersuchten Gefühlsreize, welche Spannungserscheinungen, reverberierende und zurückstrahlende Strömungen und ähnliche Mechanismen hervorrufen. Wenn solche Reize von ihrer subjektiven Bedeutung für den Organismus losgelöst und einfach als Spannungsphänomene untersucht werden, dann ist es möglich, Methoden der Physiologie für die Auswertung

der erzeugten Symptome zu verwenden. Die Einheitlichkeit dieses Vorgehens wird erst gestört, wenn man die betreffenden Reizfolgen in symbolischen Werten auszudrücken versucht, für die es keine physiologischen Ausdrucksformen gibt. Die dadurch verursachten Schwierigkeiten sind beträchtlich und machen sich besonders auf dem Gebiete der psychosomatischen Medizin fühlbar, nicht nur anschauungsmäßig, sondern auch methodologisch.

Selbst bei völliger Anerkennung der betreffenden Schwierigkeiten dürfte es allerdings nur wenige mit der Psychosomatik vertraute Psychiater geben, die mit SHERRINGTON darin übereinstimmen, daß psychische Phänomene niemals physiologisch ausgewertet werden könnten. Die Fragestellung ist hier nicht, ob dies jemals möglich sein könnte oder nicht, sondern inwieweit es möglich sein könnte.

Es mag zugegeben werden, daß manche psychosomatische Untersuchungen sich fast ganz um psychodynamische Deutungen drehen, so daß irgendwelche Beziehungen, die zwischen den dynamischen Konstellationen und physiologischen Funktionen bestehen mögen, völlig übersehen werden. In solchen Fällen bleibt die Deutung der Reizsymptome ganz im Psychologischen, während sich die durch Reizung erzeugten Spannungserscheinungen natürlich weitgehend im Physiologischen abspielen.

Auf der anderen Seite kann man bei Untersuchungen der Spannungserzeugung und Spannungsableitung sehr leicht feststellen, daß sich die beobachteten physiologischen Phänomene nur ganz allgemein mit persönlich bedeutungsvollen Erlebnisvorstellungen des Individuums in Beziehung setzen lassen. Dieser Teil der Untersuchung wird gewöhnlich auf die Erforschung solcher gefühlsgebundener Abweichungen beschränkt, die als Ärger, Angst oder Haß zum Ausdruck kommen. Meistens ist es jedoch überaus schwierig, ähnliche Verbundenheiten mit den feineren psychodynamischen Folgezuständen aufzuklären. Daher bewegen sich die betreffenden Forschungsrichtungen immer noch auf getrennten Bahnen, und dieser Zustand wird sich kaum ändern lassen, ehe nicht ganz neue Untersuchungsmethoden ausgearbeitet worden sind. Diese Methodik muß in der Lage sein, die Kreuzungspunkte zwischen den elementaren und symbolisierten Mechanismen aufzudecken.

Wahrscheinlich handelt es sich hier gar nicht um zwei verschiedenartige Funktionsabläufe, sondern um eine gestaffelte Hierarchie derselben Funktion, die sowohl psychologisch-subjektiv als auch physiologisch-objektiv wahrnehmbar ist. Die zweite Funktionsweise ist nicht eine schattenhafte Begleiterscheinung der ersten oder umgekehrt, sondern dieselbe Grundfunktion.

Dieser Tatsache wird von den neueren Untersuchungsmethoden Rechnung getragen, die sich die Erforschung der Anpassungsfähigkeit des

Organismus als einer Ganzheit zum Ziel setzen. Während man früher von Wechselwirkung sprach und meist isolierte Teilfunktionen des Psychischen oder Körperlichen untersuchte, ist die heutige Forschung im wesentlichen auf die Gesamtheit der Reaktionsweisen auf verschiedenen Ebenen der Ansprechbarkeit und Regulation gerichtet. Diese Tendenz hat sich allmählich in der Neurologie wie auch in der Psychoanalyse durchgesetzt.

Auf neurologischem Gebiet ist die Auswertung gewisser Teilfunktionen des Zentralnervensystems durch die Erforschung seines Gesamtverhaltens ersetzt worden, während die Betonung triebartiger Impulse in der Psychoanalyse weitgehend einer verstärkten Bewertung der gesamten Charakter- und Persönlichkeitsstruktur des *Ich* (Ego) Platz gemacht hat. Sowohl die psychodynamischen wie auch die physiologischen Forschungsmethoden der psychosomatischen Medizin beschäftigen sich immer mehr mit der Frage, ob der Gesamtorganismus mit bestimmten Reizeinwirkungen fertig zu werden vermag und wie er sich übermäßiger Reizerscheinungen durch emotionelle und vegetative Entspannungsabläufe zu entledigen versucht.

In diesem Zusammenhang muß auf den Umstand hingewiesen werden, daß die psychosomatische Medizin unter der Schwierigkeit leidet, daß wir keinen zufriedenstellenden Gradmesser für Gefühle haben, obgleich die Quantität der Spannungsansammlung und -entladung natürlich für die Entstehung klinischer Symptome von größter Wichtigkeit ist. Die psychoanalytische Methodik ist im wesentlichen qualitativ, da sie sich darauf beschränkt, festzustellen, welche Konfliktkonstellationen die psychische Störung hervorgerufen haben. Dabei wird in der Regel übersehen, daß viele dieser Konflikte in anderen Personen keine ähnlichen Störungen erzeugen, ehe sie nicht einen bestimmten quantitativen Sättigungspunkt erreicht haben. Offenbar ist dieser Umstand von so grundlegender Bedeutung, daß es angebracht erscheint, die quantitativen und qualitativen Probleme des Gesamtbildes gründlichst und im Zusammenhang zu untersuchen.

Für eine Weile hat man der Auffassung zugeneigt, daß gewisse emotionelle Konflikte dieselben spezifischen Affinitäten zu bestimmten Organsystemen zu haben scheinen, wie sie für verschiedene pathologische Mikroorganismen angenommen worden sind. Zum Beispiel sollte unterdrückte Wut spezifische Beziehungen zum Gefäßsystem haben, hilfloses Abhängigkeitsgefühl solche zur Ernährungsfunktion usw. Es ist jedoch bemerkenswert, daß sich eine derartige Spezifität der Angriffsweise nur für einige Organe nachweisen läßt. Außerdem ist nicht berücksichtigt worden, daß zuweilen mehrere psychosomatische Störungen bei derselben Person vorkommen können. In jedem Falle ist es ungeklärt geblieben, warum dieselben psychosomatischen Konstellationen

gewisse Organstörungen nur bei einigen Personen auslösen und nicht bei anderen.

Die moderne Forschungsrichtung der psychosomatischen Medizin hat die alte Anschauung gründlich widerlegt, daß bestimmte psychische Persönlichkeitstypen zur Entwicklung spezifischer psychosomatischer Störungen neigen. Obgleich es jedoch feststeht, daß die gleichen Krankheitszustände bei verschiedenen Persönlichkeitstypen zur Beobachtung kommen, wird jetzt behauptet, daß nicht die Persönlichkeitstypen, sondern die dynamischen Konstellationen, bei denen gewisse Störungen gefunden werden, spezifisch seien. Es ist möglich, daß einige dynamisch spezifische Korrelationen existieren. Es ist jedoch höchst zweifelhaft, daß sie eine so allgemeine Bedeutung haben, wie dies manchmal angenommen worden ist. Jedenfalls würden viele kasuistische Beobachtungen beigebracht werden müssen, um die Spezifität dynamischer Konstellationen unter Beweis zu stellen. Es besteht nämlich kein Zweifel, daß nicht nur Angst, Aggressivität, Gefühle des Zurückgesetztwordenseins, Unterordnungssucht usw. in vielen verschiedenen psychosomatischen Krankheitsbildern vorkommen, sondern daß auch angeblich charakteristische psychodynamische Gestaltungen eben so oft bei einem bestimmten Zustandsbild wie bei anderen beobachtet werden können.

Wenn wir abschließend einen Blick auf die verschiedenen psychosomatischen Untersuchungs- und Forschungsmethoden werfen, dann läßt sich mit Leichtigkeit feststellen, daß die psychosomatische Medizin keine eigene Methodologie entwickelt hat, sondern nur eine Reihe spezifischer Kombinationen oder besonderer Anwendungsweisen schon lange bestehender Methoden benutzt. Dieser Umstand ist im Augenblick unser größtes Hindernis. Die Art und Weise der Auswertung bestimmter Beobachtungen (z. B. die gesamtorganische Bewertung, die Untersuchung der individuellen Anpassungsfähigkeit usw.) ist von großer Bedeutung, aber sie gibt uns nicht genug.

In der Geschichte der Psychiatrie ist der Nachdruck zu verschiedenen Zeiten auf verschiedene Teilfunktionen des Individuums gelegt worden. Anfangs beschäftigte sich die wissenschaftliche Forschung im wesentlichen mit der Pathologie des Nervensystems. Nach der Erforschung des inneren Milieus des Organismus bewegte sie sich später immer weiter in der Richtung auf die äußere Umwelt, um die Beeinflussung menschlicher Verhaltensweisen durch soziale und kulturelle Faktoren untersuchen zu können. Die Hauptaufgabe der Gegenwart sollte darin gesehen werden, die Ergebnisse der verschiedenen Forschungszweige miteinander in Einklang zu bringen. Nur dann dürfte es möglich sein, die überaus komplizierten Vorgänge des Seelen- und Gefühlslebens dem Verständnis näher zu bringen, ohne Gefahr zu laufen, die Wechselbeziehungen zwischen inneren und äußeren Einflüssen auf eine zu einfache Formel zu bringen.

Zusammenfassung.

Es wird eine Übersicht über die verschiedenen Strömungen der amerikanischen Psychiatrie gegeben. Amerikanische Psychiatrie und Psychodynamik sind nicht identisch. Wertvolle Beiträge zur Theorie und Praxis der Psychiatrie sind auch von anderen Wissenschaftszweigen beige-steuert worden. Viele Psychiater und Analytiker in den USA haben nur für psychologische Behandlungsmethoden Interesse, da sie nicht an eine organische Grundlage der sogenannten funktionellen Geistesstörungen glauben und von ihrer rein psychischen Entstehung überzeugt sind. Dennoch werden Forschungen der Erblehre, der Neurophysiologie und Biochemie, der Pharmakologie und Psychochirurgie und anderer Teilwissenschaften der Psychiatrie in steigendem Umfange für bedeutsam gehalten und zur Durchführung gebracht. —

Der von den verschiedenen amerikanischen Schulen der Psychodynamik geleistete Beitrag hat unser Wissen von menschlichen Motiven beträchtlich bereichert und unsere Aufmerksamkeit auf die weite Verbreitung emotioneller Störungen gerichtet, die außerhalb psychiatrischer Anstalten behandelt werden können. —

An erster Stelle steht auch heute noch die *psychoanalytische Schule von FREUD*. Die Aufnahme der Psychoanalyse wurde durch die Ähnlichkeit mit den Grundanschauungen der damals vorherrschenden psychiatrischen Schule von ADOLF MEYER in der Betonung kausaler Persönlichkeits- und Umweltfaktoren bei Entstehung geistiger Störungen begünstigt. Ursprünglich war psychodynamische Psychiatrie in Amerika gleichbedeutend mit Psychoanalyse. Die jetzige psychodynamische Psychiatrie kann aber nicht mehr mit der FREUDSchen Psychoanalyse gleichgesetzt werden, weil die theoretische Grundstruktur und auch die praktische Anwendungsweise in den letzten Jahren mannigfache Abwandlungen erfahren hat. — Eine der wichtigsten Wandlungen ist die stärkere Betonung der bedeutungsvollen Funktionen des Ego und Super-ego. Das Schwergewicht verlegte sich vom Interesse an triebbedingten Es-Einflüssen auf die Erforschung regulativer Egofunktionen. Dadurch sind sich die analytischen und nichtanalytischen Richtungen der amerikanischen Psychotherapie wesentlich näher gekommen.

Die von der FREUDSchen Schule der Psychoanalyse abweichende *Lehre ADLERS* beeinflusste das psychologische Denken der westlichen Welt beträchtlich, obwohl sich sein Einfluß mehr auf Erzieher und Soziologen als auf psychiatrisch-analytische Kreise erstreckte. C. G. JUNG ist in den Vereinigten Staaten weniger bekanntgeworden, obgleich anerkannt wird, daß er die psychodynamische Lehre erheblich gefördert hat. — Die führenden amerikanischen Vertreter der *soziologisch eingestellten Richtung der Psychoanalyse*, die beträchtlich von der FREUDSchen Dynamik abweichen, waren HORNEY und SULLIVAN. Ihre Anschauungen zeigen viele

Ähnlichkeiten, da sie im gleichen Maße von ERICH FROMM beeinflusst waren. In beiden Schulen wird das Kulturmilieu des Individuums für die Neurosenbildung verantwortlich gemacht, die Libidotheorie verworfen und FREUD wegen der Unterschätzung sozialer Einflüsse und der Überbetonung mechanistischer Vorstellungen kritisiert. — Die Ideen von HORNEY, SULLIVAN, RADO werden eingehender diskutiert. Alle diese Schulen haben zur Vertiefung unseres Wissens von den normalen und krankhaften Verhaltensweisen des Menschen beigetragen, aber keine Schule war bisher wirklich imstande, die Dynamik geistiger Funktionen in allen komplizierten Einzelheiten zu erklären. Bei jeder Schule besteht die Tendenz, gewisse Teilfunktionen des Seelenlebens übermäßig zu betonen und andere unberücksichtigt zu lassen. Alle diese verschiedenen Schulen behaupten, annähernd gleichgünstige Behandlungserfolge zu erzielen, obgleich sie mit ganz verschiedenen Theorien arbeiten. —

Schließlich wird der jetzige Stand der psychosomatischen Medizin berührt und darauf hingewiesen, daß die Hauptaufgabe der Gegenwart darin gesehen werden sollte, die Ergebnisse der verschiedenen Forschungsweisen der Psychiatrie miteinander in Einklang zu bringen. Besonders müssen die organischen Methoden mit den psychotherapeutischen integriert werden.

Literatur.

- ALEXANDER, F.: Psychoanalysis of the Total Personality. Nerv. Dis. Monogr. Ser. 1930. — DOLLARD, J., and N. MILLER: Personality and Psychotherapy. New York, Graw-Hill Book Company 1950. — DUNBAR, F.: Emotions and Bodily Changes. New York: Columbia University Press 1945. — FROMM, E.: The Oedipus and Oedipus Myth. New York: Harper and Brothers Co. 1948. — GREENACRE, PH.: The predisposition to anxiety. Psychoanalytic Quart. 10 (1941). — GRINKER, R.: Psychosomatic Research. New York: W. W. Norton Col. 1950. HOCH, P. H., and PH. POLATIN: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr. Quart. 23, 528 (1949). — HOCH, P. H.: Theoretical aspects of frontal lobotomy and similar brain operations. Amer. J. Psychiatr. 106, 448 (1949). — Biosocial aspects of anxiety. Anxiety. New York: Grune and Stratton 1950. — Psychosomatic problems: methodology, research material and concepts. Psychoanalytic Rev. 39, 213 (1952). — Experimental induction of psychoses. Biological Aspects of Mental Health and Disease. Milbank Memorial Fund. New York: Paul B. Hoeber, Medical Book Press 1952. — HORNEY, K.: Neurotic Personality of Our Time. New York: W. W. Norton and Co. 1937. — New Ways in Psychoanalysis. New York: W. W. Norton and Co. 1939. — Our Inner Conflicts. New York: W. W. Norton and Co. 1945. — KARDINER, A.: The Individual and His Society. New York: Columbia University Press 1939. — Psychological Frontiers of Society. New York: Columbia University Press 1945. — KRIS, E.: The nature and validation of psychoanalytic propositions, Freedom and Experience. Essays in Honour of Horace Kallen. New York and London 1947. — The development of ego psychology. Samiksa (Calcutta) 5, No. 3 (1951). — HARTMANN, H.: Ichpsychologie und Anpassungsprobleme. Internat. Z. Psychoanal. 26, (1940). — HARTMANN, H., E. KRIS and R. LOEWENSTEIN: Some comments of the formation of psychic structure. Psychoanal. Study Child 2, (1947). — The function of psychoanalytic theory, in The Psychology

of Instincts. Essays in honour of Marie Bonaparte, edited by R. M. Loewenstein, New York 1953. — MULLAHEY, P.: Oedipus, Myth, and Complex. New York: Hermitage Press, Inc. 1948. — RADO, S.: Dynamics and classification of disordered behavior. *Amer. J. Psychiatr.* **110**, 406 (1953). — An adaptational view of sexual behavior. *Psychosexual Development in Health and Disease*. Ed. Hoch and Zubin. New York: Grune and Stratton 1949. — Recent advances in psychoanalytic therapy. *Psychiatric Treatment Vol. XXI, Proceedings of the Assoc. for Research in Nervous and Mental Disease*. Baltimore: Williams and Wilkins Co. 1953. — SULLIVAN, H. S.: Introduction to the study of interpersonal relations. *Psychiatry (Baltimore)* **1**, (1938). — Conceptions of Modern Psychiatry. Wm. Alanson White Psychiatric Foundation, Washington, D. C., 1947. — The meaning of anxiety in psychiatry and in life. *Psychiatry (Baltimore)* **11**, (1948). — THOMPSON, CLARA: *Psychoanalysis, Evolution, and Development*. New York: Hermitage House, Inc., 1950.

Dr. P. H. HOCH, New York State, Psychiatric Institute, 722 West 168 th Street,
New York 32, (USA).