

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. G. E. STÖRRING)

Soziodynamik auf einer psychiatrischen Krankenstation

Zugleich ein kritischer Beitrag zum Problem
soziometrischer Diagnostik im psychiatrischen Klinikbereich

Von
JÜRGEN WEIDEMANN

Mit 4 Textabbildungen

(*Eingegangen am 27. Oktober 1959*)

Jedem psychopathologisch Erfahrenen ist die Vielgestaltigkeit der spontanen Gesellungsformen psychisch Kranker bekannt. Der geübte Arzt bemüht sich um die Erkennung dieser mitmenschlichen Kontakte — mehr unbewußt und aus intuitiver Erfahrung heraus —, um sich ein optimales Therapieklima zu sichern, das für den Erfolg einer Behandlung von Bedeutung werden kann (SCHINDLER, TEIRICH). Selbst dem psychiatrisch Erfahrenen aber ist es oft unmöglich, die Vielschichtigkeit seiner Patientengruppe zu überschauen. Das erscheint um so bedauerlicher, als er sich dadurch soziotherapeutische Maßnahmen (MORENO, CARP) versagt, die sich bei Kenntnis der Gruppensituation nutzbringend in den Behandlungsplan einschalten ließen.

In der soziometrischen Diagnostik (im Sinne MORENOS) haben wir ein verlässliches Verfahren zur Hand, um Gruppenkonfigurationen sicht- und lenkbar zu machen. In den Forschungsgebieten der Soziologie, Sozialpsychologie, Pädagogik und Gruppenpsychotherapie hat dieses Verfahren seine diagnostische und therapeutische Bedeutung erwiesen. Wenn es im psychopathologischen Bereich außer wenigen Ansätzen bislang keinen breiteren Boden gefunden hat (vgl. SCHINDLER, BOCKMAN-HYDE, KEGELES, POPE, KEPHART, FRÜHMANN, KLUGE-SCHIGUTT, FRIEDEMANN, STAEBELIN, WEIDEMANN), so liegt dies in dem Umstand begründet, daß die unterschiedliche Handhabung des Verfahrens den Einbau der bisher erzielten soziometrischen Ergebnisse in die psychopathologische Forschung erheblich erschwert hat.

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit soll daher sein, an Hand eines einfachen Beispiels aus der psychiatrischen Alltagsarbeit die Unklarheiten aufzuzeigen, die dem Einsatz soziometrischer Diagnostik in der Psychopathologie bislang noch entgegenstehen; andererseits möchten wir an unserem Beispiel die Bedeutung soziometrischer Diagnostik für die psychiatrische Forschung aufzeigen.

Wir beobachteten eine Gruppensituation auf der geschlossenen Männerabteilung unserer Klinik; es handelt sich um 12 Patienten des Wachsaales dieser Männerstation:

1. W., H. 25 Jahre, 171/59, reaktiv ausgeklinkte endogene Depression,
2. R., E. 51 Jahre, 1715/58, paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie,
3. Z., R. 25 Jahre, 1896/58, Hebephrenie,
4. W., H. 22 Jahre, 1927/58, Hebephrenie,
5. W., H. 19 Jahre, 1708/58, Hebephrenie,

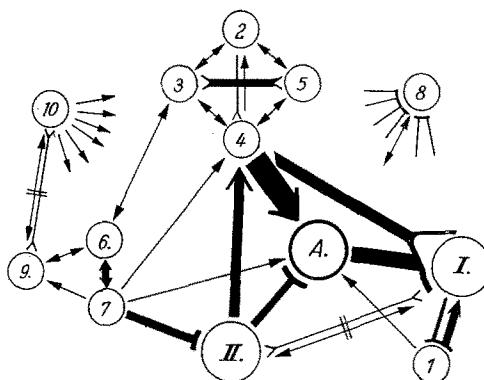


Abb.1. Ausgangssituation unserer Untersuchungsgruppe Zeichenerklärung: ← positive Wahl (Anlehnung), →—negative Wahl (Ablehnung), ↔ positive Paarwahlen, >—< negative Paarwahlen, >—< ambivalentes und -tendentes Kontaktverhalten. Die Breite der Pfeile gibt die Intensität der partnerlichen Beziehung wieder

6. S., O. 50 Jahre, 155/59, stumpfdequate Form einer progressiven Paralyse,
7. W., O. 61 Jahre, 131/59, Hirndurchblutungsstörungen bei allgemeiner Arteriosklerose,
8. P., F. 68 Jahre, 100/59, arteriosklerotischer Parkinsonismus,
9. C., W. 47 Jahre, 127/59, abklängendes Delirium tremens,
10. M., H. 17 Jahre, 77/59, Residualepilepsie, Imbezillität,
- I¹ P., H. 18 Jahre, 61/59, maniformes Zustandsbild (Pseudopsychopathie?)
- II L., H. 24 Jahre, 184/59, Genuine Epilepsie,
- A) T., H. 47 Jahre, Pfleger, 23jährige Berufspraxis; sachlich-distanziert, aber warmherzig hilfsbereit.

Um die Darstellung nicht unnötig zu erschweren, verzichten wir auf eine Beschreibung der Arbeitsmethode; sie möge im Original nachgelesen werden (MORENO, HÖHN-SCHICK, NEHNEVAJSA).

Unsere Ergebnisse basieren auf zwei verschiedenen Untersuchungsquellen. Einerseits befragten wir die einzelnen Patienten unserer Gruppe nach ihrer Partnerwahl (*Wahlkonfiguration*); andererseits beobachteten und registrierten wir

¹ Die Patienten I und II wurden wegen ihrer soziodynamischen Schlüsselpositionen in der Chiffrierung herausgehoben: Patient I bewegte sich in Gegner-, Patient II in Außenseiterposition (vgl. Abb.1).

dreimal täglich das Spontanverhalten der einzelnen Patienten untereinander (Sitz-, Tischordnung, Zahl und Art der täglichen sozialen Kontakte usw.) und verglichen diese Protokollierungen mit den Aufzeichnungen des Pflegepersonals, insbesondere denen der Stationsschwester. Aus diesem Beobachtungsmaterial errechneten wir die *Realkonfigurationen* unserer Patientengruppe.

Am Beginn sehen wir eine inhomogene Gruppenkonfiguration (Abb.1): im Aktionskreis stehen 2 Teilgruppen („in-groups“) nur in lockerer Verbindung miteinander; die Teilgruppe a der Schizophrenen (Patienten 2, 3, 4 u. 5) und die Untergruppe b der Hirnorganiker (Patienten 6, 7 u. 9). Gruppenoberhaupt der „führenden“ Teilgruppe a ist der Pfleger A, der in deutlicher Ablehnung steht zu dem Patienten I. Der Patient II ist offensichtlich in eine Außenseiterposition

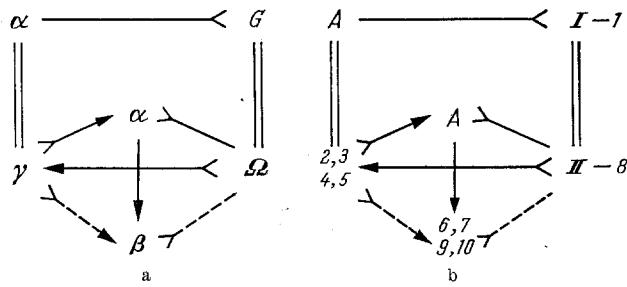


Abb.2. a Die „soziodynamische Grundformel“ (SCHINDLER) α -Gruppen-Oberhaupt, γ -Mitläufer der Gruppe, β -Neutrale Gruppenmitglieder, G -Gruppengegner, Ω -Prügelknabe der Gruppe; b die soziodynamische Situation unserer Untersuchungsgruppe

geraten und bemüht sich, diese unter Ignorierung des Gruppenoberhauptes abzubauen, indem er sich direkt und intensiv an die Teilgruppe a anlehnt; eine Distanzierung des Patienten II von der Teilgruppe b scheint in diesem Bemühen durchaus verständlich. Der Patient I lehnt sowohl das Gruppenoberhaupt als auch die „führende“ Teilgruppe a ab, befindet sich also in einer klaren Gegnerposition.

In Struktur und Aktionsdynamik entspricht diese Gruppenkonfiguration durchaus der „soziodynamischen Grundformel“, wie sie von SCHINDLER als hypothetische Grundform jeglicher Gruppendynamik beschrieben worden ist. Gliedern wir die von uns beschriebene Gruppenkonfiguration (Abb.2b) der Schindlerschen Grundformel ein (Abb.2a), dann fällt jedoch auf, daß ein so auf Durchsetzung bedachter Patient wie unser reizbarer Epileptiker (Patient II) in die Außenseiter-Stellung geraten ist.

Aus dieser Situation ergibt sich die Auseinandersetzung in der Gruppe. Sie tritt in dem Augenblick ein, als der Pfleger A (in α -Position) in Urlaub geht und die Gruppe damit ihr Oberhaupt verliert (Abb.3). Der aktivitätsgeladene Patient II nimmt die gelegentlichen Provokationen des Patienten I gegenüber Mitgliedern der Teilgruppe a zum Anlaß, gegen den Patienten I aggressiv vorzugehen. Er begründet sein Verhalten als Schutzmaßnahme für die „wehrlos“ Mitglieder der Teilgruppe a; soziodynamisch sind seine Aggressionen gleichermaßen als Ausfluß seines epileptischen Gerechtigkeitssinnes als auch seines unbewußten Dranges nach Gruppenanerkennung zu betrachten, letztlich mit dem Ziel, die Oberhaupt-(α)-Stellung der Gruppe für sich zu sichern.

Unter diesem Aktionsdruck des Patienten II wandelt sich die Gruppenstruktur schnell: die ambivalenten Tendenzen im Funktionskreis der Teilgruppe a (Patienten 3 \leftrightarrow 5 und 2 \leftrightarrow 4 in Abb.1) gleichen sich aus, die Teilgruppe rückt näher zusammen. Es kommt zu einer engeren Anlehnung der Teilgruppe a und b, wenn auch unter Eliminierung des Patienten 9, dem seine wenig klare Stellungnahme zu dem allseits abgelehnten Patienten 10 verübt wird. Gemeinsam machen die Teilgruppen a und b

Front gegen den mißliebigen Patienten I, der in seiner Isolierung engere Bindung an den Patienten 1 sucht. Gleichzeitig übernimmt Patient 4 die Oberhauptstellung der Gesamtgruppe. Dadurch werden der Patient II in die Aktionsrolle des Gruppengegners und die Patienten I und 1 in die Rolle der Prügel- und Hänselknaben abgedrängt (Abb. 4).

So ähnlich die jetzige Gruppenkonfiguration der Ausgangssituation *strukturmäßig* erscheint, so wenig gleichen sich die Gruppenkonstellationen 1 und 4 *aktionsdynamisch*: der in die Außenseiterposition gedrängte Patient I erleidet einen Rückfall in maniforme Erregungs- und Unruhezustände. Der Patient II baut seine Gruppengegnerstellung zu einer Opposition querulatörischer Prägung aus. Die Behandlungsdurchführung bei der Teilgruppe a wird dadurch beeinträchtigt, zumal sich die Schizophrenen in ihrem Widerstand gegen den Patient II verhärteten. Die anlehnungsbedürftigen Patienten 9 und 10 vermögen nicht zu entscheiden, welcher Gruppenposition sie sich zuwenden sollen; sie erscheinen abgedrängt in eine unbeachtete Randposition der Gruppe, aus der sie nicht herausfinden.

Angesichts dieser Kräfteverhältnisse entschlossen wir uns zu einer soziotherapeutischen Maßnahme: wir verlegten den Patienten II in ein anderes Zimmer der Station. Dadurch rutschte der Patient I — unter schneller Besserung seines maniformen Rezidivs — in die Gruppenrolle des geduldeten Gegners zurück. Das spannungsgeladene Klima innerhalb der Gruppe entschärfe sich. Die Einsicht und das Vertrauen in pflegerische Maßnahmen nahm langsam, aber stetig wieder zu.

Ergänzend sei angefügt, daß der Pfleger A nach seiner Rückkehr aus dem Urlaub ohne größere aktionsdynamische Gruppenbewegung wieder in die α -Position der Gruppe eingegliedert wurde; seine Mitarbeiter verblieben wie gewohnt in β - und γ -Stellung. Die Struktur und Dynamik (das „Klima“) der anfänglichen Gruppenkonfiguration hatte sich damit wieder eingependelt (vgl. Abb. 1). Die beiden Ärzte der Station bewegten sich bewußt in der sachlich neutralen β -Position.

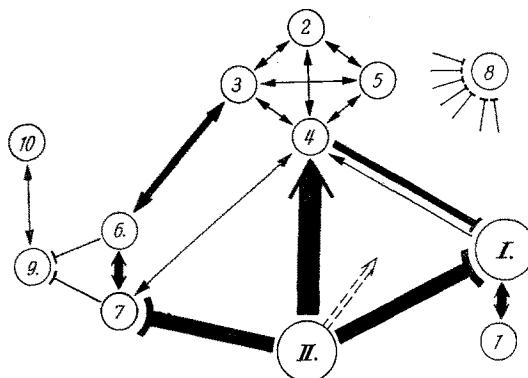


Abb. 3. Aktionsdynamik unserer Gruppe nach Entfernung ihres Oberhauptes

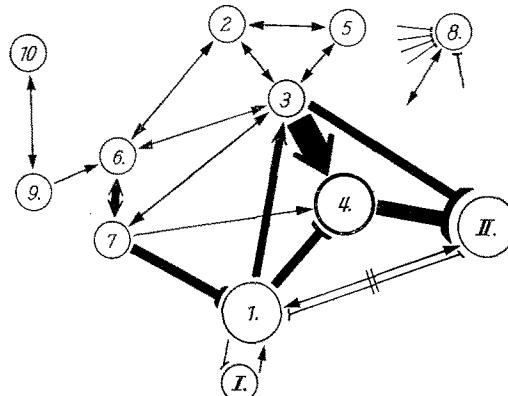


Abb. 4. Neukonstituierung unserer Gruppe nach Neuwahl eines Gruppen-Oberhauptes

Diskussion

Schon bei dem Versuch, eine Begriffsbestimmung der soziometrischen Wissenschaft vorzunehmen, stehen wir vor einem ersten Problem. Viele Definitionen der Soziometrie sind vorgeschlagen worden (vgl. MORENO, LUNDBERG, DODD, SOROKIN, ZNANIECKI). BJRSTEDT fragte noch 1956, ob Soziometrie nicht einfach „die Lehre MORENOS“ sei und „alles dessen, womit der Name MORENOS in Verbindung gebracht wird“ (zit. nach HÖHN). NEHNEVAJSA zählte 1955 als „operationale Definition“ alles „in den Bereich dieser Disziplin, was Soziometriker untersucht haben und untersuchen werden“; sie kennzeichnete die Soziometrie als „die Gesamtheit der Probleme, die sie (die Soziometrie) untersucht und die Gesamtheit der Methoden, die sie dabei verwendet“. Diese Formulierungen, die nicht als echte Definitionen anzuerkennen sind, erscheinen charakteristisch für die Begriffunsicherheit, die heute noch auf dem jungen Felde der Soziometrie herrscht. Gleichermaßen unsicher finden wir die aus Soziologie und Sozialpsychologie entlehnten Begriffe, deren sich die Soziometrie bedient. Selbst der so häufig verwandte Begriff der „Gruppe“ (als einer Sonderart normativer Gesellungsformen) erscheint bei kritischer Betrachtung verschwommen (SCHARMANN, PETERS, HELLPACH, TÖNNIES, KÖNIG, SOLMS u.v.a.). Erst mit der zunehmenden Einsicht in die *Lebendigkeit* mitmenschlicher Kontaktnahme (HOFSTÄTTER) wurde das heuristische Arbeitsprinzip der „Gruppe“ methodisch sauber herausgearbeitet: aus dem umstrittenen Begriff der *Gruppe als Gebilde* wurde die *Gruppe als Prozeß* (SCHARMANN); HOFSTÄTTER spricht von „Horde“, BECK von „Massenhaftigkeit“, LOCHNER von „Haufen“, HELLPACH von „Emotionskollektiv“.

Dieser dynamische Gruppenbegriff bedingt in der Praxis soziometrischer Diagnostik erhebliche Schwierigkeiten: bei Gruppenuntersuchungen sind wir nicht nur gehalten, in der *Horizontalen* nach Struktur, Thema und Ziel der Gruppe zu forschen, sondern auch in der *Vertikalen*¹ nach der „Schichtung“ der die Gruppe bedingenden Einzelwesen (Rangordnung, Gruppenebenen). Es bietet sich somit bei der Untersuchung von Gruppen eine Fülle von Einzelbefunden an, die zu überschauen um so schwieriger wird, je größer und differenzierter die Gruppe ist. Der exakten soziometrischen Erfassung von Gruppen sind daher engere Grenzen gesetzt, als man geneigt ist anzunehmen. Hinzu kommt, daß die für eine saubere Soziometrik notwendige Kontaktdiagnose bei unseren psychisch Kranken ungleich zeitraubender und schwieriger ist als bei Gesunden.

¹ Man hat die nach Struktur und Ziel der Gruppe fragenden Untersuchungsverfahren als „horizontale“ den nach Ursachen und Motivationszusammenhängen der Gruppe forschenden Verfahren als „vertikale“ soziometrische Diagnostik gegenübergestellt (MORENO).

Unter diesen Vorbehalten ist es verständlich, daß die soziometrische Diagnostik bislang wenig Eingang in die psychiatrische Klinik und psychopathologische Forschung gefunden hat. Es erscheint uns daher geboten, sich mit einer klaren soziometrischen Diagnostik *einfachster* Gruppenbildungen psychisch Kranker zu bescheiden, und erst dann zur Diagnostik *differenzierterer* Gesellungsformen seelisch Kranker überzugehen, wenn klare Gesetzmäßigkeiten im *kleinen* Gruppenbereich erarbeitet sind. Diese Forderung erscheint uns zwingend, da im psychiatrischen Bereich selbst überschaubare Gruppenkonfigurationen nicht ohne weiteres der „soziodynamischen Grundformel“ (SCHINDLER) zu folgen brauchen, wie an unserem einen Beispiel gezeigt werden konnte. Wir müssen daher den Gesetzmäßigkeiten solcher soziometrischen Erkenntnisse aus dem *seelischen Normalbereich* an unserem *kategorial andersartigen* Patientenmaterial stets neu und kritisch nachgehen.

Aus diesen Gründen haben wir mit der soziometrischen Diagnostik *kleinster* Patientengruppen begonnen und dabei den Motivationszusammenhängen der Gruppenaktivität besondere Beachtung geschenkt. An Hand zahlreicher Gruppenbeobachtungen konnten wir feststellen¹:

1. Gruppenbildungen psychisch Kranker folgen dann nicht den Gesetzmäßigkeiten der sozialdynamischen Grundformel, wenn ein epileptischer oder psychopathisch-querulatorischer Patient in die Ω -Position abgedrängt wird (vgl. unser Beispiel).
2. Interferenzen zwischen der Gruppenebene der Patienten und der des Pflegepersonals können zu Verwaschungen der ursprünglichen Gruppenkonfiguration und damit zu Fehldeutungen führen (vgl. in unserem Beispiel: „Ersatz“ des Pflegers A in α -Position durch den Patienten 4).
3. Die Gegenüberstellung von Wahl- und Realkonfigurationen einer Gruppe ermöglicht Einblicke in die Motivationszusammenhänge dieser Gruppe.

Es ist interessant zu beobachten, daß in unserem Beispiel die in der Ausgangssituation (Abb. 1) differierende Wahl- und Realkonfiguration unter dem aggressiven Druck des Außenseiters (Patient II) zur Deckung kommen, d.h. die individuellen Motivationen der Gruppenmitglieder (vorwiegend *emotionaler* Prägung → „Emotionskollektive“) gleichen sich aus und zentrieren sich intentional (vorwiegend *rational* bedingte „Massenhaftigkeit“). Dadurch tritt eine größere Geschlossenheit der Gruppe in die äußere Erscheinung (Abb. 3 u. 4), jedoch nur, solange eine Gemeinschaftsaktion notwendig ist. Unter dem Nachlassen der gespannten Aktionsdynamik treten wieder die individuellen Motivationen im Gruppengeschehen hervor, d.h. die Wahl- und Realkonfigurationen unserer Gruppe fallen erneut auseinander.

Es ist unseres Erachtens also möglich, durch die soziometrische Diagnostik brauchbare Hinweise für die Behandlung des Einzelkranken

¹ Über diese Untersuchungsergebnisse soll a.a.O. ausführlich berichtet werden.

zu gewinnen, was allein den soziometrischen Arbeitsaufwand voll rechtfertigt. In dem Maße, in dem es gelingt, zu allgemeinverbindlichen Aussagen über Gesellungsformen psychisch Kranker vorzustoßen¹, wird die junge Wissenschaft der Soziometrie einen Beitrag zur psychopathologischen Grundlagenforschung leisten können, zumal in einer Zeit, in der die Lebenswissenschaften (im Sinne ALVERDES und PORTMANNS) die Tendenz erkennen lassen, „den Menschen nicht mehr nur als isoliertes ‚binnen-seelisch‘ determiniertes Einzelwesen, sondern als ‚Sozialperson‘ zu sehen, die im Schnittpunkt zahlreicher Kreise und Gruppenbeziehungen steht“ (SCHARMANN, HOFSTÄTTER).

Zusammenfassung

An Hand eines Beispiels soziodiagnostischer Alltagsarbeit auf der geschlossenen Männerabteilung einer Nervenklinik wird auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die dem Einbau soziometrischer Diagnostik in die psychiatrische Klinikaarbeit bislang entgegenstehen. Es wird die Notwendigkeit kritischer Stellungnahme bei Anwendung soziodiagnostischer Verfahren betont. Ferner werden die wissenschaftlichen Möglichkeiten angedeutet, die die Soziometrie der psychopathologischen Forschung bieten kann.

Literatur

- BOCKMAN, J. S., and R. W. HYDE: Application of Sociometric Technics to the Study of Lobotomized Patients. *J. nerv. ment. Dis.* **114**, 95–105 (1951). — CARP, E. A. D. E.: Perspectives of Sociotherapy, *Acta psychother.* (Basel) **III**, 335–341 (1955). — DODD, ST. C.: The Interrelation Matrix, *Sociometry* **3**, 133–143 (1940). — Systematics for Sociometry and All Science, *Sociometry* **9**, 11–30 (1948). — FRIEDEMANN, A.: Gruppentherapie und Gruppendiagnostik an Kindern. *Z. diagn. Psychol.* **5**, 295–304 (1957). — FRÜHMANN, E.: Über spontane Gruppenbildung bei gehirngeschädigten Kindern. *Prax. Kinderpsychol.* **5**, 249–253 (1956). — HELLPACH, W.: Sozialorganismus. Leipzig 1944, 1. Aufl. — Sozialpsychologie. Stuttgart: Enke 1951, 3. Aufl. — HOFSTÄTTER, P. R.: Einführung in die Sozialpsychologie. Sammlung „Universität“, Band 37. Wien: Humboldt 1954. — Sozialpsychologie, Sammlung Göschen. Berlin: De Gruyter 1956. — Gruppendynamik. Hamburg (rde) 1957. — HÖHN, E.: Soziometrie. Stuttgart: Thieme 1957. — HÖHN, E., u. C. P. SCHICK: Das Soziogramm. Stuttgart: Wolf 1945. — KEGELES, S. S., and R. E. HYDE: Siciometric Network on an Acute Psychiatric Ward. *Group Psychother.* **5**, 91–110 (1952). — KEPHART, W. M.: A Quantitative Analysis of Intragroup Relationships. *Amer. J. Soc.* **6**, 544–549 (1950). — A Method of Heightening Social Adjustment in an Institutional Group. *Amer. J. Orthopsychiat.* **8**, 710–717 (1938). — KLUGE, E., u. R. SCHIGGUTT: Zusammenhänge zwischen Gruppeneigenart und Verhaltensweisen in der psychiatrischen Krankenabteilung. *Z. Psychother. med. Psychol.* **5**, 275–286 (1955). — KÖNIG, R.: Einige Bemerkungen zur Übersetzung von JOKOB L. MORENO, Die Grundlagen der Soziometrie. *Psyche* (Stuttgart) **11**, 905–911 (1956). — KÖNIG, R., u. M. TÖNNESMANN: Probleme der Medizin-Soziologie. Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag 1958. — LUNDBERG,

¹ Letztlich also zu einer Theorie der Vergesellschaftungsformen seelisch Kranker und ihrer Andersartigkeit gegenüber Gesunden.

G. A.: A Discussion of Sociometry. *Sociometry* **6**, 219—220 (1943). — MORENO, J. L.: Grundlagen der Soziometrie. Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag 1954. — Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart: Thieme 1959. — NEHNEVAJSA, J.: Soziometrische Analyse von Gruppen. Kölner Z. Soziol. **7**, 119—140 (1955). — POPE, B.: Sociometric Structure and Groups Values on a Mental Hospital Service for Criminally Insane. *Group Psychother.* **5**, 183 (1953). — SCHARMANN, TH.: Zur Systematik des „Gruppen“-begriffes in der neueren deutschen Psychologie und Soziologie. *Psychol. Rdsch.* **10**, 16—48 (1959). — Die Gruppe im Betrieb. Dortmund 1953. — SCHINDLER, R.: Soziodynamik der Krankenstation. *Z. diagn. Psychol.* **V**, 227—236 (1957). — Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. Stuttgart: Thieme 1957. — Ergebnisse und Erfolge der Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen nach den Methoden der Wiener Klinik. *Wien. Z. Nervenheilk.* **15**, 250—261 (1958). — Psychodynamik in der Gruppe. *Psyche (Stuttgart)* **10**, 308 bis 314 (1957). — SOROKIN, P.: Remarks on Sociometry. *Sociometry* **6**, 241—243 (1943). — Concept, Tests and Energy of Spontaneity-Creativity. *Sociometry* **12**, 212—224 (1952). — STAEBELIN, B.: Gemeinsamkeiten des Gemeinschaftslebens schwer Geisteskranker, Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **72**, 277—298 (1953). — TEIRICH, H. R.: Rangordnungsprobleme in der Gruppe bei Mensch und Tier. *Z. Psychother. med. Psychol.* **4**, 193—201 (1954). — Gruppentherapie mit Studenten. *Z. diagn. Psychol.* **V**, 260—270 (1957). — Soziometrie und Gruppenpsychotherapie. *Z. Psychother. med. Psychol.* **7**, 41 (1957). — WEIDEMANN, J.: Heimkinder. *Gesundheitsfürsorge* **6**, 81—84 (1959). — Heimkind und Heimmilieu. *Z. Kinderpsychiat.* **26**, 77—86 (1959). — Vergleichende Untersuchungen zur diagnostischen Erfassbarkeit der kindlichen Sozialität. *Prax. Kinderpsychol.* **8**, 94—96 (1959). — Untersuchungen zur Frage der sozialen Entwicklung des Heimkindes. *Prax. Kinderpsychol.* 1959 (im Druck). — ZNANIECKI, FL.: Sociometry and Sociology. *Sociometry* **6**, 225—233 (1943).

Dr. J. WEIDEMANN, Kiel, Psychiatrische und Nervenklinik, Niemannsweg 147