

INHALT

<i>Ines Grämiger:</i> Zur Auswertung des Szondi-Tests – Vom Teil zum Ganzen	6
<i>Esther Genton-Meier:</i> Somatoforme Schmerzstörungen – Zusammenfassung einer Lizenziatsarbeit	49
Berichte	
<i>Philip Seidel:</i> Jahresbericht der Wissenschaftskommission und Beitrag zur Bewältigung der Probleme in SGST und LKA	54
<i>Jean Berner:</i> Verunsicherung, Entsolidarisierung, Gewaltbereitschaft – Tagungsbericht	70
<i>Dietrich Blumer:</i> Catatonia and the Neuroleptics: Psychobiologic Significance of Remote and Recent Findings	72
Dokumente	
<i>Karl Bürgi-Meyer:</i> Susan Déris «Introduction to the Szondi-Test» – Der Einzug der Experimentellen Triebdiagnostik in die Psychologie im Amerika der vierziger Jahre	90
Bücher	
<i>Jean Berner:</i> Dissertation über Leopold Szondi	99
<i>Paul Rychner:</i> Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	101
<i>Jean Berner:</i> Fraktale Affektlogik	103
Agenda	106

AUTORINNEN

Grämiger, Ines, Psychologin lic. phil. I (Universität Zürich), Psychotherapeutin SPV, Lehr- und Kontrollanalytikerin SGST, Graphologin SGG, Familien-, Paar- und Körpertherapeutin (bei Gammer/Kirschenbaum/Downing), Ausbildung in Gesprächspsychotherapie (bei B. Rutishauser). Wissenschaftliche Teilzeit-Mitarbeiterin von Leopold Szondi nach Abschluss am Szondi-Institut. Über fünf- und zwanzigjährige eigene psychotherapeutische/schicksalsanalytische und graphologische Praxis sowie kontinuierliche Dozententätigkeit (Szondi-Testologie, Schicksalspsychologie, Graphologie) am Szondi-Institut und am IAP (Institut für Angewandte Psychologie) seit 1973. Herausgeberin verschiedener Lehrkompendien in Graphologie und Schicksalsanalyse. Aufbau einer «schicksalspsychologischen Graphologie» mit Durchführung von kurzen Lern- und Übungskursen sowie Supervisionen zu diesen Themen (in Kleingruppen oder für Ausbildungsinstitute). Mitbegründerin des mittlerweile zehnjährigen interreligiösen und spirituellen Zentrums «SEBIL».

Adresse: Rebbergstrasse 53
8049 Zürich

Genton-Meier, Esther, aufgewachsen in Zürich, wo sie auch alle Schulen und beruflichen Ausbildungen als Sozialarbeiterin, Psychologin (IAP), Paar- und Familientherapeutin (Prof. Jürg Willi) und Schicksalstherapeutin (Szondi-Institut) absolvierte. Berufstätigkeit in der offenen sowie geschlossenen Sozialarbeit (Drogenarbeit und Leitung einer Übergangsgruppe). 1980 bis 1988 selbständige Tätigkeit als Supervisorin, Einzel- und Paartherapeutin. Langjährige Ausbildungstätigkeit in der agogis (Höhere Fachschule für Sozialpädagogik im Behindertenbereich). 1988 Heirat und Umzug ins Welschland. Seit 1993 Wiederaufbau der eigenen Praxis. Aktive Teilnahme an der «groupe Szondi» in Lausanne, unter der Leitung von Prof. Nicolas Duruz.

Adresse: Rue des Terreaux 13
1003 Lausanne

Impressum

szondiana, Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Beiträge zur Schicksalsanalyse, offizielles Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie (SGST) und der Internationalen Szondi-Gesellschaft (ISG)

Redaktion Alois Altenweger, Postfach, 3000 Bern 11

Herausgeber Stiftung Szondi-Institut
Lehr- und Forschungsinstitut für Schicksalspsychologie
und Allgemeine Tiefenpsychologie

Bezug Szondi-Institut, Krähbühlstrasse 30, CH-8044 Zürich
Tel. 01 252 46 55

Abonnement Fr. 35.– (2 Hefte; Einzelpreis Fr. 20.–)
Buchhandlungen, Bibliotheken und BezügerInnen aus dem
Ausland können Preisermässigungen im Sekretariat des
Szondi-Instituts erfragen

Produktion Elisabeth Altenweger

Druck Rüedi Druck AG, Bern

Zur Auswertung des Szondi-Tests – Vom Teil zum Ganzen

VON INES GRÄMIGER

**Vorwort zu
«Die acht Faktoren der Schicksalsanalyse»**

Subjektformulierung

*Die Darstellung der acht Faktoren des Triebsystems nach Leopold Szondi in der Form der **Subjektformulierung** ist vor allem erarbeitet worden für Studierende der Psychologie, Psychotherapie und Sozialwissenschaften und für Teilnehmer von Weiterbildungskursen, welche sich in die Schicksalspsychologie und/oder den Szondi-Test einarbeiten möchten. Die sprachlichen Begriffe und Formulierungen sind deshalb von einem recht hohen psychologischen Niveau, sollen die Verbindungen zu anderen psychologischen und wissenschaftlichen Konzepten erahnen lassen und zu solchen Assoziationen anregen. Dieser sehr persönliche Einstieg in die Schicksalspsychologie in Form einer Selbsteinschätzung eignet sich besonders auch als Ergänzung zur eigenen Szondi-Test-Aufnahme, kann aber auch innerhalb einer schicksalsdiagnostischen Abklärung mit psychologischen Laien, welche sich für die theoretischen Hintergründe interessieren, angewandt werden.*

*Das Sichvertrautmachen mit dem Triebsystem erfolgt hier auf eher sanfte und deskriptive Weise auf der Ebene der **nativen** Bedürfnismanifestationen (nativ = ursprünglich, nicht ersatzhaft gelebtes Bedürfnis; beispielsweise Wut als Wutausdruck in Affekt und Verbalisierung gelebt und nicht als Kopfweh, motorischer Bewegungsdrang oder Umgang mit Explosivstoffen). Psychopathologische Extremvarianten wurden daher in der Schilderung weitgehend weggelassen.*

Es ist auch möglich, die Subjektformulierungen wie einen «Ankreuz- oder Anstreichetest» zu benutzen:

- a) Man kreuze das zutreffende Kästchen links vom Statement an oder/und
- b) man unterstreiche die **zutreffenden Worte** mit Rotstift.

Die 8 Faktoren der Schicksalsanalyse

Lernstufe I

Subjektformulierung

(Die Formulierung gilt so, wenn die unbewussten Triebbedürfnisse nativ geliebt werden und mit dem Bewusstsein übereinstimmen, *nicht* abgewehrt oder somatisiert werden.)

- h + Ich liebe einen *Menschen*, seine *Nähe*, möchte sie/ihn *berühren, streicheln*.
- Ich möchte jemanden *lieben*, auf den Schoss nehmen, seine *Wärme* und *Haut* spüren.
- Ich bin ein *taktiler* Mensch, habe Fingerspitzengefühl, bin feinmotorisch begabt.
- Ich habe eine starke Libido, suche die Erotik, die Sinnhaftigkeit und Sinnlichkeit.
- Ich liebe den Körper, die Nacktheit und die Schönheit.
- Ich liebe Süßes, Süßigkeiten.
- Ich liebe Liebesromane, Gedichte, Lyrik, Musik, Romantik, Jugendstil usw.
-
- h – Ich liebe die *Menschheit*, Gruppen, die Umwelt, die Natur und den Kosmos.
- Ich kann Sexualität und Libido sublimieren, habe auch platonische, geistige und spirituelle Lieben.
- Ich liebe auch Ideen, Philosophien, Abstraktes, Transzendentes und Heiliges.
- Ich brauche nicht unbedingt den taktilen Kontakt, muss nicht alle berühren, brauche selbst oft körperliche Distanz und genieße eher die geistige und verbale Nähe.
- Ich bin ein Humanist, Philosoph und fühle mich für die Erde und den Kosmos verantwortlich.

- s + Ich bin *aktiv*, initiativ, zupackend, tatkräftig, kann auch *aggressiv* sein, kann eindringen, mich durchsetzen.
- Ich kann auch kämpfen und streiten, dominieren, befehlen und bestimmen.
- Ich liebe die grobmotorische Körper- und Muskelkraft, bin vitalkräftig, energiegeladen.
- Ich bin gern stark und *oben* im psychischen und sozialen Gefälle.
- Ich habe eher Mühe, mich zu unterwerfen, mich hinzugeben oder passiv zu sein.
- s – Ich bin eher *passiv*, zurückhaltend, abwartend, liebe die Ruhe und die Beobachtung.
- Ich bin eher *hingebend, empfangend* und ausführend, lasse mich führen, bestimmen.
- Ich helfe gern, nehme Befehle entgegen, kann subalterne Aufträge mühelos erfüllen.
- Ich kann auch *unten* sein und dienen.
- Ich liebe es weniger, mich aggressiv zu wehren, zu kämpfen oder zu streiten.
- e + Ich möchte *gut* und *ethisch* (d.h. gewissenhaft und verantwortlich) sein.
- Ich habe ein starkes *autonomes Gewissen*, liebe Gerechtigkeit und Frieden, bin selbst friedliebend und liebenswürdig, sozial eingestellt, eventuell religiös.
- Ich halte mich sehr an die Gesetze, habe daher auch juristische Interessen neben dem Interesse für helfende, heilende, soziale und religiöse Tätigkeiten.
- Ich bin gegen das Töten sowie gegen unkontrolliertes Ausleben von groben Affekten wie Wut, Hass, Neid, Zorn, Eifersucht.
- e – Ich kann auch *böse* und *wütend* sein.
- Manchmal stau ich die groben Affekte und kann anfallsartig wütend, explosiv und eruptiv sein, neige zu Zorn und Jähzorn, zu Neid und Eifersucht, kann auch hassen, fluchen und verwünschen.
- Manchmal habe ich Tötungsphantasien und -impulse im Alltag oder in den Träumen. Ich kann daher auch mal gewissen- und gefühllos reagieren, Wunden schlagen und verletzen.

- Ich liebe den Wettkampf und Konkurrenzsituationen und kann rivalisieren.
 - Ich habe eine starke Vitalspannung, einen starken Körpertonus (eventuell Bluthochdruck), bin athletisch, viskös und zäh.
 - Ich bin abenteuerlustig, liebe das Risiko und gröbere, intensive Reize.
 - Ich bevorzuge grobmotorische Bewegungen des Körpers (bis zu weitführenden Reisen, Wandern, Sport).
 - Ich interessiere mich deshalb auch für verkehrstechnische Bereiche.
- hy +
- Ich möchte mich *zeigen* und *gesehen werden*, auffallen, beachtet werden, im Mittelpunkt und Vordergrund stehen, habe einen gewissen *Geltungsdrang*.
 - Ich bin eventuell etwas exzentrisch und exhibitionistisch, leide nicht unter Schamgefühlen.
 - Ich habe schauspielerisches und darstellendes Talent, kann im Rampenlicht stehen, *repräsentieren* und *Rollen spielen*, kann mich gut ausdrücken (eventuell auch künstlerisch).
 - Ich kann daher auch anführen, leiten, habe gewisse Führungsansprüche.
 - Ich kann auch mal eine Szene machen, Gefühle übertreiben (vor allem wenn meine Beachtungs- und Erfolgswünsche frustriert werden). Dann kann ich anfallsartig überschwemmt werden von verzweifelten Gefühlen, von Nervosität bis zu Nervenzusammenbrüchen. Bei Erschrecken oder Gefahr neige ich eher zu Bewegungsturm.
 - Ich kann zügellos und ungehemmt reagieren, völlig ausrasten, in Lach- oder Schreikrämpfe ausbrechen.
- hy –
- Ich möchte mich eher *schamhaft verbergen*, in der Menge untergehen und mich einordnen, nicht auffallen.
 - Ich schäme mich bei zu starker Beachtung, verstecke mich eher bei Gefahren, bin lieber *Zuschauer*, Beobachter, im Hintergrund.
 - Ich bin eher voyeuristisch als exhibitionistisch.
 - Ich habe ein starkes *präautonomes Gewissen*, das heisst, ich ordne mich der Gruppennorm unter, erfülle Erwartungen (auch unausgesprochene).
 - Ich bin höchst sensibel im Aufnehmen von Gruppennormen, hierin fast sensitiv. Ich habe deshalb auch oft Angst vor Autoritäten und

Strafen, bemühe mich, alles gut zu machen, nicht ausgeschimpft zu werden.

- Ich bin daher oft sehr angepasst und pflegeleicht.
 - Ich verberge vor allem auch starke erotisch-sexuelle Gemütsbewegungen (eventuell vor mir oder/und den anderen).
 - Ich habe eine starke Moralschranke, eventuell auch Ekelgrenze.
 - Wenn ich erschrecke, stelle ich mich eher tot, werde starr vor Angst oder gelähmt.
- k +
- Mein Ich sagt ja* zu meinen Triebbedürfnissen, meinem Charakter, meinen Symptomen und zur gesamten materiellen Welt.
 - Ich will *haben*, das heisst meinen Willen und meine Bedürfnisse durchsetzen, aber auch meine Bezugspersonen in der Hand haben (bin eher kaptativ).
 - Ich will auch materiellen Besitz und intellektuelles Wissen haben, eine gewisse Macht, einen gewissen Status (mit Geld, fachlicher Autorität), und ich identifiziere mich stark mit meinem Beruf (Berufspersona).
 - Ich habe starke Wertvorstellungen und *Introjekte* (bejahte und erlernte Ideale), bin daher auch sehr lernfähig, wissbegierig, erfolgsorientiert, habe auch Sinn für hierarchische Struktur.
 - Ich *introjiziere* vieles: Wissen, Besitz, Werte, Materie, Essen.
 - Ich liebe es, die Welt einzuverleiben, und sage ja zu ihr, ich bin ein «*Ja-Sager*», eine «*Ja-Sagerin*».
 - Ich *nehme* die Welt interessiert *wahr*; manipulierte Objekte gern (seit meiner lokomotorischen Entwicklungsphase), bin wissbegierig, frage gern, habe einen starken Bezug zur naturwissenschaftlichen Welt.
 - Ich habe eher Mühe zu verzichten, zu warten, Triebbedürfnisse aufzuschieben oder nachzugeben.
- k –
- Mein Ich kann *nein sagen* zu Triebbedürfnissen, kann sie aufschieben oder *Triebverzicht* leisten.
 - Ich kann nein sagen zu Aussenreizen oder zu Introjekten.
 - Ich will nicht immer haben, kann verzichten, asketisch sein und mich der Realität anpassen, vernünftig warten, Bedürfnisse aufschieben.
 - Mein *Realitätsprinzip* ist stärker als die Lust-/Unlustabhängigkeit auf der Triebebene.
 - Ich bin deshalb sehr vernünftig, objektiv, leistungs- und arbeitsfähig.

- Manchmal sage ich aber zu sehr nein, verdränge, verleugne oder hemme meine eigenen Triebbedürfnisse oder bin zu skeptisch-negativ gegenüber neuen Inhalten, habe sofort Vorbehalte, bin ein primärer «Nein-Sager»/«Ja-aber-Sager», eine primäre «Nein-Sagerin»/«Ja-aber-Sagerin».
 - Ich wirke daher sehr vernünftig, erwachsen und reif, kann mich gut abgrenzen und Grenzen akzeptieren, bin eventuell aber etwas triebfeindlich.
- p +
- Ich bin *gefühlbetont* und *inflativ* (das heisst, ich habe viel Phantasien, kann Unbewusstes bewusst machen via kreative Intuition, Imagination und Vorstellungskraft).
 - Ich kann die begrenzte Welt der Materie und des Körpers in der Phantasie *transzendieren* ins Grenzenlose, Phantastische und Übermenschliche, Göttliche.
 - Ich fühle mich eher *gross im Selbstgefühl* oder habe im Selbstideal Grössenansprüche, Vollkommenheitsvorstellungen, möchte bedeutsam sein als Wesen und Person (nicht unbedingt im Materiellen).
 - Ich blähe mich manchmal auf mit fremden Inhalten, vereinnahme andere Objekte, kann mich umgekehrt aber auch sehr begeistern, kann besessen sein von Ideen, verliebe mich intensiv und kann auch andere suggestiv mitreissen und anstecken.
 - Ich kann mich im Geist verbunden fühlen mit Dingen, die nicht materiell anwesend sind, kann sie spüren, kann mich identifizieren mit ihnen und habe manchmal ein fast parapsychologisches und telepathisches Spürvermögen.
 - Ich möchte mich erweitern, ausweiten, *grenzenlos partizipieren* im Geist.
 - Manchmal fällt mir der Umgang mit Begrenzung eher schwer, er löst bei mir Enttäuschungen und Trauerprozesse aus.
- p –
- Ich fühle mich eher *klein in meinem Selbstgefühl*, das heisst, ich neige zu Minderwertigkeitsgefühlen und Ohnmachtsgefühlen. Ich erlebe die Umwelt oft als allmächtig und halte viele Menschen für grösser als mich.
 - Ich habe wenig Urvertrauen und gesundes narzisstisches Selbst aufbauen können in der frühen oralen Phase der Dualunion und möchte dies etwas nachholen.

- Manchmal regrediere ich, möchte mich Grösseren anvertrauen, suche ein grosses narzisstisches Objekt, das mich umsorgt und mir Geborgenheit und Stärke gibt.
 - Ich sehne mich nach Vereinigung mit Partnern, der Umwelt, der Natur, der Mystik.
 - Ich *projiziere* Grössengefühle und Phantasien sowie eigene Triebwünsche oft auf andere, stelle oft mein Licht unter den Scheffel oder sehe meine Schattenseiten besser bei den anderen als bei mir.
 - Ich fühle mich selber eher etwas benachteiligt, manchmal verfolgt von stärkeren und grösseren Leuten, beobachtet und weniger wert.
 - Ich bin oft auch etwas misstrauisch.
 - Ich habe eine sehr starke Beziehung zu regressiven Menschen, zur frühen magischen Phase (zu Kleinkindern, Altersregressiven, Kranken, Pflegefällen, primitiven Kulturen, Märchen).
- d + Ich bin auf der *Suche*:
- a) Wenn ich nach *aussen* suche, dann bin ich eher neugierig, forschend, eventuell etwas unruhig und hastend, möchte mich und andere verändern, suche nach neuen Zukunftsmöglichkeiten, möchte erneuern, erobern, revolutionieren.
 - b) Wenn ich nach *innen* suche, bin ich eher wehmütig, sehnsüchtig, missgestimmt, suche eventuell nach verlorenem Glück in der Vergangenheit und neige zu *Depressionen*.
 - Ich bin in der *Umbesetzungsphase* und suche nach einem neuen Objekt oder Partner.
 - Ich bin eher *anal-eliminativ*, lasse los, kann nicht halten (habe eventuell Durchfall), will verschenken, verschwenden oder verlieren, kann den Partner eventuell nicht aktiv halten, bin eventuell selber untreu. (Entwicklungspsychologisch entspricht diese Such-Unruhe der Suchbewegung des Säuglings nach der Mutterbrust.)
- d –
- Ich möchte *bleiben*, wo ich bin, möchte meinen Besitz, meine Beziehungen so behalten, wie sie sind, bin eventuell etwas haftend, etwas fixiert und klebend, kann im Moment schwer loskommen und mich verändern. – Ich bin in der Phase der *Objektkonstanthaltung*.
 - Ich bin eher *anal-retentiv* (das heisst, ich will festhalten, bewahren, sammeln, konservieren, geize manchmal mit Worten, Gefühlen und Materie, suche die Vergangenheit, habe eventuell Verstopfung).

(Entwicklungspsychologisch entspricht dies der Stimmung und der Situation des saugenden Klebens an der Mutterbrust oder der kindlichen Lust, mit Kot und Urin zu spielen und zu schmieren).

- m + Ich möchte *mich anklammern*, gehalten werden, Kontakt und Beziehung haben, möchte bedingungslos geliebt, bestätigt, gelobt und *akzeptiert* sein.
- Ich möchte jemanden ganz für mich allein haben, Geborgenheit spüren.
- Ich bin in der *Besetzungsphase*, das heisst, ich nehme die Menschen als Wesen und Personen wahr, suche ihre Beziehung, bin engagiert und aufmerksam im Kontakt, habe auch eine starke emotionelle Beziehung zu Arbeitsobjekten, zu allen Lebewesen, zur Welt und zum Leben und vor allem zum lustvollen Geniessen.
- Ich habe eine starke *orale Sinnlichkeit*, genieesse gern, rede, trinke, esse, singe gern.
- Eventuell neige ich auch etwas zu oraler Süchtigkeit, zu Kontaktsucht und habe Mühe mit dem Abgelehntwerden.
- Aus der Phase der oralen Dualunion bringe ich ein rechtes *Urvertrauen* und Hoffnungspotential mit.
- m – Ich möchte oder muss mich *ablösen, trennen*, weggehen, mich zurückziehen.
- Ich suche die Einsamkeit, den Rückzug, das Schweigen, möchte jetzt wenig verpflichtende und tiefe Beziehungen oder Kontakte, mich nicht mit Personen und Wesen auseinandersetzen.
- Ich möchte *frei sein* von Bindungen, unabhängig sein, kann durch die Unabhängigkeit auch in eine gewisse hypomane und euphorische Stimmung gelangen. – Eventuell ist eine mehr oberflächliche, unverbindliche Geselligkeit möglich.
- Ich bin in der Phase des *Besetzungsrückzugs, der irrealen Besetzungsmöglichkeit* (das heisst, ich kann in der Phantasie mit den Beziehungspersonen machen, was ich will, wie mit Figuren auf dem Schachbrett: so in Tagträumen, Phantasien, im Traum oder auch in etwas irrealen und wahnhaften Vorstellungen).
- Da ich im Moment wenig innere Besetzung aufbaue, kann ich gefühlshaft auch etwas vereinsamen, mich verlassen fühlen und neige eventuell zu gewissen Verwahrlosungstendenzen.

- Ich bin aufgrund der Erfahrungen in der frühen oralen Phase eher misstrauisch, war nicht so geborgen, hatte viele Trennungen (Spitalaufenthalt, Bezugspersonenwechsel, Heimwechsel, abwesende Bezugspersonen, kranke Eltern usw.) zu verdauen, so dass es mir Mühe macht, mich in Beziehungen hoffnungsvoll wieder einzulassen. Ich benütze daher die Enttäuschungsprophylaxe: «Ich mache mir wenig Hoffnung, so werde ich auch nicht enttäuscht.»
- Eventuell lehne ich sogar vorübergehend die ganze orale Genusswelt ab und verzichte auf dieses Bedürfnis (esse nichts mehr, rede und kommuniziere nicht mehr).
- Dann habe ich oft Mühe, den gefühlshaften Bezug und Kontakt zu Partnern, zur Arbeitswelt und dem Leben überhaupt zu spüren und zu wahren.

**Vorwort zur
«Testologie»**

Die in drei Lernstufen (I, II, III) aufgebauten Unterlagen zum Szondi-Test sind speziell als Auswertungshilfen zur Testdiagnostik gedacht. Sie entstanden im Lauf meiner mehr als fünfundzwanzigjährigen Ausbildungstätigkeit am IAP und am Szondi-Institut im engen Austausch und Dialog mit den Studierenden. Mit Hilfe dieser Unterlagen – eventuell in Ergänzung zu einem Testologie-Lehrkurs – sollte es möglich sein, einen Szondi-Test vollständig und vollumfänglich auszuwerten.

Die Unterlagen sollen sowohl Studierenden wie Diplomanden als auch berufserfahrenen Schicksalsdiagnostikerinnen und Schicksalsdiagnostikern dienen. Ich habe auch die erfreuliche Erfahrung gemacht, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines nur zweisemestrigen Theorie-Einführungskurses (mit einer kurzen Einführung in die Test-Assistenz: Profilaufnahme, Ausfüllen des Testblatts, Formelnrechnen) aufgrund eines rein autodidaktischen Studiums ein verblüffend hohes Auswertungsniveau bei ihren Diplomprüfungen erreichten.

Wichtigste Szondi-Test-Reaktionen

Lernstufe I
(Auswendiglernen!)


I. Zur Sexualität (S)											
Inversion	1. ♀	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>S - +</td></tr> <tr><td>S 0 +</td></tr> <tr><td>s + betont</td></tr> <tr><td>h - betont</td></tr> </table>	S - +	S 0 +	s + betont	h - betont	mit	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Sch + 0</td></tr> <tr><td>k betont</td></tr> </table>	Sch + 0	k betont	} evtl. mit C + +
	S - +										
	S 0 +										
s + betont											
h - betont											
Sch + 0											
k betont											
2. ♂	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>S + -</td></tr> <tr><td>S 0 -</td></tr> <tr><td>h + betont</td></tr> <tr><td>s - betont</td></tr> </table>	S + -	S 0 -	h + betont	s - betont	mit	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Sch 0 +</td></tr> <tr><td>p betont</td></tr> </table>	Sch 0 +	p betont		
S + -											
S 0 -											
h + betont											
s - betont											
Sch 0 +											
p betont											
3. ♀/♂	evtl. s - ! Sch 0 0		bei Ich-Wechsel								
Bisexualität	1.	viele ± im S	(h ± / s ±)								
	2.	«bisexuelle» Ich-Identifikation	(Sch + + / Sch 0 +)								
	3.	evtl. Sch 0 0	(als Ich-Wechsel)								
	4.	oder aber Wechsel zwischen weiblichen und männlichen Bildern in der Abfolge									
	5.	evtl. mit C + +									
Perversion	1.	Sexualstauung mit k + (!) → s + ! / s - ! (evtl. hy - !, hy + !, k + ! usw.) → k > p («Technik» > Beziehung)									
	2.	evtl. mit Lustsyndrom (kein reines Minus in den letzten drei Faktoren: p d m)									
Phallisches Syndrom		s + hy +									

«Kastrationsangst»/ Ablehnung des Phallischen		s – hy–
Triebwirbel	1.	h + mit m –
	2.	h – mit m +

II. Zur Paroxysmalität (P)								
Epileptiforme Reaktionen	1.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>e – (!) P – + P – – oder alle Reaktionen in e (e Wechsel)</td> <td style="text-align: center;">mit</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Sch ± – (Ausreisser- Ich) Sch + – (Trotz-Ich) Sch – ± (Entfrem- dungs-Ich) (Sch 0 0 / Sch – –) </td> </tr> </table>	e – (!) P – + P – – oder alle Reaktionen in e (e Wechsel)	mit	Sch ± – (Ausreisser- Ich) Sch + – (Trotz-Ich) Sch – ± (Entfrem- dungs-Ich) (Sch 0 0 / Sch – –)			
	e – (!) P – + P – – oder alle Reaktionen in e (e Wechsel)	mit	Sch ± – (Ausreisser- Ich) Sch + – (Trotz-Ich) Sch – ± (Entfrem- dungs-Ich) (Sch 0 0 / Sch – –)					
	2.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>Kainssyndrom</td> <td>e – (p – oder k –) m –</td> </tr> <tr> <td>«sozialisierter Kain»</td> <td>e + (k + oder p+) m +</td> </tr> <tr> <td>epileptiforme Verstimmung / Dysphorie</td> <td>Obiges mit d +</td> </tr> </table>	Kainssyndrom	e – (p – oder k –) m –	«sozialisierter Kain»	e + (k + oder p+) m +	epileptiforme Verstimmung / Dysphorie	Obiges mit d +
	Kainssyndrom	e – (p – oder k –) m –						
«sozialisierter Kain»	e + (k + oder p+) m +							
epileptiforme Verstimmung / Dysphorie	Obiges mit d +							
1.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>offene Hysterie</td> <td style="text-align: center;">mit</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Sch – + (Hemmung) Sch – ± (Entfremdung) Sch – 0 (Verdrängung) </td> </tr> </table>	offene Hysterie	mit	Sch – + (Hemmung) Sch – ± (Entfremdung) Sch – 0 (Verdrängung)				
offene Hysterie	mit	Sch – + (Hemmung) Sch – ± (Entfremdung) Sch – 0 (Verdrängung)						
2.	Angsthysterie eher P 0 –							
3.	hysterischer Charakter mit hy – !							
4.	Phobie P + 0 Sch ± ±							

III. Zum Ich (Sch)		
Neurosen	1. Verdrängungsneurose	Sch - + - 0 - ±
	2. Zwangsneurose	k ± / Sch ± 0 viele ± (vor allem bei mehr als drei ± in einem Profil) Isolierung als Spaltungsform (0 ±, ± 0)
Schizophrenie	1. diagonale (vor allem projektive) Spaltungsform (+ -, - +)	
	2. Gefahren / Quanten in Sch	
	3. Irrealitätssyndrom: p - C - -	
	4. s -! Sch 0 0 (als mögliche Präpsychose)	
Haltlosigkeit / «Psychopathie»	1. leere innerste Mitte: hy 0 k 0	
	2. viele 0 in der Mitte	
	3. Lustsyndrom erhöht (kein reines Minus in p, d, m)	
	4. evtl. Quadriventil	

IV. Zu Kontakt / Stimmung (C)	
Depression (introjektive)	s - k + d +
agitierte Depression	s + k + d +
Manie	s + k - (!) m - (!)
Sucht	s - p + (!) m + ! (mit Phantasien / v.a. Drogen) s - k - (!) m + ! (mit verstärkter Selbstdestruktion)

V. Verschiedenes								
Selbsthass / Unfall / Selbstsabotage	s - e -							
Erhöhte Destruktivität	s + k - (!)							
Suche nach dem Rivalen	p + d +							
Moralischer Masochismus	s - (!) e +							
Mitten	sensitiv-paranoide Mitte	P 0 - Sch 0 -						
	organoneurotische, psychosomatische Mitte	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>P 0 -</td></tr> <tr><td>+ -</td></tr> <tr><td>± -</td></tr> </table> mit <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Sch - -</td></tr> </table>	P 0 -	+ -	± -	Sch - -		
P 0 -								
+ -								
± -								
Sch - -								
	Schuld- und Strafangst, hypochondrische Mitte, sozialisierter Kain	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>P + -</td></tr> <tr><td>0 -</td></tr> <tr><td>± -</td></tr> </table> mit <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Sch - +</td></tr> <tr><td>- 0</td></tr> <tr><td>- ±</td></tr> </table> («Bade- wanne») <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">  </div>	P + -	0 -	± -	Sch - +	- 0	- ±
P + -								
0 -								
± -								
Sch - +								
- 0								
- ±								

Auswertungshilfe zum Szondi-Test

Lernstufe II

A. Strukturanalyse	
1. Verteilung der Nullen (0)	<ul style="list-style-type: none"> ➔ eher am Rand oder in der Mitte? ➔ in der innersten Mitte (hy 0 / k 0): Gefahr des psychopathischen, psychotischen Ich-Verlusts ➔ im Ich (vor allem bei Sch 0 0): Welche Triebgefahr im selben Profil wird dadurch gefährlich? ➔ sind vor allem in den Zensurfaktoren 0 (Nullen) zu finden? Ausfall welcher Zensur? (→ s. Zensuranalyse)
2. Verteilung der !	<ul style="list-style-type: none"> ➔ ist die Anzahl auffällig? ➔ Ort der ! und deren Bedeutung (→ s. Quantenblatt)
3. Sukzession	<ul style="list-style-type: none"> ➔ welches sind «labile» Faktoren/Vektoren (vor allem mit allen vier Reaktionen)? ➔ welches sind monotone Faktoren/Vektoren? ➔ wo sind spiegelbildliche Umdrehungen zu finden? Interpretation ➔ wo sind Kippreaktionen zu finden?
4. Spaltungsformen (Anzahl und Ort ihres Vorkommens)	<ul style="list-style-type: none"> ➔ diagonale Spaltungen? (projektive Spaltung [+ -] als schizoid, evtl. als Psychosehinweis / inflative Spaltungsform [- +] als ödipal) ➔ Unitendenzen (+ 0 / 0 + / - 0 / 0 -) (= ungesteuerte Überwertigkeiten / Gefahr in Richtung...) ➔ Isolierungen (± 0 / 0 ±) (Isolierung als Abwehrform / Verdacht auf Zwangsmechanismen / evtl. hysteriforme Isolierung) ➔ Tritendenzen (± - / ± + / + ± / - ±) (→ eher paroxysmale Struktur → Deuten der ausfallenden 4. Triebtendenz)

5. Fehlende Faktorreaktionen	➔ In jedem Faktor die fehlenden Reaktionen (v.a. + und –) als fehlend interpretieren und auflisten → gilt evtl. als Entwicklungsempfehlung → zum Therapieplan)
-------------------------------------	---

B. Wichtige Profilsyndrome	
1. h + m – h – m +	Triebwirbel (Zärtlichkeitsbedürfnis bei Abtrennung / Ablehnung der Zärtlichkeit bei Besetzung)
2. s – (!) e – (!)	Selbsthass , gegen sich gerichteter Kain, Selbstsabotage, evtl. Suizid, «Unfälletyp», Rivalisieren mit Selbstaggression, «Versagen»
3. s – (!) e +	« moralischer Masochismus », nach Freud (strenges, quälendes Über-Ich)
4. s – hy –	« Kastrationssyndrom » / Abwehr des Phallischen
5. s + hy +	« phallisches Syndrom »
6. s – ! k – !	Selbstdestruktion, Negativismus mit stark masochistischer Tendenz, evtl. Suizid, «Kamikaze»
7. s – p –	passives Verfolgtwerden, Benachteiligungsgefühle masochistischer Art, starke Ohnmacht, Schwäche
8. s + e –	aggressive Wut, Gefahr des aggressiven Affektausbruchs, Rivalisieren mit «Sieg»
9. s + ! k – !	Fremddestruktion und Selbstablehnung mit negativistischer Einstellung / evtl. auch Selbstdestruktion mit aggressivem Anklagecharakter
10. s + p –	Projektion der Aggression, evtl. aggressives Anklagen, «Angstbeisser»
11. s + k +	Kraftkumulation durch Aktivität und Wille, aktive Realisation

ZUR AUSWERTUNG DES SZONDI-TESTS

12. s – m +	mehr passive Erwartungshaltung und Akzeptationswünsche, evtl. Unterwerfung, Abhängigkeit, Hörigkeit
13. s + m +	eher aktive Anklammerung, evtl. aggressive Besetzung
14. e – m + !	evtl. Affektreaktion auf Beziehungsfrustration, Beziehungswunsch in Gegensatzkonflikt zu affektiver Wut
15. e – (k – oder p –) m –	Kainssyndrom (starke Wut, Hass, Zorn, Neid, Eifersucht: abgewehrt durch Besetzungsrückzug)
16. e 0 k 0	Verlust der Ich- und Über-Ich-Zensur, Gefahr eines affektiven Anfalls mit Ich-/Bewusstseinsbeschränkung
17. hy + p + (evtl. s +, m +)	Geltungs- und Dominationswunsch, evtl. Führungswunsch, Durchsetzung der eigenen Individualität, evtl. weniger Anpassung, Unterordnung
18. hy – Sch 0 – (s –) hy – p –	« sensitiv-paranoid », eher anpassungsbereit bis überangepasst, sich mit Minderwertigkeitsgefühlen unterordnend, Ängste, Spürvermögen
19. k – m – (evtl. mit s +)	Abgetrenntsein, Einsamkeit mit destruktiver (und evtl. aggressiver) Reaktion
20. k + m +	Objektablösung / Abtrennung durch Introjektion / aktive Identifikation mit dem Objekt (normale ödipale Ablösung)
21. k + (!) m + (!)	« oral-kaptativ »: starke Introjektion, aktive Identifikation ohne echte Ablösung / Gefahr der narzisstischen Inbesitznahme von Objekten
22. p + d +	Rivalisieren, inflatives Grössengefühl mit Suche nach Rivalen

<p>23. s – k + d + s – k – d + s + k + d + s + k – d +</p>	<p>➔ introjektive Depression, «Melancholie» ➔ neurotische Depression ➔ agitierte Depression ➔ Depression im Übergang zur manischen Position (U. Moser)</p>
<p>24. s + k – (!) m – / C 0 –</p>	<p>➔ hypoman-manisches Syndrom, mit oberflächlicher Kontaktart, hintergründig negativer Einstellung, Ablehnung von Objekt- und Über-Ich-Idealen – Euphorie</p>
<p>25. s – ! p + ! m +! (evtl. mit Sch 0 0) s – ! k – ! m +!</p>	<p>➔ Suchtsyndrom (eher inflativ, mit Sehnsucht nach Bildern. Eher bei Drogen, bei Pubertierenden. Es bestehen noch Bewusstseinsinhalte p +) ➔ Sucht bei fortgeschrittener Selbstdestruktion, Chronifizierung, öfter bei Alkohol</p>
<p>26. Suizidmotive</p> <p>s + ! k – !</p> <p>p – d – m –</p> <p>s – ! e – !</p> <p>mit d +</p> <p>mit Sch 0 0</p>	<p>➔ Suizidgefahr, sonstige Selbstsabotage, evtl. auch Unfälle infolge starker Destruktion, Entwertung</p> <p>➔ Suizid infolge Irrealität, Beziehungsverlustes, Psychose</p> <p>➔ Suizid infolge von Selbsthass. Tötungsimpuls, Wut gegen sich gerichtet</p> <p>➔ depressive Form des Suizids</p> <p>➔ Suizid bei Ich-Ausfall</p>
<p>27. Wichtige Einzelreaktionen</p> <p>Sch 0 0</p>	<p>➔ Ich-Schwäche, Ich-Ausfall (Möglichkeit von Suizid / schizoformem Schub / psychopathischem Ich-Verlust / Ich-Wechsel bei Homosexualität, Bisexualität / Affektanfall / Zensur- und Kontrollverlust)</p>

k + !	➔ (evtl. traumatische) Introjektionen mit Wiederholungszwang, aktiver Nachahmung (Gefahr von Perversionen / Narzissmus / narzisstischer Erkrankung wie Depression / überwertige Habmacht, Besitzansprüche)
Sch + -	➔ autistische Reaktion, Trotz, schwer zugänglich in Therapien (vor allem mit P - + / - 0)
Sch + + + 0 0 +	➔ narzisstische Ich-Formen
Sch - + - ± - 0	➔ verdrängungsneurotische Ich-Formen

C. Wichtigste Mitten					
	P		Sch		
	e	hy	k	p	
1.	-	+	+	-	sozialnegative Mitte / keine Zensur in Funktion / autistischer Kain
2.	+	-	-	+	sozialpositive Mitte / Schuld- und Strafangst (Existenzform Nr. 11 / alle Zensuren in Funktion)
3.	+	+	+	+	psychasthenische (hysteriform gefärbte) Mitte
4.	-	-	-	-	« kriminelle » Mitte / evtl. epileptiform / hinter Anpassung und Panik versteckter Kain
5.	0	-	0	-	sensitiv-paranoide Mitte (Existenzform 2)
6.	0	+	0	+	hysteriform-inflative Mitte (Existenzform 14/3)
7.	0 evtl. hy	0	0 k 0	0	haltlos-psychopathische Mitte (Existenzform 8 / total leere Mitte) / Ausfall aller Zensuren

8.	+	-	-	+	Schuld- und Strafangst-Mitte / Ängste aus Schuldgefühlen, sozialisierbar vor allem in sozialen, heiligen Berufen (Schutzexistenzform I I). Typisch auch für Hypochondrie (gegen P-Gefahr)
	±			±	
	0			0	
	(nie e -)				
	«Badewanne»				
	⏟				
9.	0	-	-	-	Organeurotische Mitte / «Psychosomatiker» / Somatisierungen durch Projektion (p -) des Konflikts auf Organ (Schutzexistenzform I 5 / vor allem gegen P-Gefahren)
	+				
	±				
	(nie e -)				
10.	-	beliebig	+	-	klassisch epileptiforme Mitte ➔ mit Trotz, Autismus (Sch + -) ➔ mit Ausreisstendenz (Sch ± -) ➔ mit epileptiformen Entfremdungen (Sch - ±)
			±	-	
			-	±	
11.	+	0	±	±	klassisch phobische Mitte
	(±)	(±)	(0)	(0)	
12.		+ !	-	0	klassisch (konversions)hysterische Mitte evtl. stupurös, Lähmungen
		- !	-	+	
			-	±	
			mit k - !		
13.	-	0	- !		klassisch katatoniforme Mitte

D. Erweiterte Syndrome zur Differentialdiagnostik (Neurose – Psychose – Psychopathie)	
1. Neurosehinweise	
<p>Sch – 0 / – + / – ± :</p> <p>mit m +</p> <p>mit C 0 – / m –</p> <p>mit s – / s ±</p> <p>mit d +</p> <p>mit zusätzlich spezifischen Neurosesymptomen</p>	<p>➔ typisch verdrängungsneurotische Mitte</p> <ul style="list-style-type: none"> ● mit Verdrängung (Sch – 0) ● mit Hemmung, Funktionseinschränkung (Sch – +) ● mit Entfremdung, Fremdheitsgefühl, Depersonalisation (Sch – ±) <p>➔ Besetzungs- und Übertragungsfähigkeit vorhanden</p> <p>➔ neurotische Verwehrlosung (wenn nicht zu viel Psychose- oder Psychopathiehinweise). Hypomane Beziehungsflucht und -angst</p> <p>➔ häufig bei neurotischer Störung mit Passivität, Aktivitätshemmung, Hemmung der Männlichkeit infolge Kastrationsangst</p> <p>➔ eher neurotisch-reaktive Verstimmung (wenn keine besonderen Psychosehinweise)</p> <p>➔ siehe unter E.4. und E.5.: Zwang → Hysterie usw.</p>
2. Psychosehinweise	
<p>1. schizoforme / diagonale Spaltungsform (v.a. + –)</p> <p>2. p – d – m –</p>	<p>➔ schizoide Konstitution / Spaltungsmechanismen als Abwehr</p> <p>➔ irrealer Block: Irrealität, Realitätseinbusse / Besetzungsrückzug mit Projektion / Lebensverneinung</p>

<p>3. evtl. C -- erhöht</p>	<p>➔ Besetzungsrückzug / Kontaktabbruch</p>
<p>4. weniger neurotische Ich-Formen, sondern</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sch 0 - ! (Exf. 2) ● Sch 0 + ! (Exf. 3) ● Sch - ! 0 (Exf. 5) ● hy - ! k - ! (Exf. 4) ● Sch 0 0 ● Sch + - ● Sch + + ● Sch - ± 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>projektiv-paranoid</i> (v.a. mit P 0 -): Dualunion / früheste Ich-Stufe der Symbiose, Regression, infantile Fixierung ➔ <i>inflativ</i> Grössenansprüche / Besessenheit ohne Realitätskontrolle / Allesseinwollen / Widersprüchliches gleichzeitig sein wollen ➔ <i>katatoniforme</i> Negation: Selbst- und Fremddestruktion, oft stuporartig, d.h. auch motorisch sichtbar ➔ typisch für <i>Hebephrenie</i> / Betonung der katatoniformen und hysteriformen Komponente / heboform ➔ Ich-Verlust ➔ Autismus / Errichtung einer eigenen Welt / magische Vorstellungen und Ängste ➔ evtl. narzisstische Form des Rückzugs in die Psychose ➔ evtl. als psychotische Entfremdung / Depersonalisation
<p>Punkt 1.-4. mit:</p> <p>s - k+ d + s + k- m - häufig ! im S (auch als S + ! + !) s - ! Sch 0 0 Sch ± - ! / Sch ± + !</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ endogene, psychotische «introjektive» Depression ➔ hypoman-manische Zustände ➔ Sexualstauungen infolge Beziehungsverlusts in der Psychose ➔ evtl. Schubgefahr mit Ich-Verlust und Selbstbestrafung, Selbstaggression, Gefühl von «Wahnsinnigwerden» ➔ evtl. mit Zwang zurückgehaltene paranoide Gefahr

3. Persönlichkeitsstörungen (ehemals «Psychopathie»), Exf. 8	
<p>Tri- und Quadri-ventilität</p> <p>viele Symptomfaktoren, wenig Wurzelfaktoren</p> <p>Lustsyndrom erhöht (in p, d, m kein reines Minus in einem Profil)</p> <p>haltlose, leere Mitte (P 0 0, Sch 0 0, hy 0 mit k 0)</p> <p>häufig C 0 –</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ nur in maximal einem Triebgebiet Stauungsfähigkeit und Spannungstoleranz ➔ mehr Symptomproduktion, Ausleben, Agieren, mangelnde Aufstaufähigkeit ➔ mehr prägenitale Fixierung / lust-, unlustabhängig / wenige verneinende Stellungnahmen ➔ Ausfall der Ich- und Über-Ich-Zensur (Sch 0 0 / P 0 0) oder der Handlungszensur (Ausfall der Schamzensur, hy 0, mit Ausfall der Ich-Stellungnahme, k 0) ➔ Haltlosigkeit in Beziehungen

E. Spezifische Syndromatik			
1. Homosexualität / Inversion / Metatropismus / Bisexualität (Existenzform I0)			
S invers und Sch invers	➔ Sexualität und Ich-Ideal/Ich-Identifikation müssen invers sein		
<p>Inversion bei Männern: a) mit b) muss erfüllt sein</p> <p>a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>S + –</td></tr> <tr><td>0 –</td></tr> </table></p> <p style="margin-left: 20px;">Tendenz s – Tendenz h + evtl. s ±</p> <p style="margin-left: 40px;">mit</p>	S + –	0 –	➔ weibliche Sexualität , Passivität, Aktivitätshemmung, mehr taktil-erotische Bedürfnisse
S + –			
0 –			

<p>b)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Sch 0 ± 0 +</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Tendenz p + Tendenz k ↓</td> </tr> </table>	Sch 0 ± 0 +	Tendenz p + Tendenz k ↓	<p>➔ weibliches Ich / Moll-Ich / fehlende Introjektion</p>		
Sch 0 ± 0 +					
Tendenz p + Tendenz k ↓					
<p>mit s – ! Sch 0 0</p> <p>mit C + +</p>	<p>➔ Masochismus mit Ich-Verlust / Ich-Wechsel</p> <p>➔ eher biobjektive Besetzung, meist eher bisexuell</p>				
<p>Inversion bei Frauen: a) mit b) muss erfüllt sein</p> <p>a)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">S – + – 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Tendenz h – Tendenz s +</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">mit</p> <p>b)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Sch ± 0 + 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Tendenz k + Tendenz p ↓</td> </tr> </table>	S – + – 0	Tendenz h – Tendenz s +	Sch ± 0 + 0	Tendenz k + Tendenz p ↓	<p>➔ männliche Sexualität / Aktivität / Ablehnung der Zärtlichkeit</p> <p>➔ männliches / hartes Dur-Ich / Hab-Anspruch, Machtanspruch / weiche Gefühlsseiten weniger betont</p>
S – + – 0					
Tendenz h – Tendenz s +					
Sch ± 0 + 0					
Tendenz k + Tendenz p ↓					
<p>mit Sch 0 0</p> <p>bei Frauen öfter Wechsel von männlichem zu weiblichem Ich</p> <p>mit Sch + +</p> <p>mit C + +</p>	<p>➔ Ich-Wechsel (oft im Übergang vom weiblichen zum männlichen Ich)</p> <p>➔ Homosexualität bei Frauen beruht oft eher auf einer Bisexualität</p> <p>➔ eher narzisstische Form</p> <p>➔ biobjektiver Kontakt</p>				

2. Perversionen oder Charakterprägungen * (Existenzform 9)	
<small>* (Begriff von I. Grämiger neu eingeführt)</small>	
<p>1. S gestört</p> <p>(durch !, durch ±, durch Wechsel)</p> <p>mit k + (!)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Perversion beruht auf krankhafter, evtl. traumatischer oder konstitutionell pathologischer Introjektionsbereitschaft / Besitzanspruch über Objekt ist «materialisiert» anstatt durch Seinsbeziehung (Partizipation p) gelebt. ➔ «Technik» > Beziehung. k + auch als Hinweis für mangelnde Verdrängungsfähigkeit der polymorph perversen Struktur der kindlichen Sexualität
<p>2. häufiges Lustsyndrom</p> <p>(~ > 4x)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ prägenitale Fixierung ➔ Dominanz des Lustprinzips
<p>Punkt 1. und 2. mit:</p> <p>s – ! s + ! s ± h + !, h – !</p> <p>hy – !, d – !, d + !, auffälligem d auffälligem m auffälligem s / d auffälligem s / m S ± ±, C ± ±</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ masochistische Perversion ➔ Sadismus ➔ Sadomasochismus ➔ evtl. taktile Berührungsperversion, «Frotteur» ➔ evtl. anale Fixierung ➔ evtl. orale Fixierungen ➔ Analsadismus oder -masochismus ➔ Oralsadismus oder -masochismus ➔ polymorphe, undifferenzierte Sexual- und Kontaktform

3. Epileptiforme Struktur (Existenzform 13)	
<p>1. e – erhöht / e auffällig wechselnd / e 0 erhöht</p>	<p>➔ grobe Affekte / paroxysmale Affekt-labilität / Affektanfalle</p>
<p>2. e – mit Sch + –, ± –, – ±, 0 0 (epileptiforme Ich-Formen) (mit m – / C 0 – / C + –)</p>	<p>➔ epileptiformer Autismus (Sch + –) / Aus-reissen (Sch ± –) / Entfremdung (Sch – ±) / Bewusstseinsausfall (Sch 0 0) ➔ eher organische Epilepsie) (mit Besetzungsabwehr)</p>
<p>3. e – (k – oder p –) m –</p>	<p>➔ Kainssyndrom, «Mördersyndrom» = tötende Gesinnung infolge grober Affekte, Wut, Hass, Neid, Eifersucht</p>
<p>Punkt 1.–3. mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● m + / m ± ● oft h ! (evtl. s ± / s – / s +) ● e +, k +, m + e ±, k ±, m ± s +, P – –, k – 	<p>➔ oft psychische Epi.äquivalente</p> <p>➔ sozialisierte Form / oft operotrop in sozialen Berufen gelebt</p> <p>➔ zweifelnder Kain / evtl. mit spastisch-zwangartigen Symptomen</p> <p>➔ interparoxysmale Aufstauung / Zwischenphase</p>
<p>4. häufig spiegelbildartige Umdrehungen in der Sukzession (+ – → – +)</p>	<p>➔ Entweder-oder-Wechsel</p>
<p>5. Tritendenzen erhöht (± + / ± – / – ± / + ±)</p>	

4. Hysteriforme Struktur (Existenzform 14)	
<p>1. hy auffällig (! / Wechsel / häufig hy ± oder hy 0)</p> <p>2. P + + oder P --</p> <p>3. neurotische Ich-Formen Sch - 0, - +, - ±</p> <p>Phobisch: P + 0 / e + ! mit verdrängungsneurotischen Ich-Formen Sch ± ±-Tendenz, evtl. Sch 0 0</p>	<p>➔ Bewegungssturm oder Totstellreflex, Lähmung</p> <p>➔ hysteriforme Verdrängung, Funktionshemmung, Entfremdung (oft als Konversion)</p> <p>➔ starke Gewissensbildung / Über-Ich-Angst</p> <p>➔ integriertes Ich, das sämtliche Abwehrmechanismen gegen die Angst mobilisiert, von Katastrophenangst getrieben wird</p>

5. Zwangsstruktur (Existenzform 12)	
<p>1. gehäufte ± (evtl. mehr als drei ± in drei verschiedenen Vektoren eines Profils)</p> <p>2. gehäufte Isolierungen 0 ±, ± 0</p>	<p>➔ starke Ambivalenzen, Unentschiedenheiten, innere Spannung und Blockierung</p> <p>➔ Isolierung von Zusammengehörigem, vor allem von Affekt und Vorstellungsinhalt</p>

<p>1. und 2 mit:</p> <p>k ±</p> <p>p ±</p> <p>s ±</p> <p>e ±</p> <p>hy ±</p> <p>d ±</p> <p>m ±</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ vor allem als Zwangshandlungsindiz / Ambivalenz in der Ich-Stellungnahme, im Entscheid ➔ eher Zwangsphantasien ➔ aggressive, sadomasochistische Zwänge ➔ ethische Zweifel, Über-Ich-Zweifel und -Zwänge ➔ moralische Zwänge und Zweifel, Zwänge als Scheuheit usw. ➔ anale Zwänge / Kontakt dilemmen ➔ orale Zwänge / Kontakt dilemmen
---	---

F. Entwicklungsstufen	
1. Triebentwicklung	
<p>Prägenitale Stufe:</p> <p>m-Faktor</p> <p>m / s</p> <p>d</p> <p>d – !</p> <p>d 0 / d +</p> <p>d / s</p> <p>s + hy +</p> <p>häufiges Lustsyndrom</p> <p>evtl. S ± ±</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Oralität / «orales Es» ➔ Oralaggression ➔ Analität / «anales Es» ➔ eher anal-retentiv / ! als Fixierungszeichen ➔ eher anal-eliminativ ➔ Analaggression ➔ phallisches Syndrom / phallisch-exhibitionistische Phase ➔ prägenitale Fixierungen ➔ undifferenzierte, «polymorph-perverse» Sexualität

<p>Genitale Stufe: (alle Punkte sollten erfüllt sein)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● S + +, S - - ● gutes Sexualbild ● gutes Beziehungsbild ● gutes Ich-Bild ● wenig Lustsyndrome ● S + + (P + - usw.), Sch - -, C - +, 0 + 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ legierte Sexualität ➔ (normale Alltagssexualität mit Anpassung)
<p>Sublimierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● S - - P ± ± Sch ± ± C - - ● S - - P + + Sch + + C - 0 / - + 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ klassische Sublimierung, Humanisierung durch Integration der Randprobleme in der Mitte (keine Randfahren und ! mehr) ➔ teilweise Sublimierung (eher narzisstische Form)
<p>Beispiele</p> <ul style="list-style-type: none"> ● S + + hy + C - + / 0 + ● S - + P - + Sch - + C - + ● S - + P - + Sch - + C + - 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ ödipal-phallische Sexualität ➔ gehemmte Ödipalität ➔ gehemmte Ödipalität mit Inzestflucht

2. Ich-Entwicklungsstufen (nach Szondi)	
frühkindliche:	
Sch 0 –	➔ erste orale Phase, früheste Ich-Form der Dualunion, Symbiose (bis zwei Jahre)
Sch 0 +	➔ zweite orale Phase, Allmachtsphantasien, selbst Ersatz sein für die Mutter (z.B. Lutschen), Selbstverdoppelung (drei bis vier Jahre), Selbsttröstung
Sch + 0	➔ introjektive Phase, objektiver Machtanspruch, Objektmanipulationen, motorische Aktivität (= Eigenwille, vier bis fünf Jahre)
Sch – 0	➔ Negation als Anpassung, Triebverzicht (fünf bis sechs / neun bis zwölf Jahre / Einschulung, Schulreife-kriterium), Realitätsprinzip
späteres Alter (s. Anhang ETD):	
Sch 0 – (A 1)	➔ oralabhängige Phase } präödipale Phasen ➔ eher anal-phallisch }
Sch +- (A 2)	
Sch – 0 (B 1)	➔ Verdrängung } pubertäre Phasen ➔ Hemmung }
Sch –+ (B 2)	
Sch – – (c)	➔ normale Anpassung
Sch + + (D)	➔ narzisstisch

Gutachtenleitfaden zum Szondi-Test

Lernstufe III

Der Gutachtenleitfaden verhilft zur Strukturierung einer Auswertung und zur Vorbereitung eines Gutachtens. Er setzt differenzierte testologische Kenntnisse voraus, die der Lernstufe II der Testkompendien zu entnehmen sind. Hier werden nur wenige testologische Syndrome erwähnt.

Vorgeschlagene Darstellung des Gutachtens

Text fortlaufend – auch für Nicht-Szondianer. Am Rand des Blattes Testreaktionen notieren.

Text	Test
	Am Rand des Blattes Testreaktionen notieren

Unterteilung der Auswertung (Beispiel für die Gutachtengestaltung S. 48)

- I. Zusammenfassende Charakterisierung (Empfehlung: Dieses Kapitel erst *nach* der Analyse der Kapitel II–VI ausfüllen, aber im Gutachten an erste Stelle setzen)
- II. Sexualität
- III. Affektivität / Über-Ich
- IV. Ich-Funktionen / Abwehr / Glaubensfunktionen
- V. Kontakt / Stimmungen
- VI. Kombinationen

I. Kurze, knappe Charakterisierung der Persönlichkeit unter Berücksichtigung folgender Punkte	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Schizoide, zwanghafte, paroxysmale, zyklische, psychopathische, narzisstische Charakterstruktur? (siehe Auswertungshilfe) 2. Normalität oder mehr neurotische, psychotische oder psychopathische Gefährdung? 3. Männlicher, weiblicher, inverser oder «bisexueller» Charakter? 4. Eher auto- oder alloplastische Tendenzen (s + / s -)? 5. Wo liegt das Hauptgewicht der Störungen? 6. Dynamik von latenten, unbefriedigten Bedürfnissen als Ursache von manifestierten, ausagierten Bedürfnissen und Symptomen (Wurzel-/Symptombfaktorenanalyse → Triebformel) 7. Bestimmung der grössten Gefahrenmöglichkeiten (Gefahrenklasse) → Wahlanalyse → Genotropismus 8. Bestimmung der inneren Spannungstoleranz (Anzahl Gefahrenklassen / evtl. Tspq / Quanten) oder Spannungsintoleranz (Ventilklassen / 0-Reaktionen / Tspq) 9. Dynamik Vordergänger–Hintergänger (VG – Schattendialektik / verschiedene «Gestalten» in den verschiedenen Schichtungen des Unbewussten) 	

II. Sexualität (S)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist der Proband eher männlich/hart oder weiblich/weich (hs-Syndrome / Dur-Moll / S-Bilder / Sch-Bilder) oder «gemischt» / bisexuell? (siehe Auswertungshilfe) 2. Wo ist der Proband eher weich, wo eher hart (sh Dur-Moll in den verschiedenen Vektorbildern)? Wie ist die Dynamik? Verhältnis zwischen biologischem Geschlecht und Test? 3. Ist die Sexualität eher prägenital/infantil (Lustsyndrom / infantile S-Bilder) oder genital (Legierung in S / gute Bindungsfähigkeit, wenig Lustsyndrome / gute Ich-Formen erwachsener Art) 4. Ist die Sexualität eher prägenital-pervers (Perversionssyndrome mit k + / Lustsyndrome)? 5. Wie sind die Sexualbilder im Gegensatz zu den Ich-Identifikationen (Kompensationen, Verstärkungen)? 6. Besteht eine Unfähigkeit zur Richtung erotischer Bedürfnisse auf Beziehungspersonen (Triebwirbel h – m + / h + m –)? 7. Wie geht der Proband mit seiner Bisexualität, Homosexualität um? (Negierung / Ablehnung oder Bejahung / Abwehr durch Zwang?) 8. Hat der Proband Sublimierungsansätze (S – – mit gutem Ich-Bild / sublimiertes Kainssyndrom)? Oder handelt es sich evtl. um eine Sexualunterdrückung (S – – mit !)? 	

<p>9. Ist die Legierung von Eros und Aggressionen möglich (S -- / S + +)?</p> <p>10. Sind Isolierungen vorhanden (S ± 0 / S 0 ±) oder diagonale Spaltungen, Triebentmischungen? (Diagonale Spaltung im S zwischen Masochismus und Sadismus)</p> <p>11. Welche Seite der Sexualität kann eher ausgelebt werden (Aggression oder Eros → Triebformel)?</p> <p>12. Bedeutet evtl. eine Komponente der Sexualität eine primäre Gefahr (Gefahrenklasse), oder kann Sexualität ein Ventil sein (und wofür)?</p> <p>13. Welche Reaktionen fehlen, sind unterentwickelt? (Fehlende Reaktion interpretieren)</p> <p>14. Phallische Struktur (s + hy +) oder Kastrationsangst (s - hy -)?</p>	
--	--

III. Affektivität / Über-Ich (P)	
<p>1. Ist der Proband stark paroxysmal (e Reaktionen aller Art / paroxysmale Mitten / P-Gefahrenklasse / [Kains-]Syndrom / paroxysmales Ich: Sch - ± / + - / ± -)?</p> <p>2. Ist die hysteriforme oder epileptiforme Tendenz stärker, oder handelt es sich um eine hysteroepileptiforme Mischung?</p>	

<p>3. Lebhaftigkeit, Labilität der Affekte oder eher Blockierung, Monotonie?</p> <p>4. Eher Tendenz zu Bewegungssturm, affektiver Erregung und Agieren (P + +) oder eher Affektlähmung, Totstellreflex, Panik (P – –)?</p> <p>5. Werden Affekte eher geäußert oder gegen sich gerichtet? (Panik, Blockierung / s – / Suizidsyndrome)</p> <p>6. Ängste und deren Manifestationsart (P – – / P 0 – / P + 0)? Gewissensängste bis zu Phobien (vor allem P + 0 mit Sch ± ±)? Sensitive Beziehungsängste (P 0 –)?</p> <p>7. Umgang mit Geltungsbedürfnissen (→ hy)? Fähigkeit, sich zu exponieren, zu exhibieren (hy +) oder eher Verstecktendenz (hy –), evtl. bis zu Tagträumereien oder Pseudologien (hy – !)? Schuld- und Strafangst (Existenzform 11)?</p> <p>8. Wie funktioniert die Über-Ich-Steuerung (eher autonom, e +, oder präautonom, hy –)? Sind die Über-Ich-Zensuren schwach oder stark? Gegen welche Triebgefahr sind sie gerichtet?</p> <p>9. Mögliche Somatisierung der Affekte (vor allem Existenzform I 5 oder p –)</p> <p>10. Kommen aufgrund der eher epileptiformen Veranlagung Dysphorien vor (mit d +)?</p> <p>11. Wird die epileptiforme Problematik vorwiegend projiziert (mit p –)?</p>	
---	--

<p>12. Sensitivität, Sensibilität, sensitive Beziehungsangst? (P 0 –)</p> <p>13. Kommt zu einer epil. Veranlagung noch ein epil. Kleben (d –) hinzu? Sind evtl. anale Ventile möglich? (evtl. d 0)</p> <p>14. Moralischer Masochismus? (e + s –)</p> <p>15. Suizid Tendenzen (e – s – / evtl. mit C – – / evtl. k – !)?</p> <p>16. Sind epil. Entfremdungen, Eifersucht (e – mit Sch – ±) vorhanden?</p> <p>17. Epileptiformer Trotz / Autismus? (e – mit Sch + –)</p> <p>18. Epileptiformes Ausreissen? (e – mit Sch ± –)</p> <p>19. Epileptiforme Ich-Ausfälle, Bewusstseinsverluste? (e – mit Sch 0 0)</p> <p>20. Rivalitätsproblematik (p + d +, mit e – / s / p) (Geschwisterrivalität, Wut, Eifersucht)</p> <p>21. Eifersuchtsanalyse (v.a. e – Sch – ±)</p>	
---	--

IV. Ich-Struktur / Abwehr (Sch)	
<p>1. Ist die Ich-Struktur rigide, variabel oder labil? (Umschlagreaktionen?)</p> <p>2. Welche Ich-Funktionen sind vorhanden, welche fehlen? (beachte v.a. k –)</p>	

<ol style="list-style-type: none"> 3. Gegen welche Triebgefahr richtet sich die Abwehr? (Profildeutungen / HG beachten) 4. Charakterbestimmung (schizoid / epileptiform, zwanghaft usw.) 5. Bestimmung der Ich-Identifikation (männlich–weiblich / passive [p +] oder aktive [k +] Identifikation?) 6. Ich-Einengung oder Ich-Ausweitung? (k oder p betont?) 7. Zusammenbrüche, Ausfälle der Ich-Abwehr, Ich-Schwäche? (Umkippen / Sch 0 0) 8. Ist die Abwehr allgemein eher neurotisch oder psychotisch? 9. Symbiosetendenzen vom Ich-Vektor her? (v.a. p – / Sch 0 +) 10. Reife des Ichs (zu bestimmen nach Ich-Umlauf: frühe Ich-Formen, pubertäre usw.) 11. Anpassungsfähigkeit (Sch – – / s – / evtl. k –)? 12. Narzisstische Struktur (Sch + +, Sch + 0, Sch 0 +) 13. Traumatische Introjektionen? (k + !) Stark introjektiv-narzisstische Verarbeitung? (→ Charakterprägungen) 14. Rückschlüsse auf das Selbstgefühl (p + / p –, Macht-Ohnmacht-Problematik → siehe auch s + / s –) 	
---	--

<p>15. Umgang mit der Verlassenheitsproblematik (p ±), der eigenen Weiblichkeit im Ich / anima / animus (siehe Sch + ± / - ± / 0 ±) oder Männlichkeit im Ich (Sch ± 0, ± -, ± +)</p> <p>16. Stärke der Ich-Zensuren. Idealistische oder realistische Zensuren? (P beziehen!) Zensurverluste wo? Psychopathischer Ich-Verlust (hy 0 k 0)?</p> <p>17. Verhältnis von Idealen und Realisationskraft (Realisation: s, k im Vergleich zu p +, e +)</p> <p>18. Beachtung der Destruktivität (k - !), evtl. Suizid, Triebfeindlichkeit, Negativismus? (siehe auch s +)</p> <p>19. Einstellung, Abwehr gegenüber den vorhandenen Triebbedürfnissen (Negierung, Akzeptation, Ausleben in Phantasien → Ich-Funktionen)</p> <p>20. Interessenausrichtung (k mehr betont oder p mehr betont)</p> <p>21. Glaubensfunktionen: welche sind vorhanden, welche fehlen (siehe → Ich-Funktion → andere Faktoren)</p>	
---	--

V. Kontakt- und Beziehungsfähigkeit / Stimmungen (C)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bindungsfähigkeit, Besetzungsfähigkeit, Übertragungsfähigkeit (m +) oder Besetzungsabwehr, illusionäre Besetzungen (m -)? 2. Biobjektive, unruhige, evtl. auch «bisexuelle» Bindungen? (Tendenz C + +) 3. Fähigkeit zur Umbesetzung (d +) oder eher Fixierung, Klebtendenz (d - / d - !)? 4. Klebrigkeit evtl. als Zusatzsyndrom zum Epileptiformen? (e - d -) 5. Treuebindung, evtl. ödipale, inzestuöse Bindung und Übertragung? (C - +) 6. Infantile Bindungswünsche (C 0 0)? Oder auch «undifferenzierte» Bindung auf der Stufe des «Polymorph-Perversen» (C ± ±)? 7. Bindungsambivalenz (viele ±)? Unglückliche Beziehungsformen, Dilemmen? 8. Bindungsschwäche (viele 0)? Beziehungsinkontinenz? 9. Verwahrlosungsgefahr, Beziehungsstörungen (v.a. mit m - / C 0 -), evtl. reale Ablösung? 10. Mögliche Irrealität oder narzisstischer Rückzug (m - mit Sch + + / Sch + -), Besetzungsrückzug, irrealer Block (p - C - - / oder C - - allein)? 	

<p>11. Mögliche psychotische Abwehr oder Borderline (v.a. mit irrealem Block)</p> <p>12. Möglichkeit von Suizid durch Besetzungsrückzug (C --)?</p> <p>13. Orale Beziehungswünsche, -frustrationen, Akzeptationsprobleme, Akzeptationsneurose (v.a. bei m + !)</p> <p>14. Depressionen (s – k + d +) oder maniforme Tendenzen als Abwehr der Depression (s + k – m –)</p> <p>15. Mehr gute Stimmungen (v.a. mit m +) oder mehr depressive Verstimmung (d +)</p> <p>16. Anale Tendenzen retentiv (eher d –) oder eliminativ (d +) oder d 0 (Halteschwäche)</p> <p>17. Bejahung oder Negierung des Genießens, der Welt (Lustsyndrom oder negativer Block)?</p> <p>18. Autonomiewunsch forciert (evtl. als m –) oder Ertragen von Abhängigkeit (m +)?</p> <p>19. Inzestflucht (und daher m – / C + –)?</p> <p>20. Beurteilung der Arbeitshaltung, Konzentration usw. (C + +: vielseitige Aufmerksamkeit bis zur Konzentrationsstörung / d –: evtl. gutes retentives Gedächtnis / d +: Umbesetzungsimpulse in Form von Abwechslungsbedürfnis, evtl. Unruhe / m +: als Möglichkeit der interessierten Besetzung von Arbeits- und Wissensobjekten)</p>	
--	--

<p>21. Rivalisieren als narzisstisch-depressive Form (p + d + mit s – k +)</p> <p>22. Aggressive, sadistische, masochistische oder sadomasochistische Bindungen / Oralität (m + mit s +, s – oder s ±)</p> <p>23. Bestimmung der möglichen Entwicklungsstufe: analmasochistische (s – (!) d –) oder analsadistische, s + (!) d –, Bindung</p>	
---	--

VI. Kombination	
<p>1. Gruppenanpassung (vor allem s – hy –) oder Führungs- und Dominanzansprüche (vor allem s + hy + p +)?</p> <p>2. Diskrepanz zwischen Führungsansprüchen und Realisation? (Führungsansprüche → s / hy / k / p)</p> <p>3. Narzisstische Besetzungen (Sch + +, Sch + 0, Sch 0 + mit m +) oder «autistisches» Umgehen mit Partner (v.a. mit Sch + –) oder totaler narzisstischer Rückzug (Sch + +, 0 +, + 0 mit m –)?</p> <p>4. Passive oder aktive Haltung in der Beziehungsgestaltung? (→ s / hy usw.)</p> <p>5. Fähigkeit, sich zu exponieren, aufzufallen? (hy +)</p>	

<p>6. Ausreisstendenz (Sch ± -) oder Besetzungsrückzüge (C - -) bei bestimmten Triebgefahren?</p> <p>7. Bei welchen Triebgefahren (z.B. e - / s +) wird die Beziehung abgebrochen mit m -?</p> <p>8. Kaptative oder mehr partizipative Beziehungen? Mehr autoritäre Besitzansprüche oder Partizipation? (→ Betonung von k oder p in Sch?)</p> <p>9. Sensitive Beziehungsangst (evtl. mit Sch 0 -)?</p> <p>10. Angst vor Nähe (evtl. bei h - ! / m -)?</p> <p>11. Gefahr von projektiven Mechanismen in der Beziehung? (mit p -: Möglichkeit des projektiven Auslebens eigener Bedürfnisse im Partner, «Delegation», aber auch projektive Bekämpfung, Abwehr)</p>	
---	--

Beispiel für die Gutachtengestaltung	
Text	Test
<p>I. Zusammenfassende Charakterisierung: Beim Probanden handelt es sich um eine <i>schizoide</i> Charakterstruktur mit <i>autoplastischen</i> Tendenzen, mit Hauptgewicht auf einer <i>masochistisch-schuldhaft</i> geprägten Charakterbildung. Die grösste Gefahr findet sich im Bereich der <i>Akzeptationsneurose / Oralität</i> usw.</p> <p>II. Sexualität: usw.</p>	

Somatoforme Schmerzstörungen – Zusammenfassung einer Lizenziatsarbeit

VON ESTHER GENTON-MEIER

Mit dieser kurzen Zusammenfassung der Lizentiatsarbeit von Michèle Célis-Gennart möchte ich auf eine hervorragende Forschungsarbeit über Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen aufmerksam machen, die dank fundierter philosophischer und psychologischer Kenntnisse der Autorin und ihres tiefen Verständnisses unter anderem für das szondianische Denken entstanden ist. Es ist aber auch die Ernsthaftigkeit, mit welcher sie den Patienten in den klinischen Gesprächen begegnet, die diese Arbeit auszeichnet. Die reichen und vielsagenden Zitate von Patientinnen und Patienten über ihr affektives Erleben der chronischen Schmerzen sowie ihre Darstellung prägender Ereignisse in ihrer Lebensgeschichte tragen überzeugend dazu bei, Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen aus ihrer subjektiv erlebten Biographie heraus besser zu verstehen.

Die Autorin *Michèle Célis-Gennart* ist gebürtige Belgierin. Sie hat an der Universität Louvain Philosophie und Psychologie studiert und 1994 mit dem Doktorat in Philosophie abgeschlossen. Durch ihre Ausbildung bei Professor Jacques Schotte wurde sie

stark vom szondianischen Denken geprägt und auch von der phänomenologischen Psychologie inspiriert. 1996 reichte sie am Institut für Psychologie der Fakultät für Soziale und Politische Wissenschaften der Universität Lausanne ihre Lizentiatsar-

beit ein, unter dem Titel *Etude sur l'expérience thymique et affective de patients présentant un trouble somatoforme douloureux et sur son éclairage biographique*. – Übersetzt: *Studie über das Erleben von Stimmung und Affekten bei Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung und die Beleuchtung ihrer Lebensgeschichte*.

Menschen mit chronischen Schmerzen gehören für den Arzt zu denjenigen Patienten, die oft sehr schwierig zu behandeln sind. Wo soll die Therapie ansetzen, wenn man vor dem Dilemma steht, entweder den real erlebten Schmerz der Patienten zu verneinen und anzunehmen, dass sie Opfer einer Art Halluzination sind (was aber wiederum nicht der Definition [DMS -III -R] der somatoformen Schmerzstörungen entspricht, da diese eine Verbindung mit einer geistigen Störung ausschliesst), oder davon ausgehen, dass die Schmerzen real sind, ohne die Annahme eines physiologischen oder psychophysiologischen Prozesses aufzugeben?

Michèle Célis-Gennart untersuchte in ihrer Forschungsarbeit sechzehn Patienten und vier Patientinnen mit chronischen Schmerzen. Bei neunzehn Untersuchten stand die Diagnose «Somatoforme Schmerzstörung» bereits fest. Diese Menschen (einunddreissig- bis sechzigjährig) wurden in der medizinischen Poliklinik in Lausanne im Auftrag der Invali-

denversicherung psychiatrisch abgeklärt. Sie waren alle seit mehreren Monaten arbeitsunfähig, und alle wiesen physische Probleme auf. Bei einem Patienten wurde ein beginnendes psychoorganisches Syndrom, bei einem weiteren eine präpsychotische Struktur festgestellt.

Aus ihren unterschiedlichen theoretischen Wissensbereichen stellt Michèle Célis-Gennart drei Hypothesen auf:

- Die *erste Hypothese* bezieht sich auf die Frage, inwiefern Patienten mit einer somatoformen Störung und einem Schmerzsyndrom eine Art Pathologie in der Stimmung aufweisen könnten. Dabei stützt sich Michèle Célis-Gennart auf die Aussagen von Jacques Schotte, der diese Kategorie von Krankheit als eine eigene Krankheitsgruppe zu den basalen oder einfachen Störungen zählt: Der Mensch fühlt sich nicht mehr auf der Höhe, hat das Gefühl, dass nichts mehr gehe oder dass er nicht mehr nachkomme; er spürt letztlich das Nichtmehr-Teilhabenkönnen an der Bewegung der Welt, der Natur und am Leben.

Im halbstrukturierten klinischen Gespräch stellte die Autorin Fragen zu folgenden Themen:

- Tagesschwankungen,
- Schlaf,
- Elan und Engagement bei den verschiedenen Tätigkeiten,
- Entschlussfähigkeit,

- Zukunftsperspektiven,
- Traurigkeit,
- Verständnis für die persönliche Geschichte.

● Die *zweite Hypothese* geht der Frage nach, ob Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung in ihrer frühen Kindheit oder Jugend misshandelt wurden. Dabei stützt sich die Autorin auf Resultate einer früheren Untersuchung, bei welcher festgestellt wurde, dass Misshandlungen, die in der Kindheit erfolgten, Spuren hinterliessen, die später im Erwachsenenleben durch ein Stress-Ereignis wieder aktiviert werden und sich in Form einer chronischen Krankheit, somatischen oder psychischen Störungen manifestieren können. Es steht fest, dass Misshandlungen nicht nur einen wesentlichen Einfluss auf die Psyche, die Emotionen und Beziehungen haben, sondern auch, dass die Opfer von Gewalt vielfältige körperliche Beeinträchtigungen erleiden können. Michèle Célis-Gennart stellte zur Aufdeckung von allfälligen Misshandlungen Fragen nach

- der Beziehung zu den Eltern,
- Problemen der Gewalt,
- sexuellem Missbrauch,
- Suizidalität.

Sie führt weiter einen bisher noch wenig besprochenen Aspekt zur Erforschung ein, nämlich was für eine Bedeutung das Eintrittsalter in die Arbeitswelt allgemein hat. Den Kin-

dern und Jugendlichen kann durch einen zu frühen Eintritt in die Arbeitswelt der nötige «Schutz» genommen werden.

● Die *dritte Hypothese* betrifft die Frage, inwiefern Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung affektive Störungen und Paroxysmalität erleben. Zu diesem Themenkreis stellte Michèle Célis-Gennart Fragen

- nach der Erfahrung von Wut,
- nach dem Umgang mit anderen,
- danach, wie der Blick von anderen ertragen wird.

Zur Erfassung und Sichtbarmachung der psychologischen Prozesse wählte sie drei verschiedene Methoden aus. Es sind dies:

1. ein halbstrukturiertes klinisches Gespräch,
2. eine Befragung (im Dialog) zur allgemeinen Gesundheit (GHQ 28) nach Goldberg und
3. die Aufnahme eines Profils des Szondi-Tests.

Das Ergebnis der klinischen Abklärung ist eindeutig. Alle Patientinnen und Patienten, die mit der Diagnose «Somatoforme Schmerzstörung» erfasst wurden, litten auch unter einer Störung der Stimmung. Die meisten hatten eine äusserst schwierige Kindheit erlebt, die oft durch eine grosse Armut der Eltern mitbedingt wurde, hatten Eltern, die für sie kaum Zeit aufbrachten, oder mussten den frühen Tod eines Familienmitglieds hinnehmen. Bei sechzehn Patienten

handelte es sich um Emigranten. Elf Patienten hatten ihre Arbeit vor dem fünfzehnten Lebensjahr teilweise unter schweren körperlichen Bedingungen aufgenommen. Die meisten wurden misshandelt; fast alle hatten physische Gewalt erlebt; ein Patient wurde sexuell missbraucht. Die Hälfte der Untersuchten hatte Suizidgedanken.

Die affektive und paroxysmale Problematik zeigte sich bei den untersuchten Menschen wie folgt: Alle bezugten Erfahrungen mit Wut und/oder das Erleben von heftigen Affekten, die ausgelebt oder unterdrückt wurden. Die Wut blieb aber oft ohne reale Adressaten. Bei den untersuchten Patientinnen und Patienten wurde eine Art Blockierung der Affekte festgestellt, auch im Umgang mit anderen. Nur ganz wenige erlebten Schuldgefühle. Hingegen drückten sich das moralische Gewissen und das Bedürfnis, Affekte zu verstecken, besonders deutlich aus, wie auch die Entstehung von Schamgefühlen. Die meisten Patienten hatten Mühe, Blicke von anderen Menschen zu ertragen: Diese wurden als Einbruch in die Privatsphäre erlebt.

Die globale Auswertung der zwanzig Szondi-Test-Profilen bestätigt die Aussagen der Patienten. Ferner zeigen die Ergebnisse im Hinblick auf Reife der Triebbedürfnisse, dass von den meisten Patienten die ersten Positionen (im Sinn der belgischen Schule)

gewählt wurden ($m +$, $h +$, $e -$, $p -$).

Es ist anzunehmen, dass diese Menschen während ihrer Kindheit nicht die notwendige Zuwendung und Fürsorge erhalten haben. Ihre ausgeprägten Zärtlichkeitsbedürfnisse wurden von den meisten Patientinnen und Patienten verneint oder verdrängt ($k -$).

Zum Schluss bespricht Michèle Célis-Gennart den Vergleich der erhobenen Profile mit dem theoretischen Szondi-Test-Profil eines Psychosomatikers, beispielsweise:

1. Linie: $h + (!)$ $s + (!)$ $e 0$ $hy - (!)$ $k - (!)$ $p - (!)$ $d -$ $m + (!)$

2. Linie: $h 0$ $s 0$ $e +, e -, e \pm$ $k 0, k \pm$ $d 0, d +$
--

Die erste Linie entspricht der «reinen» Form, die zweite Linie zeigt Varianten, wie sie bei empirischen Untersuchungen oft gefunden wurden.

Die Autorin zeigt die Zwiespältigkeit der möglichen Interpretationen dieses Profils auf, das auch von Szondi als Profil eines Alltagsmenschen genannt wird. Dies könnte wiederum erklären, warum Psychosomatiker in der Regel nicht als Geisteskranke in Erscheinung treten, sondern sich zwischen Neurose und Psychose bewegen.

Schlussbemerkungen

Es ist unmöglich, hier alle Resultate dieser Untersuchung und ihre ausführliche Diskussion wiederzugeben. Doch lassen sich einige wichtige Erkenntnisse formulieren:

Die Resultate der Untersuchung sprechen dafür, dass Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung bereits vor ihrer Erkrankung oder vor ihrem Unfall Komponenten einer depressiven Grundstruktur aufweisen. Die Kindheit der meisten untersuchten Patientinnen und Patienten ist gekennzeichnet durch Armut, Mangel an Pflege, manchmal Hunger, frühzeitigen Eintritt in die Arbeitswelt und Gewalt. Es lässt sich daher von einem «Gedächtnis des Schmerzes» und der «Geschichte» des Menschen mit somatoformen Schmerzen sprechen.

Je mehr solche Muster von Schmerz im Körper in frühen Jahren gespeichert werden, desto mehr muss damit gerechnet werden, dass sich diese Schmerzen zu einem späteren Zeitpunkt wieder reproduzieren.

Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung sind in ihrer Grundstimmung schwer beeinträchtigt und

haben Angst, ihre Situation nicht bewältigen zu können. Die Zukunft erscheint ihnen wie bereits besiegelt, ein unausweichliches Schicksal, auf welches sie selbst keinen Einfluss mehr nehmen können. Das Eintreten der Krankheit wird als schwerwiegender Bruch im Lebensverlauf wahrgenommen: Es gibt ein Leben *davor*, ein Leben *seither*. Das Leben *davor* wird oft idealisiert, und es wird nur das eine für die Zukunft gewünscht, dass nämlich das Leben wieder wie früher wird.

Das Schmerzgefühl der Menschen mit somatoformer Schmerzstörung ist ein averbaler Hilferuf des Körpers, ein stummer Appell an die Mitmenschen aus einer tiefen Notsituation heraus. Für diese Menschen ist der Schmerz «doppelt schmerzlich» und stellt für sie ein «quälendes Rätsel» dar. Die Ursache der Schmerzen ist ihnen nicht bewusst, und der Arzt kann oft nichts zu deren Abklärung beitragen. Das Rätsel bleibt, so wie der Schmerz. Ausser es gelingt dem Arzt oder der pflegenden Umgebung, ihnen die langentbehrte Fürsorge und Zuwendung entgegenzubringen.

Jahresbericht der Wissenschaftskommission und Beitrag zur Bewältigung der Probleme in SGST und LKA

VON PHILIP SEIDEL

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Als Vertreter der SGST in der Wissenschaftskommission (WK) habe ich den Jahresbericht über deren Tätigkeit und speziell über den Stand der Arbeit am Manual zu erstatten. Überdies folge ich der Anregung des Vorsitzenden der WK, Friedjung Jüttner, meine grundsätzlichen Gedanken zur aktuellen Therapiediskussion bei Gelegenheit einmal zu Händen der SGST zu formulieren. Diese Aufgabe hätte ich mir zwar leichter machen können, doch ich entschloss mich für eine ausführlichere Version, in der Hoffnung, der Sache dadurch besser dienen zu können – das heisst sowohl der Schicksalsanalyse und ih-

rem Verständnis als auch dem Dialog unter den Mitgliedern der SGST und der LKA. Ich nehme deshalb die bevorstehende GV der SGST zum Anlass für meine Ausführungen. Sie stehen im Zusammenhang mit einer im Entstehen begriffenen Schrift, die ich aufgrund jahrzehntelanger Auseinandersetzungen mit der Schicksalsanalyse und ihren Therapiemöglichkeiten, des durch Szondi angestrebten Ziels einer Integration der tiefenpsychologischen Schulen sowie der Beziehung zwischen der Schicksalsanalyse und der Psychiatrie verfasste. Nicht zuletzt wurde ich auch durch meine Mitarbeit in der WK neu herausgefordert, die Schicksalsanalyse im Rahmen der allgemeinen Psycho-

therapiefrage einmal mehr zu überdenken und mich zum wiederholten Mal mit dem Gesamtwerk Szondis auseinanderzusetzen.

Die allgemeine Psychotherapieentwicklung zwingt uns, den Szondischen Integrationsgedanken weit über die drei tiefenpsychologischen Kernrichtungen hinauszuführen und auch ganz andere Anschauungen einzubeziehen. Die schicksalsanalytische Theorie ermöglicht ein grundsätzlich neues, ganzheitliches, das heisst eigentlich holistisches Menschenverständnis, jenseits der Kategorien von «krank» und «gesund», und sie stellt eine solide Basis für ein neuartiges ätiopathogenetisches Verständnis psychopathologischer und psychosomatischer Störungen dar.

Der Stand der Arbeit am Manual

Im Lauf des Jahres 1998 wurden die Kapitel 1 bis 8 des Manuals (mit Ausnahme des Kapitels 2, das ich zu verfassen habe) von Friedjung Jüttner und Martin Borner fertig geschrieben; derzeit sind wir an den letzten redaktionellen Überprüfungen. Es fanden immer wieder auch grundsätzliche Diskussionen unter uns statt.

Man kann den Begriff «Manual» in einem engen Sinn verstehen: als knappe und praxisorientierte Darstellung von Handlungsanweisungen, aber auch in einem umfassenderen; dies

aus verschiedenen Gründen. Ein grosses Problem bei der Verfassung des Manuals ist der Auftrag, drei Problemkreise zu berücksichtigen:

- Ausbildungszweck,
- Effizienznachweis,
- Darstellung des Selbstverständnisses der Schicksalsanalyse.

Diese drei Problemkreise stehen im Rahmen der berufspolitischen Auseinandersetzung, der Anerkennungsfrage der einzelnen Schulen und ihrer Mitglieder sowie der Honorierbarkeit der Psychotherapie durch die Krankenkassen jedenfalls zur Bearbeitung an. Es ist kaum möglich, im knapp bemessenen Raum des Manuals allen diesen Aufgaben gerecht zu werden.

Zum Ausbildungszweck: Der Wunsch nach einer kurzen, praxisorientierten Darstellung der Schicksalstherapie ist an sich verständlich, wenn sie als Lernhilfe gedacht ist. Bei der Aufstellung von Handlungsanweisungen sollte jedoch eine reduktionistische Tendenz vermieden werden.

Auf keinen Fall darf den technischen Aspekten grössere Bedeutung zukommen als der Darstellung eines umfassenden schicksalsanalytischen Menschenverständnisses, das sich aus zwei Elementen zusammensetzt:

- der unmittelbaren Anschauung und Einfühlung in den Patienten und in seine Situation, dem intuitiven und inspirativen Verständnis,

-
- dem Verständnis aufgrund rationaler psychologischer und psychopathologischer Kenntnisse.

Aufgrund dieser beiden Wege lassen sich eine individuelle Persönlichkeitsstruktur und die in ihr wirkende Psycho- oder Pathodynamik erkennen und artikulieren.

Was den *Effizienznachweis* betrifft, so wird von gewissen Seiten immer mehr eine sogenannte «Manualisierung» der einzelnen Methoden gefordert. Weil hier eine allzu mechanistisch-rationalistische Tendenz zu befürchten ist, kann ich dieser Forderung nur bedingt zustimmen. Prinzipiell sollte der nuancierten, individuell spezifischen Einzelfalldarstellung der Vorzug gegeben werden (vielleicht im Sinn des heute diskutierten Qualitätsmanagements), auch wenn dies unverhältnismässig viel mühsamer und auch schwieriger ist. Der *Selbstdarstellung* der Schicksalsanalyse messe ich die grösste Bedeutung bei, und zwar aus folgenden Gründen: Erst wenn man sich intensiv mit der schicksalstherapeutischen Praxis auseinandersetzt, erkennt man die Notwendigkeit, sie weiterzuentwickeln und in einen Konsens mit der allgemeinen Psychologie und Psychotherapie zu bringen. «Selbstverständnis» muss unter zwei Aspekten gesehen werden:

- Zuerst heisst es, die schuleigene Theorie und Praxis selbst zu verstehen und zu verarbeiten, sie zu

überprüfen, zu bestätigen, aber auch zu relativieren. Man kann und muss zwar die Methoden darstellen, wie Szondi sie entwickelt und exemplarisch dargestellt hat. Doch auch Schicksalsanalyse und Schicksalstherapie sollten sich vorerst aus sich selbst heraus weiterentwickeln – wie es in der Psychoanalyse geschieht. Es hat keinen Sinn, Methoden zu beschreiben, die in reiner Form kaum mehr praktiziert werden. Vielmehr sollten die fast unbegrenzten praktischen *Anwendungsmöglichkeiten* der Schicksalsanalyse skizziert und angeregt werden.

- «Selbstverständnis» heisst auch, anderen – seien es Vertreter anderer Schulen oder in Human- oder Sozialgebieten Tätigen, auch Nichttherapeuten – das eigene Verständnis für die Schicksalsanalyse zu eröffnen, einer fundierten und auf zahlreichen anderen Gebieten anwendbaren Psychologie, Persönlichkeitstheorie und Psychopathologie mit theoretischer Begründung.

Die Schicksalsanalyse ist in ihrem theoretischen Gehalt, ihren mannigfachen Verbindungen zu anderen Disziplinen und ihren praktischen Anwendungsmöglichkeiten viel zu reich und zu kompliziert, als dass sie sinnvoll auf den Umfang eines Compendiums reduziert werden könnte.

Deshalb fällt mir die erzwungene Raumbegrenzung besonders schwer. Wir drei Autoren sind der Meinung, dass das Manual nicht als «Readers Digest» psychotherapeutischer Handlungsanweisungen rein pragmatischer Art verstanden werden darf. Um allfälligen Erwartungen solcherart entgegenzuwirken, schreibe ich das Kapitel 2 des Manuals (Triebpsychologie und Triebpathologie der Schicksalsanalyse) bewusst so, dass der integrale Charakter der Schicksalsanalyse und die sich daraus ergebenden Beziehungen zu den verschiedensten Disziplinen deutlich werden. Damit soll – als Ergänzung zum geforderten technischen Teil – mehr der *Geist* der Schicksalsanalyse vermittelt werden.

Über die wesentlichen Aufgaben und Zielsetzungen des Manuals haben Friedjung Jüttner und ich am Wissenschaftskolloquium der Schweizer Charta für Psychotherapie vom 6. Februar 1999 referiert. Allfälligen InteressentInnen stelle ich mein Referat gern zur Verfügung.

Das Manual als Grundlage für die Psychotherapieforschung

Beschränkt man sich auf eine isolierte Darstellung der Therapiemethoden der Schicksalsanalyse, besteht die Gefahr der Abspaltung der therapeutischen Technik vom schicksalsanalytischen Grundwissen. Reine

Handlungsanweisungen engen den Blick auf sogenannte Wirkfaktoren ein und bringen vereinfachte Therapievorstellungen mit sich. Die Diskussion um (schul)spezifische Wirkfaktoren mag zwar wichtig sein für die Artikulierung spezieller Techniken, aber sie trägt die Gefahr eines nur mechanistischen Denkens in sich. Ich habe schon früher (als Präsident der SGST) auf die Problematik der Gratwanderung zwischen dem rational-mechanistischen Denken in der Psychotherapie einerseits und ihrem extremen Gegenstück, einer unreflektierten und nicht artikulierbaren therapeutischen Philosophie ohne spezifische Wirkanteile andererseits, aufmerksam gemacht. Beim ersten droht eine Tendenz zum psychotherapeutischen Machertum, beim zweiten eine einseitig esoterische Ausrichtung. Spiritualität ja, aber nicht ausschliesslich und auch nicht ausufernd, sondern in einer ganzheitlichen und ausgewogenen Weltanschauung; vor allem aber keine Pseudoesoterik, wie sie ja heutzutage weit verbreitet ist und die mit echter Spiritualität überhaupt nichts zu tun hat.

In bezug auf solche Paradigmenunterschiede besteht eine Analogie zur *Medizin*: Hier wird versucht, über die naturwissenschaftliche Grundlagenforschung Kenntnis der Ätiologie und Pathogenese von Krankheiten und ein entsprechendes Krank-

heitsverständnis zu erlangen sowie aufgrund objektivierbarer Diagnostik ein kausal-therapeutisches Vorgehen zu formulieren. Von einem ganz anderen Denkschema und Menschenbild aber geht die in den letzten Jahren entstandene – zum Teil auf alte europäische, zum Teil auf östliche Erfahrungen zurückgehende – *Alternativmedizin* aus. Beide zusammen bilden in ihrer Verbindung aufgrund einer Paradigmensynthese die neue, ganzheitliche *Komplementärmedizin*.

Nicht einmal in der *medizinischen* Therapieforschung ist es möglich, die Vielseitigkeit des Individuums auf eindeutige und repräsentative Einzelparameter zu reduzieren, die ohne weiteres als Kriterien der Wirksamkeit einer Therapie verwendet werden können. Dementsprechend ist es auch unmöglich, homogene Gruppen zu bilden. Dies gilt für die psychologische Forschung ebenso wie für die psychiatrische. Das Problem liegt in der Begrenzung der Auswahlkriterien auf die rein symptomatische Ebene. Hier kann das funktionale Denken der Triebpathologie, im Gegensatz zur rein klinischen Phänomenologie, Tiefeneinsichten vermitteln, die auch psychotherapeutisch relevant werden. Die *funktionale* Diagnose – das heisst hier die triebdynamische – ermöglicht es, mit grösserer Sicherheit homogene Gruppen zu bilden, wäh-

rend bei rein klinisch-phänomenologischer Auswahl heterogene Gruppen entstehen und die darauf basierenden statistischen Ergebnisse verfälscht oder verwässert werden. Dies gilt auch für die Psychopharmakotherapie-Forschung.

In der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung hat sich gezeigt, dass es zum Erstaunen vieler die sogenannten «*unspezifischen* Wirkelemente» sind, die offenbar eine grosse Wirkung haben. Ferner wurde nachgewiesen, dass theoretisch sowie technisch völlig unterschiedliche Psychotherapieformen oft die gleiche Erfolgsquote aufweisen. Das ist um so erstaunlicher, als auf diesem Forschungsgebiet anfänglich der Ruf nach Objektivierung, nach Erfassung möglichst standardisierbarer, schulenspezifischer Wirkfaktoren gross war. Demgegenüber wäre es aber falsch, alles Spezifische zu negieren und den Effekt einseitig in den unspezifischen Wirkelementen zu sehen. Hier gilt es, eine vernünftige Mitte zu finden.

Hinzu kommt ein weiterer Gesichtspunkt: Tiefgehendes, schulenübergreifendes theoretisches Wissen bildet eine Basis, schon vor dem Beginn jeder therapeutischen Aktivität. Dieses Wissen, verbunden mit einer umfassenden allgemeinen Menschenkenntnis, ist das Fundament, auf dem alles Weitere aufbaut. Auf der Basis solchen Wissens kann der Therapeut

ein Modell der Patientenproblematik konzipieren und für sich die Art der entsprechenden Therapie skizzieren, die dann mehr intuitiv erfolgen darf. Es scheint, dass die Patienten dadurch ein Gefühl der Sicherheit empfinden.

Wie lassen sich aber so komplexe, teils rationale, teils irrationale, bewusst erlernbare und völlig unerlernbare, objektive und nicht objektivierbare Gegebenheiten und Abläufe in der Psychotherapie beschreiben? Wie kann man über das sich im therapeutischen Dialog aufbauende gemeinsame Wissen referieren? Nicht nur unspezifische Wirkfaktoren jedoch – wie Empathie, anteilnehmendes Verständnis usw. – sind hier gemeint, sondern auch ein höchst spezifisches, aber äusserst feinmaschiges Wirken von an sich realen und verbalisierbaren Inhalten. Auf diese Weise vollzieht sich im therapeutischen Dialog ein Gedankenaustausch, ein Wissenstransfer, der kaum oder nur schwer wiederholbar ist. Das Wichtigste geschieht eben meist zwischen den Zeilen. Dann, wenn sich eine Einsicht ergeben hat, braucht sie höchstens noch einmal wiederholend ausgesprochen zu werden, um sie bestätigend in neue Zusammenhänge zu bringen und als Wegmarke auf dem gemeinsamen Weg zu sehen. Dies erlebt sicherlich jeder Psychotherapeut. In der erwähnten Schwierigkeit ist wohl auch

eine Hemmung begründet, über Therapien zu referieren – der Zweifel nämlich daran, das Wesentliche überhaupt ausdrücken zu können. Solche Feststellungen stehen der Idee eines vorwiegend praktisch orientierten Manuals mit klaren Leitsätzen und Handlungsanweisungen diametral gegenüber. Doch der Konflikt kann überwunden werden, indem wir das eine tun und das andere nicht lassen: Im Manual müssen sowohl die theoretischen Grundlagen der Schicksalsanalyse dargestellt und ihre Verflechtungen mit anderen theoretischen Konzepten zumindest erwähnt als auch die therapeutische Technik beschrieben werden. Sie sind die Grundlage und das Handwerkszeug, mit dem man beginnt. Vergleichbar vielleicht der Sprache: Das Basiswissen der Formenlehre, der Syntax, der Semantik usw. muss erlernt werden. Feinere Nuancen des Ausdrucks sind hingegen Frage des persönlichen Stils und der schöpferischen Gestaltung.

Die enge Beziehung zwischen der schicksalsanalytischen Therapie und der ihr zugrundeliegenden Theorie

Umfassende Kenntnisse der schicksalsanalytischen Theorie sind Voraussetzung für die Therapie, ja sie können oft, schon vor jeder Anwendung technischer Regeln und schul-

spezifischer Methodik, das therapeutische Vorgehen leiten. Solche Aspekte lassen sich jedoch kaum in Form eines Manuals darstellen, jedenfalls nicht in Kurzform.

Wichtig ist, dass bei der Schicksalsanalyse theoretisch-psychopathologische und diagnostische Aspekte in engem Bezug zu entsprechenden therapeutischen Zielsetzungen stehen. Voraussetzung dafür ist, dass die Schicksalsanalyse in der ganzen Tiefe und Weite ihres theoretischen Konzepts verstanden und ihre Ganzheitlichkeit erkannt wird: *Die Schicksalsanalyse ist eine wirklich holistische Lehre.*

Auf diesem Hintergrund ist die Meinung, einzelne Elemente wie beispielsweise die Stammbaumuntersuchung oder die Experimentelle Triebdiagnostik (ETD) könnten weggelassen werden, nicht vertretbar. Darüber wurde an der letzten LKA-Sitzung allen Ernstes diskutiert. ETD und Stammbaumuntersuchung sind die zwei *Kernelemente der Schicksalsanalyse*; wird eines davon weggelassen, fehlt Wesentliches. Der Szondi-Test ist von der ganzen schicksalsanalytischen Theorie nicht zu trennen. Er ist jedoch nicht als Test schlechthin zu verstehen, sondern als Repräsentant des Szondischen Triebkonzepts, das heisst dieses Systems, das die acht kategorialen psychischen Elementarfunktionen widerspiegelt; es hat die gleiche essen-

tielle Bedeutung für die Psychologie wie das periodische System der Elemente für die Chemie. Er ist nicht irgendein Test, den man ad libitum machen kann oder nicht, so wie man irgendeinen Test durchführt oder eben nicht. Die Triebfaktoren sind – jenseits von «gesund» und «krank» – essentielle Bausteine der Psyche und als Kategorien Teil der schicksalsanalytischen Persönlichkeitstheorie. Selbstverständlich kann ein Mensch auch ohne ETD verstanden werden; es kommt allerdings äusserst selten vor, dass jemand den Test verweigert. Die ETD ist ja nur der *testologische* Aspekt, sozusagen das Instrumentarium eines theoretischen Konzepts, das die Tribelemente als allmenschliche Radikale, als psychophysische Funktionseinheiten erkannt, messbar und in ihrer Dialektik erfassbar gemacht hat. Diese müssen nicht unbedingt objektiv testologisch erfasst werden, sondern können auch durch Übung bis zu einem gewissen Grad anschauungsmässig, intuitiv und erlebnismässig erfahrbar sein. Sie werden im Sinn einer *Wessensschau* als Bausteine der Persönlichkeitsstruktur erkenn- und artikulierbar, sowohl qualitativ als auch quantitativ. Voraussetzung dafür ist ein nicht nur intellektuell, sondern auch intuitiv erarbeitetes Wissen über die Persönlichkeitsfaktoren. Wir befinden uns hier im Grenzgebiet zwischen Wissenschaft und

Kunst. Jede therapeutische Haltung sollte wenn möglich auf einem klar artikulierbaren Basiswissen gründen, auch dann, wenn nicht nach einem rein kausal-rationalen Paradigma gearbeitet wird. Die Beschreibung sollte jedoch nicht auf eine schematische Deutungsweise von Triebprofilen und nicht mit schematisierten, schlagwortartigen Termini erfolgen. Es wäre auch falsch, die ETD als isoliertes Instrument aufzufassen: Man würde nämlich zuviel und Falsches von dieser Methode erwarten, so dass aufgrund von Enttäuschungen diese an sich so nützliche diagnostische Hilfe schliesslich beiseite gelassen würde. Zwar gibt es Fälle, in denen man die problematische Triebstruktur auf den ersten Blick erkennt und wo das klinisch-phänomenologische Korrelat dieser Triebdynamik auch ohne weiteres evident ist. Aber genauso gibt es Situationen, in denen klinisch keinerlei Zeichen für die feststellbare Triebauffälligkeit erkannt werden können; oft handelt es sich sogar um ausgeprägte Testbilder. Solche Situationen illustrieren die altbekannte Tatsache, dass die Testdiagnose einer Person nicht unbedingt identisch ist mit deren klinischer Diagnose. Wichtig ist hier aber, im *Diaglog* herauszufinden, in welcher Weise sich die festgestellte Triebdynamik im Leben dieses Patienten manifestiert. Unkenntnis oder Nichtberücksichtigung dieser Tatsachen kann

zu einer unbegründeten Kritik an der Triebdiagnostik, ja zu deren Abwertung führen. Im Wissen aber um diese differenzierten Verhältnisse stellt die ETD, richtig angewandt, eine aussergewöhnliche Hilfe dar. Oft sind es gerade *testologische* Hinweise, die uns einen Einstieg ermöglichen und damit das Verständnis für eine vorerst völlig intransparent erscheinende Psychodynamik eröffnen.

Testtableau und schicksalsanalytische Familientafel sollten dem Therapeuten ständig präsent sein. Zusammen mit dem phänomenologischen Erleben des Betroffenen, dem Gespräch, der Lebens- und Familiengeschichte sowie dem klinischen Bild kann so die innere Dynamik eines Menschen intuitiv erfasst werden.

Das, was über Diagnostik gesagt worden ist, sollte eigentlich auch ein deutlicher Hinweis darauf sein, dass sich ein Manual nicht nur auf therapeutische Aspekte, sondern vor allem auf ein ganzheitlich psychodynamisch-psychotherapeutisches Denken beziehen muss. Extrem ausgedrückt: Die tiefgründige und differenzierte Wesensschau der Patientenpersönlichkeit und die Kenntnis ihrer Psycho- und Pathodynamik sind bereits die halbe Therapie. Dabei sind es vorwiegend intuitive und schöpferische Elemente, die den Therapeuten Wege finden lassen, die Einsicht des Patienten in sich selbst

zu fördern, und auf Ideen bringen, wie dieser mit seinen Problemen umgehen kann.

Wer das durch Szondi entdeckte familiäre Unbewusste und die kategoriale Bedeutung der elementaren Triebfunktionen bzw. der Triebdialektik nicht in sein Menschenverständnis einbaut, dürfte sich nicht Schicksalsanalytiker nennen und sollte sich konsequenterweise auf die Psychoanalyse oder auf irgendeine andere therapeutische Praxis beschränken.

Die Schicksalsanalyse lässt sich mit vielen anderen Theorien und Methoden im Sinn eines übergeordneten, ganzheitlichen Denkens verbinden, so zum Beispiel mit der Daseinsanalyse Ludwig Binswangers; die Wesensschau aufgrund der reinen *Phänomenologie* lässt sich mit einer *triebfunktionalen* Wesensschau im Sinn der Schicksalsanalyse verbinden.

Die Relevanz ätiopathogenetischer Gegebenheiten für die Therapie

Abwehrlehre versus Spaltungslehre

Bekanntlich ist Freuds Konzept der Verdrängungsneurosen an den Abwehrgedanken gebunden. Dadurch wird aber nur ein Teil möglicher Pathomechanismen im Rahmen der psychoanalytischen Theorie erklärt, so etwa die Isolierung bei der

Zwangsneurose. Die schicksalsanalytische Theorie hat den Begriff der *Spaltung* eingeführt, mit dessen Hilfe die verschiedensten psychopathologischen Phänomene erklärt werden können. Szondi selbst hat im Lauf seiner langen Schaffenszeit diesbezüglich deutlich wechselnde Akzente gesetzt: Während er die Freudsche Abwehrlehre ursprünglich voll akzeptierte, hat er sie später relativiert und immer mehr durch die Spaltungslehre ersetzt. In diesem Umstand konkretisiert sich deutlich der Wandel in Szondis Denken über die Beziehung zwischen Ätiologie und Pathogenese psychischer Störungen. Wenn sich die eigentliche Nahtstelle zwischen den Theorien Freuds und Szondis zwar schon auf die Zeit um 1936/37 festlegen lässt (Freud: Die Endliche und die Unendliche Analyse bzw. Szondi: Analysis of marriages), so brauchte Szondi doch eine sehr lange Entwicklungszeit, um seine Theorie der *erbbedingten* Ätiologie psychischer Störungen durchzusetzen. Ihre zunehmende Bedeutung lässt sich in den späten Werken Szondis immer deutlicher erkennen. Als Beispiel seien die Ausführungen über das «depressive Hängenbleiben» erwähnt (Szondi: Die Triebentmischen, S. 261), und zwar ebenso, was die Aussage als solche wie auch Nuancen in der Formulierung betrifft. Faszinierend ist, dass sich die psychoanalytische Abwehrtheorie mit

der Spaltungstheorie weitgehend zur Deckung bringen lässt, beispielsweise das Phänomen der Isolierung mit der vertikalen Spaltung: im triebdynamischen Spaltungsbild konkretisiert sich das gleiche wie in der neurotischen Isolierungstheorie. Beide Theorien aber gehen von einer völlig verschiedenen Erklärungsweise aus.

Zum Problem der Zweiphasigkeit in der Psychotherapie

Das schicksalsanalytische Vorgehen ist zwar partiell identisch mit dem psychoanalytischen (ausgenommen Szondis aktive Techniken). Wo jedoch die Ätiologie einer Störung *hereditärer* Natur ist und sich in einer *Spaltung* der Triebgegensätzlichkeiten konkretisiert, lässt sich eine Besserung nicht durch eine rein psychoanalytische Arbeit erreichen wie bei den Abwehrneurosen. Diese Tatsache veranlasste Szondi zur Aufgliederung seines Therapiekonzepts: In einer *psychoanalytischen* Phase sollte vorerst «der traumatische Schutt abgeräumt», das heisst, die Neurose behandelt werden, um dann, im *schicksalsanalytischen* Teil, in die tiefere Dimension des familiären Unbewussten vorzustossen, eben dorthin, wo die krankmachenden familiärspezifischen Genotypen zu finden sind. In den wenigen von Szondi publizierten Fällen war diese Art des zweiphasigen Vorgehens offensichtlich

möglich. Es handelte sich dabei um ausgesprochen schwere und komplexe Krankheitsbilder, in denen die Zweistufigkeit der Störung besonders deutlich hervortrat. Solche Patienten werden heute wohl eher einer speziellen, klinisch-psychiatrischen Behandlung, zumindest einer Psychopharmakotherapie zugeführt. Es darf auch nicht vergessen werden, dass Szondi selber psychiatrische Erfahrung hatte und es sich so eher leisten konnte, einen Patienten auf der Couch eine kurze psychotische Episode oder ein Anfallsphänomen agieren zu lassen.

Man sollte krankhafte Manifestationen aus dem persönlichen Unbewussten und solche aus dem familiären Unbewussten nicht zu kategorisch trennen. Eine solche Tendenz bei Szondi ist auf dem Hintergrund der Entstehungsgeschichte seines Werks verstehbar: Nach der ursprünglich ausschliesslich konstitutionspathologisch orientierten Forschungsphase in Budapest fühlte er sich im Verlauf seiner Entwicklung der eigentlichen, neueren Schicksalsanalyse vorerst der klassischen Psychoanalyse stark verpflichtet. In diesem Sinn ist auch seine Auseinandersetzung mit der Abwehrtheorie Freuds besser zu verstehen. Man muss immer bedenken, dass bei den beiden Aspekten («traumatischer Schutt» und pathogene Wirkungen familiärer Genotypen) vorerst nicht

methodisch-technische Aspekte angesprochen werden, sondern pathogenetische (ursprüngliche Kernauffassung von Freud) und ätiologische (schicksalsanalytische Sicht). Die in seinen grossen Fällen dargestellte Unterscheidung einer psychoanalytischen und einer schicksalsanalytischen Phase ist wohl eher als idealtypische Darstellung, als Aussage mit Modellcharakter zu verstehen. Aus heutiger Sicht drängt sich eine weniger kategorische psychopathologische Unterscheidung auf. Es ist ja evident, dass die basalen konstitutionellen, das heisst erbbedingten Elemente durch das Gesamt der peristatischen bzw. situativen Einflüsse überlagert werden und in verschieden starkem Ausmass als Störung hervortreten. Dies legt eine ganzheitliche Sicht beider Aspekte nahe. – Dass Szondi seine eigenen Modelle auch immer wieder relativiert hat, kommt zum Beispiel in seiner mündlichen Aussage zum Ausdruck: «Man kann eine Therapie nicht in Tranchen schneiden wie einen Schinken.» Es darf auch nicht vergessen werden, dass Szondi als Therapeut nur teilweise die strenge psychoanalytische Methode praktizierte. Er war im Grunde genommen ein aktiver Mensch, und er praktizierte auch oft in einem mehr psychagogischen, ja sogar erzieherischen Stil auf schicksalsanalytischer Basis (vgl. auch Fischer: Spuren der Schicksalsanalyse

im Frühwerk Leopold Szondis. In Szondiana 1988/1, S. 75ff).

Zum psychoanalytischen Setting

Bei vielen Psychotherapeuten herrschte – nachdem die Psychoanalyse richtig Fuss gefasst hatte – während vieler Jahre die Quasi-Verpflichtung zum streng psychoanalytischen Vorgehen und dem entsprechenden Setting als das «einzig Richtige» vor. So wurde früher auch von «sauberer Analyse» gesprochen, womit eine orthodoxe Form der Psychoanalyse gemeint war. Dies hat sich nun allerdings weitgehend geändert, und zwar nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch-therapeutisch (beispielsweise Selbstpsychologie und Borderline-Theorie mit ihren je spezifischen therapeutischen Modifikationen). Ganz besonders wichtig ist hier der von Luborsky eingeführte *supportive* Teil in der psychoanalytischen Therapie (L. Luborsky : Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. New York: Basic Books, 1984). Der Blick über das rein analytische Denken hinaus eröffnet die Möglichkeit, eine Reihe von fundamentalen, nichtanalytischen Therapieformen neuerer Art zu integrieren.

Individuell spezifische Therapie auf schicksalsanalytischer Basis

In der Praxis begegnen uns viel öfter Störungen und Krankheitsbilder, die sich nur mit einer Vielfalt therapeutischer Möglichkeiten angehen lassen. Um so wichtiger ist die diagnostische Erfassung der Psychodynamik dieser Krankheitsformen als Voraussetzung für eine *individuell spezifische* Therapie. Aber gerade hierfür ist die Vertrautheit mit dem schicksalsanalytischen Denken absolute Voraussetzung. Die Schicksalsanalyse eignet sich in besonderem Mass dazu, schwere seelische Störungen therapeutisch anzugehen, die mit einer konventionellen, aber auch mit einer modifizierten Psychoanalyse nicht zu behandeln wären.

Linientreue Darstellung versus Berücksichtigung der Veränderung des allgemeinen psychotherapeutischen Bewusstseins

Die Therapiemethoden lassen sich im Manual so darstellen, wie sie Szondi beschrieben hat. Sie sollen mit ihrem Modellcharakter im Gesamt der schicksalsanalytischen Theorie ihren Platz prinzipiell behalten. Je nach der psychotherapeutischen Indikationsstellung müssen sie jedoch relativiert werden können. Es geht also darum, einen Konsens zwischen Linientreue und Öffnung

für Veränderungen in der Schicksalsanalyse wie in der gesamten psychotherapeutischen Szene zu finden. Hier unterscheiden sich die Meinungen verschiedener Mitglieder der SGST und der LKA oft grundsätzlich. Wenn unsere Gesellschaft weiterhin bestehen will, dann müssen wir die Problematik in einem konstruktiven Dialog gemeinsam angehen, sonst bleibt die Auseinandersetzung unproduktiv, ja sie wird destruktiv. Wo steht die Schicksalsanalyse in bezug auf eine aktuelle therapeutische Philosophie mit *integrativem* Charakter, ohne Begrenzung auf ein orthodoxes Verständnis, aber auch ohne Verzicht auf die fundamentalen Neuerungen, welche die Schicksalsanalyse in die *tiefenpsychologisch* orientierte Psychotherapie eingebracht hat? Ich bin davon überzeugt, dass eine solche Verbindung realisiert werden kann und muss. Die Schicksalsanalyse ist ja geradezu prädestiniert für verschiedenartige Anwendungen, indem sie uns, auch jenseits der Unterscheidung «analytisch–nichtanalytisch», Möglichkeiten bietet, Störungen aufgrund des allgemein schicksalsanalytischen und triebpsychologischen Denkens anzugehen, die ohne diese Grundlagen kaum behandelt werden könnten. Die profunde Kenntnis der Schicksalsanalyse und speziell der Triebpsychologie verschafft nicht nur tiefere Einsichten in psychodynamisch-pa-

thodynamische Situationen – Basis für einen kausaltherapeutischen Ansatz –, sondern sie sollte auch völlig andersartige therapeutische Vorgehensweisen zulassen. Hier ist auch Raum für den Einbezug persönlicher Erfahrung und Intuition, kreativer Einfälle und patientenspezifischer sowie situativer Modifikationen. Auf keinen Fall aber darf dies zu einer nicht reflektierten Polypragmasie oder zu einem patchworkartigen Methodenmix führen. Dass hier auch andere Konzepte wie die Systemtheorie einbezogen werden sollen, ist eine Selbstverständlichkeit. Sie lässt sich besonders gut mit dem triebpsychologischen Denken vereinen. Auch ein lerntherapeutisches Vorgehen liesse sich auf schicksalsanalytische Basis stellen. Eingeschlossen sind selbstverständlich immer die bekannten unspezifischen Wirkmöglichkeiten – ohne jedoch diesen Begriff kritiklos zu dilatieren. Sie sind wohl letztlich das essentielle Fundament jeder Therapie.

Unterschiedliche Paradigmen

Die allgemeine Therapiesituation ist bekanntlich seit längerer Zeit im Umbruch. Deshalb drängen sich prinzipielle Fragen im Zusammenhang mit der therapeutischen Philosophie jeder Schule und jedes Einzelnen auf. Hier kollidieren verschiedene Paradigmen. Der Wechsel vom

ursprünglich quantifizierenden Denken zum Qualitätsmanagement, von den Gruppenuntersuchungen zur Einzelfallbeurteilung weist allgemein auf ein neues Paradigma in Theorie und Verständnis der Psychotherapie hin. Auf der anderen Seite aber, speziell in der akademischen Psychologie, greift ein mechanistisches, dem Wissenschaftsideal der Naturwissenschaften nacheiferndes Denken um sich, das mit einem stark reduktionistischen Einschlag psychotherapeutische Prozesse in den Griff bekommen will. Wir müssen versuchen, durch ein wirklich ganzheitliches Denken die Entwicklung der neueren Psychotherapie und der Psychotherapieforschung zu verändern. Es geht um die Konzeption einer ganzheitlichen therapeutischen Philosophie, und zwar *auf der Basis des schicksalsanalytischen und triebpsychologischen Denkens*, das selbst einen ganzheitlichen Grundcharakter hat.

Ganzheitlichkeit der Schicksalsanalyse

Die Ganzheitlichkeit der Schicksalsanalyse ist mehrdimensional:

- Ganzheitlich ist die *Triebfunktion* insofern, als sie Anteil an zwei Dimensionen hat: der materiellen und der immateriell psychischen. Voraussetzung dafür ist die Erkenntnis der Triebfunktion als ei-

ner *Entität* mit Doppelcharakter, also einer Einheit mit zwei Seiten, die verschiedenen Dimensionen angehören, vergleichbar dem Symbol des Januskopfs.

- Ganzheitlich ist das *Triebsystem*, weil es sämtliche bisher bekannten Triebelemente umfasst; es ist eine ganzheitliche Ordnung elementarer psychophysischer Funktionen.
- Als ganzheitlich definiere ich die *Beziehung zwischen der Triebstreben und ihrem Objekt* und gehe damit über die allgemeine Triebdefinition hinaus. Ich sehe die Triebstreben in einem systemischen Sinn: nicht als eine Bedürfnisfunktion schlechthin, die befriedigt werden will, sondern als Teil des Bezugssystems Bedürfnis–Objekt. Diese beiden gehören virtuell zusammen, bilden also eine potentielle Ganzheitlichkeit im Sinn einer ökologischen Beziehung (vgl. Referat Ph. Seidel, Eröffnung Jung-Institut, Küsnacht, 1980). Im gleichen Sinn zu verstehen, jedoch hervorzuheben, sind die Ich-Strebungen:
 - Indem die k-Funktion den *sinnlichen Bezug* zur realen Welt herstellt, entsteht eine quasi systemische Beziehung zu ihr.
 - Ganz analog ist die *übersinnliche Beziehung* zwischen dem geistigen Ich und der spirituellen Dimension zu sehen (Partizipations-

funktion, Glaubensfunktion, Glaube; participation mystique [Lévy-Bruhl]).

- Die Schicksalsanalyse ergänzt die bekannten zwei Dimensionen des persönlichen und des kollektiven Unbewussten um eine dritte Dimension: das *familiäre Unbewusste*.

Über Ganzheitlichkeit könnte noch viel gesagt werden. Hier soll nur gezeigt werden, wie man auf der Basis des Ganzheitsaspekts der Schicksalsanalyse auf sinnvolle Weise irgendwelche andersartigen therapeutischen Massnahmen einbauen kann. Die Einsicht in Psychodynamik und Pathodynamik wird Grundlage für eine *mehrdimensionale Diagnostik*. Keine andere Psychologie oder Psychopathologie, weder Psychoanalyse noch Verhaltenstherapie, und noch weniger die unzähligen neueren, meist mehr praktisch orientierten Psychotherapiemethoden bieten uns diese fundamentalen Voraussetzungen. Viele von ihnen würden sich, sowohl theoretisch-ganzheitlich als auch methodisch-praktisch, zu verschiedenartigsten Kombinationen zusammenfügen lassen, sofern sie im Sinn eines wirklich *holistischen* Denkens integriert werden («to holon» heisst «das Ganze», also Zusammengehöriges und nicht Zusammengeorfenes). Eine solche Ganzheitlichkeit sollte nicht nur von jedem Einzelnen angestrebt, sondern auch im

Rahmen unserer Gesellschaft dialogisch erarbeitet und formuliert werden.

Integrative Schau auf schicksalsanalytischer Basis

Anzustreben ist die *Integration* unterschiedlicher theoretischer Konzepte und der entsprechenden Therapiemethoden – eine schwer zu lösende Aufgabe, weil den einzelnen Auffassungen unterschiedliche Paradigmen zugrunde liegen. Die Wahl des Paradigmas ist wiederum weitgehend durch die Ich-Struktur der einzelnen Vertreter determiniert, was sich ja durch die Szondische Ich-Lehre begründen lässt. Die Auseinandersetzung mit den wichtigsten Repräsentanten der Psychotherapie in Theorie, Methodik und Technik und ihre integrative Verbindung setzt die Fähigkeit zur Paradigmensynthese jedes Einzelnen voraus. So sind Grundhaltung und Denkweise der Jungschen Schule völlig verschieden von denen der Freudschen Psychoanalyse.

Solche oft bis zur extremen Einseitigkeit ausgeprägten «Philosophien» stehen einander so kontradiktorisch gegenüber, wie es der Gegensatz zwischen der k-Dimension und der p-Dimension im Ich ist. So wie diese beiden Ich-Gegensätzlichkeiten integriert werden müssen, so sollten auch die verschiedenen psychothe-

rapeutischen Paradigmata vereint werden.

Die *theoretische* Integration der Tiefenpsychologien lässt sich einfacher vollziehen als die praktisch therapeutische. Für die Schicksalsanalyse hat Szondi bezüglich der Psychoanalyse und der Analytischen Psychologie C. G. Jungs in der Theorie zwar integrierende Vorarbeit geleistet, aber die Frage, wie so verschiedenartige Theorien in einer einheitlichen *praktisch-therapeutischen* Vorgehensweise vereinigt werden könnten, ist eine ganz andere. Was die Jungsche Form des therapeutischen Vorgehens anbelangt, so liegen in den Werken Szondis meines Wissens keinerlei konkreten Direktiven vor. Die integrative Leistung Szondis bezieht sich auf die *theoretischen* Grundlagen. Demgegenüber wurde die psychoanalytische Theorie weitgehend in die Schicksalsanalyse integriert, wie vorn aufgezeigt wurde.

Etwas ganz anderes ist dagegen die Grundhaltung der Daseinsanalyse Ludwig Binswangers. Sie verzichtet zwar *expressis verbis* auf theoretische Konzepte und funktional-psychodynamisches Denken. Ludwig Binswanger kannte aber die Psychoanalyse, setzte sich mit ihr auseinander und liess sie schliesslich, bedingt, gelten, jedoch mehr als «Werkzeug» und ganz unter dem Primat der daseinsphilosophischen, phänomenologischen Denkweise. Man könnte

hier eine Unvereinbarkeit grundverschiedener Denkmodelle vermuten. Es kann jedoch gezeigt werden, dass sich diese verschiedenartigen Schulen nicht ausschliessen, sondern sich zur Ergänzung bringen lassen. Ich bin der Meinung, dass die Triebfaktoren nicht nur auf rationale Weise – und vor allem nicht nur als testologische Grössen – erfasst werden sollten; sie sollten vielmehr im Sinn einer ganzheitlichen Wesensschau als psychobiologische *Kategorien* verstanden werden – eine Ergänzung zur reinen Phänomenologie Binswangers, die jede Funktionalität und Psychodynamik ablehnt.

Die integrative Schau unterschiedlicher Konzepte und Theorien geht von einem ganzheitlichen Menschenbild aus. Ein wirklich ganzheitliches Menschenbild muss auch die spirituelle Dimension einbeziehen. Diese Forderung wird von der Schicksalsanalyse erfüllt, indem das spirituelle Element konstituierender Teil der menschlichen Persönlichkeit ist. Szondi konkretisierte dies bekanntlich in der Konzeption des Triebsystems, indem er dem Faktor p, als Grundlage der spirituellen Funktion, seinen Platz unter den acht Elementarfunktionen zuwies. Damit war

schon von der Basis her die Voraussetzung für ein *wirklich ganzheitliches* Menschenverständnis geschaffen. Darin zeigt sich das *echt holistische Denkfundament der Schicksalsanalyse* gegenüber anderen Richtungen, die zwar den Anspruch auf Ganzheitlichkeit für sich erheben, ohne ihm jedoch gerecht zu werden. Mit diesem holistischen Ansatz legitimiert sich die Schicksalsanalyse nicht nur als ganzheitliche Psychologie, sondern auch als Voraussetzung einer Ganzheitsmedizin und einer Ganzheitspsychiatrie.

Die Aufforderung an uns geht also in Richtung der Anwendung der Schicksalsanalyse und des Dialogs untereinander (wie er in der Interventionsgruppe bereits im Entstehen begriffen ist) sowie des Ausschöpfens der Möglichkeiten, welche die Schicksalsanalyse bietet. Die «Manualisierung» ist zwar eine Forderung – an ihr müssen wir drei Autoren uns die Zähne ausbeissen. Die SGST sollte sich aber viel mehr dem inneren Dialog und der Aufgabe zuwenden, die wesentlichen Neuentwicklungen mitzuerfolgen, sie jedoch in einer integrativen, grundsätzlich schicksalsanalytischen Schau zusammenzufassen.

Verunsicherung Entsolidarisierung Gewaltbereitschaft

Tagungsbericht

Die Tagung zum Thema «Verunsicherung, Entsolidarisierung, Gewaltbereitschaft», organisiert von SPV und SBS (Schweizerischer Verband für soziale Arbeit), hat am 30. Januar 1999 im Kunsthaus Zürich stattgefunden.

Nicht nur ausserhalb und im Saal war es kalt, auch die Saalatmosphäre entbehrte der Wärme, und die Eindrücke rund um den Lehrermord in St. Gallen mit der Angst von Lehrkräften und Sozialarbeitern, die Schürung des Fremdenhasses, die Sicherheitsvorschriften der Regierung liess uns zusätzlich frösteln. Etwas Wärme kam erst mit dem Bericht der Traumatherapeutin H. Hummel, dem von U. Walter über ein Solidarisierungsmodell in südafrikanischen Townships und den Erfahrungen von einem Vorsteher eines Treffs für gewalttätige Männer auf. Wer eindeutige Stellungnahmen oder gar konkrete Ratschläge erwartete, wurde enttäuscht. Die Zunahme der Verunsicherung und der Gewalt wur-

den kontrovers behandelt, ebenso das Spannungsfeld zwischen Freiheit und Selbstnormierung versus Eingebettetsein in Gruppen verschiedener Stufen und Richtlinien. Einigkeit herrschte dagegen darüber, dass für Verunsicherung, Entsolidarisierung und Gewaltbereitschaft verschiedene innere und äussere Faktoren mitspielen, die es je nach Hilfestellung und individuell abzuwägen gilt. Besonders für den Übergang der physiologischen Gewaltfähigkeit in den Gewaltausbruch gelte es beim Täter folgende Faktoren zu untersuchen: gestörte Selbstwahrnehmung, speziell der Gefühle und Bedürfnisse, Empathiedefizit bezüglich des Opfers, Erniedrigung, Demütigung und Entmenschlichung des Opfers, eige-

ne Gewalterfahrungen, Mangel anderer Möglichkeiten zur Spannungsabfuhr, innere Spaltung (Triebentmischung) sowie Lust und Entlastungsgefühl. Interessante Aspekte waren auch die Angst des Helfers, zum Teil zusammenhängend mit der Unberechenbarkeit des Täters, und die Legitimation der Gewalt von aussen, durch eine bestimmte Ethnie, Subsozietät oder durch den Staat. Dazu kommen Perspektivlosigkeit («ich habe nichts zu verlieren»), Stress und Ausgrenzung als Faktoren von aussen.

Auch für den Solidaritätszerfall wird ein Defizit der sozialen Wahrnehmung und Empathiefähigkeit erkannt, das beispielsweise von kommunistischen Regimes oder Politikern der Apartheid bewusst unterhalten wurde. Hier gelingt es aber oft besser als für Gewalttäter, neue Solidarität zu stiften. Stichworte dazu sind: Erkennung von Verunsicherung und Perspektivlosigkeit, also Bedrohung der Identität, dann Aufbau innerer Strukturen und Schaffung von Alternativen statt Rückzug, weiter Förderung der

Partizipation, so etwa in besagter Township Peering der Kinder in Spielgruppen durch Jugendliche, Erarbeitung der Unterschiede zwischen innen und aussen, ich und du, aktiv und passiv, Einfühlung und Abgrenzung, und schliesslich Förderung der Kommunikation. – Für Gewalttäter gilt das Entsprechende.

Die sekundäre Prävention bringt eine Verminderung der Rückfälle um einen Drittel. Die primäre Prävention steckt noch in den Kinderschuhen und würde beispielsweise den Abbau vieler Männerideale wie Unnahbarkeit, Gefühlskontrolle, Gewaltfähigkeit und Selbstnormierung bedeuten.

Ganz am Rand wurde die Vererbung der Gewaltbereitschaft erwähnt. Der einzige anwesende Schicksalsanalytiker verzichtete auf die Wortergreifung...

Zusammenfassend ein interessanter Tag, der zeigte, dass Verunsicherung, Entsolidarisierung und Gewalt vielfältige innere und äussere Gründe haben und verschiedenste Berufsgruppen tangieren.

Jean Berner

Catatonia and the Neuroleptics: Psychobiologic Significance of Remote and Recent Findings

VON DIETRICH BLUMER

The previously common occurrence of catatonic schizophrenia and catatonic symptoms among schizophrenic patients has diminished sharply; catatonic symptoms now occur more frequently in association with severe affective disorders or with general medical conditions. Catatonia is generally viewed as a peculiar and puzzling syndrome and attracts limited attention. Yet significant catatonic symptoms tend to be present in close to 10 % of patients admitted to psychiatric inpatient facilities. The dynamic significance of catatonia can be recognized by considering the original biologic role of catatonia in schizophrenia as an opposite to the paranoid disorder. Szondi viewed catatonia as an attempt at self-healing of the paranoid psychosis with its threatening total expansion, by extreme constriction of the ego. The previously predominant primary association of catatonia with schizophrenia has been eclipsed as neuroleptics have supplanted the endogenous self-healing attempt of catatonia, preventing the occurrence of catatonic symptoms in schizophrenia. Neuroleptics in fact duplicate or approximate the symptoms of catatonia by producing mental immobilization, hypokinesia (parkinsonism and dystonia), hyperkinesia (akathisia), and pernicious catatonia in the modern guise of the neuroleptic malignant syndrome (NMS). Patients with past or present catatonic symptoms are particularly vulnerable to NMS, and treatment of catatonia requires avoidance of neuroleptics and the use of benzodiazepines or electroconvulsive therapy (ECT). The extreme negativism and constriction of consciousness in catatonia suggest a primary role of the frontal lobes, with secondary involvement of the extrapyramidal system and its movement disorders. In an attempt to integrate clinical, psychologic, neuropharmacologic, and neurochemical findings, a modern dynamic neuropsychiatry must appreciate the major significance of catatonia.

Catatonia is characterized by extreme negativism in the form of both mental and physical immobilization, except for manneristic to stereotypic verbal or motor manifestations. Immobilization may alternate with excitatory phases of hypermotility associated occasionally with overt aggressive behavior. Rarely, a pernicious form may occur with rigidity, hyperthermia, and autonomic dysfunction, a condition indistinguishable from the neuroleptic malignant syndrome (NMS). Catatonia was recognized in premodern psychiatry chiefly but not exclusively as a unique and important subtype of schizophrenia. With the advent of the neuroleptic era, the incidence of catatonia in association with schizophrenia appears to have decreased markedly, and it is now found more often in mood disorders or in association with general medical conditions. On the other hand, reports indicate that neuroleptics may at times induce catatonia.

Taylor¹ reviewed catatonia as a behavioral neurologic syndrome secondary to idiopathic psychoses, intrinsic brain disease, and metabolic disorders or drugs affecting brain function. He concluded that catatonia should be recognized as a frontal lobe syndrome.

Lohr and Wisniewski,² in the chapter on catatonia from their neuropsychiatric monograph on move-

ment disorders, stated the following: «Few phenomena in psychiatry or neurology are as enigmatic as catatonia. This is a fact in large part due to the many contradictions surrounding the concept. Catatonia has been described as a disease but also as a syndrome. It has been considered to be a subtype of schizophrenia, and yet has been claimed to be more common in affective disorders. It has been reported to be both caused and ameliorated by neuroleptic drugs. It has been reported to represent a state of stupor so profound that its sufferers die from medical complications, and has also been reported to represent a state of excitement so marked that physical restraints are necessary.»

Most recently, the contemporary importance of catatonia has been documented by the study of 215 patients consecutively admitted to an academic psychiatric inpatient facility using a standardized catatonia rating examination, catatonia rating scale, and screening instrument.³ For the systematic description of catatonic signs, the researchers had constructed a 23-item rating scale and a truncated 14-item screening instrument using operationalized definitions of signs ascribed to catatonia in published sources from Kahlbaum and Kraepelin to DSM-IV (Table 1). Seven percent (15 of 215) of the patients evaluated met criteria for catatonia de-

Table 1. Items Included in the Bush-Francis Catatonia Rating Scale

1. Excitement	13. Waxy flexibility
2. Immobility/stupor	14. Withdrawal
3. Mutism	15. Impulsivity
4. Staring	16. Automatic obedience
5. Posturing/catalepsy	17. <i>Mitgehen</i>
6. Grimacing	18. <i>Gegenhalten</i>
7. Echopraxia/echolalia	19. Ambitendency
8. Stereotypy	20. Grasp reflex
9. Mannerisms	21. Perseveration
10. Verbigeration	22. Combativeness
11. Rigidity	23. Autonomic abnormality
12. Negativism	

Note. The items are precisely defined to exclude false-positive ratings. The Bush-Francis Catatonia Screening Instrument includes only the first 14 items of the full rating scale, uses the same item definition, and measures only the presence and absence of the 14 signs. A simple standardized examination is used for the completion of the rating scale and screening instrument. The full rating scale measures the severity of all 23 signs on a scale of 0 to 3 and allows for quantitative assessment of catatonia and the effects of its treatment. The 14-item screen includes the most common signs reported by previous investigators (e.g., items 2, 3, 4, and 5), as well as several classic signs (e.g., items 7, 9, and 13), and was developed to provide a sensitive, simplified screening instrument for detection of cases.

defined by the presence of two or more signs on the 14-item screen. Patients with mania represented the largest group with catatonic symptoms. The study confirms the previous finding of the presence of a catatonic syndrome among 9 % of admissions to a psychiatric ward⁴ and shows that the significant catatonic signs tend to be overlooked by the customary diagnostic approach that

focuses on mental status and neglects physical signs. These findings document the contemporary significance of catatonia—identification of catatonic symptoms is of particular importance, since the syndrome requires specific treatment with sedatives and electroconvulsive therapy (ECT).^{3,4} Based on a review of selected past findings and theories, as well as re-

cent reports, an attempt is made here to arrive at a better understanding of the psychobiologic significance of catatonia. In this attempt, the past and present relationship of catatonia to paranoia and the effects of neuroleptics on both syndromes will be examined. The term catatonia refers here to a syndrome of classic symptoms of catatonia, and the term paranoia refers to a syndrome of expansive-productive thought disorders including delusions and hallucinations, akin to what are termed the positive signs of schizophrenia. The role of discrete cerebral areas in catatonia will be more briefly discussed.

Kahlbaum and Kleist: Original Description of Catatonia and Efforts at Localizing the Disorder

In 1874, Kahlbaum^{5,6} first defined a malignant symptom complex characterized by psychotic negativism, catalepsy (inordinate maintenance of spontaneous or induced postures), mutism, stereotypies including verbigeration (repetitive verbal utterances), and motor symptoms. He recognized the connection between mental and somatic symptoms in the disorder and termed it catatonia, from the Greek verb *katateínein* (to stretch tightly). He described not only a syndrome but a disease process with successive stages for a

group of symptoms previously considered heterogeneous: initial immobility («melancholia atonita») is succeeded by hyperkinesis («stage of exaltation»); then, through recurrent intervals of passivity and exaltation, the «stage of confusion» is reached that terminates in the «defect stage» of complete dementia. General paresis had already been defined as a disease entity; Kahlbaum believed that catatonia resulted similarly from a cerebral lesion and that the patients could die of catatonia. His autopsy studies showed abnormalities in the vicinity of the Sylvian fossa and the second and third frontal gyrus, i.e., in the areas already known as the site of mental speech formation. Kahlbaum judged this finding noteworthy with regard to the clinical symptoms of mutism and verbigeration so prominent in catatonia, but justly considered his findings preliminary.

Among Kahlbaum's successors in the study of catatonia, only Kleist⁷ pursued the idea that catatonia was based on focal cerebral abnormalities. From World War I through the 1950s, Kleist not only studied the mental changes in patients with known brain lesions, he also attempted to localize the psychoses that at the time were viewed as purely functional disorders without detectable cerebral abnormalities. He concluded that catatonia, characterized by a prominent lack of spontaneity

and an impairment of active and creative thought, was observed in injuries and diseases of the frontal brain, whereas in other varieties of catatonia, psychomotor signs due to disorders of the brain stem were predominant. Periodic catatonia, defined as a milder disorder with frequent remissions, was related by Kleist⁷ to abnormalities in the striatum, particularly in the caudate.

In his time, Kleist was respected for his neuropsychiatric studies of patients with gross brain lesions, but his efforts to localize the functional psychoses were judged pointless by his contemporaries. More recently, Taylor¹ has again emphasized the primary role of the frontal lobes in catatonia, and the modern use of neuroimaging presently allows for the identification of discrete areas of the brain that are involved in mental disorders.

**Kraepelin and Bleuler:
Documentation of a Predominant
Association of Catatonia with
Schizophrenia**

Kraepelin,⁸ the dominant genius of descriptive psychiatry, had established catatonia as a form of dementia praecox before Kleist: «...(W)e may regard the catatonia of Kahlbaum as in the main a form, though peculiar, of dementia praecox. On the other hand <catatonic> morbid phenomena

are undoubtedly also observed in many quite different morbid processes to a greater or lesser extent, so that its appearance alone does not justify that catatonia in the sense just indicated is present. In this direction accordingly we must limit the conception mentioned, that only such cases of disease belong to it, in which the morbid process of dementia praecox is the foundation. ... The real characteristic pictures of the state are rather the <mania> and <melancholia> of Kahlbaum which today we more correctly name catatonic excitement and stupor. I think therefore, that I may group together as catatonic forms of dementia praecox those cases in which the *conjunction of peculiar excitement with catatonic stupor* dominates the clinical picture.»

Kraepelin reported an important figure: 19.5 % of 500 cases of dementia praecox from his Heidelberg series were diagnosed as catatonic. Lange,⁹ in 1922, found catatonic features in about 25 % of patients with mania. Nonetheless, following Kraepelin's assertions, the catatonic syndrome has not been viewed in relative independence from the other forms of schizophrenia, but as one of several subtypes of schizophrenia.

Bleuler¹⁰⁻¹² followed Kraepelin's lead in recognizing catatonia as a form of schizophrenia. He noted that nearly half of the institutionalized schizo-

phrenics at one time or another showed catatonic features, whereas only much smaller numbers of patients with other disorders (organic psychoses, epileptic and hysterical twilight states, oligophrenia, manic-depressive psychoses, etc.) showed catatonic features. Bleuler listed nine catatonic symptoms among his accessory signs of schizophrenia: catalepsy, stupor, hyperkinesis, stereotypies, mannerisms, negativism, automatic obedience and echopraxia, automatism (including compulsive phenomena), and impulsivity.

Both, Kraepelin and Bleuler recognized that catatonia was predominantly associated with schizophrenia; the presence of the more basic symptoms of schizophrenia was required before a diagnosis of the catatonic subtype of schizophrenia could be made. They clearly recognized that catatonic symptom complexes may also be present secondary to a variety of other functional or organic disorders.

Before considering the changes catatonia underwent with the advent of the neuroleptic era, important efforts at understanding the psychological significance of catatonia will be reviewed.

Jung and Szondi: The Psychobiologic Significance of Catatonia

In contrast to his European academic colleagues, Bleuler had been open to the dynamic ideas of Freud. Jung, in his early career, was one of Bleuler's assistants, and his efforts to understand the mind of schizophrenic patients included those with catatonia. In his monograph, *The Psychology of Dementia Praecox*, Jung^{13,14} initially quoted Vogt,¹⁵ who assumed that a constriction of consciousness with a lack of any inner ideas was the basis of the peculiar catatonic symptoms such as perseveration (stereotypy and catalepsy) and suggestibility. Jung did not elaborate on this interesting assumption. He noted that the «pathological whims» (*Einfälle*) of catatonics had rich analogies in normal and hysterical individuals, and then referred to the difficulties of penetrating the mind of patients with hysteria and judged similar efforts impossible in catatonia. Jung¹⁴ stated, «There are stereotyped automatisms which from the very beginning do not show any psychic content by which they can be understood even symbolically.» He referred to the finding that upon removing significant brain tissue in animal experiments, automatisms ensue, with the debrained animal becoming a «reflex-machine,» and he drew a speculative analogy to the cases of catatonia that

cannot be reached by psychological analysis: «...because of the congealing of a predominant complex a condition may result in the brain which functionally at least would be more or less equal to a destruction of a great part of the brain.» In his pioneering effort at a psychological understanding of dementia praecox, Jung concluded that the key to the psychology of catatonia was missing and concentrated on its paranoid form. Some 40 years after Jung's effort at understanding the psychology of dementia praecox, Szondi¹⁶⁻¹⁸ developed an elaborate and ingenious psychological interpretation of the catatonic phenomena. Szondi was both a biological psychiatrist with great interest in the role of genetic factors and an independent psychoanalyst formulating dynamic and comprehensive views of psychiatry. Szondi viewed the catatonic process as essential for understanding how the mind and specifically the ego function. He differentiated two major ego functions, expansion and constriction, each with two opposite tendencies. The drive to expand (the factor p, derived from **p**aranoia) consists of the opposite tendencies to project power to the outside and to assume power for the self (projective and inflative-grandiose paranoid positions, in the extreme), serving the spiritual ego or the ego diastole; two other opposite ego tendencies

serve the constriction (the material ego or the ego systole), which makes adjustment to reality possible by negating or introjecting. The constricting ego is labeled k, derived from **k**atatonnia. The ego defect of the catatonic, according to Szondi, is that of excessive negativism. Szondi pointed out that in schizophrenia the catatonic disorder tends to be preceded by an initial phase of limitless paranoid expansion. The catatonic constriction becomes engaged in an attempt at self-healing from the threatening flood of paranoid ideation and hallucinations. As if a switch were thrown, the illness changes face and now has a predominant or sole motor expression, with grandiosity and persecution replaced by hypokinesia and hyperkinesia.

In Szondi's Experimental Diagnostic of Drives (Szondi-Test),¹⁹ a catatonic schizophrenic is present together with seven other photographs of mentally deviant individuals in each of six series that constitute the test apparatus. The eight basic disorders were selected on genetic consideration, each having an independent inheritance, and the test was developed based on Szondi's theory of the significance of sympathetic and antipathetic choices in human interaction. Subjects are asked to select from each series the two pictures they like the best and the two they dislike the most. The test can be

given at least to some patients with catatonia in the psychotic stage. The test profiles of the catatonic tend to reveal marked negativism in the ego sphere, a complete blocking in the contact sphere, and an excessive pent-up aggressivity in the sexual sphere. The characteristic drive profile revealed by the test is in accordance with the clinical presentation of catatonia.

Lohr and Wisniewski² reviewed the few reports of the subjective experience of catatonics in the literature. Subjective experiences are not prominent parts of the clinical picture and, when present, appear to be irrelevant to the motor features.^{20,21} Jones,²² in a study of schizophrenic stereotypies, noted that in only one of 13 cases were the delusions relevant to the form of the stereotypy. There appears to be an impoverishment of thought and emotionality in many catatonic schizophrenic patients.²¹ In keeping with this are the findings from Andreasen and Olsen²³ of a significant association between the so-called «negative» symptoms of schizophrenia (such as anhedonia and abulia) and catatonic features. Patients «awakening» from an episode of catatonic stupor frequently cannot give more than a vague description of the subjective experience accompanying the catatonic state. Little is known about the subjective experience of catatonics in

periods of excitement or about the psychological states accompanying catatonia in other than schizophrenic conditions. From their own observations, Lohr and Wisniewski² conclude that the subjective experience in catatonia can vary dramatically «...from states of near psychic immobility, in which thoughts are blighted and time stands still, to states in which patients report powerful urges accompanied by irresistible voices telling them to behave a certain way, to states of euphoria accompanied by grandiose ideas, to states of bewilderment in which patients behave in a manner over which they have no control or for which they have no explanation. Yet, in spite of these differences, the outward appearance of many of these patients is the same.» Rosebush et al.⁴ reported intense anxiety and fear, usually related to psychotic ideation, during the catatonic period among their patients who responded to lorazepam. Jung was correct when he said that the catatonic automatism cannot be explained by the mental content of the catatonic experience. In Szondi's view, the catatonic response represents a genetically based ego drive to negate and constrict a threatening limitless ego expansion, in an attempt at healing the paranoid psychosis. The catatonic response involves not only a mental blockade of the ideas and complexes Jung searched for un-

successfully in his effort to understand catatonia, but also the motor response of immobilization or hypermotility. The catatonic self-healing attempt represents a striking parallel to the effects of the neuroleptic treatment of the psychosis with its extrapyramidal side effects, a parallel that extends to the extreme forms of pernicious (or lethal) catatonia and NMS.

**The Neuroleptic Era:
Catatonia's Decline of
Prevalence in Schizophrenia**

The premodern descriptions of patients with catatonic schizophrenia, as excerpted from the writings of Kraepelin and Bleuler, leave little doubt that the disorder was correctly identified and was frequently present before the advent of neuroleptic treatment in 1952. Since the 1950s, experienced clinicians have commonly noted the virtual disappearance of catatonic schizophrenia in their practicing lifetime.²⁴ Lohr and Wisniewski² reviewed the limited evidence available from the literature concerning the prevalence of catatonic schizophrenia over the last 70 years, and in fact documented a general decline in the proportion of patients with schizophrenia diagnosed as catatonic type from various institutions and countries since the 1950s. Even so, they thought that the striking va-

riance in the percentage of catatonia among schizophrenics according to region and type of setting precluded a conclusion of decline. Furthermore, they cited the possibility of schizophrenia becoming more common with the passage of time to justify a conclusion that there was little compelling reason that catatonic signs and symptoms were any rarer in the world today than they ever were. Few would agree with this judgment. The evidence of a marked decline of catatonic schizophrenia with the ready availability of neuroleptic drugs is supported by the report from the International Pilot Study of Schizophrenia,²⁵ which showed that the diagnosis of catatonic schizophrenia was significantly more common in the three countries with the lowest per capita income (India, Columbia, and Nigeria) compared with more developed countries. Furthermore, it is evident that, in a reversal of findings from the preneuroleptic era, one encounters nowadays more patients with catatonia secondary to affective psychosis and general medical conditions than patients with catatonic schizophrenia. The prevalence of catatonic features in mood disorders, according to studies from 1922,⁹ 1936,²⁶ and 1977,²⁷ has not changed with time. Finally, it is striking that not only catatonic schizophrenia but also the previously common catatonic symptoms among

schizophrenics have become relatively rare.

Catatonic schizophrenia was a frequent diagnosis in institutions (such as Bleuler's Burghölzli) where patients were well cared for and where occupational therapy represented the prime treatment of schizophrenia in the preneuroleptic era. It appears highly unlikely that the disorder is now a rare finding because of a more humane and activating modern psychiatric treatment, as has been sometimes postulated.²⁸ Neither is it likely that the number of patients with catatonic schizophrenia has diminished because the era of the epidemic of encephalitis lethargica has passed;²⁹ catatonia was in ample evidence before that era. The speculation offered by Mahendra,²⁴ that the catatonic features of premodern schizophrenia are the result of since-vanished epidemic and endemic infective diseases, lacks a sound foundation. It remains most plausible that the early and wide use of neuroleptics, dating to the introduction of chlorpromazine in 1952, has widely abolished the need for the self-healing attempt of the catatonic reaction. Consequently, the previously common variety of hypokinetic and hyperkinetic catatonic symptoms among schizophrenics has been replaced in the modern practice of psychiatry by the extrapyramidal side effects of the neuroleptics (par-

kinsonism, dystonia, and akathisia), and instead of pernicious catatonia, we now encounter NMS, an identical phenomenon with a new name.³⁰⁻³⁶

It is then assumed that the catatonic response becomes engaged in schizophrenia by the threat of the paranoid psychosis, but tends to be rendered unnecessary upon the early blockade of the paranoid syndrome effected by antipsychotic drugs. On the other hand, as recent findings document, neuroleptics should be avoided once symptoms of catatonia are already present. The neuroleptics may produce catatonic symptoms³⁷ and may exacerbate catatonia to the point of pernicious catatonia, which is then termed NMS. Frichione³² concluded that neuroleptic-induced catatonia and NMS may be pharmacological models for psychogenic catatonia and lethal catatonia, and he cited the restitutive hypothesis of dopamine receptor activity by Friedhoff,³⁸ which assumes that the dopaminergic system is involved in protecting against the emergence of psychotic symptoms (a hyperdopaminergic state) through physiological downregulation of dopamine receptors.

Catatonia and neuroleptics provide comparable effects, and the neurochemistry of the patient with catatonia corresponds to that of the neuroleptic-treated patient, although the neurochemical substrate is probably

more complicated than that of dopamine deficiency.

Recent Findings on Catatonia and the Effects of Neuroleptics

In 1976, Abrams and Taylor³⁹ described 55 patients who displayed one or more catatonic signs. Only four met research criteria for a diagnosis of schizophrenia, while 39 had affective disorders, three a «reactive psychosis,» and nine an organic brain disease. In the same year, Gelenberg⁴⁰ emphasized that catatonia must not be automatically assumed to be a subtype of schizophrenia, but should be considered a syndrome with various possible causes. «While this diversity of underlying causes is well-recognized and taught regarding a syndrome such as paranoia, it is often overlooked for catatonia,» he stated, and pointed out that both Kraepelin and Bleuler had already held the same view. Paranoia and catatonia, viewed by Szondi as the extremes of the two major ego functions of expansion and constriction, tend to be primarily associated with schizophrenia, but also become engaged with affective disorders and general medical conditions, forming more or less distinct clinical disorders.

Catatonia is obviously not merely a subtype of schizophrenia. DSM-IV⁴¹ now recognizes (1) catatonic schizophrenia as a type of schizophrenia,

(2) catatonic disorders due to a general medical condition, and (3) mood episodes with catatonic features. Since catatonic schizophrenia has become rare, the significance of the originally predominant association of catatonia with schizophrenia is easily overlooked. Catatonic schizophrenia stands apart radically from any other form of schizophrenia not only by its symptomatology but also by the treatment it requires.

Catatonic schizophrenia and the catatonic syndrome secondary to mood episodes or general medical conditions respond specifically not to neuroleptics, but to a short series of ECTs and to benzodiazepines. A response of catatonia to intravenous barbiturates,⁴² carbamazepine,⁴³ L-dopa,⁴⁴ and intravenous tricyclic antidepressants⁴⁵ has been occasionally reported. The excellent response to ECT has long been known, whereas the response to benzodiazepines, lorazepam in particular, has been increasingly demonstrated by a number of studies.^{4,46-52} Pernicious catatonia, the extreme manifestation of catatonia, responds well to ECT, but prescription of neuroleptics for this condition, once fully developed, has proven lethal; the same rules apply for the treatment of the NMS.^{33,53}

White^{35,36} reported a series of consecutive cases of NMS, in all of which a catatonic state preceded the onset of the condition, as well as a single

case with separate episodes of both NMS and pernicious catatonia. Early generalized muscular rigidity and a history of preceding neuroleptic treatment were the only differences from the catatonic episode in her single case with both NMS and pernicious catatonia. She concluded that the catatonic syndrome was a risk factor for the emergence of NMS and that it was misleading to view the two malignant conditions as separate disorders. She referred to the evidence that both NMS and pernicious catatonia may be related to central dopamine deficiency, predominantly in the basal ganglia and anterior hypothalamus,³² and postulated that the already deficient dopaminergic activity in the brain of catatonics would be aggravated by the dopamine blockade produced by neuroleptics and would result in NMS.

The hyperdopaminergic state reportedly associated with certain types of schizophrenia may protect those patients against the deleterious effects of neuroleptic-induced dopamine blockade. This explanation may account for the finding that schizophrenics, for whom neuroleptics are routinely prescribed, generally have the lowest incidence of NMS.^{54,56} White and Robins³⁵ reported that NMS may be triggered by a single dose of a neuroleptic and cautioned that neuroleptics should be avoided in all patients exhibiting catatonic signs.

Most recently, Fink⁵⁷ has reviewed the evidence for similarities in NMS and catatonia, concluding that the two conditions should be considered variants of the same disorder. He reasoned that the relief of catatonia by benzodiazepines, barbiturates, and ECT implicated the gamma-aminobutyric acid system, the principal agent of central inhibition, rather than dopamine.

Mazurek^{58,59} pointed out that not only patients with NMS but also patients with advanced parkinsonism typically display immobility (akinesia), staring, rigidity, and hypophonia or mutism as cardinal features of their illness, i.e., a constellation of clinical features akin to catatonia. He suggested that aberrant signaling in the basal ganglia may underlie both parkinsonism and catatonia.

Earlier, Lohr and Wisniewski² had discussed the overlapping characteristics of parkinsonian, catatonia, and neuroleptic-induced extrapyramidal signs. They attempted to distinguish relatively pure syndromes and considered blockade of dopaminergic transmission in different areas of the brain as the underlying pathology. They referred to the finding of dopamine antagonism as the necessary ingredient of different drugs for the induction of catatonia in animals.⁶⁰

Of some interest is the report by Wilcox⁶¹ that a history of perinatal distress and severe infectious disease

in childhood (rheumatic fever in particular) was significantly more common among subjects with catatonia compared with controls with noncatatonic schizophrenia, schizophreniform disorders, mania, or depression and with surgical controls. However, the positive history accounted for only a small number of cases. The theory of a specific genetic vulnerability for catatonia as postulated by Szondi¹⁶ remains plausible. Taylor¹ stressed the predominant role of the frontal lobes in catatonia. He referred to the number of reports describing clearly catatonic patients with the presence of frontal lobe dysfunction. He pointed out that the association between frontal lobe dysfunction and catatonia is not surprising, given the role of the frontal lobes in attention and arousal, emotional control, and motor regulation; dysfunction in each of these domains is the hallmark of catatonia. After all the references to the subcortical dysregulations in catatonia, the importance of Taylor's statement needs to be reaffirmed. Indeed, the primary relevance of frontal lobe abnormalities in schizophrenia has become well recognized.⁶²

Conclusion

With its unique symptomatology and treatment response, catatonic schizophrenia was never simply another

subtype of schizophrenia apposite to paranoid schizophrenia. Catatonia becomes less enigmatic if one considers its history and identifies its primary biologic role as an opposite to paranoid schizophrenia. Szondi recognized this relationship when he defined the mental and physical immobilization of catatonia as the extreme of a ubiquitous tendency to constrict the ego expansion and postulated that catatonia represents an attempt at self-healing of the paranoid psychosis. This insight based on a dynamic view of the psychotic process accords with major biologic findings.

Our modern healing efforts with neuroleptics not only exert a mental blockade of the paranoid disorder (i.e., the positive signs of schizophrenia), but cause the well-known extrapyramidal side effects and NMS. The mental and physical effects of neuroleptics approximate or duplicate the symptoms of catatonia: mental immobilization, hypokinesia, hyperkinesia, and a pernicious form of catatonia that is indistinguishable from NMS. This correspondence may explain the effectiveness of the neuroleptics, which emulate and have in fact widely supplanted the endogenous self-healing attempt of catatonia. The full range of symptoms known as side effects of neuroleptic drugs were described in the preneuroleptic era as symptoms of

catatonia, in similar or identical form.⁶³

With the advent of neuroleptics, the previously predominant primary association of catatonia with schizophrenia has been eclipsed. Catatonic syndromes or catatonic features are nowadays more often found in a secondary association with severe mood disorders (mania in particular) and a great variety of neurologic, metabolic, and toxic conditions, just as these same disorders and conditions may become associated with paranoid syndromes or features. The particularly frequent association of catatonia with mania is of interest if one considers the expansiveness and excessive motor activity characteristic of the manic syndrome.

Although the mental blockade effected by routine early prescription of neuroleptics appears to prevent emergence of the previously plentiful catatonic symptoms in schizophrenia, once catatonic signs are already present the neuroleptics must be avoided because of the risk of severe catatonia with NMS. For the same reason, neuroleptics should be prescribed not at all or with caution for patients with a history of catatonia. Patients with catatonia require the treatment specific to the syndrome: benzodiazepines or ECT. Catatonia, the extrapyramidal side effects of neuroleptic drugs, and parkinsonism share overlapping signs that may all

be related to a blockade of dopaminergic transmission in the same or somewhat different parts of the brain.

If one can assume that emotional over-control in the form of extreme negativism plays a primary role in catatonic schizophrenia, one must ascribe a major role to a disorder of the frontal lobes in catatonia, with secondary involvement of the extrapyramidal system and the basal ganglia in particular. A modern dynamic neuropsychiatry stimulated by the progress in functional brain imaging should arrive at interesting findings in the area of catatonia. Such findings will be most meaningful if correspondence to the psychological events of the psychiatric disorders is searched for and ultimately established.

References

- 1 Taylor MA. Catatonia: a review of a behavioral neurologic syndrome. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1990; 3:48–72.
- 2 Lohr JB, Wisniewski AA. *Movement Disorders: A Neuropsychiatric Approach*. New York, NY: Guilford, 1987.
- 3 Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:129–136.

-
- 4 Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF. Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 357–362.
 - 5 Kahlbaum KL. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, I. Heft: «Die Katatonie oder das Spannungsirresein.» Berlin, Germany: A. Hirschwald, 1874.
 - 6 Kahlbaum KL. Catatonia. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1973.
 - 7 Kleist K. Schizophrenic symptoms and cerebral pathology. *J Ment Sci* 1960; 106: 246–255.
 - 8 Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia (translation by RM Barclay). Edinburgh, UK: Livingstone, 1919.
 - 9 Lange J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Monographie aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, No. 31. Berlin, Germany: Springer, 1922.
 - 10 Bleuler E. Textbook of Psychiatry (translation by AA Brill). New York, NY: Macmillan, 1924.
 - 11 Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias (translation by J Zinkin). New York, NY: International University Press, 1950.
 - 12 Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. von Manfred Bleuler. Berlin, Germany: Springer, 1949.
 - 13 Jung CG. Über die Psychologie der Dementia praecox. Halle a.S., Germany: Karl Marhold, 1907.
 - 14 Jung CG. The Psychology of Dementia Praecox. New York, NY: Nervous and Mental Disease Publishing, 1936.
 - 15 Vogt R. Zur Psychologie der katatonischen Symptome. *Zentralbl Nervenheilkunde Psychiatr* 1902; 19: 433–437.
 - 16 Szondi L. Schicksalsanalyse. Basel, Switzerland: Benno Schwabe, 1948.
 - 17 Szondi L. Triebpathologie. Bern, Switzerland: Hans Huber, 1952.
 - 18 Szondi L. Ich-Analyse. Bern, Switzerland: Hans Huber, 1956.
 - 19 Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. Bern, Switzerland: Hans Huber, 1960.
 - 20 Gadelius B. Human Mentality in the Light of Psychiatric Experience: An Outline of General Psychiatry. London, UK: Oxford, 1933.
 - 21 Rosanoff AJ (ed). Manual of Psychiatry. Ed. 6. New York, NY: Wiley, 1927: 106–112.
 - 22 Jones IH. Observations on schizophrenic stereotypes. *Compr Psychiatry* 1965; 6: 323–335.
 - 23 Andreasen NC, Olsen S. Negative vs. positive schizophrenia: definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 789–794.
 - 24 Mahendra B. Where have all the catatonics gone? *Psychol Med* 1981; 11: 669–671.

- 25 Carpenter WT, Bartko JJ, Carpenter CL, Strauss JS. Another view of schizophrenia subtypes: a report from the International Pilot Study of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 508–516.
- 26 Bonner CA, Kent GH. Overlapping symptoms in catatonic excitement and manic excitement. *Am J Psychiatry* 1936; 92: 1311–1322.
- 27 Taylor MA, Abrams R. Catatonia: prevalence and importance in the manic phase of manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 1223–1225.
- 28 Achte KA. Der Verlauf der Schizophrenien und der schizophreniformen Psychosen. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1961; 155: 224–226.
- 29 Johnson J. Catatonia: the tension insanity. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 733–738.
- 30 Caroff SN. The neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychiatry* 1980; 41: 79–83.
- 31 Stoudemire A, Luther JS. Neuroleptic malignant syndrome and neuroleptic-induced catatonia: differential diagnosis and treatment. *Int J Psychiatry Med* 1984; 14: 57–63.
- 32 Fricchione GI. Neuroleptic catatonia and its relationship to psychogenic death. *Biol Psychiatry* 1985; 20: 304–313.
- 33 Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, et al. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1374–1381.
- 34 Price DK, Turnbull GJ, Gregory RP, et al. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 1989; 155: 849–852.
- 35 White DA, Robins AH. Catatonia: harbinger of the neuroleptic malignant syndrome. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 419–421.
- 36 White DA. Catatonia and the neuroleptic malignant syndrome—a single entity? *Br J Psychiatry* 1991; 161: 558–560.
- 37 Gelenberg AJ, Mandel MR. Catatonic reactions to high-potency neuroleptic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 947–950.
- 38 Friedhoff AJ. A strategy for developing novel drugs for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1983; 9: 555–562.
- 39 Abrams R, Taylor MA. Catatonia: a prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 579–581.
- 40 Gelenberg AJ. The catatonic syndrome. *Lancet* 1976; 2: 1339–1341.
- 41 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 4. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 42 Perry JC, Jacobs D. Overview: clinical application of the amytal interview in psychiatric emergency settings. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 552–559.
- 43 Rankel HW, Rankel LE. Carbamazepine in the treatment of catatonia. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 361–362.

-
- 44 Neppe VM. Management of catatonic stupor with L-dopa. *Clin Neuropharmacol* 1988; 11: 90–91.
- 45 Donnoli VF. Akinetic catatonia and antidepressants. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1991; 37: 325–327.
- 46 McEvoy JP, Lohr JB. Diazepam for catatonia. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 284–285.
- 47 Walter-Ryan WG. Treatment for catatonic symptoms with intramuscular lorazepam. *J Clin Psychopharmacol* 1985; 5: 123–124.
- 48 Salam SA, Pillai A, Beresford TP. Lorazepam for psychogenic catatonia. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1082–1083.
- 49 Greenfeld D, Conrad C, Kincare P, et al. Treatment of catatonia with low-dose lorazepam. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1224–1225.
- 50 Salam SA, Kilzieh N. Lorazepam in psychogenic catatonia: an update. *J Clin Psychiatry* 1988; 49 (12 Suppl): 16–21.
- 51 Bodkin JA. Emerging uses for high potency benzodiazepines in psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (5 Suppl): 41–46.
- 52 Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 137–143.
- 53 Philbrick KL, Rummans TA. Malignant catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6: 1–13.
- 54 Addonizio G, Susman VL, Roth SD. Symptoms of neuroleptic malignant syndrome in 82 consecutive inpatients. *Am J Psychiatry* 1987; 143: 1587–1590.
- 55 Itoh H, Ohtsuka N, Ogita K, et al. Malignant neuroleptic syndrome: its present state in Japan and clinical problems. *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 1977; 31: 565–576.
- 56 Keck PE, Pope HG, McElroy SL. Frequency and presentation of neuroleptic malignant syndrome: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1344–1346.
- 57 Fink M. Neuroleptic malignant syndrome and catatonia: one entity or two? *Biol Psychiatry* 1996; 39: 1–4.
- 58 Mazurek ME. Catatonia: relationship to other neuropsychiatric conditions. American Psychiatric Association Symposium, Philadelphia, PA, May 25, 1994.
- 59 Rosebush PI, Mazurek MF. A consideration of the mechanism by which lorazepam might treat catatonia. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 187–188.
- 60 Gonzalez-Vegas JA. Antagonism of dopamine-mediated inhibition in the nigrostriatal pathway: a mode of action of some catatonia-inducing drugs. *Brain Res* 1974; 80: 219–228.
- 61 Wilcox JA. Perinatal distress and infectious disease as risk factors for catatonia. *Psychopathology* 1986; 19: 196–199.

62 Weinberger DR, Aloia MS, Goldberg TE, Berman KF. The frontal lobes and schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6: 419–427.

63 Marsden CD, Tarsy D, Baldessarini RJ. Spontaneous and drug-induced movement disorders in psychotic patients. In: Benson DF, Blumer D (eds): *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*. New York, NY: Grune & Stratton, 1975: 219–266.

Aus: Comprehensive Psychiatry
(Official Journal of the American
Psychopathological Association),
Vol 38, No 4, July/August 1997

Susan Déris
«Introduction to the Szondi-Test»¹

**Der Einzug der Experimentellen Triebdiagnostik
in die Psychologie
im Amerika der vierziger Jahre**

VON KARL BÜRGI-MEYER

Unser Wissen über das Fussfassen des Szondi-Tests in Amerika im Verlauf der vierziger Jahre gewinnen wir vor allem aus den von Susan Déri (1915–1984) auf Ungarisch geschriebenen Briefen an Leopold Szondi.² Zsuzsa Körösi³ war die Tochter des Budapester Biologieprofessors Kornél Körösi. Sie wurde Szondis Schülerin an der Heilpädagogischen Hochschule in Budapest und später seine Mitarbeiterin, bevor sie 1942 in die Vereinigten Staaten von Amerika emigrieren musste. Im ersten an Szondi gerichteten Brief,⁴ datiert vom 24. Februar 1945, drückte Déri ihre grosse Freude aus über die Befreiung der Familie Szondi aus Ber-

gen-Belsen und die Emigration Szondis in die Schweiz. Sollte er mit seiner Familie in die USA übersiedeln wollen, würde sie ihm zusammen mit Kurt Lewin behilflich sein.

Im September 1945 teilte Leopold Szondi Susan Déri mit, dass er sich nicht in den USA niederlassen möchte.

Déri lebte mit ihrem Mann Otto, Musiker beim Pittsburger Sinfonieorchester, und ihrem Sohn Peter Cornelius (geb. 1944) in Pittsburgh. Sie arbeitete mit Kurt Lewin zusammen, dem Leiter des sozialpsychologischen Forschungszentrums für Minoritätenprobleme in New York. In ihrer psychodiagnostischen Arbeit

gebrauchte sie vorwiegend den Szondi- und den Rorschach-Test sowie den Thematic Apperception Test (TAT).

Déri erwähnt eine von ihr durchgeführte vergleichende Untersuchung mit dem Szondi-Test an Schwarzen und Weissen in Pittsburgh.⁵ Zur Erreichung des Masters Degree in Psychologie an der States University von Iowa City schrieb sie bei Kurt Lewin eine Arbeit über die psychologischen Effekte von Elektroschockbehandlungen bei depressiven Patienten. Sie untersuchte die Patienten vor und nach den Schocks mit dem Szondi-Test. Die aufschlussreichen Resultate erregten die Aufmerksamkeit der psychologischen Fakultät. Am Psychopathic Hospital und am Psychiatric Hospital von Iowa City, an der John Hopkins Universität in Baltimore sowie an der Universität Chicago hielt Déri 1945 Szondi-Test-Intensivkurse, hauptsächlich für klinische Psychologen.

Bei ihrer Emigration hatte Déri drei Szondi-Tests von Budapest in die USA mitgebracht. Einen davon hinterlegte sie am Psychopathic Hospital zu Iowa für weitere Forschungen, den zweiten übergab sie der Chefspsychologin am Neuropsychiatrischen Hospital der Universität von Chicago, die bei Déri einen privaten Szondi-Test-Kurs besuchte.

Die Psychologie im Amerika der frühen vierziger Jahre

Susan Déri versuchte nach ihrer Emigration dem Szondi-Test einen Platz in der amerikanischen klinischen Psychologie zu sichern. Im damaligen Nordamerika hatten sich ab 1934 der Rorschach-Test und ab 1935 der Thematic Apperception Test (TAT) etabliert. Zahlreiche, zum Teil stark kontrastierende Testmanuale standen vorab dem Rorschach-Testbenutzer zur Verfügung.

TAT und Rorschach-Test verdankten ihren Durchbruch in den vierziger Jahren der zunehmenden Popularisierung von psychodynamischen Persönlichkeitstheorien, in deren Mittelpunkt das Konzept der «Projektion» zur Erklärung der Wahrnehmung von mehrdeutigen sozialen Situationen stand. H. A. Murray (1938) und L. K. Frank (1939) gebrauchten erstmals die Bezeichnung «projektive Verfahren» für Tests, die einen mehrdeutigen Aufforderungscharakter enthielten. Dieser Gruppe von Testverfahren wurden der TAT und der Rorschach-Test zugeordnet. Samuel J. Beck und Bruno Klopfer, die bedeutendsten Rorschach-Test-Experten der USA, lehrten an Universitäten das Rorschach-Verfahren, Beck in Chicago, Klopfer zuerst in New York, ab 1946 in Los Angeles.

Die Experimentelle Triebdiagnostik im Aufwind des Rorschach-Tests

Beck und Klopfer, die beiden grossen Meister des Rorschach-Tests, interessierten sich schnell für den Szondi-Test. Déri siedelte im April 1946 von Pittsburgh nach New York über. An einem Treffen der einflussreichen American Psychological Association (APA) im Jahr 1946 in Philadelphia sprach sie vor einem vollen Universitätsauditorium über den Szondi-Test. Klopfer war vom Vortrag Déris so hingerissen, dass er sie einlud, am City College in New York einen Szondi-Test-Kurs zu halten. Kurz bevor er einem Ruf der Universität Los Angeles folgte und nach Kalifornien übersiedelte, besuchte er bei Déri einen privaten Szondi-Test-Kurs.⁶ In Los Angeles angekommen, liess Klopfer eine Vielzahl Szondi-Tests aufnehmen und integrierte den Szondi-Test in seine Rorschach-Test-Kurse. Déri drückte Szondi gegenüber die Befürchtung aus, dass Klopfer mit seiner Geschäftstüchtigkeit und durch seinen enormen Einfluss «das Netz über den Szondi-Test werfen» und den Test für sich allein vereinnahmen könnte. Sie erinnerte daran, dass der Name Klopfer enger mit dem Rorschach-Test verbunden sei als der von Hermann Rorschach selbst, hatte Klopfer doch ein Manual zum Rorschach-Test herausgegeben, noch be-

vor das Originalwerk von Rorschach dem amerikanischen Leser zugänglich gewesen war.

Am Treffen der APA im Jahr 1946 in Philadelphia wurde die Gründung einer Association for Projectives Techniques beschlossen, in welcher der Rorschach- und der Szondi-Test gleichermaßen vertreten sein sollten.

Nach den Vorträgen und Kursen Déris wuchs die Nachfrage nach Szondi-Test-Kursen und Testtafeln enorm. Die Tatsache, dass zu dieser Zeit in Amerika weder Testtafeln zu kaufen waren noch ein englischsprachiges Test-Manual zur Verfügung stand, erzeugte zunehmend Probleme. Zwar hegte David Rapaport, der nach seiner Emigration aus Budapest im Jahr 1938 einige Artikel über den Szondi-Test in Amerika geschrieben hatte, die Absicht, ein Manual zum Szondi-Test herauszugeben, doch Déri setzte alles daran, ihn von diesem Ansinnen abzubringen, da er nach ihrer Meinung als blosser Autodidakt, der nie mit Szondi selbst zusammengearbeitet hatte, dazu nicht der geeignete Mann gewesen wäre.

Der Szondi-Test im Kalkül der Verleger

Die Herausgabe des Szondi-Tests und des dazugehörigen Lehrbuchs in Amerika erfuhr eine grosse Verzögerung. Szondi hatte Déri noch von Budapest aus ermutigt, eine Herausga-

be des Tests in den USA zu versuchen. Sie verhandelte mit den Verlegern Stoelting sowie mit Grune and Stratton, zunächst jedoch erfolglos. Beide Verlage zeigten sich nicht bereit, das (selbst in der Schweiz noch nicht erschienene) Lehrbuch zum Szondi-Test herauszugeben. Sie befürchteten, dessen genetische Grundtheorie, der Genotropismus, werde die Psychologen abschrecken; ausserdem genüge das Buch in keiner Weise den Anforderungen an amerikanische Testmanuale. Die Verlage waren auch nicht bereit, den Test ohne ein zusätzliches englischsprachiges Testmanual erscheinen zu lassen.

Schliesslich erklärte sich Stratton trotz aller Bedenken doch bereit, das Lehrbuch zum Szondi-Test herauszugeben. Es war auch Stratton gewesen, der die Psychodiagnostik von Hermann Rorschach zu einer Zeit herausgebracht hatte, als dieser in Amerika noch gänzlich unbekannt gewesen war.

Offenbar wollte Stratton jedoch die Herausgabe der deutschsprachigen Fassung bei Hans Huber in Bern abwarten, zuerst ein englischsprachiges Manual zum Szondi-Test herausgeben und dem von Tomkins verfassten Lehrbuch zum Thematic Apperception Test (1947) bei der Erscheinung den Vortritt lassen.

Déri war mit dieser Strategie einverstanden, da das Lehrbuch zum TAT

in den USA ebenfalls kein geläufiges Test-Manual darstellte, weil es die übliche statistische Aufarbeitung ebenso vermissen liess wie das Lehrbuch von Szondi. Sowohl Szondis als auch Tomkins Lehrbuch würden die amerikanischen Leser, so meinte sie, an die typisch europäische «metaphysische» Denkweise erinnern. Wäre dem Buch des Amerikaners Tomkins Erfolg beschieden, dann könnte sich ihm auf dem amerikanischen Buchmarkt der Europäer Szondi ebenso erfolgreich anschliessen.

In dieser Situation war es nicht verwunderlich, dass Raubkopien der Szondi-Testtafeln wie Pilze aus dem Boden schossen. In einem New Yorker Spital tauchte gar ein gefälschter Szondi-Test auf. Jemand hatte ein Plagiat entwickelt und behauptete, dieses sei besser und sorgfältiger zusammengestellt als das Original.

Vervielfältigte Manuskripte von Déri Vorlesungen machten die Runde. Déri selbst hatte für Studierende in Iowa, Pittsburgh, Chicago und Boston Kopien der Testbilder anfertigen lassen. Der Verleger Hans Huber, der im Jahr 1946 Fotos der Testbilder zu einem Besuch bei Stratton nach New York mitgebracht hatte, musste eingestehen, dass die in den USA angefertigten Kopien von bedeutend besserer Qualität waren als «seine» Originale.

Der Verleger Stratton, der vom Huber Verlag in Bern die Lizenz für die

Herausgabe des Szondi-Tests in den USA erwerben wollte, verbot Déri, weiterhin für ihre Kurse Testbilder zu kopieren. Déri wandte sich deshalb in einem Brief vom 9. Juni 1946 besorgt an Szondi und bat ihn, zu erwirken, dass endlich in den USA Szondi-Tests für den Kauf freigegeben würden. In dieser sensiblen Phase, in welcher sich der Szondi-Test in den USA seinen Platz eroberte, wäre nach Einschätzung Déris eine Vortragsreihe Szondis in den Staaten von grosser Wichtigkeit gewesen. Zum grossen Bedauern Déris konnte sich Szondi aber nie für eine Amerikareise entschliessen.

Der Szondi-Test zwischen begeistertem Empfang und harscher Ablehnung

Didaktisch hielt sich Déri an Vorgehensweisen, die sehr stark an diejenigen Szondis zu seiner Budapester Zeit erinnern. Wie einst er in Budapest, so pflegte auch sie in ihren Kursen einen Menschen zu beschreiben, und die Kursteilnehmer mussten dessen hypothetisches Testprofil zeichnen und begründen. Danach stellte sie ihnen die Aufgabe, drei vorgegebene Profile «blind» auszuwerten. Teilnehmer bezeugten, dass sie durch den Szondi-Test lernten, psychodynamisch zu denken. In ihrem Szondi-Test-Kurs am City College in New York verwies Déri, in

ihrer Arbeit von Klopfer weiterhin unterstützt, stets auf die zahlreichen Parallelen zwischen Rorschach- und Szondi-Test hin.

Wenn sie auch in ihren Briefen an Szondi über die begeisterte Aufnahme des Szondi-Tests in den USA berichten konnte, so machte sie doch keinen Hehl über dessen Ablehnung durch «eine ganz grosse Gruppe von Psychologen, die alles verwirft, was nicht streng quantitativ erfassbar ist». Viele testsüchtige Psychologen würden sich nur deshalb für den Szondi-Test interessieren, weil er den Reiz des Neuen aufweise. Damit sie entscheiden könnten, ob es sich überhaupt lohne, sich mit dem Test zu befassen, werde sie von ihnen zuerst nach dessen Validitäts- und Reliabilitätsquotienten gefragt.

Im Frühjahr 1946 begann Déri das Manuskript von Szondis Lehrbuch zur Experimentellen Triebdiagnostik (Bern: Huber 1947) ins Englische zu übertragen. Die enormen Übersetzungsprobleme, die der deutsche Text aufgab, und die unterschiedlichen Denkweisen Szondis und Déris, die sich nach 1942 in bezug auf den Test in entgegengesetzte Richtungen entwickelt hatten, behinderten ihre Arbeit zunehmend. So hatte Szondi neue Begriffe und Hilfskonstruktionen in die Testauswertung eingeführt, während es ihr erklärtes Ziel war, mit immer weniger Hilfskonstruktionen und Begriffen auszukom-

men. Weiter missbilligte sie bewertende Ausdrücke wie «Kain» und «Abel», «Elternmörder» und «verpönte Genies». Zu viele Testbegriffe waren ihrer Ansicht nach mit Werturteilen und pathologisierenden Etiketten versehen, die nach ihr auf Anfänger abschreckend wirken mussten, ja sie betrachtete sie geradezu als schädlich für Testanwender.

Selbst zog sie es vor, sich in einer ersten Annäherung an den Bedeutungsgehalt eines Tests der allgemeinsten Begriffe zu bedienen. Nach ihrer Vorstellung sollten Testinterpretationen dosiert an Probanden abgegeben werden. Sie zeigte sich unglücklich über den von Szondi erarbeiteten Tendenzspannungs-Quotienten, da dieser die sich spiegelbildlich umdrehenden Plus- und Minus-Reaktionen nicht berücksichtige, während sie gerade die Dynamik der faktoriellen Kipp-Reaktionen im höchsten Mass für «symptomatisch» hielt. Dazu komme, meinte Déri, dass die langen und komplexen Sätze und Szondis Stil die US-Leserschaft befremde.

Stratton, ein gebürtiger Wiener, bezeichnete Szondis Sprache als «blumenhaft» und als nicht annehmbar. Amerikanische Leserinnen und Leser würden zudem Statistiken, den Einbezug von Kontrollgruppen, genauere Zahlenangaben und eindeutiger psychologische Erklärungen verlangen.

Nach langem Hin und Her gelangte Déri zum Schluss, dass das Lehrbuch zur Experimentellen Triebdiagnostik erst umgeschrieben werden müsse, bevor an eine Übersetzung gedacht werden könne.

Susan Déri schreibt ein Test-Manual, Gertrude Aull übersetzt Szondis Lehrbuch

Im Verlauf des Jahres 1947 gab Déri ihren Versuch, das Manuskript von Szondis Lehrbuch zum Test zu übersetzen, endgültig auf, zumal Stratton die ersten übersetzten Kapitel als unbrauchbar zurückwies. Die schwierige Suche nach einem geeigneten Übersetzer, einer geeigneten Übersetzerin führte 1948 schliesslich zu Gertrude Aull, von deren Übersetzungsarbeit sich Stratton begeistert zeigte.⁷ Im gleichen Jahr drängte er Déri, ein kurzes Test-Manual zu schreiben. Sie zögerte zunächst. Als Gründe für ihr Zaudern nannte sie ihre Schwerfälligkeit und ihren Perfektionismus. 1948 begann sie aber doch damit. Die dem Szondi-Test seit jeher zugrunde liegende psychobiologische Annahme des Genotropismus erwähnte sie wohl noch, ersetzte sie genau besehen jedoch durch die Bedürfnispsychologie von Kurt Lewin. Nach ihrer Einschätzung bestand in den USA kein Verständnis für den Genotropismus. Und darum könne einem Buch wie der «Schick-

salsanalyse» in Amerika kein Erfolg beschieden sein. Einzig J. L. Moreno stehe in einer gewissen Nähe zum Genotropismus, doch sei es unmöglich, mit Moreno und seinem Kreis zusammenzuarbeiten, da er gegen die Psychoanalyse eingestellt sei.

Im Sommer 1948 weilte Susan Déri für anderthalb Tage bei Szondi in Zürich, um das Test-Manual zu erörtern. Auf ihren Wunsch hin schrieb er zum Manual ein Vorwort. Am 8. April 1949 konnte Susan Déri das gedruckte Test-Manual – sie bezeichnete es als ihr «Enkelkind» – Szondi zustellen. Es trägt den Titel «Introduction to the Szondi-Test».

Pläne in Richtung einer Institutionalisierung der Szondi-Ausbildung

Déri realisierte, dass sich eine Institutionalisierung der Szondi-Ausbildung aufdrängte. Sie wurde von Szondi ermutigt, sich der Organisation und Institutionalisierung der Szondi-Bewegung in den USA anzunehmen und ihre Hemmungen davor endlich abzulegen. Déri fühlte sich nun aufgerufen, ein Szondi-Institut zu gründen und ein Informationsblatt herauszugeben. Zwar hielt sie sich weiterhin für die Gründung und Führung eines Instituts als völlig ungeeignet. Auch fehlte ihr die Lust zum Publizieren. Zunächst dachte sie daran, Klopfer mit der Institutionalisierung

und Verbreitung der Szondi-Bewegung zu beauftragen. Und zwar stellte sie sich vor, ein Szondi-Institut an das von Klopfer gegründete und geleitete New Yorker Rorschach-Institut anzuschliessen. Bruno Klopfer hätte dann, so dachte sie, beide Institute leiten können.⁸

Über Samuel J. Beck fand Déri Anschluss an das amerikanische Publikations- und Vortragswesen im Bereich der projektiven Methoden. Ein Assistent von Beck hatte bei ihr einen Szondi-Test-Kurs besucht und arbeitete erfolgreich mit dem Test. Beck lud Déri ein, 1948 an einem Panel der einflussreichen American Orthopsychiatric Association in Boston zum Thema «Projektive Verfahren» den Szondi-Test vorzustellen. An der Veranstaltung sprachen Beck über den Rorschach-Test, Tomkins über den TAT und Déri über den Szondi-Test.

Im Anschluss an ihren Vortrag meldeten sich zahlreiche Interessenten bei ihr. An diesem Panel organisierte sie auch ein Treffen all jener Szondi-«Worker», die bei ihr Test-Kurse besucht hatten. Diese Szondi-«Worker» beschlossen, ein Mitteilungsblatt, «The Szondi Newsletter» herauszugeben. Darin sollten aktuelle Arbeiten über den Szondi-Test vorgestellt werden. Die Herausgabe besorgte William Lemmon von der Universität Oklahoma. – An der Western Reserve University in Clevel-

land veranstaltete Déri im Juni 1948 mit grossem Erfolg einen dreiwöchigen Szondi-Workshop, an dem sich rund vierzig versierte klinische Psychologen beteiligten. Nicht wenige Teilnehmer hatten sich als Kursunterlage das 1947 im Verlag Hans Huber erschienene deutschsprachige Lehrbuch zum Test verschafft und studierten es mit Hilfe eines Wörterbuchs. Mit Genugtuung konnte Déri Szondi berichten, dass an Universitäten erste Doktorarbeiten zum Szondi-Test entstünden.

Zusammenfassung

Karl Bürgi-Meyers Ausführungen gewähren einen Einblick in die Entwicklung der projektiven Testverfahren im Amerika der vierziger Jahre. Durch die Aktivität von Susan Déri trat der Szondi-Test in einen Wettstreit mit dem Rorschach-Test und dem Thematic Apperception Test (TAT). Der Szondi-Test geriet in die Front zwischen begeistertem Empfang und entschiedener Ablehnung. Aufgezeigt wird der mühsame Weg zum ersten englischsprachigen Lehrbuch und Test-Manual zum Szondi-Test. Erste Schritte in der Szondi-Test-Ausbildung führten zu deren Institutionalisierung.

Anmerkungen

- 1 Vor fünfzig Jahren erschien von Susan Déri (1949): Introduction to the Szondi test; theory and practice. New York: Grune and Stratton.
- 2 Die Briefe sind Teil des Nachlasses von Leopold Szondi und heute Bestandteil des Szondi-Archivs der Stiftung Szondi-Institut, Zürich. Die von der Stiftung Szondi-Institut ermöglichte Übersetzung stammt von Dr. phil. Clara Csia, Zürich.
- 3 Name von Susan Déri vor der Heirat mit Otto Déri.
- 4 Dieser Brief ist ausnahmsweise auf Englisch geschrieben, denn nach der Erfahrung Déris schien die Beförderung englisch geschriebener Briefe während des Kriegs gesicherter zu sein.
- 5 Die Untersuchung habe, so berichtet Déri in aller Kürze, überzeugende Resultate erbracht. Bei Schwarzen sei das hy – und das m – sehr stark ausgeprägt, h + und s + seien noch deutlich vertreten. In den Faktoren hy und m würden sich Schwarze und Weisse statistisch signifikant unterscheiden.
- 6 Der Kurs umfasste allerdings lediglich fünf bis sechs Sitzungen. Déri hatte ungute Gefühle bei diesen Schnellkursen. Sie wunderte sich, dass Klopfer, der sich immer gegen Schnellkurse im Rorschach-Test gewehrt hatte, beim Erlernen des Szondi-Tests bei sich einen anderen Massstab anwandte.

7 Szondi, L. (1952). Experimental diagnostics of drives. Translated by G. Aull. New York: Grune and Stratton.

8 Unseres Wissens kam es nie zur Bildung eines Szondi-Instituts. Künftige Forschungen werden aufzeigen, welche Wege die Szondi-Ausbildung in den USA beschritten hat.

Dissertation über Leopold Szondi

Béatrice Kronenberg: Die Schicksalsanalyse und die Lebensgeschichte ihres Begründers Leopold Szondi. Verlag Stiftung Szondi-Institut, Zürich, 1998. 217 Seiten, Fr. 30.–. ISBN 3-9520598-2-X.

Szondi erzählte nicht gern aus seiner persönlichen Vergangenheit. Seine Biographie und die Geschichte seines Werks wurden erst nach seinem Tod 1986 Gegenstand der Forschung. Wichtige Elemente wurden von Karl Bürgi-Meyer durch die Bearbeitung von Szondis Nachlass erschlossen. Auch Karl Bürgi-Meyers Besuche in Budapest und Nitra, dem Wirkort resp. der Geburtsstätte von Szondi, brachten viel Atmosphärisches. Besonders aber die Begegnungen zum 100. Geburtstag 1993 machten uns mit Wegbegleitern und -begleiterinnen Szondis bekannt. All dies wurde nun von Béatrice Kronenberg integriert, hinterfragt, durch Interviews bis nach Israel vervollständigt und nach erkenntnistheoretischen Kriterien als Dissertation herausge-

geben. – Die Geschichte der vorliegenden Schrift dauerte fast zehn Jahre. Die Lektorierung ist nicht überall gleich sorgfältig gelungen.

Um es vorwegzunehmen: Der wissenschaftliche Anspruch machte mir die Lektüre etwas schwer, werden dieselben Sachverhalte doch mal unter dem Aspekt des Erkenntniszusammenhangs, mal des Begründungszusammenhangs, schliesslich «kontextübergreifend» abgehandelt. Die dahinterliegende Dreiteilung in Biographie, Werkgeschichte und Zusammenhang mit dem Judesein erhellt sowohl die Verbindung als auch die Trennung von Biographie und Werk Szondis, was bis heute noch nie so konsequent geleistet wurde.

Auch Szondis «nichtjüdisches Judesein» habe ich noch nie so klar beschrieben gesehen: Schtetlleben in Nitra in einem sehr toleranten Ungarn, die agnostische Zeit bis zur Repression und Internierung, das Wiederanknüpfen schliesslich an die jüdische Mythologie im Zusammenhang mit der Ich- und Glaubensanalyse, freilich in einer alle Religionen umfassenden Form.

Die Schicksalsanalyse erscheint uns am Schluss der Lektüre als Lebenswerk eines Naturwissenschaftlers, der immer mehr geisteswissenschaftliche Eingebungen integrierte und eine Pentalogie hinterliess, die er selbst spasseshalber als die fünf Bücher Mose bezeichnete. Zugleich,

mehr zwischen den Zeilen zu lesen, lässt sich verfolgen, wie Szondi aus seiner inneren Entwicklung heraus ebenso wie aus äusserem Zwang aus dem Rampenlicht der Öffentlichkeit und des Fortschritts in Ungarn ins Private seiner Schweizer Zeit abgedrängt wurde. (Dass die Schicksalsanalyse so monolithisch wirkt, hat wohl damit einen Zusammenhang, mit der Konsequenz allerdings, dass sich Weiterentwicklung und Integration mit den Nachbardisziplinen als sehr schwierig erweisen; Anm. des Rezensenten.) Die Verfasserin beschreibt Biographie und Werkgeschichte wie gesagt zunächst unabhängig, dann aber kontextübergreifend, womit sie manchen verborgenen Zusammenhang zu erhellen vermag. Gerade irritierende Inkohärenzen werden von ihr nach tieferen Zusammenhängen befragt. Der Gesamteindruck von Leben und Werk Szondis hat auf der anderen Seite manch eigenartigen Zug, wel-

cher nicht begründet werden kann und schicksalhaft wirkt, wie zum Beispiel die Suche nach dem Zusammenhang zwischen Stoffwechsel und Charakter, nach der Wirkung der Ahnen in den Genen, die wertende Konstitutionsanalyse ausgerechnet in der Nazizeit, die Nichtrückkehr nach Ungarn, die Rezeption der Psychoanalyse nur über Freuds Schriften, das ganz rationale, unmystische Verständnis des Glaubens, die kaintischen Seiten Szondis und vieles andere mehr. Szondi erscheint als teilweise quer in der Psychotherapielandschaft liegend, zutiefst originell in seinen Gedanken, rührend in seiner Aufopferung im Lager wie auch kompromisslos und fordernd als Lehrer und Arbeitgeber. Das Buch aktualisiert die Geschichte von Leben und Werk Szondis auf den heutigen Tag. Es scheint für Leser geeignet, die mit der Schicksalsanalyse schon bekannt sind oder bekannt werden wollen. *Jean Berner*

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Hans-Jörg Ringger: Einführung in die Einzelpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Heft 4 der Schriftenreihe aus dem Szondi-Institut, 1997. 272 Seiten, Fr. 20.–. ISBN 3-9520598-1-1.

Ein Brief an Stelle einer Rezension

Lieber Hans-Jörg

Handlich, recht gut aufgemacht, dachte ich so bei mir, als ich Dein neues Buch aus der Verpackung schälte. Ein klein wenig neidunterfütterte Beklemmung schwang da schon mit: Ein solches Werk möchte ja man vielleicht auch einmal geschrieben haben. Beim ersten Durchblättern dessen, was ich als Pflichtlektüre ins Auge gefasst hatte, entrang sich mir ein leiser Seufzer. Unversehens fühlte ich mich in jene flaue Stimmung früh eindunkelnder Winternachmittage versetzt, wo wir in Deinen Vorlesungen sass. Mun-

ter surftest Du von Anna über Melanie zur Annemarie, von ihr wiederum zu Françoise und Margaret. Das war so eine kleine Unart von mir, die herbeizitierten Autorinnen beim Vornamen zu nennen. Vielleicht kamen sie mir dabei weniger gross vor – und ich mir weniger klein. Die Herren? Die hiessen alleweil Freud, Winnicott, Moreno, Szondi. Der Ringger Ringger. Da liess ich mich weniger auf Intimitäten ein.

Mir kamen Deine gesprochenen Texte mitunter mühsam vor. Oder gar chaotisch. Dementsprechend viel schrieb ich denn auch auf. Dinge, die sich im nachhinein nur schwer entwirren liessen. Unverkennbar allerdings schon damals: Dein Anspruch, im Hinblick auf Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen alle nur eruierbaren Betrachtungsweisen zusammenzutragen und ineinander – soweit als möglich – zu integrieren. Die Lektüre Deines Buches hat also – verzeih! – mit einem Seufzer begonnen. Der ist aber insofern von Belang, als ich mich wenige Stunden später dabei ertappte, wie ich in einem Tempo durch den Text eilte, das ich sonst nur bei Krimis hinlege. Staunen machte sich breit. Staunen über Dein konzeptionelles Denken. Über Deine Fähigkeit, äusserst komplizierte Sachverhalte mit einer klaren – ja, einfachen – Sprache zum Ausdruck zu bringen. Fremdwörter und Fachlatein werden derart spar-

sam verwendet, dass man fast befürchten muss, Dein Werk könnte Gefahr laufen, als unwissenschaftlich abqualifiziert zu werden. Beeindruckt hat mich schliesslich auch Deine Verzichtleistung, nicht in tausenderlei Nebeneinfälle und Randbemerkungen auszufern. Schön: Dem Leser wird einiges an Denk- und Assoziier-Fähigkeit zugetraut.

Da und dort hätte ich mir redaktionelle Aufbesserungen gewünscht. Oder dann tauchten Fragen auf wie die: Lässt sich in einer Symptomtabelle der Verhaltensstörungen (S. 38) Linkshändertum in einem Atemzug mit (...) Tics, Frechheit, Weglaufen, Lügen, Stehlen (...) nennen? Gemessen am Gesamteindruck sind das Lappalien.

Vom Respekt möchte ich noch reden, der spürbar wird, vom Respekt nämlich, den Du dem Kind selbst, aber auch seinen Eltern und übrigen Erziehungspersonen entgegenbringst. Du erliegst nie der Versuchung, aufkommende Störungen an eindeutigen Auslösefaktoren dingfest zu machen. Aus der Einsicht heraus, dass uns das Orten von bösen Eltern und ungünstigen Umweltfaktoren wenig oder nichts bringt, wird wieder einmal zu Recht auch an unserer thera-

peutischen Omnipotenz herumgeschnipselt. Ebensovienig lassen sich bekanntlich «Heilungen» bei Kindern, wo ohnehin «alles im Fluss» ist, auf eindeutig klassierbare therapeutische Interventionen zurückführen. – Wozu sich denn auch auf Hypothesen und Spekulationen über Vererbung einlassen? Auf diese Fragestellung, die für Szondianer von besonderem Interesse ist, gibst Du eine differenzierte Antwort.

Was mir an Deinem Buch über alles schätzenswert scheint: Es hält, was der Titel verspricht. Es ist Dir gelungen, eine Gesamtschau dessen zu erarbeiten, was tiefenpsychologische, psychoanalytische Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist. Oder sein könnte. Denn mittlerweile steht Dein Credo ziemlich quer in der Psycholandschaft, wo man mehr und mehr dazu tendiert, mit wenigen Handgriffen möglichst rasche Veränderungen herbeimanipulieren, herbeizaubern zu wollen. So wie heute der Trend in unserer Branche läuft, komme ich mir bisweilen recht einsam vor.

In Deinem Buch spürte ich unversehens einen Verbündeten mir zur Seite treten. Und das stimmte mich dankbar.

Paul Rychner

Fraktale Affektlogik

Luc Ciompi: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. 371 Seiten, Fr. 55.–. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1997, 2. Auflage 1999. ISBN 3-525-01437-6.

Ciompi, pensionierter Leiter von psychiatrischen Institutionen in Lausanne und Bern, hat in diesem Buch seine zwanzigjährige Bemühung zusammengefasst, Denken und Fühlen als sich gegenseitig bedingend für die gesunde und kranke Psyche zu verstehen. Er verbindet seine persönliche Erfahrung mit den Konzepten von Piaget, dem minutiösen Beobachter der kindlichen Entwicklung zwischen Denken, Fühlen und Handeln, den älteren Psychiatern Kraepelin, Freud, Jung, Bleuler, welche die verhängnisvolle Spaltung der Psyche in Kognition und Affekt noch nicht kannten, die wir in der ICD-10 und besonders in der DSM-IV antreffen und welche die ganze nichtmedikamentöse Psychotherapie in eine Krise gestürzt hat. Andere Verbindungen bestehen zur Erkenntnis-

theorie moderner Philosophen wie Heidegger, Vattimo, Lyotard, Wittgenstein, zur Chaostheorie von Prigogine, Mandelbrot, Feigenbaum, zum Konstruktivismus der Neurobiologen Maturana und Varela, welche besonders Denken und Fühlen mit der Sprache verbinden, und zu vielen anderen mehr. Ciompi mündet in einen «realen Konstruktivismus» aus, der sowohl an einer vom Denken und Fühlen unabhängigen (jedoch nicht statischen, sondern sich laufend verwandelnden) Realität als auch an deren Interdependenz mit dessen Beobachter festhält.

Nach der Verbindung seines Konzepts von der Affektlogik bis zu ihrer biologischen Begründung in den Neurotransmitoren und der synaptischen Vernetzung folgt eine Diskussion der Begriffe «Affekt» und «Denken». Ersterer wird als ganzheitliche Bewusstseinsveränderung eines Organismus auf äussere oder innere Reize verstanden, welche sowohl Gefühle als auch Handeln und Denken beeinflussen. Es wird von unabhängigen Logiken entsprechend den Grundgefühlen Angst, Wut, Trauer, Liebe und der kaum als affektbestimmten «Alltagslogik» gesprochen. Das Denken seinerseits wird als Fähigkeit zum Finden von Gemeinsamkeiten und Unterschieden beschrieben, welches auch beim rationalsten Forscher immer gefühlsbegleitet ist. Für das Beibehalten einer Affekttö-

nung resp. das Umschlagen in eine andere bedient sich Ciompi der Energiekonzepte aus der Chaosforschung: dem Verweilen in «Energie-mulden» resp. dem Überwinden von energiereicheren und labilen «Pässen und Gipfeln» bis zum Abfallen in andere Zustände entsprechend des «Schmetterlingseffekts». Ebenfalls aus der Chaosforschung stammt der Begriff der Fraktalität, der Verschachtelung von Ordnungsprinzipien, die Ciompi beispielsweise dafür benutzt, das Verhalten von Gemeinschaften und ganzen Nationen mit dem von Individuen zu vergleichen.

All diese Konzepte und deren Verbindungen werden an Fallbeispielen illustriert, die zum Teil aus der «Soteria» in Bern stammen, einer Psychotherapiestation für JungpsychikerInnen, die Psychose als primäre Affektstörung versteht und die jungen Patienten durch kongruente Denk-, Fühl- und Handlungsabläufe im kleinen bis zu ganzen Lebensscripts behandelt, mit einem Minimum von Medikamenten auskommt und nach zwei Jahren mit mindestens so guten Resultaten dasteht, wie wenn die PatientInnen konventionell mit Antipsychotika behandelt worden wären.

Ein weiteres Kapitel über kollektive Affektlogik knüpft Verbindungen zu Soziologie, Politik und Religion. Bloss angetönt sind mögliche Verbindungen zur Psychosomatik. Dafür endet

das Buch mit ethischen Überlegungen, die fast den Charakter eines Bekenntnisses haben und meiner Ansicht nach eher in der humanistischen Persönlichkeit des Autors als in seinem Konzept der Affektlogik begründet sind.

Die SchicksalsanalytikerInnen interessiert vielleicht, wie weit Ciompi Affekte, die explizit als Motoren und Modifikatoren all unseres Fühlens, Denkens und Handelns bezeichnet werden, mit Szondis Triebssystem vereinbar sind. Wie bei Szondi werden die Grundgefühle auch biologisch (limbisches System, EEG, vegetative Reaktionen) begründet. Ciompi hält sich auch an die Definition der Triebe als permanent präsenze, angeborene, komplexe Verhaltensbereitschaften, welche erst affektiv gefärbte, mehr oder weniger bewusste Verhaltensreaktionen ermöglichen. – Szondis Namen fehlt aber, ebenso wie dessen in sich geschlossenes, dichotomes System. Von Vererbung, familiärer Häufung, Schicksal und Wahlverhalten ist keine Rede. Besonders fremd scheint Ciompi Szondis Konzept von der selbständigen Existenz einzelner Triebe, die auf Manifestation drängen. Sein Konzept ist im Gegenteil obligat integrativ, indem Bios, Psyche (unter Einschluss der unbewussten Organisation) und soziale Umwelt zu immer neuen, lebensnäheren organisierenden und integrierten Denk-, Fühl- und Verhal-

tensprogrammen führen, eben der Affektlogik.

Ein interessantes Buch eines modernen Denkers und Therapeuten, der das tut, was er den Affekten zu-

schreibt: motivieren, ordnen, färben, Komplexität reduzieren in einer Welt, die durch Aufteilung zu zerfallen droht.

Jean Berner

AGENDA

26. Juli bis 13. August 1999,
Chiemgau

**Primärtherapie (nach Munk) –
der Weg des Fühlens**

Auskunft: Center Chiemgau,
D-83339 Chieming; e-mail:
info@centerchiemgau.de

30. Juli bis 3. August 1999,
Kreuzlingen

**Global thinking – individual
acting**

Kongress Schulpsychologie
Auskunft: ISPA Colloquium Lukas
Scherrer, Schulpsycholog. Dienst,
Schwimmbadstr. 11, CH-8302
Kloten; e-mail: lscherer@access.ch

7./8. August 1999, Basel

In Frieden mit...

In Partnerschaft und Familie leben
und wachsen

Auskunft: aeon, Falknerstrasse 4,
CH-4001 Basel; e-mail:
news@aeon.ch

17.–20. August 1999, Basel

Vision der Ganzheit

Einführung in die Modelle der
Psychosynthese

Auskunft: aeon, Falknerstrasse 4,
CH-4001 Basel; e-mail:
news@aeon.ch

27./28. August 1999, Windisch
**PsychoDynamische Körper- und
Atemtherapie**

Orientierungsseminar
Auskunft: LIKA, Edith Gross,
Lindenhofstr. 92, CH-5210 Windisch

28. August 1999, Zürich

**Systemisch-integrative Paar-
und Familientherapie**

Workshop mit Martin und Inger
Kirschenbaum

Auskunft: Ingrid Gerboth, Bühlweg 13,
Postfach 66, CH-5103 Möriken

29. August 1999, Zürich

**Ganzheitlich-Integrative Atem-
therapie IKP (Einführung)**

Auskunft: Institut für Körperzen-
trierte Psychotherapie IKP, Kanzlei-
strasse 17, CH-8004 Zürich

3. September 1999, Zürich

Welchen Adler lieben wir?

Start Vortragsreihe zur Individual-
psychologie Alfred Adlers

Auskunft: Alfred Adler Institut,
Dubsstr. 45, CH-8003 Zürich

6. September 1999, Zürich

Kunst- und Ausdruckstherapie

Informationsveranstaltung

Auskunft: Institut ISIS, Forchstr. 106,
CH-8032 Zürich; e-mail: egis-
isis@access.ch

8. September 1999, Zürich
**Sind alles Hebammen und
Kindermädchen?**

Die Therapeuten und die Wichtig-
keit der Kindheit

Auskunft: Sekretariat der Gesell-
schaft für Daseinsanalyse,
Postfach, CH-8810 Horgen

13.–17. September 1999,
Löwenstein bei Stuttgart

Die Person in der Gruppe

Erweiterung der Sozialen Kompe-
tenz (Seminar)

Auskunft: Nürnberger Zentrum für
angewandte Psychologie, Krug-
strasse 12, D-90419 Nürnberg

15.–18. September 1999, Wien
Wiener Konferenz für Mediation

Mediation in Wirtschaft, Umwelt,
Politik, Verwaltung, sozialer Arbeit,
Schule und Bildung

Organisation und Information:

Dr. Klaus Rückert, Kugelfanggas-
se 58, A-1210 Wien; e-mail:
argesoepaed.akad.psych@magnet.at

16./17. September 1999, Lenzburg
**Lösungsorientierte Kurzzeit-
therapie im Suchtbereich**

Einführung

Auskunft: wilob, Aarauerstr. 25,
CH-5600 Lenzburg; e-mail:
wilob@solnet.ch

16.–18. September 1999, Münster
**Operationalisierte Psychodyna-
mische Diagnostik (OPD),
Grund- und Aufbaukurs**

Auskunft: Univ-Prof. Dr. med.

G. Heuft, Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie, Universitätskli-
nikum Münster, Domagkstr. 11,
D-48129 Münster

16.–18. September 1999, Bern
voneinander lernen!

Schweizer Heilpädagogik-Kongress
1999

Auskunft: SZH, Obergrundstr. 61,
CH-6003 Luzern

17./18. September 1999, Zürich
Menopause im Wandel

Symposium

Auskunft: Zürcher Menopause
Symposium, c/o Marketing-Service,
Zollikerstr. 234, CH-8008 Zürich

24. September 1999, Zürich
Wozu erziehen?

Systemische Erziehung als neue
Orientierung

Auskunft: Institut für Ehe und
Familie (IEF), Wiesenstrasse 9,
CH-8008 Zürich; e-mail: ief@ief-
zh.ch

19.–24. September 1999,
Freudenstadt

56. Psychotherapie-Seminar

Sexualität – Sexuelle Identität

Auskunft: Prof. Dr. H. Schneider,
Karl-von-Hahn-Strasse 120,
D-72250 Freudenstadt

23.–25. September 1999, Fribourg

6. Kongress der Schweiz.

Gesellschaft für Psychologie

Auskunft: Evelyne Thommen,
Psychologisches Institut, Faucigny 2,
CH-1701 Fribourg

23.–26. September 1999, Dresden

**29th Annual Congress of the
European Association for
Behavioural and Cognitive
Therapies (EABCT)**

Auskunft: Prof. Dr. Jürgen Margraf,
EABCT Congress 1999, Klinische
Psychologie und Psychotherapie,
Technische Universität Dresden,
D-01062 Dresden; e-mail:
eabct@rcs.urz.tu-dresden.de

24.–26. September 1999, Hamburg

**50. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Psychoanalyse,
Psychotherapie, Psychosomatik
und Tiefenpsychologie (DGPT)
e.V.**

Psychoanalyse als Beruf, 50 Jahre
DGPT

Auskunft: Geschäftsstelle der DGPT,
Johannisbollwerk 20, D-20459
Hamburg; e-mail; psa@dgpt.de

26. September 1999, Zürich

**Körperzentrierte Psychothera-
pie / psychologische Beratung
IKP (Einführung)**

Auskunft: Institut für Körperzen-
trierte Psychotherapie IKP, Kanzlei-
strasse 17, CH-8004 Zürich

30. September bis 2. Oktober 1999,
Graz

Klinische Psychotherapie

Kongress

Auskunft: UniKlinik für Psychiatrie,
c/o Univ-Doz. Dr. M. Steinbauer,
Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz

1.–2. Oktober 1999, Bonn

**KörperPsychotherapie –
Bewegung und Bedeutung**

4. Bonner Symposium zur ange-
wandten KörperPsychotherapie

Information: Institut für tiefenpsy-
chologische/psychoanalytische
Bewegungstherapie im DITAT e.V.,
Dr. B. Voigt, Rilkestr. 103,
D-53225 Bonn

8. Oktober 1999, Fribourg

**Probleme der Familie in der
Schweiz**

Auskunft: Weiterbildungsstelle der
Universität Fribourg, Chemin du
Musée 8, CH-1700 Fribourg

8.–10. Oktober 1999, Schaffhausen

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Deutschsprachiges Einführungsseminar in die von Dr. Francine Shapiro entwickelte psychotherapeutische Methode zur Behandlung traumatisierter Menschen (EMDR Level I)

Organisation und Information:
Psychotherapeutisches Institut im Park, Steigstrasse 26,
CH-8200 Schaffhausen; e-mail:
hanne.hummel@email.ch

9.–10. Oktober 1999, Bremen

21. Kinderverhaltenstherapie-tage an der Universität Bremen

Auskunft: Eva Todisco, Zentrum für Rehabilitationsforschung und Kinderambulanz der Universität Bremen, Grazer Strasse 2, D-28359 Bremen

11.–13. Oktober 1999, Zürich

II. Zürcher Symposium Arbeitspsychologie

Über die Arbeits- und Organisationspsychologie zur Tätigkeitsgesellschaft

Auskunft: Institut für Arbeitspsychologie,
Nelkenstrasse 11, CH-8092 Zürich

15.–22. Oktober 1999, Lübeck

28. Norddeutsche Psychotherapietage

Familienbeziehungen in unserer Zeit
Auskunft: Ständiges Kongressbüro,
c/o Hansisches Verlagskontor,
Frau S. Wilda, D-23547 Lübeck

20.–22. Oktober 1999, Linz

Krankheit, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion

Auskunft: Institut für systemische Therapie, Supervision, Ausbildung und Forschung (STAF), Siegfried Alexander Henzl, Salzburgerstr. 30, A-4840 Vöcklabruck; e-mail:
henzl.psychotherapie@aon.at

21.–24. Oktober 1999, Hamburg

Psychoanalytische Langzeitbehandlungen

Auskunft: Universitäts-Krankenhaus Eppendorf – Medizinische Klinik, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, PD Dr. Ulrich Stuhr, Martini-strasse 52, D-20246 Hamburg

22. Oktober 1999, Bern

Festsymposium zum 70. Geburtstag von

Prof. em. Dr. med. L. Ciompi

Affekte und psychische Störungen:
Die fraktale Affektlogik im Diskurs

Auskunft: Frau S. Perret, Sekretariat Prof. H. D. Brenner, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Direktion Mitte/West, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern

24.–28. Oktober 1999, Lindau
Arbeitstagung 1999
Psyche und Transzendenz im
gesellschaftlichen Spannungsfeld
heute
Auskunft: Internationale Gesell-
schaft für Tiefenpsychologie e.V.,
Postfach 1147, D-73201 Plochingen

24.–29. Oktober 1999,
Bad Gleichenberg
**30. Integratives Seminar
für Psychotherapie**
Auskunft: UniKlinik für Med.
Psychologie und Psychotherapie,
Auenbruggerplatz 39, A-8036 Graz

26. Oktober bis 2. November 1999,
Schloss Zeillern (Niederösterreich)
The Personcentered Experience
Einwöchige Encountergruppe in der
Tradition des La Jolla Programms
Auskunft: Christine Weixberg,
Pernauerstr.4/1, A-4600 Wels
29. Oktober 1999, Esperstoft
Biosynthese Basistraining
Auskunft: Int. Institut für Bio-
synthese, Dr. h.c. David Boadella,
Benzenrüti, CH-9410 Heiden

29.–30. Oktober 1999, Innsbruck
Kongress Essstörungen 1999
7. Wissenschaftliche Fachtagung:
Anorexie – Bulimie – Adipositas
Information und Anmeldung:
Netzwerk Essstörungen:
Anorexie – Bulimie – Adipositas,
Fritz Pregl-Str. 5, A-6020 Innsbruck

29.–31. Oktober 1999,
Bad Salzuflen
**Gemeinsame Jahrestagung der
AÄGP und VPK**
Netzwerke: Die psychotherapeuti-
sche Versorgung der Zukunft?
Auskunft: Geschäftsstelle der AÄGP,
Frau Monika Pult, Postfach 221280,
D-41435 Neuss

31. Oktober bis 4. November 1999,
Bad Salzuflen
6. Psychotherapietage NRW
Von der Diagnose zur Behandlung –
Psychotherapeutische Schulen im
Dialog
Auskunft: Tagungsbüro
der Psychotherapietage NRW,
Frau Monika Pult, Postfach 221280,
D-41435 Neuss
5.–6. November 1999, Salzburg
**2. Wissenschaftliche Tagung der
Koordinationsstelle für österrei-
chische Psychotherapiefor-
schung «Wege und Bedingungen
in die Psychotherapie»**
Auskunft: Koordinationsstelle für
österreichische Psychotherapiefor-
schung; e-mail: elisabeth.jandl-
jager@akh-wien.ac.at

12.–13. November 1999, Salzburg
**Wissenschaftlicher Kongress der
Österreichischen Gesellschaft
für Interdisziplinäre Familienfor-
schung (ÖGIF)**

Auskunft: Prof. Dr. U. Baumann,
Institut für Psychologie der Univer-
sität Salzburg, Hellbrunnerstr. 34,
A-5020 Salzburg; e-mail:
osgif.tagung@sbg.ac.at

12.–13. November 1999, Salzburg
Compliance

Internationales wissenschaftliches
Symposium der Fachsektion
systemische Familientherapie des
ÖAGG

Auskunft und Programm:
Siegfried Alexander Henzl,
Salzburgerstrasse 30,
A-4840 Vöcklabruck; e-mail:
henzl.psychotherapie@aon.at

Anmeldung:
Dr. M. Brigitta Beghella, Gir-
lingstrasse 47, A-5020 Salzburg;
e-mail: beghella.psych@aon.at