

Lehrerbildung von morgen

Die fünf von Hans Aebli herausgegebenen Bände dieser Reihe wollen in erster Linie den zukünftigen und den sich fortbildenden Lehrern aller Stufen und ihren Dozenten dienen. Sie wenden sich außerdem an den weiteren Kreis der Erzieher, nicht zuletzt an interessierte Eltern. Der »Dienst«, den die Bände anbieten, ist ein spezifischer: sie wollen mehr orientieren als belehren, eher Überblick vermitteln als theoretische Diskussionen wiedergeben. Maßgebend ist der neueste Stand der Forschung, so wie er für den Lehrer und Erzieher von Bedeutung ist.

Band 1

Hans Aebli und Gerhard Steiner
Probleme der Schulpraxis und die
Erziehungswissenschaften

Band 2

Hans Aebli, Leo Montada und
Gerhard Steiner
Erkennen, Lernen, Wachsen

Band 3

Gerhard Steiner, Urs K. Hedinger und
August Flammer
Sprache, soziales Verhalten, Methoden der
Forschung

Band 4

Rudolf Messner, Urs Isenegger,
Helmut Messner und Peter Füglistner
Kind, Schule, Unterricht

Band 5

Anne-Marie Aepli-Jomini und
Hedi Peter-Lang
Psychosoziale Störungen beim Kinde



ISBN 3-12- 92030 0-1

Psychosoziale Störungen beim Kinde



Anne-Marie Aepli-Jomini
und Hedi Peter-Lang

Eine Einführung
in die Grundbegriffe
der Psychotherapie
für Lehrer und Erzieher

Klett

Lehrerbildung von morgen

Sammelreferate zum aktuellen Forschungsstand
der Erziehungswissenschaften und
ihrer Anwendungen

Band 5

Im Auftrag der Schweizerischen Erziehungsdirektoren-
konferenz verfaßte Expertenberichte

Herausgegeben von
Hans Aebli

Im Comenius-Verlag (CH-6285 Hitzkirch) erscheint gleichzeitig der Band
Lehrerbildung von morgen, Grundlagen – Strukturen – Inhalte. Bericht
der Expertenkommission „Lehrerbildung von morgen“ im Auftrag der
Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren. Heraus-
gegeben von Fritz Müller in Verbindung mit Hans Gehrig, Carlo Jenzer,
Lothar Kaiser und Anton Strittmatter. 350 Seiten.

Anne-Marie Aepli-Jomini und Hedi Peter-Lang

Psychosoziale Störungen beim Kinde

Eine Einführung in die Grundbegriffe der Psychotherapie
für Lehrer und Erzieher

Mit einer Einleitung von Hans Aebli

VIII C 1939, 5



Ernst Klett Verlag Stuttgart

Postallozzlanum
ZÜRICH

Die Verfasser

lic. phil. Anne-Marie Aepli-Jomini
ehemals Leiterin der Städtischen Erziehungsberatung
St. Gallen

Dr. phil. Hedi Peter-Lang
Seminarlehrerin und Psychotherapeutin, Leiterin der Psychologischen
Beratungstelle für Mittelschüler
Aarau

Dipl. psych. Elisabeth Seiler
Psychologisches Institut
Freie Universität Berlin

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Psychosoziale Störungen beim Kinde: eine Einführung in die
Grundbegriffe der Psychotherapie für Lehrer und Erzieher /
Anne-Marie Aepli-Jomini und Hedi Peter-Lang,
(Lehrerbildung von morgen; Bd. 5)

ISBN 3-12-920300-1

NE: Aepli-Jomini, Anne-Marie; Peter-Lang, Hedi

1. Auflage 1975

Alle Rechte vorbehalten

Foromechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlages

© Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1975. Printed in Germany

Gesamtherstellung: Druckerei Ludwig Auer, Donauwörth

Umschlaggestaltung: Klaus Karsten,

in Zusammenarbeit mit Gerhard Schäufele

Inhalt

Einleitung von Hans Aepli	7
Anne-Marie Aepli-Jomini	
Psychopathologie, Psychodiagnostik und Heilpädagogik	17
1. Zur Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters	18
Einleitung	18
1.1. Zur Einteilung der psychischen Störungen	20
1.2. Psychopathologie der Störungen der Hirnfunktion	20
1.2.1. Oligophrenie	21
1.2.2. Die intellektuelle Unterbegabung	24
1.2.3. Teilerfassungs- und Teilleistungsstörungen	24
1.2.4. Die Hirnschadenssyndrome	28
1.2.5. Epilepsien oder Anfallskrankheiten	29
1.3. Psychogene Störungen	32
1.3.1. Einfache psychische Reaktionen	33
1.3.2. Neurosen	37
1.3.3. Psychosomatische Störungen	40
1.4. Psychosen im Kindesalter	42
1.4.1. Der kindliche Autismus	42
1.4.2. Die Schizophrenie	42
1.4.3. Manisch-depressive Erkrankungen	44
1.5. Einzelne psychische Symptome	45
1.5.1. Die Enuresis (Einnässen)	47
1.5.2. Die Enkopresis (Einkoten)	48
1.5.3. Die kindliche Lüge	49
1.5.4. Der kindliche Diebstahl	50
1.5.5. Störungen der Nahrungsaufnahme	51
1.5.6. Sprachstörungen	52
2. Psychodiagnostik	55
2.1. Die Veranlassung zur psychodiagnostischen Untersuchung	55
2.2. Was ist eine Psychodiagnose?	56
2.2.1. Schulleistungs- und allgemeine Fähigkeitstests	56
2.2.2. Persönlichkeitstests	57
2.3. Die klinische Diagnose	58
3. Heilpädagogik	60
3.1. Begriffsklärung und Einleitung	60
3.2. Wissenschaftsaufbau	62
3.3. Die sonderpädagogischen Institutionen	63
3.4. Pädagogik der verschiedenen Behinderungen	64
3.4.1. Pädagogik der Sehgeschädigten	64

3.4.2. Pädagogik der Hörgeschädigten	65
3.4.3. Pädagogik der Sprachgeschädigten	65
3.4.4. Pädagogik der Intelligenzgeschädigten	66
3.4.5. Pädagogik der Körperbehinderten	67
3.4.6. Pädagogik der Verhaltensgestörten	68
3.5. Die besondere Haltung des Heilpädagogen	69

Hedi Peter-Lang

Die Psychotherapie und ihre persönlichkeitspsychologischen Grundlagen	73
1. Persönlichkeitspsychologische Grundlagen der Psychotherapie	75
1.1. Sigmund Freud und seine Schule	75
1.2. Carl Gustav Jung	81
1.3. Alfred Adler	83
1.4. Karen Horney	84
1.5. Erich Fromm	84
1.6. Harald Schultz-Hencke: Die Neoanalyse	85
1.7. Zur Daseinsanalyse Ludwig Binswangers	86
1.8. Die Feldtheorie von Kurt Lewin	87
1.9. Carl R. Rogers	90
2. Formen der Psychotherapie mit Erwachsenen	92
2.1. Die klassische Psychoanalyse im Sinne Sigmund Freuds	93
2.2. Der Heilweg der analytischen Psychologie C. G. Jungs	95
2.3. Die individualpsychologische Therapie nach Alfred Adler	96
2.4. Hinweis auf die Schicksalsanalyse von Leopold Szondi	98
2.5. Die Neoanalytische Psychotherapie nach Schultz-Hencke	98
2.6. Die Daseinsanalytische Therapie nach Ludwig Binswanger	99
2.7. Die nicht-direktive klientbezogene Therapie nach Rogers	100
3. Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	101
3.1. Melanie Klein	101
3.2. Anna Freud	102
3.3. W. D. Winnicott	103
3.4. Hans Zulliger	103
3.5. Die nicht-direktive Spieltherapie von C. R. Rogers	103
3.6. Zur Psychotherapie nach Annemarie Dührssen	104
4. Zur Gruppentherapie	105
4.1. Zur Geschichte der Gruppenpsychotherapie	106
4.2. Das Psychodrama nach Moreno	106
4.3. Die analytische Gruppentherapie nach Slavson	107
4.4. Die Ehepaar- und die Familientherapie	108
4.5. Das Sensitivity-Training	108
4.6. Die Themenzentrierte Interaktionelle Methode nach Ruth Cohn	109
5. Verhaltenstherapie (von Elisabeth Seiler)	110

Einleitung

von Hans Aepli

Im vorliegenden Bändchen referieren A. Aepli-Jomini und H. Peter-Lang über die Grundbegriffe der Psychopathologie, der psychologischen Diagnostik, der Heilpädagogik und der Psychotherapie. Muß ein Lehrer, der normale Schüler unterrichtet, über diese Dinge orientiert sein? Und wenn ja, wie weit soll die Beschäftigung mit ihnen reichen?

Wenn Krankheit und Gesundheit zwei völlig verschiedene Zustände eines Organismus darstellten, und wenn Verhaltensstörungen nur bei Kindern aufträten, die „krank“ und damit ganz anders als ihre gesunden Brüder und Schwestern wären, so wären diese Kenntnisse für den Lehrer nicht notwendig: er könnte sie getrost dem Spezialklassenlehrer, dem Heilpädagogen, dem Psychologen und dem Psychiater überlassen. Aber dem ist eben nicht so. In irgendeiner Phase seiner Entwicklung treten bei jedem Kinde Verhaltensstörungen auf, und jeder Erwachsene, auch der Erzieher, trägt einige Probleme mit sich, die sich in gewissen Abschnitten seines Lebens krisenhaft auswirken können.

Sie zu kennen, stellt daher für den Erwachsenen, der junge Menschen zu leiten und zu erziehen hat, keinen Luxus dar. Er muß einmal mindestens offene Augen dafür haben, daß Verhaltensstörungen bei Kindern und bei ihm selbst auftreten können, und er soll wissen, welches ihre wesentlichen Ausprägungen sind. Zum andern sollte er einige Kenntnisse über ihre Verursachung haben; und drittens sollte er wissen, ob, und wenn ja, welche Möglichkeiten der Diagnose und der Therapie bestehen. Über diese Themen referiert einmal *Anne-Marie Aepli-Jomini*. Im Zentrum ihrer Betrachtung steht das Kind und der Jugendliche. Wir lernen die grundlegenden Formen der psychischen Störungen kennen, die gemäß einer klassischen Einteilung in Störungen der Hirnfunktionen, in psychogene Störungen, in Psychosen und in „psychische Symptome“ zerfallen. Die Psychodiagnose stellt sich die Aufgabe, diese Störungen zu erfassen: ein komplexer Vorgang, in dessen Verlauf sich der Diagnostiker schrittweise in der Landschaft einer gestörten Seele vortastet und dabei seine charakteristischen Instrumente einsetzt und seine Schlüsse zieht.

Die Heilpädagogik versucht, dem verhaltensgestörten Kind zu helfen, seinen Platz in der Gesellschaft zu finden. Sie tut dies, indem sie ihm noch in seiner Entwicklung eine Umwelt — meistens leider diejenige eines Heimes — verschafft, in der die ihm offenstehenden Lern- und Entwicklungsprozesse optimal in die Wege geleitet werden können.

So weit der Bericht von Frau Aepli. *Hedi Peter-Lang* berichtet ihrer-

seits über die Möglichkeiten und Formen der Therapie. Die Perspektive ist jedoch eine verschiedene. Im Blickpunkt steht einmal der Erwachsene ebenso sehr wie das Kind und der Jugendliche. Zudem will uns die Verfasserin zeigen, auf welchen persönlichkeitspsychologischen Grundlagen die verschiedenen Therapien beruhen und wie sie aus diesen hervorgegangen sind. So lernen wir die Menschenbilder kennen, auf deren Grundlage ein Freud, ein Jung und ein Adler, um nur die größten Namen zu nennen, ihre Therapien entwickelt haben. Die Darstellung der Therapien erhält damit eine Tiefendimension, die einem bloßen Bericht über die Verfahren gefehlt hätte, und der Leser sieht und versteht sie zugleich in ihrer historischen Bedingtheit. Im 4. Teil ihres Referates berichtet Frau Peter sodann über aktuelle Tendenzen in der Gruppentherapie: ein Problem, das heute in allen Schulen, auch in den Institutionen der Lehrerbildung und der Lehrerfortbildung, auf das lebhafteste diskutiert wird. Frau Peter kennt diese Therapieformen aus ihrer eigenen Arbeit; um so wohlthuender empfindet man die Objektivität und die Ausgewogenheit ihrer Darstellung!

Schließlich bestand das Bedürfnis, über eine Form der Psychotherapie zu referieren, die von einer ganz andern Seite her kommt: über die *Verhaltenstherapie*. Die Anstöße zu ihrer Entwicklung kamen und kommen vor allem von der Lerntheorie und aus den psychologischen Laboratorien. *Elisabeth Seiler*, unsere ehemalige Schülerin an der Freien Universität Berlin, zu der sie mit ihrem Gatten, Professor Th. B. Seiler, zurückgekehrt ist, war hier berufen, aus erster Hand zu referieren.

Wenn man den Tenor der Sammelreferate dieses Bandes überblickt, so erkennt man, daß sie nicht im gleichen Sinne über den „aktuellen Forschungsstand“ berichten wie die übrigen. Dies hängt einmal an der Sache und sodann am Verhältnis des Lehrers der öffentlichen Schulen zu diesen Dingen. An der Sache: die Einsichten und Verfahren, über die hier berichtet wird, sind nicht so sehr in der experimentellen Forschung und an den Schreibtischen der Theoretiker als in der praktischen Tätigkeit der Ärzte, Psychologen, Heilpädagogen und Therapeuten entstanden. Es fehlt ihnen daher häufig die Systematik und die Schärfe der Begrifflichkeit: um so näher stehen sie der lebendigen Erfahrung und dem Helferwillen. Andererseits handelt es sich hier auch nicht so sehr darum, letzte Entwicklungen der Forschung zu vermitteln, denn die behandelten Gebiete stellen ja nicht zentrale Bereiche der beruflichen Tätigkeit des Lehrers dar. Was er hier braucht, ist Kenntnis der grundlegenden Tatsachen und jene Orientiertheit, die es ihm erlaubt, ein Problem frühzeitig zu erkennen, am rechten Ort Hilfe zu suchen und dem Spezialisten ein vernünftiger Partner zu sein, sei es durch seine Auskünfte, sei es durch seine Mithilfe im Rahmen therapeutischer oder bewahrender Maßnahmen.

Nach diesen allgemeinen Gedanken stellen wir noch einige Überlegungen über das Problem des Wesens und der Definition psychischer Störungen und über ihre Diagnose an.

Die Referate dieses Bandes nehmen, wie gesagt, ihren Ausgangspunkt von den Störungen oder Anomalien des Verhaltens. Es ist zum Beispiel die Rede vom Schwachsinn, von Bewußtseinsstörungen, von Verwahrlosung, von Neurosen und Psychosen. Mit solchen und verwandten Begriffen suchen Psychologen und Psychiater die vielfältigen Anomalien des Verhaltens zu gruppieren, zu ordnen und womöglich zu erklären. Es ist indessen gut, sich darauf zu besinnen, wovon die Feststellung einer psychischen Anomalie oder Krankheit ihren Ausgangspunkt nimmt. Wir wollen dies in dieser Einleitung tun und dabei auch daran denken, was die Schule in diesem Vorgang für eine Rolle spielt – und was man dem werdenden und amtierenden Lehrer dazu in seiner Ausbildung und Fortbildung zum Bewußtsein bringen müßte. Wir überlegen uns – mit anderen Worten – was das sei: eine *psychische Störung*.

Ein Kind lebt, lernt und entwickelt sich in einer sozialen Umwelt. Diese stellt ein komplexes Gefüge von ineinandergreifenden und aufeinander bezogenen Verhaltensweisen dar. Kinder haben ihre physischen und affektiven Bedürfnisse. Eltern suchen diese zu befriedigen. Das Leben im Elternhaus hat eine bestimmte Ordnung. Kinder fügen sich mehr oder weniger konfliktlos in diese ein. Die Familie ist in umfassende soziale und ökonomische Beziehungen eingebettet. Sie hat ihren Besitz, Nachbarn und Unternehmungen haben den ihren.

Güter wechseln nach gewissen Regeln den Besitzer. Alle diese Beziehungen und „Transaktionen“ sind durch Normvorstellungen geprägt. Entsprechende Erwartungen werden an die Rollenträger gerichtet. Wir sprechen von „Normalität“ und von „normalem Verhalten“, wenn sich der Einzelne, also auch das Kind, in dieses Gefüge von aufeinander bezogenen Vorgängen „einfügt“, seine Rolle spielt und die Erwartungen in Grenzen, die relativ genau definiert sind, erfüllt. Die Tatbestände, von denen in den folgenden Kapiteln die Rede ist, beginnen damit, daß ein Kind willentlich oder unwillentlich und aus vielen möglichen Gründen in der einen oder anderen Hinsicht aus seiner Rolle fällt und den Erwartungshaltungen seiner Umwelt nicht entspricht. Bei einer „Verhaltensstörung“ sind zuerst einmal Mitmenschen eines Kindes „gestört“, gestört nämlich in ihrer Erwartung, daß sich ein Kind in dieser oder jener Situation so oder so verhalte. So zeigt ein Kind Bedürfnisse, welche die Eltern nicht befriedigen können oder wollen. Es bricht gewisse Regeln des familiären Verhaltensablaufs, läuft z. B. von zu Hause weg und streunt umher. Es stiehlt im Supermarkt, schwänzt die Schule usw. Oder aber es

vermag keine normale affektive Beziehung zu seinen Eltern und zu anderen Personen seiner Umwelt aufzubauen, isoliert sich und entwickelt bizarre Haltungen und Verhaltensweisen.

Im Englischen spricht man in diesem Fall von „*behavior disorders*“, ein guter Begriff, denn er ruft uns in Erinnerung, daß hier eine Ordnung gestört ist. Er legt auch nahe, nicht sofort in Begriffen der Krankheit im individuellen Sinne des Wortes zu denken, sondern die Betrachtung auszuweiten auf die zwischenmenschlichen Transaktionen. Es tritt — mit anderen Worten — der sozio-kulturelle Kontext in das Bild der Krankheit ein. In diesem Sinne ist es absolut berechtigt, wenn Annemarie Aeppli in ihrer Einleitung von „*psychosozialen Störungen*“ spricht.

Dies zu bedenken erscheint besonders für den Lehrer und die Schule wichtig. In vielen Fällen hat das Geschehen in ihrem Rahmen sogar seinen Ausgangspunkt: der Schüler hat hier gestohlen, er hat die Schule geschwänzt, oder er vermag dem Unterricht nicht zu folgen, stört ihn vielmehr. Die Frage, welche sich dem Lehrer stellt, lautet dann folgendermaßen: Stellt die Schule ein genügend echtes Abbild der wirklichen Lebenssituationen und der dort stattfindenden sozialen Beziehungen und Wechselwirkungen dar, so daß den schulischen Problemen des Kindes häusliche Probleme entsprechen, die eine allgemeine Verhaltensstörung annehmen lassen? Oder ist die Schulklassse und sind die zwischenmenschlichen Beziehungen, die in ihr spielen, so atypisch und sind die in ihr gestellten Anforderungen und Erwartungen so anormal, daß sie und nicht das Kind vor allem sich ändern sollte? Natürlich werden in der Realität die meisten Fälle irgendwo in der Mitte liegen. Wir wollen bloß sagen, daß jeder Fall der Verhaltensstörung für den Lehrer Anlaß dafür sein sollte, nicht nur den Fall des Kindes, sondern auch seine eigenen Erwartungen und die zwischenmenschlichen Prozesse zu überdenken, welche in der Lebens- und Lerngemeinschaft der Schulklassse sich abspielen. In diesem Sinn ist auch die Behandlung von „Verhaltensstörungen“ in der Lehrerbildung und -fortbildung ein Anlaß zu grundsätzlicher Reflexion über die Schule selbst.

Bei alledem ist die Frage nach der „Normalität“ natürlich auch an die Familie und an die sozialen Verhältnisse zu richten, aus denen der Schüler kommt. Auch sie stellen ja Teilsysteme im Gesamtsystem der Gesellschaft dar, und auch sie können atypisch sein. In seinen Überlegungen wird also der Lehrer seinen Blick von beiden, von seiner Schule und Schulklassse und von der Familie immer wieder auf jene soziale und berufliche Welt richten, in die der Schüler nach Absolvierung der Schule eintreten wird. Letztlich geht es darum, daß sich der junge Mensch hier bewähre, daß er hier seinen Platz finde, seinen Beitrag leiste und glück-

lich zu leben vermöge. In diesem Sinne sollte die Schule versuchen, die Anforderungen und Erwartungen der sozialen und ökonomischen Welt zu antizipieren und den Unterricht so zu gestalten, daß der Schüler jene Haltungen und Fertigkeiten erlernt und entwickelt, die ihm dort seinen Platz und seine Selbstverwirklichung sichern. Auf das gefährdete Kind bezogen, heißt dies, daß der Lehrer ein Urteil darüber gewinnt, welches die Anforderungen und Erwartungen sind, die die Gesellschaft an dieses Kind mutmaßlich richten wird, und wie dafür gesorgt werden kann, daß es in ihr seinen Platz finde. Diese Sorge kann darin bestehen, daß der Lehrer mit den Eltern zusammen entscheidet, daß man versuche, das Kind in der Normal- oder in der Sonderklasse durchzutragen, oder aber, daß er mit dem Schulpsychologen und dem Fürsorger und, soweit möglich, mit den Eltern zusammen überlegt, welche therapeutischen oder bewahrenden Maßnahmen dem Kind am besten dienen. Man erkennt, welche wichtigen Aufgaben sich hier für andere Bereiche der Lehrerbildung und -fortbildung stellen, insbesondere, welche zentrale Rolle eine lebensnahe Pädagogik, Psychologie und Soziologie und eine Lebenskunde und Ethik spielen können.

In diesem Rahmen stellen sich der Schule ebenso sehr wie der Heilpädagogik Aufgaben auf verschiedenen Ebenen. Einmal weisen Kinder im Bereiche der elementaren Funktionen, etwa des Lesens, des Sprechens oder der Motorik Schwächen auf. Diese können, etwa als Intelligenzschwäche, allgemeineren Charakter haben, dennoch aber auf den Bereich der intellektuellen Prozesse beschränkt sein. Die Schwächen können auch sozusagen quer durch die sachstrukturellen Funktionen hindurchgehen und Verhaltenszüge wie die Konzentration, die Aufmerksamkeit und die Ausdauer betreffen, dabei aber immer noch auf die gegenstandsbezogenen Tätigkeiten, auf den Unterricht und die spätere berufliche Arbeit eingegrenzt sein. Schließlich können die Anomalien die sozialen Beziehungen, Haltungen und Verhaltensweisen betreffen. In allen diesen Bereichen kann die Normalschule und die Sonderschule, die Heilpädagogik und die therapeutisch-remediale Arbeit verpaßte Lernprozesse nachzuholen und besonders zu fördern suchen. Insbesondere die Schule wird hierin ihre Hauptaufgabe sehen (insofern Zeit, Kraft und guter Wille vorhanden sind, um auf die besonderen Bedürfnisse des einzelnen und des schwachen Kindes einzugehen, was wir hier voraussetzen).

Nun gibt es aber Fälle, in denen die Schwächen des Kindes kaum korrigiert werden können: man denke an schwere Stotterer, an Kinder mit schweren Sinnesdefekten, an Schwachbegabte. Hier stellt sich der Normalschule (in den Fällen, die sie durchtragen kann), der Sonderpädagogik und der Therapie die Aufgabe, das Kind mit seiner Schwäche leben zu

lehren und ihm eine Deutung seiner selbst, seines Leidens und der Welt zu vermitteln, die es ihm ermöglicht, seine besondere Situation zu bewältigen. Man erkennt unmittelbar, daß die Problematik ihre weltanschaulichen Aspekte hat und daß sich hier dem Erzieher und dem Therapeuten Fragen stellen, die nicht mit den Schlagworten zu lösen sind, die uns der Marktplatz anbietet. Konkret aber heißt dies, daß man dem Kind einen Weg in die Gesellschaft und einen Platz in ihr zeigt, den es einnehmen kann. Dies kann für den schwachbegabten Jugendlichen eine Hilfsfunktion in einem Kleinbetrieb sein, für den begabten Stotterer eine vom Verkehr relativ abgeschirmte berufliche Funktion und für das organisch schwergeschädigte Kind das Leben in einem Heim. Auch auf dieses kann man einen Menschen besser oder schlechter vorbereiten!

Die generelle oder bereichsspezifische intellektuelle *Unterbegabung* stellt dem Lehrer der Normalklasse die hier angedeuteten Probleme wohl in der akutesten Weise. Will er sich richtig verhalten, so muß er zuerst klare Vorstellungen über die Verursachung dieser Schwächen haben. Wie wenig die groben Begriffe von „Anlage“ und „Umwelt“ hier ausreichen, das zeigt das Referat von A. Aepli-Jomini. Bei Robinson und Robinson¹ findet man eine vorzügliche Vertiefung dieser Problematik. Die Tatsache, daß dieses Problem im Schulalter besonders dramatisch erscheint und in vielen Fällen charakterlich gutgeartete Unterbegabte glückliche und nützliche Glieder der Gesellschaft werden, ja sogar beruflich erfolgreich sein können (indem sie z. B. mit Erfolg gebrauchte Kisten für einen Franken kaufen und für drei Franken wiederverkaufen und „von diesen 2 Prozenten gut leben“, wie die Geschichte lautet), sollte uns die Bedeutung des schulischen Lernens in ihrer Relativität sehen lehren und uns die Augen für die anderen Anforderungen öffnen, welche das Leben und die berufliche Bewährung an den Menschen richtet. Sie sollte uns weiter dazu führen, darüber nachzudenken, ob nicht Schulen denkbar seien, in denen die leicht Unterbegabten mit den normalen Schülern mitgeführt werden können, wie dies die amerikanische Primarschule und die Highschool im Gegensatz zu ihren europäischen Gegenstücken tun.

Auch aus den Problemen der *Psychodiagnose* kann der Lehrer viel für seine eigene Tätigkeit lernen. Das grundlegende Problem des Psychodiagnostikers besteht darin, relativ rasch in künstlich herbeigeführten Testsituationen vom Probanden Verhaltensstichproben zu gewinnen, welche Rückschlüsse auf das Verhalten in den Ernst- und Lebenssituationen erlauben und die Klärung seiner Verursachung ermöglichen. Auch der Lehrer

¹ Robinson, H. B. und Robinson, N. M. Mental retardation. In: Mussen, P. H. (Hrsg.) *Carmichael's manual of child psychology*. Bd. II. New York: Wiley, 1970.

steht immer wieder vor der Aufgabe, aus dem Verhalten, das er beim Schüler beobachtet, Schlüsse auf Ernstsituationen zu ziehen. Ihr „Ernst“ ist zum Teil ein relativer, indem es sich um neue Schulsituationen handelt: dann etwa, wenn der mutmaßliche Erfolg in einer weiterführenden Schule vorauszusagen ist. Der Lehrer der Sekundarstufe I und II ist immer wieder auch Berufsberater. Hier sollte er aufgrund seiner Beobachtungen die mutmaßliche Bewährung des Schülers in verschiedenen Berufen beurteilen. In jedem Falle aber versucht der Lehrer, durch die Schulleistungen hindurch die Gesamtpersönlichkeit des Schülers zu sehen und seine erzieherischen Handlungen auf diese abzustimmen. Hier steht also das beobachtbare Verhalten des Schülers — ähnlich wie die Testleistung — für die unsichtbaren Fähigkeiten und Haltungen, welche die Schülerpersönlichkeit konstituieren. Aber welches sind die Persönlichkeitszüge, auf die es im Leben ankommt? Hier kann uns noch einmal die Theorie der Verhaltensstörungen die Augen öffnen.

Damit ist auch die Frage der *Validität* angesprochen. Von diagnostischen Instrumenten sollten wir wissen, für welche Ernstsituationen sie stehen, was sie eigentlich messen, welchen Verhaltensweisen außerhalb der Testsituation sie entsprechen. Für die Schule bedeutet dies: Was beurteilen wir, wenn wir von „Fleiß“, von „Pflichterfüllung“, von „Ordnung“ sprechen, oder wenn wir „Sprache mündlich“ beurteilen? Noch einmal: Wenn unsere Beurteilung von „Ordnung“ und von „Sprache mündlich“ mit keinem außerhalb der Schulsituation bedeutungsvollen Verhalten zusammenhängen: was hätte es für einen Sinn, darüber ein Urteil abzugeben?

Sodann die „*Reliabilität*“ der Leistungen, die Frage also, wie sehr wir davon ausgehen können, daß der Schüler in einer anderen Situation, zu einem anderen Zeitpunkt und bei einer anderen Version unserer Prüfungsfrage auch so abgeschnitten hätte, wie er es in unserer Prüfung tut: ein wichtiger und beunruhigender Gesichtspunkt! Und allgemeiner: wie *objektiv* sind unsere Beobachtungen? Der Begriff hat viele Seiten. Eines aber ist sicher: in viel höherem Maße als der außenstehende Psychologe ist der Lehrer als Beurteiler auch Beteiligter. „Sprache mündlich“ beurteilt wesentlich das Sprachverhalten des Schülers gegenüber dem Lehrer, als Antwort auf *seine* Fragen, auf *sein* geistiges Angebot. Es ist gut, daß wir Lehrer uns einmal über diese Situation Rechenschaft ablegen und unsere eigene Person in die Gleichungen und in die Urteile einbeziehen, die wir aufstellen. Vielleicht müssen wir hier sogar den Begriff der Heisenbergschen „Unschärferelation“ einführen, der besagt, daß der Akt der Erhebung gewisser Daten diese selbst beeinflusst, daß z. B. die Prüfung, welche wir organisieren, gerade jene Prüfungsangst auslöst, welche den

Schüler versagen läßt. Dies heißt nicht, daß wir deswegen Prüfungen überhaupt ablehnen. Notwendig aber ist, daß wir wissen, was wir dabei tun und welche Prozesse wir damit auslösen.

Schließlich die höheren „strategischen“ Aspekte der Diagnose: das Sichtvortasten des Diagnostikers im unbekannten Gelände einer anderen Seele, das Formulieren von Hypothesen, mit der ständigen Bereitschaft, sie zu revidieren, das Prüfen dieser Hypothesen, indem man auf ihrer Basis etwas tut, eine Maßnahme ergreift und beobachtet, wie der Schüler darauf reagiert. Kaminski hat diesen Vorgang mit großem Scharfsinn beschrieben, und Frau Aepli hat ihn zu Recht betont. Denn der Lehrer sollte sich in seiner Urteilsbildung über den normalen und über den problematischen Schüler genauso verhalten, seine Urteile als Hypothesen verstehen, ständig bereit sein, sie zu revidieren und mit offenen Augen beobachten, was die Reaktionen des Schülers auf die erzieherischen Maßnahmen und auf das erzieherische Angebot dazu aussagen.

Wenn der Lehrer diese Regeln einhält, werden nicht nur seine Urteile über den Schüler fundierter sein und etwas bedeuten, er wird auch für den Psychologen, der ein Problemkind beurteilt, zum wertvollen Partner und zu einer Quelle der wichtigen Information. Zugleich aber wird er für die Eltern zum ersten „Erziehungsberater“.

Die Vertrautheit mit den Problemen der Diagnose und der Therapie wird den Lehrer vor einer falschen Einschätzung von deren Möglichkeiten bewahren. Er wird dem Psychiater weder die Kräfte eines Medizinmannes zuschreiben, noch dem Irrtum verfallen, dieser könne mit der Gezieltheit, Direktheit und Einfachheit des medikamentösen Eingriffs Verhaltensstörungen und Erziehungsprobleme lösen. Vielmehr wird er die Verwandtschaft der psychotherapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen mit seinem eigenen erzieherischen Tun erkennen und den Willen und die Zuversicht entwickeln, mit den Eltern zusammen *selbst* etwas für das Kind zu tun, statt es einem schulpсихologischen Dienst oder einer Institution zuzuschieben.

Und schließlich eine letzte Gruppe von Überlegungen, die sich an das Kapitel von H. Peter-Lang über die persönlichkeitspsychologischen Hintergründe der Psychotherapie anschließen. Wenn es wahr ist, was wir im letzten Abschnitt über die Verwandtschaft pädagogischen, heilpädagogischen und psychotherapeutischen Wirkens gesagt haben – und wir finden uns hier in Übereinstimmung mit keinem geringeren als mit C. G. Jung² – so müssen beide, Erziehung und Psychotherapie auf einer anthropolo-

gischen Basis ruhen. Das Sammelreferat von H. Peter zeigt es mit Deutlichkeit. Es gibt z. B. nicht nur eine existentialistische Pädagogik; es gibt auch eine Psychotherapie – diejenige von L. Binswanger – welche sich von dieser Philosophie inspiriert. Die Psychoanalyse Freuds ist in ihren Grundannahmen nicht weniger deutlich abhängig von den philosophischen Ideen, welche das philosophische und pädagogische Denken von 1900 geprägt haben und das pädagogische Denken und Verhalten der Gegenwart z. T. noch mitbestimmen. Schließlich braucht man nur darauf hinzuweisen, daß sowohl Rogers als Psychotherapeut als auch die moderne Pädagogik entscheidend vom Pragmatismus und dem Emergentismus eines John Dewey beeinflusst sind.

Wie könnte es auch anders sein? Sowohl der Erzieher als auch der Psychotherapeut brauchen ein Leitbild von der Menschennatur, auf das hin sie mit dem Zögling und dem Patienten arbeiten – auch wenn sie vorgeben, „nicht-direktiv“ zu verfahren. Auch „Nicht-direktivität“ ist eben eine Marschrichtung, eine Direktion in beiden Bedeutungen des Wortes: Richtung und Steuerung. So ist es eine erfreuliche Tatsache, daß wir am Ende dieser Reihe wieder stehen, wo wir am Anfang – *hätten stehen müssen*, wenn wir es uns zugetraut hätten, mit einer Darstellung der pädagogischen Anthropologie einzusetzen. Die Leser wissen, warum wir es nicht getan haben – nicht tun konnten: die Aufgabe überstieg die Kräfte des Herausgebers und seines Teams. Die impliziten Anthropologien der großen Psychotherapeuten stellen eine bunte Mischung von Ideen dar. Wir konnten und wollten sie nicht in ein philosophisches Metasystem einordnen. Aber sowohl die Sammelreferate wie auch deren Einleitungen vertreten vielleicht doch etwas von der implizierten Anthropologie der Autoren, die in ihrem praktischen Wollen (im Sinne Kants), einen Rahmen darstellt, der Freuds, Jungs und Adlers, Binswangers und Lewins Wollen aufnimmt und es im konkreten Tun assimiliert.

² Jung, C. G. *Psychologie und Erziehung*. Zürich: Rascher 1946. (In: Gesammelte Werke XVII, Olten: Walter 1972.)

Anne-Marie Aepli-Jomini

Psychopathologie, Psychodiagnostik und Heilpädagogik

1. Zur Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters

Einleitung

Das folgende Referat behandelt drei miteinander zusammenhängende Themenkreise: die Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, gewisse Aspekte der Psychodiagnostik und die Heilpädagogik. Die Psychotherapie, welche sich logisch an dieses Kapitel anschließt, wird von H. Peter-Lang behandelt. In dieser Einleitung geben wir einen Überblick über die Hauptprobleme unseres Referates. Zugleich deuten wir den Zusammenhang zwischen unseren Themen und dem Thema der Psychotherapie an.

Psychopathologie ist die Lehre von den Leiden (pathein, gr., heißt leiden) der Seele. In der objektiveren Sprache unserer Zeit wird man eher von psychischen „Störungen“ sprechen. Aber auch dieser Begriff bedarf der Definition. Im 19. Jahrhundert, in dem sich die Psychopathologie entwickelt hat, führte die positivistische und teilweise materialistische Denkweise der Medizin dazu, die psychischen Störungen nach dem Denkmodell der körperlichen Krankheiten zu verstehen. Man vermutete im Organismus des gestörten Menschen krankhafte organische Zustände oder Prozesse, welche im Verhalten „ver-rückte“, das heißt nicht mehr als normale Reaktionen deutbare Symptome auslösten. Die „Psychopathie“ oder „Neuropathie“ wurde damit zum medizinischen Phänomen. Die Diagnose und ihre Therapie wurde in den Begriffen dieser Wissenschaft gesucht.

Natürlich geht man auch heute noch davon aus, daß viele psychische Störungen organisch bedingt oder doch mitbedingt sind. Ja, in vielen Fällen — wir denken etwa an die Epilepsie oder an den Mongolismus — kennen wir die organische Verursachung viel genauer als im letzten Jahrhundert. Entscheidend aber ist die Tatsache, daß sich der Begriff der psychischen Störung radikal ausgeweitet hat. Es ist das große Verdienst Freuds, gezeigt zu haben, daß viele psychische Störungen verstehbare Reaktionen auf bestimmte Konstellationen in der Umwelt des Kindes darstellen, Reaktionen, die ihrerseits auf dem Hintergrund nachvollziehbarer Wünsche des Kindes gesehen werden müssen. So hat die Psychologie dazu beigetragen, die sozusagen normalen Tendenzen und Reaktionen sichtbar zu machen, die im gestörten Verhalten enthalten sind. Aber sie mußte ihrerseits lernen, ihre Betrachtungsweise auszuweiten. Allzu lange hat sie vorwiegend in Begriffen des individuellen Verhaltens und Erlebens gedacht. Die Testbewegung spielte hier zum Teil eine verhängnisvolle Rolle, denn der Test schien ja lange Zeit Leistungen und Fähig-

keiten, losgelöst von der sozialen Umwelt, in der geschlossenen Phiole der Testsituation zu erfassen. So sprach man doch wieder von Debität, von Introversion oder von Impulsivität wie der Mediziner von Zwergwuchs, von Kurzsichtigkeit oder von Allergie.

Heute wissen wir, daß man das Verhalten des Menschen nur verstehen kann, wenn man es in seinen sozialen Bezügen sieht, wenn man beachtet, wie es sich auf die wahrgenommene und erlebte Umwelt richtet und wie es von dieser beeinflusst wird. Soziologische und sozialpsychologische Kategorien treten damit in die Definition des Verhaltens und der Verhaltensstörung ein. Wir sollten eigentlich nicht bloß von psychischen sondern von *psychosozialen* Störungen sprechen, von Störungen, welche häufig ihren Ausgangspunkt in der mitmenschlichen, natürlich vor allem familiären Situation des Kindes haben und die sich in jedem Falle in den Zwischenmenschlichen Beziehungen, die das Kind mit seiner Umwelt unterhält, auswirken.

Bei alledem dürfen die hier genannten Tendenzen und Reaktionen des Kindes und seine Beziehungen zur mitmenschlichen Umwelt niemals statisch gesehen werden. Das Kind ist ein lernendes, sich ständig wandelndes und entwickelndes Wesen. Seine Wünsche und seine Verhaltensweisen haben ihre Geschichte; auch die körperlichen Veränderungen sind zum Teil dramatisch: man denke an die Pubertät. Entsprechend müssen auch psychosoziale Störungen dynamisch gesehen werden. Auch sie haben ihre Geschichte, ein Gesichtspunkt, der bekanntlich von Freud und von der Entwicklungspsychologie stark betont worden ist.

Wenn die *Psychodiagnose* die Verursachung von psychosozialen Störungen zu erhellen versucht, so hat sie diesen Tatsachen Rechnung zu tragen. Sie darf sich weder von einem bloß medizinischen Krankheitsbegriff leiten lassen, noch darf sie — was man heute auch sagen muß — bloß die äußeren sozialen Umstände betrachten. Vielmehr muß sie die Wechselwirkungen all dieser Faktoren zu verstehen suchen. Sie wird dabei einzelne Testverfahren anwenden, aber diese sozusagen als Sondenstiche in einen Komplex von zusammenwirkenden Kräften verschiedener Ordnung verstehen. Sie wird auf ihrer Grundlage Hypothesen konzipieren und sie durch Beobachtungen zu verifizieren, bzw. zu falsifizieren suchen. Die Anamnese spielt dabei notwendigerweise eine wichtige Rolle, denn sie ist ja darauf ausgerichtet, die Entwicklung des Kindes und die Evolution der Störung, also sozusagen die historische Dimension, in das Bild einzuführen.

Die heilenden und bewahrenden Maßnahmen, welche die Heilpädagogik und die Psychotherapie treffen, inspiriert sich schließlich von beiden, von den psychopathologischen Leitvorstellungen und von den Ergebnissen der individuellen Diagnose. Therapie wird nach dem Gesagten nie in iso-

lierten Eingriffen bestehen, so wie sie in der körperlichen Medizin zum Teil möglich sind. Heilpädagogik und Psychotherapie suchen die Entstehung der Störung in einem so und so gearteten Körper, mit einer individuellen Geschichte und in einer bestimmten Umwelt zu verstehen, und sie versuchen, unter Miteinbezug medizinischer Maßnahmen das Kind zu einem angepassten, glücklicheren Verhältnis zu seiner Umwelt zu führen, ein Ziel, das in der Regel Lernprozesse auf der Seite des Kindes, aber auch Veränderungen in der Umwelt, z. B. in der Einstellung und im Verhalten der Eltern, erfordert.

1.1. Zur Einteilung der psychischen Störungen

Es ist unmöglich, die Vielfalt psychischer Störungen und ihre Symptome nach einem einzigen Gesichtspunkt zu ordnen. Andererseits ergeben sich aus dem Versuch, viele Aspekte und Kriterien bei der Systematisierung der Störungen anzuwenden, Überschneidungen der Bereiche. Die in den folgenden Ausführungen angewandte Systematik hält sich an diejenige Züblins (1969); sie entspricht einem auch in der allgemeinen Psychiatrie üblichen System.

Im Hinblick auf die Verursachung lassen sich zwei große Gruppen unterscheiden:

1. psychische Störungen, die vorwiegend durch eine *biologische Störung der Hirnfunktion* verursacht sind;
2. psychische Störungen, die vorwiegend durch *Milieuinflüsse* bedingt sind.
3. *endogene Psychosen*. Bei diesen Störungen ist die Ursache noch nicht bekannt. Es kann sein, daß hier in weniger übersichtlicher Weise als bei anderen Störungen organische und psychogenetische Faktoren zusammenwirken.

1.2. Psychopathologie der Störungen der Hirnfunktion

Aus mannigfachen Ursachen kann die Hirnfunktion gestört sein. Mißbildungen und Reifungsstörungen des Zentralnervensystems aller Art kommen in Frage, Störungen des Hirnstoffwechsels und des Hirnchemismus, traumatisch verursachte Schädigungen von Nervenzellen und ihren Kernen (vgl. Züblin 1969).

Als Ursachen kommen unter anderem *vorgeburtlich entstandene* Störungen in Frage, die vererbt oder erworben sein können. Zu den erworbenen

zählen z. B. Infektionskrankheiten, die u. U. bei der Mutter nur eine leichte Erkrankung verursacht haben, wie die Röteln. Auch Vergiftungen, z. B. durch Medikamente, können das noch ungeborene Kind schwer schädigen, ebenso Stoffwechselstörungen der Mutter, z. B. Diabetes, die Schwangerschaftstoxikose, epileptische Anfälle der Mutter, Unverträglichkeit zwischen mütterlichem und kindlichem Blut (Rhesus- und ABO-Inkompatibilität), sowie Stoffwechselstörungen des Kindes selbst, von denen heute schon viele bekannt sind, z. B. Schilddrüsenunterfunktion.

Auch *während der Geburt* können Hirnschäden auftreten, vor allen Dingen infolge von Hirnblutungen und infolge eines Sauerstoffmangels während der Geburt (Asphyxie). „Das Zentralnervensystem des Säuglings scheint empfindlicher zu sein als das des älteren Kindes. Allgemeinerkrankungen, die beim älteren Kind oft harmlos sind, bewirken u. U. in den ersten zwei Lebensjahren (aber keineswegs immer) Hirnstörungen, besonders wenn sie von lange dauerndem hohem Fieber oder von Erstickungszuständen begleitet sind. So weisen beispielsweise Kinder, die in den ersten zwei Lebensjahren einen Keuchhusten mit häufigen Erstickungsanfällen durchgemacht haben, oft mehr oder weniger schwere Hirnschäden auf“ (Züblin 1969, 24).

Die Psychopathologie des hirngestörten Kindes ist im Gegensatz zur Vielfältigkeit der Verursachung und der neurologischen Symptomatik recht einheitlich. Die Syndrome sind die folgenden (vgl. Züblin 1969, 25):

1. Oligophrenien
 2. frühkindliches psychoorganisches Syndrom, Hirnschadensyndrom
 3. hirnlokales Psychosyndrom
 4. Syndrom der Bewußtseinsstörung
 5. Retardation der psychischen Entwicklung
- Meistens trifft man bei den Patienten Krankheitsbilder, die einzelne der angeführten Syndrome vereinigen.

1.2.1. Oligophrenie

Zur *Oligophrenie* (Schwachsinn) werden mit E. Bleuler psychische Schwächezustände bezeichnet, die vererbt oder frühzeitig, d. h. in der Schwangerschaft, während der Geburt oder in früher Kindheit erworben wurden und bei denen hauptsächlich die Intelligenz betroffen ist. Es handelt sich um die häufigste psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen. Benda definiert: „Ein Mensch ist vom Rechtsstandpunkt oligophren, wenn er nicht imstande ist, sich selbst und seine Angelegenheiten zu besorgen und wenn er dies auch nicht lernen kann, sondern zu seinem eigenen und dem Wohle der Gesellschaft Überwachung, Kontrolle

und Fürsorge braucht“ (zitiert bei Harbauer 1971, 167). Damit sind die beiden schweren Formen des Schwachsinn, die Imbezillität und die Idiotie, gekennzeichnet.

Die moderne Schwachsinnforschung hat über die Ursachen viele neue biochemische und neuropathologische Erkenntnisse beigegeben, so daß zahlreiche Schwachsinnformen heute differenzierter beschrieben werden können.

Die psychische Störung Oligophrenie hat als Kern eine intellektuelle Unzulänglichkeit, ist durch einen Mangel an geistiger Beweglichkeit, durch Armut an Vorstellungen und Begriffen, Unfähigkeit zur Bildung abstrakter Begriffe und Mangel an Übersicht, Voraussicht und Selbständigkeit im Denken gekennzeichnet. Psychologisch gesehen, stellt die geistige Behinderung eine tiefgreifende Veränderung aller Lebensfunktionen dar, die bis in motorische und körperliche Rückständigkeit hinein reichen kann. Sie tritt in verschiedenen Graden auf. „Die klinische Definition der Oligophrenie orientiert sich auch nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation an den Abstufungen des Intelligenzquotienten: *Debilität* (feeble mindedness), *Imbezillität* (imbecility) und *Idiotie*. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation spricht von Debilität bei einem IQ von 69–50, von Imbezillität bei IQ-Werten von 49–20 und bezeichnet Kinder mit einem IQ von 19–0 als idiotisch. Diese Standardisierung hat sich in ihren Abgrenzungen, vor allem wegen relativer Verschiebung der IQ-Werte nach unten, nicht allgemein durchgesetzt“ (Harbauer, 1971, 168).

Was die Häufigkeit der Oligophrenie betrifft, liegen keine einheitlichen Angaben vor. In unserem Kulturkreis liegt sie im Durchschnitt für die Debilität bei 3–4%, für die Imbezillität bei 1/2% und für die Idiotie bei 1/4%. Etwa 5% der Bevölkerung können als oligophren diagnostiziert werden.

In den letzten 10 Jahren wurde die bedeutende Rolle von sozialen, kulturellen und psychologischen Faktoren für die Entstehung und das Ausmaß eines Intelligenzrückstandes besser erkannt. Das ausschließliche Fehlen soziokultureller Förderungsvoraussetzungen darf wohl nur selten und lediglich für einen Teil der leichteren Formen intellektueller Minderbegabungen als entscheidend angesehen werden.

Aufgrund der bekannten Ursachen der Oligophrenien ist folgende Einteilung möglich:

1. chromosomal bedingte Oligophrenien
2. metabolisch-genetisch bedingte Oligophrenien
3. erbliche und bezüglich der Verursachung unklare Oligophrenien
4. exogen verursachte Schwachsinnformen

Die Ursachen der letzten Gruppe liegen in schädlichen Einflüssen während der Schwangerschaft, der Geburt und der unmittelbaren Nachgeburtszeit.

Nach Bleuler sind 10–20% der Kinder schwachsinniger Eltern wieder schwachsinnig; wenn beide Elternteile unter „endogenem“ Schwachsinn leiden, erhöht sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder auf 90%. Es gibt kein Medikament, das mangelnde Intelligenz ersetzen könnte. Die Medizin kann lediglich gewisse Vorbedingungen der Intelligenz verbessern helfen, z. B. für einen antriebsarmen, trägen Schwachbegabten stimulierende, zu erhöhter Aktivität und Konzentrationsverbesserung führende Psychopharmaka verordnen oder einen erethischen Oligophrenen zu beruhigen versuchen. Heil- und sonderpädagogische Maßnahmen stehen von den möglichen Hilfen an erster Stelle (vgl. Abschnitt Pädagogik der Intelligenzgeschädigten).

Auch Chromosomenabweichungen führen zu einer Störung der Hirnfunktion verschiedenen Grades, in vielen Fällen zur Oligophrenie. Die bekannteste von den chromosomal bedingten Oligophrenien ist der *Mongolismus* (Langdon-Down-Syndrom, Trisomie 21). Mongoloide Kinder sind konstitutionell charakteristisch verändert, und zwar recht einheitlich, so daß man sie rasch erkennt. Sie sind kleiner als normal, zeigen kurze Extremitäten und Stummelfinger, wobei über die Handfläche oft eine 4-Finger-Furche verläuft. Im Gesicht fällt eine leicht der mongolischen Rasse angenäherte Augenstellung auf. Die psychophysische Entwicklung der Mongoloiden verläuft verlangsamt. Die meisten mongoloiden Kinder sind imbezill, wenige debil. Mongoloide Patienten machen 10% aller Oligophrenien aus. (Vgl. dazu auch König 1958.)

Von den durch Stoffwechselstörungen bedingten Oligophrenien hat in den letzten Jahren die *Phenylketonurie* viel von sich reden gemacht. Da ihre Verursachung bekannt und diätische Therapie möglich ist, wurde sie zum Prototyp einer Störungsgruppe. Es handelt sich um eine Stoffwechselanomalie, die unbehandelt zu schwerer Oligophrenie führen kann. An manchen Orten ist die Früherkennung durch Routineuntersuchung aller Neugeborenen üblich geworden.

Als Beispiel für die exogen verursachten Oligophrenien sei die durch *Röteln* verursachte Schädigung des Embryos genannt. Sie führt zu einem unterschiedlich stark ausgeprägten Schwachsinn, der manchmal mit Mikrozephalie oder mit leichter Hirnatrophie kombiniert ist. Gefährdet sind Embryos bei Rötelnkrankung der Frau während der ersten 3 Monate der Schwangerschaft. Es ist festzuhalten, daß aus noch nicht bekannten Gründen nur jede vierte Mutter trotz durchgemachter Erkrankung in kritischer Zeit ein durch Rötelnvirus geschädigtes Kind zur Welt bringt. Mädchen sollten nach Möglichkeit vor Erreichen des gebärfähigen Alters

eine Rötelninfektion durchgemacht haben. Rötelnimpfstoff steht zur Verfügung.

1.2.2. Die intellektuelle Unterbegabung

Ein Kind wird als unterbegabt bezeichnet, wenn es einen IQ zwischen 90 und 70 aufweist, im Rahmen einer Normalschule meistens nicht mehr optimal gefördert werden kann, sondern heilpädagogische Betreuung in Sonderklassen (Hilfsklassen, Spezialklassen, C-Klassen usw.) benötigt. Alle Störungen der Intelligenz, die bei Schwachsinnigen gefunden werden, kommen auch für den Bereich der Unterbegabung in Betracht, da es von fast allen Schwachsinnformen mildere Ausprägungen gibt. Dies gilt nach Lempp (1971b) insbesondere für den großen Bereich der frühkindlichen Hirnschädigung und ihre Folgen, aber praktisch nicht für den Mongolismus, der grundsätzlich nicht in den Bereichen der Unterbegabung angetroffen wird.

Die Unterbegabung ist nicht nur in höherem Maße als der ausgeprägte Schwachsinn soziokulturell bedingt, sie ist auch in viel stärkerem Maß als dieser sozial störend wirksam. Der ausgeprägte Schwachsinnige ist in seiner Behinderung durch die Umwelt meistens gut zu erkennen und erfährt in der Regel von der Umwelt den für ihn notwendigen Schutz. Dagegen wird der Unterbegabte in seiner Leistungsschwäche meistens nicht sofort erkannt und deshalb oft lange Zeit überfordert und falsch eingeschätzt. Durch ständige Mißerfolgserlebnisse wird er entmutigt und resigniert, verharrt schließlich in einer ablehnenden Haltung.

1.2.3. Teilerfassungsstörungen und Teilleistungsschwächen

Voraussetzung zu einer vollen geistigen Leistungsfähigkeit bildet auch die intakte Aufnahme- und Verarbeitungsfähigkeit aller für den Menschen wesentlichen Sinnesreize aus der Umwelt. Die fünf bekanntesten Sinnesfunktionen des Menschen, nämlich Sehen, Hören, Tasten, Schmecken und Riechen, haben für die Lebens- und Leistungsfähigkeit eine recht unterschiedliche Bedeutung. Während diejenige von Hören und Sehen ohne weiteres einleuchtet, wird die Bedeutung des Tastsinnes meistens unterschätzt. Am Beispiel der Blinden und Tauben läßt sich leicht zeigen, welche weitreichenden Folgen das völlige Fehlen einer solchen Aufnahmefähigkeit hat (vgl. Lempp 1971b).

Fällt bei einem Kind der Gesicht- oder Hörsinn völlig oder weitgehend aus, wird dieser Mangel von der Umwelt meistens schon früh entdeckt.

Die Behinderten erhalten sehr bald eine Sonderbetreuung und Sonderförderung. Anders bei denjenigen, die unter Teilerfassungsstörungen und damit zusammenhängenden Teilleistungsschwächen leiden. Diese werden meistens nicht oder erst sehr spät erkannt. Die betroffenen Kinder werden in die Normalschule eingeschult und mit denselben Anforderungen konfrontiert, die den voll leistungsfähigen „normalen“ Kindern entsprechen. Sie erfahren rasch eine Fehlbewertung, werden, da und obwohl sie aufgrund ihres sonstigen Verhaltens nicht unterbegabt wirken, entweder als faul oder als generell dumm angesprochen.

Lempp (1971b) beschreibt charakteristische Folgen insbesondere der optischen, aber auch der akustischen Teilleistungsstörung: Diese Kinder zeigen länger eine *verminderte Aufmerksamkeit*. Sie fallen in der Schule dadurch auf, daß sie sich jedem neuen optischen oder akustischen Reiz zuwenden müssen. Auch bei den Hausaufgaben konzentrieren sie sich schlechter. Nach Doll (1951), Strauss/Lethinen (1947) und Johnson/Myklebust (1971) handelt es sich um ein Syndrom, das durch Ablenkbarkeit, Perseveration und Hemmungsschwäche gekennzeichnet ist. Bei diesen leicht behinderten Kindern sind ferner das *soziale Verständnis* und die *Kontaktfähigkeit* oft gestört. Nach Myklebust/Johnson (1971), die diese Lernstörung bestimmt haben, ist soziales Verständnis die Fähigkeit zu unmittelbarer Erfassung des Sinngeltes und der Bedeutung mitmenschlichen Verhaltens. *Distanzunsicherheit* ist charakteristisch für das teilleistungsgestörte Kind und kann oft bis ins Schulalter beobachtet werden. Dadurch gelingt ihm die Aufnahme der ersten Kommunikation besonders leicht; es kommt aber infolge von Distanzunsicherheit und mangelhafter Kontaktsteuerung nur schwer oder nicht zu einem tragfähigen Kontakt und zu einer festen Verbindung. Diese Kinder fallen nämlich ihrem Partner in besonderem Maße „auf die Nerven“ und erschweren damit den Aufbau einer tragfähigen Beziehung (vgl. Lempp 1971b, Johnson/Myklebust 1971).

Im Laufe ihrer fünfzehnjährigen Forschungsarbeit haben die Amerikaner Johnson und Myklebust (1971) die Homogenität dieser Gruppe von Teilleistungsschwächen dargelegt. Es handelt sich nach ihnen um Störungen der Lernprozesse, die auf neurologische Fehlfunktionen zurückzuführen sind, sog. *neurogene oder psychoneurologische Lernschwächen*. (Vgl. auch Benton 1959 und Luria 1961.) Die Neurologie des Lernens ist gestört, wobei sich die Beeinträchtigungen zunächst im Verhalten manifestieren, also psychologischer Natur sind. Es geht um eine Schwäche, um eine Veränderung der Lernprozesse, nicht um eine Unfähigkeit zu lernen.

Die neurogenen Lernschwächen haben folgende Merkmale: adäquate oder nur gering gestörte motorische Fähigkeiten, durchschnittliche bis hohe

Intelligenz, normales Seh- und Hörvermögen und meistens eine gute emotionale Anpassung, das alles verbunden mit einer Lernschwäche. Teilleistungsschwächen sollten möglichst früh erfaßt und von speziell geschulten Pädagogen in und neben dem Normalunterricht behandelt werden. Johnson/Myklebust (1971) haben sehr wertvolle heilpädagogische Programme beschrieben, mit denen die verschiedenen Störungen angegangen werden können.

Die Legasthenie (Spezielle Lese-Rechtschreibschwäche)

Mit dem Problem der Legasthenie haben sich seit langem Psychiater, Psychologen und Pädagogen beschäftigt. Daher ist die Terminologie uneinheitlich (Alexie, Dyslexie, Wortblindheit). In den letzten Jahrzehnten hat das Syndrom Legasthenie zunehmend auch das Allgemeininteresse gefunden. Unter einer Legasthenie versteht Maria Linder (1962, 13), eine deutschschweizerische Pionierin auf dem Gebiet der Lesestörungen, „eine spezielle, aus dem Rahmen der übrigen Leistungen fallende Schwäche im Erlernen des Lesens (und indirekt auch des selbständigen fehlerfreien Schreibens) bei sonst intakter oder — im Verhältnis zur Lesefähigkeit — relativ guter Intelligenz“. Sie spricht von Legasthenie nur dann, „wenn ein Kind von ungefähr normaler Intelligenz unter normalen Schulverhältnissen und trotz allen Bemühungen der Erwachsenen das Lesen (oder Schreiben) nicht oder nur mit der größten Anstrengung erlernen kann, während in den übrigen Fächern keine auffallenden Probleme vorhanden sind“ (a. a. O.). Diese Begriffsbestimmung führt in der Praxis meist dazu, daß lese-rechtschreibschwache Kinder mit Intelligenzquotienten unter 90 (bzw. unter 100) von Legasthenieuntersuchungen und speziellen Therapien ausgeschlossen werden, während sich gezeigt hat (vgl. Angermaier 1973), daß Lese-Rechtschreibschwächen zu einem erheblichen Teil bei Unterbegabten vorkommen. Merkbar wird die Störung erst im Schulalter, jedoch kann schon im Vorschulalter eine optische oder akustische Differenzierungsschwäche bei einem Kind auf eine Disposition zur Legasthenie hinweisen. Die Legastheniker machen nach neueren Untersuchungen (vgl. Angermaier 1973, aber auch schon Lory 1969) keine sogenannten typischen Fehler, zu denen man u. a. Reversionen, Inversionen und Umstellungen gezählt hat; es treten die gleichen Fehler auf, die auch sonst beim Lesenlernen beobachtet werden, allerdings gehäuft. Bladergroen (1955) gliedert die Fehler in zwei Grundtypen; der eine ist mehr durch eine visuelle, der andere durch eine auditive Teilleistungsschwäche bedingt. Die Legasthenie hat man auch frühkindlich erworbenen leichtgradigen hirnanorganischen Schädigungen und erblichen Faktoren zugeschrieben. Dies im Einzelfall nachzuweisen, ist jedoch schwierig.

Die Fähigkeiten zum Lesen und Rechtschreiben nehmen in unserem Bildungssystem einen großen Raum ein. Was die Fähigkeit des Lesens betrifft, kann man dies durchaus verstehen und begründen, jedoch erscheint die weit verbreitete Abwertung derjenigen, die in der Orthographie unsicher sind, nicht gerechtfertigt. So sollten z. B. inhaltlich gute Aufsätze eine angemessene Beurteilung erfahren, auch wenn sie viele Rechtschreibfehler aufweisen (vgl. Lempp 1971b).

In der internationalen Literatur schwanken die Angaben über den Umfang des Vorkommens der Legasthenie zwischen $\frac{1}{2}$ und 40%. Man rechnet im deutschen Sprachraum mit 5% (vgl. Angermaier 1973).

Nicht jede Lese-Rechtschreibschwäche ist jedoch eine Legasthenie. Wo mangelhafte Förderung des Kindes oder ungenügender Erstlese- und Rechtschreibunterricht die Ursachen von Lese-Rechtschreibschwächen sind, sollte nicht von Legasthenie gesprochen werden. Schon Linder (1962) hat dies in ihrer Definition zum Ausdruck gebracht. Die Ganzheitsmethode wurde mit dem Zunehmen der Legasthenien unter den Schulkindern in Zusammenhang gebracht. Lotte Schenk-Danzinger (1968) gibt jedoch ausgerechnet für Wien, wo der Erstleseunterricht synthetisch gegeben wird, die für den deutschen Sprachraum hohe Zahl von 6% Legasthenien an. Zum Schluß führen wir die diesbezüglichen Ausführungen Angermaiens (1973, 234/235) an: „Methodeneffekte zeigen sich ... in den ersten Schuljahren und hier vor allem bei weniger intelligenten Kindern. Die vorliegenden Lehrmethodenvergleiche haben die Bedeutung der analytischen Wahrnehmung für das Erlernen der orthographischen Schreibung erkennen lassen und ergeben, daß die lautsynthetische Methode das erforderliche Training früher und gründlicher leistet. Davon profitieren vor allem die Intelligenzschwachen. Der ganzheitliche Leseunterricht führt zwar später zum Ziel, von einer Verursachung der Lese-Rechtschreib-Schwäche auf diesem Weg kann aber keine Rede sein. Größere Bedeutung als den einzelnen Unterrichtsmethoden kommt der Erfahrung des Lehrers zu.“

Um eine echte Legasthenie bestimmen zu können, muß eine sorgfältige Untersuchung durchgeführt werden, die eine differenzierte Intelligenzdiagnose und ein Entwicklungsbild miteinschließt. Als geeichter Test zur Erfassung der Legasthenie steht heute derjenige von Grissemann/Linder (1972) zur Verfügung. Das legasthenische Kind bedarf einer speziellen Therapie, die möglichst früh, d. h. im zweiten Grundschuljahr, einsetzen sollte und von Heilpädagogen erteilt wird, die für diese Aufgabe besonders ausgebildet wurden. (In der BRD gibt es für Legastheniker spezielle Förderkurse.) Unbehandelt kann die Lese-Rechtschreibschwäche, besonders wenn ungünstige Reaktionen der Eltern und Lehrer dazukommen,

die die Legasthenie oft mit Flüchtigkeit und Nachlässigkeit verwechseln, zu chronischer Depression, Resignation, Angst, Minderwertigkeitsgefühlen und Verhaltensstörungen führen.

Die spezielle Rechenschwäche (Dyskalkulie)

Im Gegensatz zur Legasthenie ist die Dyskalkulie, die isolierte Rechenschwäche bei sonst normaler Intelligenz, weniger erforscht und bekannt. Weinschenk (1970) hat in seiner vergleichenden Arbeit dargelegt, daß es Rechenschwächen bei im übrigen normal Intelligenten gibt. Für das eigentliche Rechnen sind nach Weinschenk die Beherrschung der Sprache und des Rechenganges, ein gutes Gedächtnis für Zahlen und geistige Beweglichkeit im Umgang mit den bloß vorgestellten Korrelaten der Zahlbegriffe Voraussetzung. Diese ist bei Dyskalkulie mindestens teilweise defizient. Eine seelische Fehlentwicklung in Form von Entmutigung und kompensatorischer Verhaltensweisen kommt bei den Fällen isolierter Rechenstörungen häufig hinzu. (Vgl. auch Borgards 1964 und Johnson/Myklebust 1971.) Wie die Legasthenie muß auch die Dyskalkulie möglichst frühzeitig erfaßt und einer heilpädagogischen Behandlung zugeführt werden, für die sowohl Weinschenk als auch Johnson/Myklebust erprobte Verfahren angeben.

1.2.4. Die Hirnschadenssyndrome

Teilleistungsschwächen gehen häufig auf *frühkindliche psychoorganische Syndrome* zurück. „Dieses umfaßt als typische Symptome die Störung der Merkfähigkeit und des Frischgedächtnisses, Störungen in der Begriffsbildung (es werden für einen bestimmten Begriff zu diffuse, allgemeine oder zu spezielle, zu sehr einschränkende Bezeichnungen gegeben) und die affektive Labilität“ (Züblin 1969, 36). Vielfach werden dabei auch die motorischen Abläufe, insbesondere der Feinmotorik, beeinträchtigt; die Kinder sind häufig motorisch unruhig und ungesteuert. Der in fast allen Schulklassen anzutreffende „Zappelphilipp“, der Schüler, der kaum je ruhig sitzt, kann ein unter dem frühkindlich psychoorganischen Syndrom leidendes Kind sein. Fast regelmäßig trifft man bei diesen Patienten auch Schreibstörungen in Form einer zitterigen oder unausgeglichener Schrift, die sich schwer an die vorgegebenen Linien der Schulhefte halten kann. Diese Kinder sind besonders reizempfindlich, ermüden rasch, stellen sich schwerer um, zeigen eine gesteigerte Wetterempfindlichkeit, Empfindlichkeit auf Schlafentzug, Verstärkung der Symptome bei Krankheiten (vgl. Lempp 1964, 1971a und 1971b, Müller-Küppers 1969, Züblin 1969, Johnson/Myklebust 1971, Städeli 1972). „Gerade diese Kinder sind

durch ihre Wesensstruktur, verstärkt durch ihre Reizempfindlichkeit und motorische Unruhe, in besonderem Maße zur *sekundären Neurotisierung* prädestiniert“ (Lempp 1971b, 135).

Die *Intelligenzfunktionen* dieser Kinder sind – im engeren Sinne genommen – nicht betroffen; jedoch kann die Schulleistung bei stärkerer Verlangsamung und Störung der Merkfähigkeit stark absinken, manchmal bis auf das Niveau eines Schwachsinnigen. Forschende und temporeiche Lehrmethoden sind für diese Kinder besonders ungünstig. Diese benötigen eine wohlwollende, liebevolle Führung und einen ruhigen, verständnisvollen Unterricht, bei starker Ausprägung der Symptome u. U. Sonderschulbetreuung in Klassen für Lerngestörte, dazu oft außerschulische Therapien, wie z. B. *psychomotorische Therapie*. Ihnen ist wie den Schwachsinnigen Überforderung äußerst gefährlich; auch ihnen droht Vereinsamung, resignierte Passivität, ungeschickte Kompensationsversuche, Asozialität. Der Erzieher darf unter keinen Umständen zu dem falschen Schluß kommen, daß ein solches Kind „schon könnte, wenn es wollte“.

Psychopathologisch sind *das hirnlokale und das endokrine Psychosyndrom* gekennzeichnet durch eine Störung des Antriebes (z. B. durch eine Apathie oder einen Erethismus) einzelner Triebe (z. B. des Appetits, des Durstes, des Bewegungstriebes, des Schlafes) sowie durch eine Verstimmbarkeit und Drangzustände in irgendeiner Richtung. Dazu kommt impulsives Handeln. Periodisches Auftreten ist typisch für diese Störung.

Das Syndrom der Bewußtseinsstörung findet sich beim Kind am häufigsten in Form des Fieberdelirs, nach Hirntraumen und im Zusammenhang mit der Epilepsie. Es sind alle Stufen zwischen leichter Benommenheit oder Dämmrigkeit bis zu schwerer Bewußtlosigkeit. Ursache ist eine organische Hirnstörung, die vor allem behandelt werden muß (vgl. Züblin 1969, 44/45).

1.2.5. Epilepsien oder Anfallskrankheiten

Die Symptomatik der hirnorganischen Anfallskrankheiten im Kindes- und Jugendalter ist so vielgestaltig, daß man besser im Plural von den Epilepsien spricht. Nur die typischen Formen, nämlich der generalisierte Anfall (*grand-mal*) oder die *Absence* sind hinreichend charakteristisch. Gemeinsam sind den Anfallsleiden, die mehr oder weniger häufig und mehr oder weniger regelmäßig aus verschiedener Ursache auftreten, hirnelektrische Entladungen. Durch sie werden anfallsartige Zustände hervorgerufen, die verschieden starke, manchmal auch gar keine motorischen Reaktionen auslösen und mit Bewußtseinsstörung einhergehen können (vgl. Lempp a, 1972).

Die Ursache ist eine hirnorganische Störung, die auf verschiedene Weise erworben sein kann. Es gibt eine erbliche Disposition zu erhöhter Krampfbereitschaft; allein ist sie jedoch selten schwer genug, um eine Krankheit entstehen zu lassen. Es tritt in der Regel eine leichtere oder schwerere hirnorganische Schädigung dazu, die meistens während der frühkindlichen Entwicklung, während Schwangerschaft, Geburt oder Säuglingszeit, aber auch später durch Gehirnentzündung oder ein Hirntrauma erworben wurde. Auch selbständige Hirnerkrankungen sowie Hirngeschwülste oder raumverdrängende Prozesse im Gehirn rufen Anfallszustände hervor.

Der große Anfall (grand-mal): „Der typische epileptische Anfall beginnt mit einer Aura: Der Patient erleidet ein kurzes halluzinatorisches Erlebnis (z. B. einen Geruchs- oder Geschmackseindruck; er sieht einen Lichtblitz oder dergl.). Darauf erfolgt ein Bewußtseinsverlust, der typischerweise von einem generalisierten, anfangs tonischen Krampf begleitet ist, wobei der Patient hinstürzt und oft einen Schrei ausstößt, der durch die im Krampf ausgepreßte Luft, die die verschlossene Stimmritze passiert, verursacht wird. Die tonische Phase wird durch eine klonische abgelöst, in der der Patient zuckend um sich schlägt. Die zuckende Zunge schlägt dabei oft den Speichel zu Schaum, der blutig ist, wenn die Zunge infolge des Krampfes der Kaumuskulatur verletzt worden ist. Oft erfolgen auch Entleerungen von Blase und Darm. Da die Atmung während des Krampfes aussetzt, tritt eine Asphyxie auf: Der Patient wird zuerst blau, dann blaß. Der ganze Anfall dauert kaum mehr als drei Minuten. Nach letzten schwächer werdenden Zuckungen erfolgt dann eine Erschlaffung. Die Atmung kommt wieder in Gang. Der Patient kommt wieder zu sich, ist meistens müde und erschöpft, manchmal rasch vollkommen bewußt, oft aber noch einige Zeit dämmerig. Meistens schließt sich an das Aufwachen ein Erholungsschlaf an. Nicht alle Anfälle zeigen diesen typischen Verlauf, so daß jeder Bewußtseinsverlust ohne erkennbare Ursache bis zur erfolgten Abklärung als epilepsieverdächtig betrachtet werden muß“ (Züblin 1969, 53). Wegen des vorübergehenden Atemstillstandes und der dadurch bedingten Sauerstoffnot ist der große Anfall jedes Mal eine gewisse Gefährdung für das Gehirn, das gegen Sauerstoffmangel empfindlichste Organ. Große Anfälle können daher häufig zu einer sekundären Gehirnschädigung führen.

Das sofortige Herbeirufen des Arztes ist beim einfachen Anfall nicht erforderlich; es genügt, für eine entspannte Lagerung des Patienten zu sorgen sowie dafür, daß er frei durchatmen kann. Lebensgefahr besteht aber dann, wenn der große Anfall sehr lange dauert oder wenn mit nur geringer Unterbrechung und ohne Wiedererlangen des Bewußtseins ein großer Anfall auf den anderen folgt. Auch wenn dieser Zustand, der

sog. *Status epilepticus*, überlebt wird, ist eine schwere zusätzliche Hirnschädigung oft die Folge.

Man spricht von *fokalen Anfällen (Herdanfälle) oder Jackson-Anfällen*, wenn ein Teilgebiet des Körpers motorisch betroffen ist, z. B. eine Hand, ein Arm, eine Körperhälfte oder auch ein Teil des Gesichtes. Diese Anfälle gehen in der Regel nicht mit Bewußtlosigkeit einher. Der Anfallsherd ist in der Hirnrinde lokalisiert und aufgrund des Ortes, an dem der Anfall beginnt, meistens ziemlich genau zu lokalisieren. *Die psychomotorischen Anfälle oder Schläfenlappenanfälle* sind gekennzeichnet durch eine Bewußtseinsstrübung ohne Hinstürzen. In den eine halbe bis mehrere Minuten andauernden Zuständen vollzieht der Patient Handlungen meist sinnloser Art, nestelt an der Kleidung, geht hin und her, schluckt und kaut in typischer Weise. Oft besteht eine Schädigung im Schläfenlappenbereich. Bei der *Absenz* handelt es sich um kurze, sekundenlang dauernde Bewußtseinsstrübungen, die oft begleitet sind von stereotypen Handlungen, Muskelbewegungen (Verdrehen der Augen usw.). Oft fehlt jede motorische Begleitreaktion. Die reine Absenz ist die häufigste Form kindlicher Epilepsie. Solche Abwesenheitszustände können oft gehäuft auftreten, bis zu 100mal am Tage, ohne daß der Patient selbst etwas davon bemerkt. Das typische Manifestationsalter liegt etwa bei Beginn des 4. oder 5. Lebensjahres. Die Absenz wird im Schulalter noch häufig beobachtet, bei Jugendlichen und Erwachsenen immer seltener. Man spricht von *latenter Epilepsie*, wenn bei einem Kind das Hirnstrombild (Elektroencephalogramm) typische, auf Epilepsie weisende Veränderungen zeigt, klinisch aber keinerlei Hinweise auf Anfallszustände vorhanden sind. Man kann ein solches Kind nicht als epileptisch bezeichnen, jedoch ist eine regelmäßige Kontrolle angezeigt. Intermittierende Lichtreize, auf dem Wasser flimmerndes Sonnenlicht, nicht einwandfrei arbeitende Fernsehgeräte können epileptische Anfälle auslösen. „Die so provozierten Anfallskranken bilden eine eigene Gruppe, die sich durch die Photosensibilität auszeichnet. Die Photosensibilität ist offenbar eine vorwiegend erbliche Eigenschaft“ (Lempp 1971, 282). In Anbetracht des heute verbreiteten großen Fernsehkonsums, auch schon unter Kindern, ist dieser Gruppe von *photosensiblen Epilepsien* besondere Beachtung zu schenken.

Epileptische Anfälle und Absenzen werden sehr oft nicht oder erst spät als solche erkannt. Epilepsien im eigentlichen Sinne, d. h. lange dauernde Krankheiten mit Anfällen und/oder Absenzen finden sich bei 0,5% der Bevölkerung (Züblin 1969). Gerade im Kindesalter sind vielfältige Kombinationen verschiedener Anfallsleiden möglich sowie Übergänge von einer Form in die andere. Alle Anfallsleiden müssen einer genauen neurologischen Untersuchung zugeführt werden. Die Therapie besteht in der

Regel in einer konsequenten und regelmäßigen medikamentösen Betreuung. Wenn die Epilepsie frühzeitig erkannt und behandelt wird, ist die Prognose nicht schlecht. 50% der Anfallskranken sind nach neueren Untersuchungen in ihrer intellektuellen, schulischen und beruflichen Entwicklung in keiner Weise beeinträchtigt. Nur Berufe mit hohem Gefährdungsrisiko für andere, wie z. B. Führer von öffentlichen Fahrzeugen und dergleichen, müssen ausgeschlossen werden.

Durch übernommene Vorstellungen von der „heiligen Krankheit“ und von bösen Dämonen nimmt diese Krankheit zuweilen heute noch eine Sonderstellung ein, die bei den Angehörigen von epileptischen Kindern oft eine erzieherische Fehlhaltung bewirkt. Die Eltern möchten die Krankheit soweit als möglich verbergen, engen ihr Kind durch übertriebene Ängstlichkeit ein und hindern so seine gesunde Entfaltung. In den meisten Fällen ist durch eine konsequente medikamentöse Behandlung Anfallsfreiheit oder so weitgehende Anfallsminderung zu erreichen, daß die Kinder sich in ihrer freien Entfaltung praktisch nicht beeinträchtigt fühlen müssen. Man sollte sie lediglich vor gewagten Klettereien und von Radfahren in belebten Straßen abhalten. Mäßig betriebener Sport ist durchaus sinnvoll und gesund. Die Lebensführung sollte möglichst regelmäßig sein, Übertreibungen in Reiz und Belastung sollten vermieden werden. Die typische *epileptische Wesensänderung* — umfassend eine gewisse Denkverlangsamung, eine Erschwerung der Umstellungsfähigkeit, die Neigung, am Diskussionsgegenstand hängen-zubleiben, und eine gewisse Aufdringlichkeit — wurde früher den Epileptikern regelmäßig zugeschrieben. Sie findet sich aber nur bei einer kleinen Gruppe von Kranken und kaum bei epileptischen Kindern und Jugendlichen.

1.3. Psychogene Störungen

Wir haben es jetzt mit psychischen Störungen zu tun, die gemäß obiger Bestimmung *vorwiegend* durch Milieueinflüsse verursacht sind. Dabei müssen folgende Punkte beachtet werden: Psychogene Störungen kommen auch bei Kindern mit organischen Hirnschäden vor und können diese in ihrer Symptomatik wesentlich beeinflussen. Ferner: Bei der Entstehung psychogener Störungen wirken auch bei organisch gesunden Kindern konstitutionelle Faktoren mit, so daß dasselbe Erlebnis das eine Kind krank machen kann, das andere nicht. Zuletzt muß daran gedacht werden, daß je nach Alter und Entwicklungsstand ein Kind auf eine Milieustörung verschieden reagiert. Ein Pubertätlicher erlebt und verarbeitet Milieustörungen anders als ein Kleinkind.

Wir teilen mit Züblin (1969) die psychogenen Störungen, die vorwiegend durch Milieueinflüsse verursacht sind, folgendermaßen ein:

- a) einfache psychische Reaktionen
- b) Neurosen
- c) Psychosomatische Erkrankungen.

1.3.1. Einfache psychische Reaktionen

„Einfache psychische Reaktionen sind im Grunde genommen den krankmachenden Umständen angemessen und verständlich in ihrer Entstehung. Sie sind primär normale Reaktionen eines normalen Kindes auf die gestörte Umwelt und nicht Ausdruck eines inneren Konfliktes. Ihre Ursache ist dem Kind sehr oft bewußt. Sie sind dann krankhaft, wenn sie unangemessen stark sind oder unverhältnismäßig lange andauern“ (Züblin 1969, 58). Alle chronischen einfach-reaktiven Störungen bringen eine Verzögerung der seelischen Entwicklung mit sich. Dazu kommt, das Symptome einfach reaktiver Störungen oft zu Gewohnheiten werden, die bei schwereren Störungen als Gewohnheitshaltung u. U. einmal ein Leben lang bestehen bleiben können.

Der Begriff der *Verwahrlosung* ist in erster Linie ein sozialer. Je nach dem sozialen Ideal einer Gemeinschaft wird man Verwahrlosung anders definieren. Die traditionelle Form, die mit einer schweren Vernachlässigung der Kleider und Körperpflege einherging, ist in den letzten Jahrzehnten seltener geworden. Dagegen trifft man heute häufiger *seelische Verwahrlosung* an, sehr wahrscheinlich infolge der herrschenden Unsicherheit gegenüber tradierten Normen und des verbreiteten wirtschaftlichen Wohlstandes.

Das angeborene weitreichende Grundbedürfnis des Menschen nach affektivem Kontakt ist sicher eine der fundamentalen Bedingungen für die Existenz menschlicher Gemeinschaften. Ein Kind, das in den ersten Entwicklungsjahren eine ausreichende affektive Betreuung konstanter Bezugspersonen vermissen muß, das eine zu harte oder zu nachgiebige Erziehung genießt, wird später leicht selber in der *affektiven Kontaktfähigkeit verarmen*, *Beziehungsstörungen* zeigen, *labil* und *bindungslos* sein. Zu der früh erworbenen affektiven Kontaktarmut kommt bei diesen Kindern fast regelmäßig die *Beziehungsarmut zur gegenständlichen Welt*. „Die gleichen Gründe, die die verminderte Beziehung zum Menschen mit sich bringen, stören auch die Zuwendung zum Ding, verderben den „Aufforderungscharakter“ der Welt ganz allgemein (Dührssen 1972, 153). Bei verwahrlosten Kindern und Jugendlichen kann man überdies feststellen, daß ihnen eine Fülle von *echten Befriedigungsbedürfnissen* entgeht, die

den normal entwickelten jungen Menschen aus konstruktivem Spiel und ebensolcher Beschäftigung zuteil werden.

Verschiedene Autoren, z. B. Dührssen (1972) und Fuchs-Kamp (1952) zeigen in ihren Untersuchungen, daß Kinder, die verwahrlosen, nach einer frühen Phase der Verarmung des affektiven Kontaktes und der allgemeinen Interessiertheit später häufig Verwöhnungen in ihrem insgesamt armseligen Lebensgang erleben. In diesen eingestreuten Verwöhnungen wird den Kindern nicht etwa im Übermaß warmherzige Zuwendung und liebevolles Beschenktwerden zuteil, sondern fast immer übermäßige Nachgiebigkeit, wo auf die Erfüllung vernünftiger Forderungen hätte bestanden werden müssen oder auch ein Überhäufen mit materiellen Gütern, beides aus Schuldgefühlen dem Kind gegenüber oder aus allgemein gleichgültiger Grundstimmung heraus. Diese Einzelerlebnisse sind es, die bei den Kindern und Jugendlichen die Voraussetzung dafür bilden, daß persönliche Krisensituationen leicht dazu benützt werden, um sich *Ersatzgenuss* und *Ersatzbefriedigungen* zu verschaffen. (Vgl. dazu auch Aichhorn 1951 und 1964, Zulliger 1961.) In Fällen schwererer seelischer Verwahrlosung kommt es neben *Eigentumsdelikten* zu *Weglaufen*, *Herumstreunen*, *Lügen*, *Hochstaperei*, *aggressiver* und *sexueller Verwahrlosung*.

Die Symptome der seelischen Verwahrlosung sind heute vielfach milder. Die aktuellen Verwahrlosungsumstände schildert Züblin (1969, 60) in treffenden Worten: „Die Eltern sind häufiger aus freiem Willen abwesend, weil sie von ihren Interessen von der Familie weggeführt werden. Die Mutter arbeitet, um den Wohlstand der Familie zu erhöhen oder weil ihr das Leben in der Familie zuwenig Anregung und Befriedigung gibt. Die Interessen der Eltern beeinträchtigen den Kontakt zum Kind, weil sie mit diesem nicht geteilt werden.“

Die Behandlung der Verwahrlosung besteht darin, dem Patienten Liebe und Autorität zu geben. Weder liebevolle Zuwendung allein, noch Autorität ohne Liebe vermögen sittliche Reifung und Entwicklung herbeizuführen, durch welche soziale Bewährung möglich und die äußere Freiheit ertragen wird. U. U. muß der Patient einer Pflegefamilie oder einem Heim übergeben werden.

Die *Frühverwahrlosung* oder der *psychische Hospitalismus* entsteht dann, wenn die affektive Betreuung in den ersten Lebensjahren mangelhaft ist, das Kind die mütterliche Pflegeperson mehrmals wechseln muß und keine Bindungsfähigkeit entwickeln kann. Für dieses Syndrom wird auch aus historischen Gründen der Ausdruck *psychischer Hospitalismus* verwendet. Mit „Hospitalismus“ bezeichneten Kinderärzte seit Jahrzehnten Pflegeschäden körperlicher Art infolge langer, ungenügender Pflege in Institutionen (Heimen), und zwar die Folgen ungenügender Ernährung, Vit-

amindefizite, Spitalinfektionen u. a. m. Davon hebt sich der psychische Hospitalismus im Kindesalter ab, mit dem „eine universelle oder partielle Entwicklungsstörung bezeichnet wird, die vor allem die affektiven und die intellektuellen, aber auch die statomotorischen Funktionen des Kindes betrifft. Sie wird durch anhaltende oder zahlreiche kurzdauernde emotionale Frustrierungen im frühen Kindesalter erzeugt. Die Intensität und die Art der Symptomatik sind vom Alter des Kindes bei der Trennung der Mutter, von der Dauer und der Schwere der frustrierenden Ereignisse, ferner von einer entsprechenden Disposition des Kindes und von dem Zeitraum abhängig, der seit der Frustrationsperiode vergangen ist“ (Nissen 1971b, 49).

Heute trifft man den psychischen Hospitalismus auch ebenso häufig außerhalb eines „Hospitals“, eines Heimes an, und zwar in Familien, die das kleine Kind ungenügend oder nicht betreuen. Andererseits reicht auch in den Säuglingsheimen, die heute in der Regel, was die körperliche Hygiene anbetrifft, sorgfältig geführt werden, die affektive Betreuung häufig nicht aus. Solange das Personal mangelhaft ausgebildet ist und nicht über genügend Zeit verfügt, um sich auch in affektiver Hinsicht mit jedem Kind zu beschäftigen, besteht für die Kinder Gefahr. Die Untersuchungen und kausal orientierten Direktbeobachtungen von Bowlby (1951), Spitz (1970²), Meierhofer/Keller (1966) (Zusammenfassungen in Schmalohr 1968) gestatten eine präzise Darstellung der psychopathologischen Symptomatik und ihrer Entstehung, wodurch eine Unterteilung des Frustrationssyndroms nach Lebensalter und nach Art und Schweregrad der reversiblen und irreversiblen Symptomatik möglich wird: 1. Der „Separationsschock“ (Bowlby), die psychischen Erscheinungen des Kleinkindes im Zusammenhang mit jeder Trennung von der Mutter, 2. die „anaklitische Depression“ (Spitz), die sich in ihrem Ablauf teilweise mit den 3 Phasen Bowlby's (Protest – Verzweiflung – Ablehnung) deckt; 3. die „mentale Inanition“ (Tramer), bei der es bereits zu psychischen Dauerschäden kommt (Bowlby, Spitz), und 4. der „Hospitalismus“ im ursprünglichen und im engeren Sinne mit schweren somatischen und psychischen Dauerschädigungen und mit vitaler Bedrohung. Das affektiv früh verwahrlosende Kind erhält infolge der ungünstigen äußeren Umstände nicht die für eine normale Entwicklung notwendige affektive Zuwendung und reagiert darauf mit einer ausgesprochenen Passivität, die zu einem Darniederliegen aller Tätigkeiten, auch des Trinkens, führt. Es lächelt nicht, spielt nicht oder nur stereotyp, bleibt stumpf, ein Zustand, der bis zur völligen Idiotie führen kann. Besteht Kontakt zu einer Pflegeperson, ist dieser aber unpersönlich, so kann das Kind keine Bindungsfähigkeit entwickeln. Die psychische Reifung und Sprachentwicklung sind verzögert.

Die *Therapie der Frühverwahrlosung* besteht in einer intensiven Kontaktpflege. Prophylaktisch ist zu fordern: Mehr und besser ausgebildetes Pflegepersonal in Säuglings-, Kleinkinder- und Kinderheimen, Verminderung der Zahl der Verlegungen von Heim zu Heim und Verhinderung von Verlegungen der Kinder innerhalb des gleichen Heimes, Gestaltung familienähnlicher Heimgruppen, Vermittlung möglichst vieler Heimkinder in Pflegestellen und zur Adoption. Das Vorkommen eines reinen psychischen Hospitalismus ist nicht unbestritten. Es wird z. T. bestritten, daß ein ursprünglich ganz gesundes Kind Opfer einer affektiven Frühverwahrlosung werden kann. Man vermutet z. B., das betroffene Kind habe unter einem früh aufgetretenen Hirnschaden gelitten, der keine körperlichen Symptome verursachte und später spontan abheilte. Ein abschließendes Urteil ist in dieser Frage heute noch nicht möglich.

Verwöhnung entsteht nicht durch liebevolles Eingehen auf das Kind und seine Grundbedürfnisse. Aber die kindliche Begehrlichkeit unnötig anzustacheln, dem Augenblick entsprungenes Wunschbegehren jederzeit zu erfüllen, dem Kind dort zu helfen, wo es keine Hilfe nötig hat, von ihm nichts zu verlangen, das ist Verwöhnung (vgl. Wolfensberger 1959.) Das verwöhnte Kind will nichts leisten, fühlt sich anderen gegenüber nicht verpflichtet und erwartet von diesen jede Rücksicht. Es versagt schon bei geringen Versagungen durch die Umwelt und vor den altersgemäßen Forderungen der Schule und entwickelt keinen Leistungsehrgeiz. Die Verwöhnung ist nicht weniger gefährlich als die Verwahrlosung. Sie tritt oft zusammen mit der Verwahrlosung auf. Eine teilweise Verwöhnung betrifft vor allem das Materielle: dem Kind werden alle materiellen Wünsche erfüllt, und zwar unter dem Vorwand, es nichts entbehren zu lassen. Hinter dieser Haltung steht jedoch ein Mangel an affektiver Zuwendung; durch materielle Zuwendungen versuchen die Eltern, ihre Schuldgefühle zu beschwichtigen. Die Behandlung des Symptoms Verwöhnung ist in erster Linie eine heilpädagogische. In schwereren Fällen muß ein Wechsel des Milieus in Erwägung gezogen werden (vgl. Züblin 1969).

Störungen, die die Folge einer *übermäßigen Behütung* (*overprotection*) des Kindes durch die Umgebung sind, stehen der Verwöhnung nahe. Meistens erfolgt die Überbehütung durch die Mutter, welche im Grunde Angst hat, das Kind zu verlieren. Sehr oft entspringt die Angst dem Wissen der Mutter darum, daß sie keine weiteren Kinder haben kann. Häufig setzt eine Überbehütung auch nach schwerer Krankheit des Kindes ein oder wenn der Mutter innere Mißbildungen des Kindes, z. B. des Herzens, bekannt sind. Dabei spielt die tatsächliche Gefährdung durch die Mißbildung kaum eine Rolle. Die Mutter versucht, dem Kind in einem unvernünftigen Maß Gefahren aus dem Weg zu räumen. Dadurch er-

schwert oder verunmöglicht sie ihm die Auseinandersetzung mit der Umwelt auf zwei Arten: 1. das Kind kommt mit der Umwelt kaum in Kontakt. 2. Die ängstliche Haltung überträgt sich derart auf das Kind, daß dieses von sich aus die Berührung mit der Umwelt ängstlich meidet. Isolierung und Kontaktstörung sowie ein Mangel an Selbstvertrauen und Selbständigkeit sind die Folgen. Menschen, die gegenüber den normalen Lebensanforderungen versagen, wurden in ihrer Kindheit oft überbehütet. Die Therapie besteht vor allem in einer Beratung oder Behandlung der Mutter. Wenn dies nicht gelingt, muß das Kind von der Mutter getrennt werden, was jedoch schwierig ist, löst es doch bei Mutter und Kind heftige Angstreaktionen aus (vgl. Züblin 1969, Richter 1967).

1.3.2. Neurosen

Der Begriff „Neurose“ wird heute sehr unterschiedlich definiert, entsprechend den verschiedenen wissenschaftlichen Lehrmeinungen. Er ist nur aus seiner medizingeschichtlichen Herkunft zu verstehen. 1776 stellte der schottische Arzt Cullen der Neuritis die nichtentzündlichen Nervenkrankheiten als Neurosen gegenüber. Seither wurde der Begriff immer stärker eingeengt (vgl. Bräutigam 1969). Heute sind sich die Psychiater und Psychoanalytiker der meisten Schulen darin einig, daß es sich bei der Neurose um eine vorwiegend erworbene abnorme seelische Entwicklung handelt, die nicht organisch bedingt ist, aber mehr oder weniger stark konstitutionell mitbedingt sein kann. Als neurotisch kann jede überwiegend psychogene Störung bezeichnet werden. Dieser Auffassung der Neurose können sich auch jene Ärzte anschließen, die den Gültigkeitsanspruch psychoanalytischer Vorstellungen über die Bedeutung der frühen Kindheit für die Entstehung und Entwicklung von Neurosen nicht anerkennen.

Aus psychoanalytischer Sicht wird diese gebräuchliche Begriffsbestimmung von Neurose insofern wesentlich eingeschränkt, als von einer Neurose nur dann gesprochen wird, wenn unbewußte Mechanismen und Vorgänge des *innerseelischen Widerstandes*, der *Verdrängung* und der *Gebremtheit* beteiligt sind (vgl. Nissen 1971b).

Neurosen treten beim Kind nicht vor 2 Jahren auf; sie sind wesentlich seltener als die einfachen Reaktionen, die bei Kindern als entwicklungs- und stadienabhängige Anpassungsschwierigkeiten oder durch das Erziehungsmilieu, bzw. die Eltern bewirkte Verhaltensauffälligkeiten häufig vorkommen. In den Erziehungsberatungsstellen, den kinderpsychiatrischen Ambulatorien und in der kinderärztlichen Praxis machen die neurotischen Störungen eine große Gruppe der Hilfe suchenden Fälle aus. Die eindeutige Diagnose einer Neurose ist im allgemeinen erst bei Jugendlichen

möglich. Man spricht deshalb bei Kindern zweckmäßiger von psychogenen Störungen mit vorwiegend psychischer oder körperlicher Symptomatik.

Angst und Angstneurose: Angst gehört zum Leben. Sie hat u. U. positive, lebenerhaltende Auswirkungen, doch kann weder der Erwachsene noch das Kind längere Zeit in der Angst leben. Über ihr Wesen und ihre Verursachung sind verschiedene Theorien entwickelt worden. Es gibt kaum ein Kind, das nicht von gewissen Ängsten geplagt wird. Mit Zulliger (1966) unterscheiden wir Angst, Furcht und Ängstlichkeit: die *eigentlichen Ängste* sind irrealen Ängste vor unbestimmten, phantasierten Gefahren. Die *Furcht oder Realangst* zeigt hingegen eine reale, ganz bestimmte Gefahr an. Im Verhalten des *ängstlichen Kindes* scheinen die Ängste durch; diese müssen oft indirekt erschlossen werden. „Von *pathologischer Angst* im Kindesalter ist dann zu sprechen, wenn der Grad und die Dauer der Angstreaktion in einem groben Mißverhältnis zur auslösenden oder angegebenen Ursache stehen und eine Tendenz zur Ausbreitung und Verselbständigung der Angstbereitschaft vorliegt“ (Nissen 1971b, 60). Wenn ein Kind, vor allem gegen Ende des Vorschul- und zu Beginn des Schulalters, allnächtlich zu bestimmten Zeiten mit Zeichen schwerer ängstlicher Erregung aufwacht, liegt *Pavor nocturnus* vor.

Reine Angstneurosen und ausgeprägte Phobien findet man erst bei größeren Kindern. Die Tiefenpsychologie versteht unter *Phobien* Angstzustände, die durch eine Verdrängung regressiver Triebansprüche und ihre Verschiebung auf Objekte und bestimmte Situationen der Außenwelt charakterisiert sind, „die für den Phobiker die Angstinhalte der verdrängten Objekte übernehmen. Es resultieren daraus inadäquate Objekt- und Situationsängste, die nicht ohne weiteres ableitbar sind“ (Nissen 1971b, 61). Tierphobien sind häufig anzutreffen. Bei den Phobien steht die *Schulangst* an erster Stelle. Die Kinder klagen z. B. über Kopf- und Leibschmerzen, schlechtes Allgemeinbefinden, Übelkeit u. a. m., wollen dadurch die Erzieher von der Unmöglichkeit des Schulbesuches überzeugen. Dahinter kann eine Verdrängung der Angst vor dem Mutterverlust und eine Verschiebung auf das Objekt Schule stehen. Das Kind, das unter einer *einfachen Schulangst* leidet, entgeht der Schulsituation, weil es beispielsweise schwachbegabt und in der Schule überfordert ist, unter einer partiellen Leistungsschwäche leidet oder unter einem körperlichen Gebrechen. Es fürchtet die Reaktionen der Mitschüler und Lehrer. (Vgl. Nissen 1971b, Clyne 1969, Sarason u. a. 1971.)

Es bleibt uns, auf zweierlei hinzuweisen: 1. Bei den meisten psychischen Störungen können wir auch Angst feststellen. 2. Angst macht dumm. Es gibt zahlreiche Kinder, die durch Angst scheinbar debil oder partiell debil werden. Früher sprach man von diesen Kindern als von pseudodebilen.

Es ist von großer Wichtigkeit, sie diagnostisch zu erfassen, denn sie gehören nicht in sogenannte Hilfsschulen. Mit Hilfe von Erziehungsberatung für die Eltern oder Psychotherapie für die Kinder selbst können diese ihre Ängste überwinden und ihre gute Intelligenzanlage realisieren. Angstneurotische Kinder und Jugendliche gehören nach Möglichkeit in psychotherapeutische Behandlung und heilpädagogische Betreuung. Bei Kindern des Vorschulalters schließt die Psychotherapie immer die Beratung der Eltern mit ein.

Zwänge und Zwangsneurose: Die Zwangsneurose hat mit der Angstneurose viele Berührungspunkte. Es handelt sich um eine der wenigen Neuroseformen, unter denen die Kinder und Jugendlichen selbst leiden. „Von einer Zwangsneurose sprechen wir dann, wenn der Betreffende Handlungs- oder Denkipulse verspürt, deren Unsinnigkeit er verstandesmäßig ohne weiteres einsehen kann, wobei er aber nicht in der Lage ist, entsprechend dieser Einsicht die Handlung zu unterlassen und den Impuls zu unterdrücken. Die aktive Verhinderung einer bestimmten Zwangshandlung führt dann zu schweren Angstzuständen, die mit vegetativen Begleiterscheinungen verbunden sein und so schwere Ausmaße annehmen können, daß der Patient sich gezwungen fühlt, die unterdrückte Zwangshandlung doch zu vollziehen und dem Impuls nachzugeben, was ihn bei klarer Erkenntnis der Sinnlosigkeit und seiner eigenen Abhängigkeit von dieser Sinnlosigkeit in neue Skrupel und Verzweiflung stürzt. Der ständige, meist vergebliche Kampf gegen den zwanghaften Impuls zehrt den Patienten völlig auf und macht ihn unfähig, sich an der Umwelt in genügendem Maße zu beteiligen“ (Lempp 1971b, 76). Man findet *Handlungszwänge*, wie z. B. den *Waschzwang*, bei dem das Kind ständig das Gefühl hat, unsauber zu sein oder seinen Mitmenschen durch seine Unsauberkeit zu schaden, was es in langen Waschzeremonien zu beseitigen sucht. Der *Kontrollzwang* führt den Patienten dazu, sich ständig zu vergewissern, ob eine bestimmte Ordnung auch sicher eingehalten ist, z. B. das abgelöschte Licht, das abgedrehte Gas oder eine bestimmte Ordnung in einem Schrank. Sogenannte *Grübelzwänge* veranlassen den Betroffenen, immer wieder bestimmte Gedankengänge zu vollziehen.

Zwangsneurosen, die um das 10. Lebensjahr erstmalig auftreten, sind meistens schwere Störungen, denen in der Regel eine schwer gestörte Eltern-Kind-Beziehung zugrunde liegt und die psychotherapeutisch nur durch eine längere Behandlung zu beeinflussen sind. Auf der einen Seite stehen diese schweren Zwangsformen und am Ende einer kontinuierlichen Reihe einfache, kompensierte Formen, die nur noch den Grad einer Persönlichkeitsvariante haben, z. B. eine ausgeprägte Ordnungsliebe und Pedanterie. Ein plötzlicher, anhaltender Leistungsabfall in der Schule kann

durch eine Zwangsneurose bedingt sein. Die darunter leidenden Jugendlichen suchen diese so lange als möglich zu verbergen, weil sie sich schämen, vertuschen die Zwangshandlungen, stellen sie auf irgendeine Weise als sinnvoll hin, so daß der Außenstehende oft lange nichts davon merkt. Die Abwehrzeremonien können den Betreffenden so in Anspruch nehmen, daß schließlich jede Konzentration und schulische Leistung unmöglich wird.

Depressiv-neurotische Zustände: Während depressive Psychosen bei Kindern sehr selten anzutreffen sind, findet man aktuelle, oft chronische Depressionen sehr häufig. Es ist wichtig zu wissen, daß sich die Depression bei Kindern sehr oft ganz anders äußert als bei Erwachsenen. Depressive Kinder können bedrückt, passiv und resigniert sein, ihrer Trauer auch offen Ausdruck geben, sehr oft aber verbergen sie ihre Depression hinter einer Fassade von Gleichgültigkeit und Faulheit. Auch ständige Gereiztheit und Bereitschaft zur Aggression können Bilder kindlicher Depression sein. Die Aggressivität kann sich offen und direkt zeigen, sogar als Frechheit imponieren, häufiger aber ist sie versteckt und äußert sich als Feigheit. Depressive Kinder verüben zuweilen auch boshafte Streiche, zeigen zerstörerisches Verhalten, was als Reaktionen gegenüber der vom Kind als böse empfundenen Umwelt anzusehen ist. Die depressive Störung drückt sich gerne in sogenannten „Schul- und Erziehungsschwierigkeiten“ aus, „weil dies die Berührungsstelle zwischen Erwachsenen und Kindern ist, in der feinere Störungen am ehesten registriert werden“ (Nissen 1971b, 66).

Die Wurzeln depressiv-neurotischer Verstimmungszustände lassen sich sehr oft bis in das 1. Lebensjahr zurückverfolgen. Depressive Fehlentwicklungen finden sich in erster Linie bei Kindern und Jugendlichen, die in früher Kindheit keine konstante liebevolle Zuwendung und Erziehung erfahren durften: Voll-, Vater- und Mutterwaisen, Kinder in häufig wechselnden Pflegestellen und Heimen, Kinder kranker oder beruflich überforderter Väter und Mütter, Kinder aus getrennten oder geschiedenen Ehen, ferner pädagogisch oder intellektuell überforderte oder körperlich mißgebildete Kinder (vgl. Nissen 1971a und b, Dührssen 1972). Die Behandlung der kindlichen Depression ist vielfältig. Mitunter gelingt es, die Ursache zu beseitigen. Wichtig ist es, dem Kind zu zeigen, daß man seine Nöte kennt und es versteht. Antidepressive Medikamente werden besonders bei chronischen Aktual-Depressionen mit Erfolg angewendet.

1.3.3. Psychosomatische Störungen

Körperliche Krankheiten psychogener Ursache bezeichnet man als psychosomatische Erkrankungen (Züblin 1969). Neuerdings umfassen die Be-

griffe Psychosomatik und psychosomatische Medizin jede Art ganzheitlicher, psychisch-körperlicher Betrachtungs- und Heilweise. Auch beim Kind können psychische Konflikte ihren Niederschlag in körperlichen Störungen finden. Es ist unmöglich, bestimmten psychosomatischen Störungen einen bestimmten und nur für eine spezielle Krankheit spezifischen Konflikt anzugeben. Bei Kindern bilden Konflikte mit den Eltern oft die der psychosomatischen Erkrankung zugrunde liegende Ursache.

Das *Asthma bronchiale* ist insofern die häufigste psychosomatische Störung im Kindesalter, als bei seinem Entstehen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Nach neueren Untersuchungen sind diese bei rund 60% der asthmatischen Kinder beteiligt, können aber in nur 1–20% der Fälle allein für die Entstehung der Krankheit verantwortlich gemacht werden (Strunk 1971). Im Zentrum der Diskussion um die psychogene Verstärkung oder Verursachung des Asthmas stehen Besonderheiten der Persönlichkeitsstruktur der Mutter und der Mutter-Kind-Beziehung. Vielfach sind die Mütter asthmatischer Kinder ängstlich, unsicher und finden wenig Befriedigung in ihren sozialen Kontakten. Sie neigen zu einer besonders engen Bindung an das Kind, haben ständig das Bedürfnis, dominierend einzugreifen. Auf der Seite des Kindes findet man eine starke Abhängigkeit von der Mutter und ein gesteigertes Liebesbedürfnis, dazu eine ausgeprägte Angst, von der Mutter getrennt zu werden (Condrau 1968).

Folgende psychosomatische Störungen sind zu nennen: *verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen, Allergien, gewisse Hauterkrankungen, Fieberschübe, Migräne* u. a. m. Dabei muß man festhalten, daß solche Erkrankungen allgemein ohne eine besondere Sensibilität oder Anfälligkeit des erkrankten Organs kaum auftreten würden.

Üblicherweise wendet man sich beim Auftreten psychosomatischer Störungen an den Internisten. Der Psychiater wird erst dann um Hilfe gegangen, wenn die internistische Therapie versagt und die Eltern oder der Arzt des Kindes eine Psychogenese der Krankheit in Erwägung ziehen. „Häufig werden psychosomatische Störungen, besonders Asthma, durch einen Milieuwechsel behandelt, wobei nach Überzeugung der Eltern eine „Luftveränderung“ im wörtlichen Sinne des Ausdrucks heilsam ist, während es dem Psychiater näher liegt, anzunehmen, daß vor allem die Veränderung der mitmenschlichen Umgebung die therapeutische Hauptrolle spielt. Wahrscheinlich spielen beide Faktoren eine Rolle. Affektive Beziehungen und belastende psychische Situationen können offenbar ebenso allergen wirken wie Hausstaub und ähnliches“ (Züblin 1969, 76).

1.4. Psychosen im Kindesalter

1.4.1. Der kindliche Autismus

In der Erwachsenenpsychiatrie gehört das Symptom des Autismus dem schizophrenen Formenkreis an. Im Jahre 1911 bezeichnete Eugen Bleuler die Flucht der Schizophrenen vor der Außenwelt in Wahnvorstellungen erstmals als „Autismus“. Unter „kindlichem Autismus“ wird eine ungleiche Krankheitsgruppe verstanden, die im wesentlichen durch eine schwere zwischenmenschliche Kontaktstörung und spezielle Defekte des Gefühlslebens gekennzeichnet ist. Meistens geht eine verzögerte Persönlichkeitsentwicklung damit einher. Bis heute ist weder die Klärung der Ursachen noch die Zuordnung zu einer bekannten Krankheitsgruppe gelungen. Autistische Kinder sind begegnungsscheu, „ignorieren Menschen und Dinge ihrer Umgebung und leben extrem abgekapselt in einer emotionalen und intellektuellen Eigenwelt. Aber auch die Beziehungen zur Dingwelt sind fast regelmäßig pathologisch verändert, häufig angstbesetzt und zwanghaft entartet. Der spezielle Aufforderungscharakter und Zweckinhalt bestimmter Gegenstände der Umgebung wird meist nicht erkannt oder verkannt. Das Kind verfährt damit autonom und egozentrisch“ (Nissen 1971b, 303). Die damit einhergehenden Intelligenzdefekte sind verschieden schwer. Das Aufdecken der intellektuellen Fähigkeiten ist infolge der emotionalen Blockierung meistens schwierig, oft unmöglich. Autistische Kinder benötigen oft Sonderschulung.

1.4.2. Die Schizophrenie

Als endogene Psychosen bezeichnet man Schizophrenien und manisch-depressive Erkrankungen, wobei „endogen“ heute nicht mehr besagt, „als daß die Genese dieser Erkrankungen unbekannt ist“ (Strunk 1971). Da es gar nicht so selten Krankheitsbilder gibt, die Symptome beider Psychosen zeigen, ging ein Teil der Psychiater dazu über, die Trennung zwischen schizophrenen und manisch-depressiven Psychosen aufzugeben. Mit *Schizophrenie* werden sehr verschiedenartige Krankheitsbilder bezeichnet. Kraepelin sah das Gemeinsame in der „frühzeitigen Verblödung“ und sprach deshalb von *Dementia praecox*. Eine zutreffendere Krankheitsbezeichnung fand 1911 E. Bleuler, der das Gemeinsame in der Spaltung der Persönlichkeit erkannte und den Begriff „Schizophrenie“, d. h. Spaltungsirresein, prägte. Im Erwachsenenalter zählt man Schizophrenien zu den häufigsten und sozial folgenswersten Erkrankungen. Etwa 1% der Bevölkerung leidet darunter. In den psychiatrischen Kli-

niken sind ein bis zwei Drittel der Patienten schizophren. Die Ätiologie ist trotz umfangreicher Forschung (Benedetti 1967) noch immer unbekannt. Im allgemeinen hält man aber an der Hypothese einer körperlichen Teilursache, neben hereditären und psychosozialen Faktoren, fest. „Die Schizophrenie ist eine typische Persönlichkeitsstörung; die „Werkzeuge“ des Gedächtnisses, der Intelligenz sowie das Bewußtsein sind nie (primär) gestört. Die Psychose führt plötzlich oder schleichend zu einem Kontaktverlust mit der bisher vertrauten normalen Welt und zum Einbruch einer fremdartigen, psychotischen Welt mit völlig neuen Erlebnissen. Das Selbstverständliche unserer Konventionen ist nicht mehr selbstverständlich; das Natürliche wird problematisch. Der Einbruch psychotischer Inhalte in das Erleben des Kranken zeigt sich als Spaltung der Persönlichkeit, die in den Primärsymptomen greifbar wird: als Störung der Affektivität (fehlender Kontakt, Ambivalenz), als Denkstörung (Zerfahrenheit, Sperrung, Gedankendrängen), als Störung der Person (Autismus, Depersonalisation, Entichung, Eindruck des Gemachten, doppelte Buchführung). Die Primärsymptome stehen meist nicht im Vordergrund, sondern das Erscheinungsbild wird bestimmt durch die – weniger für die Schizophrenie charakteristischen – Sekundärsymptome: katatone Erscheinungen, Halluzinationen, Wahnideen. Diese entstehen sekundär, als Reaktion auf die Primärsymptome“ (Spoerri 1970, 55/56). Die Krankheit kann akut oder über Monate und Jahre schleichend beginnen. Der Verlauf ist sehr unterschiedlich. „Die Symptome können in ein oder zwei akuten Schüben auftreten, die dann sistieren. Schübe können sich in unregelmäßigen Intervallen ständig wiederholen und jeweils einen Defekt, eine affektive Verflachung, eine Nivellierung der Persönlichkeit hinterlassen und schließlich zu einem charakteristischen schizophrenen Endzustand führen“ (Strunk 1971, 316).

Fällt schon die Diagnose einer Schizophrenie im Erwachsenenalter mitunter schwer, so gilt dies vermehrt im Kindes-, gelegentlich auch im Jugendalter. Vor dem Schulalter kann man eine kindliche Schizophrenie kaum mit Sicherheit diagnostizieren. In diesen Altersabschnitten beginnt die Krankheit oft rasch und dramatisch. Der rasche Kontaktzerfall ist das Leitsymptom. Es können elementare Ängste auftreten; dazu werden die Kinder, besonders abends und nachts unruhig, irren getrieben umher. Die Ängste, die diffus bleiben, lassen eine Wahnstimmung vermuten und können nicht verbalisiert werden, oder sie kreisen um Dunkelheit, Krankheit, Tod und veranlassen das Kind, stereotype, immer gleichlautende Fragen zu stellen. Aber auch ein schleichender Krankheitsbeginn ist möglich, mit Nachlassen der Schulleistungen und der Durchsetzungsfähigkeit in der Gemeinschaft. Das Kind isoliert sich von anderen und behält Spielgewohn-

heiten früherer Entwicklungsstufen bei. Es kommt zu Verhaltensauffälligkeiten, die zunächst als dumme Streiche angesehen werden: ein Aquarium wird z. B. mit Erde angefüllt; absonderliche Hantierungen an Werkzeugen und Einordnungsschwierigkeiten wecken Verdacht auf Opposition, die sonst gar nicht zur verhaltenen Art des Kindes paßt (vgl. Strunk 1971, 319). Die Prognose einer kindlichen Psychose ist um so schlechter, je früher sie beginnt. Schizophrenien, die vor der Pubertät auftreten, zeigen meistens keine Besserungen und verlaufen in einem ausgeprägten Defektzustand, der bald einen Schulbesuch und jegliche geistige Förderung unmöglich macht. Die heilpädagogische Führung des Kindes mit individueller Zuwendung durch einen Erwachsenen, den das Kind bevorzugt, ist im wesentlichen die hier nötige Therapie. Es muß immer wieder neu versucht werden, das Kind zu beschäftigen und Beziehungen zur Realität herzustellen (vgl. Strunk 1971).

Bei Schizophrenien im Alter der Pubertät spricht man in der Regel von *Hebephrenien* oder *Jugendirrsein*. Es gibt unterschiedliche Formen; einzelne nehmen die Form einer übersteigerten Pubertätsreaktion „mit bizarrer Flegelhaftigkeit, albernem und läppischem Verhalten, fehlender Anpassungsfähigkeit oder -willigkeit“ an (Lempp 1971b, 178). Ganz still und unauffällig verläuft eine andere Form der Hebephrenie, bei der der Jugendliche im Lauf der Zeit ohne starke emotionelle Reaktion „versandet“.

1.4.3. Manisch-depressive Erkrankungen

„Bei dieser Gruppe von Erkrankungen stehen Veränderungen der Stimmungslage und des Antriebes im Vordergrund, die über Wochen und Monate bestehen, als Phasen bezeichnet werden, und die nach Abklingen keine Veränderung der Persönlichkeit hinterlassen. Da die führende Symptomatik in der Verstimmung liegt, nennt man diese Krankheiten auch Affektpsychosen. Ihre Ätiologie ist unbekannt“ (Strunk 1971, 332). Die Erkrankungswahrscheinlichkeit von Kindern eines entsprechend erkrankten Vaters oder einer Mutter liegt bei 15–25%. Es besteht kein exakt nachzuweisender Erbgang, jedoch besteht eine familiäre Disposition zur Entwicklung der Krankheit.

In der *depressiven Phase* herrschen beim erwachsenen Patienten eine schwermütig gedrückte Grundstimmung vor, eine allgemeine Hemmung, die sich auch im Denken äußert, und eine Antriebsverarmung. Es besteht Selbstmordgefahr. In der *manischen Phase* steht die gehobene Grundstimmung im Vordergrund. Ferner sind meistens eine allgemeine Enthemmung und Antriebsvermehrung, Ideenflucht und Rededrang festzustellen.

Die Euphorie schlägt manchmal leicht in Gereiztheit um, in der die Patienten grob ausfällig werden können. Über das Vorkommen manisch-depressiver Phasen im 1. Lebensjahrzehnt weiß man noch sehr wenig. „Retrospektiv lassen sich bei manisch-depressiven Erkrankungen Anzeichen dafür finden, daß bereits im Kindesalter phasische Veränderungen des Befindens in Form von Krankheitsanfälligkeit, Verstimmbarkeit, Erziehungsschwierigkeiten, Zurückgezogenheit oder expansiver Art bestanden haben“ (Strunk 1971, 333). Endogene Affektpsychosen sind im allgemeinen beim Kind vor der Pubertät sehr selten. Später treten sie häufiger auf. Sie gegen psychogene oder organisch bedingte Verstimmungen abzugrenzen, fällt oft sehr schwer. Die depressiven Bilder scheinen wesentlich häufiger zu sein als die manischen. „Die endogenen Depressionen haben oft die Form unbegründeter Trauer. Die Patienten sind verzagt, weinen oft ohne äußeren Grund, nehmen an den Spielen der Kameraden nicht mehr teil und isolieren sich weitgehend. Manchmal sind sie mit Beeinträchtigungsideen verbunden, deren Entstehung das durch die Krankheit bedingte Schulversagen entgegenkommt“ (Züblin 1969, 80). Zur Therapie der „endogenen“ Psychosen, auch im Jugendalter, werden heute neben der heilpädagogischen Betreuung Psychopharmaka angewendet.

1.5. Einzelne psychische Symptome

Einzelne Symptome sind nie für eine und nur für diese psychische Erkrankung spezifisch. Aufgrund eines einzigen Symptoms kann keine Diagnose gestellt werden, auch wenn ein einzelnes Symptom eine solche oft wahrscheinlich macht. Man darf eine Diagnose nur stellen, wenn das Kind körperlich und psychisch genau untersucht wurde und seine Vorgeschichte sowie das Milieu, in dem es lebt, bekannt sind. Auch wenn die einzelnen Symptome für eine Krankheitsform als unspezifisch betrachtet werden müssen, so sind sie doch in ihrer Entstehung weitgehend altersabhängig. Auch bei Gesunden kommen die psychischen Symptome vor. Man kann sie dann als krankhaft bezeichnen, wenn sie nicht altersgemäß sind oder nicht harmonisch in die Gesamtpersönlichkeit eingebettet sind und diese beeinträchtigen.

Die *Symptombildung* hängt einerseits von der Art der Störung und vom Motiv des Konfliktes ab, andererseits vom Alter des Kindes. Die Ursache der Störung kann dieselbe bleiben, das Alter färbt die Symptome oft in typischer Weise. Wechseln die Symptome, ist dies nicht unbedingt Ausdruck einer Verarbeitung eines Konfliktes oder einer Verschlechterung

des Zustandes. Unter der Last eines Konfliktes können Kinder Verhaltensweisen oder Symptome zeigen, wie sie bei jüngeren Kindern typisch sind. Hält ein kleinkindliches Symptom an, so liegt eine *Retardation* vor, bricht es neu hervor, spricht man von einer *Regression*. Nicht nur die psychische Entwicklung bewirkt einen Symptomenwandel, es tun dies oft auch Umwelteinflüsse, z. B. erzieherischer Art. Die Umwelt interpretiert dann diesen Symptomenwandel gern als Besserung oder als pädagogischen Erfolg, während sich aber nur das Symptom, nicht die Störung selbst gebessert hat. Erzwungene Symptomenänderungen können mitunter sogar eine Verschlechterung des psychischen Zustandes bewirken.

Je jünger ein Kind ist, desto schlechter kann es sich der Umwelt, ihrem Verhalten und der von ihr ausgehenden Gefühlsatmosphäre entziehen. Die Stimmung eines gesunden Säuglings z. B. ist so gut wie immer die der ihn betreuenden Mutter oder ständigen Pflegeperson. „Viele Kinder sind ängstlich, nicht weil sie Schlimmes erfahren haben, sondern weil die Mutter ängstlich besorgt ist, ihnen Schlimmes fern zu halten. Die Erwartungsangst der Mutter wird vom Kleinkind zwar nicht bewußt erkannt, aber sie wird miterlebt. Das Milieu induziert den affektiven Zustand und das Verhalten eines Kindes weitgehend. Während sich Erwachsene über die eigentliche affektive Situation einer Familie oft leicht täuschen lassen und nicht ahnen, was sich hinter der Fassade verbirgt, so leben und erleben die Kinder ... unter Umständen die eigentliche innere Situation der Familie. Sie reagieren auf Spannungen zwischen Eltern, auf ihre Unsicherheit und Nervosität, und seien diese noch so gut verborgen ... So sind die Kinder mit ihren Störungen oft in erster Linie ein Hinweis auf die Störungen in ihrer nächsten menschlichen Umgebung“ (Züblin 1969, 83/84). Die Behandlung induzierter Störungen hat in der Regel zwischen drei Möglichkeiten zu wählen: Behandlung des Kindes, Behandlung der Eltern oder Versetzung des Kindes in eine andere Umgebung, was unter Umständen durch eine Psychotherapie ergänzt werden muß. Sie ist meistens mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden, geht es doch oft um Symptome, die Teil eines Familienstils sind und innerhalb der Familie als normal erlebt oder bagatellisiert werden.

Es wäre falsch anzunehmen, es gäbe kindliche Verhaltensstörungen, die sich nur in einem einzigen Symptom ausdrücken, während das Kind im übrigen von der Störung nicht betroffen sei. Sehr oft steht beim Kind ein auffallendes Symptom im Vordergrund, das der Umgebung als besonders krankhaft oder besonders störend erscheint. Bei der Behandlung kommt es nie nur darauf an, ein Symptom zum Verschwinden zu bringen. „Man behandelt weder ein Symptom noch eine Krankheit, sondern immer nur den kranken Menschen. Wenn sich die Behandlung scheinbar gegen ein

bestimmtes Symptom richtet, so ist sie trotzdem nur dann erfolgreich, wenn der ganze Mensch behandelt wird. Sonst müßte z. B. die Behandlung des Bettnässens mit einer Bettnässerklammer – wie sie früher üblich war – befriedigen“ (Züblin 1969, 89). Der Umstand, daß ein bestimmtes Symptom sich einmal mit dieser, ein anderes Mal mit jener Fragestellung besser erfassen läßt und daß ein- und dasselbe Symptom bei verschiedenen Patienten und je nach der Kombination mit anderen Symptomen nicht immer gleich interpretiert werden kann, verunmöglicht eine Systematik der Symptome nach einer einzigen Konzeption. Es sollen im folgenden ein paar einzelne wichtige Symptome besprochen werden; ihre Reihenfolge ist weitgehend willkürlich (Züblin 1969).

1.5.1. Die Enuresis (Einnässen)

Die Kinder erlernen die Blasenkontrolle in sehr verschiedenem Alter. Man spricht deshalb erst nach Vollendung des vierten Lebensjahres von einer Enuresis, wenn es mit ziemlicher Regelmäßigkeit zum Einnässen kommt. Dies ist bei ca. 10% der Kinder der Fall (12% Jungen, 7% Mädchen) (Strunk 1971). Etwa 4,5% der Kinder nassen zu Beginn des Schulalters noch ein; die Störung wird nach der Pubertät selten. Die meisten nassen Kinder, 70–80%, nassen nur nachts ein, viele immer zur gleichen Nachtstunde (*Enuresis nocturna*). Das Tagnässen (*Enuresis diurna*) ist seltener.

Das primäre Einnässen entsteht aus verschiedenen Ursachen: 1. aus einer hereditären Belastung, 2. durch Fehler bei der Reinlichkeitserziehung, 3. durch eine abnorme Haltung der Mutter; als disponierende Faktoren beim Kind: 4. als Anzeichen für eine Neuropathie, 5. als Anzeichen für das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung in Form des frühkindlichen Psychosyndroms (Lempp), 6. als organpathologischer Befund, Mißbildungen oder Anomalien der ableitenden Harnwege, 7. wegen abnormem Tiefschlaf, 8. wegen gestörter seelischer Entwicklung (bei der Mehrzahl der Enuretiker im Jugendalter), oder 9. als Restsymptom von seelischem Hospitalismus oder Verwahrlosung. „Diese sehr unterschiedlichen genetischen Gesichtspunkte, die bei der primären Enuresis zu berücksichtigen sind, schließen es keineswegs aus, daß auch diese Form des Einnässens sehr oft Symptom einer psychogenen Erkrankung ist, wie es bei der sekundären Enuresis praktisch immer der Fall ist“ (Strunk 1971, 125). Es erscheint sinnvoll, den Begriff „Enuresis“ nur bei Kindern zu verwenden, die keine organpathologischen Befunde aufweisen. Es sind verschiedene typische psychische Situationen bekannt, die das (sekundäre) nächtliche Einnässen auslösen können, z. B. erhebliche unbefriedigte An-

sprüche des Kleinkindes gegenüber seiner Mutter oder die Geburt eines jüngeren Geschwisters. Das nächtliche Einnässen bleibt in der Schule meistens lange Zeit verborgen. Kinder, die unter Tagnässen leiden, fallen dagegen in der Schulklasse unangenehm auf, ziehen rasch den Spott und die Verachtung der Klassenkameraden auf sich, was ihre Außenseiterstellung und ihre psychische Not noch vergrößert. Im Schullager und bei Ausflügen mit Übernachtung wirkt sich vor allem das nächtliche Einnässen störend aus, es kann die darunter leidenden Kinder veranlassen, auf die Teilnahme an solchen Unternehmungen zu verzichten.

Bei sehr vielen einnässenden Kindern wurden Fehler in der *Reinlichkeitserziehung* begangen, z. B. das Reinlichkeitstraining zu früh begonnen, oder die Mutter war bei der Reinlichkeitserziehung ungeduldig, lieblos und starr fordernd. Die eigentliche *Therapie* des Einnässens richtet sich nach den Entstehungsbedingungen des Leidens. Die sekundäre Enuresis erfordert grundsätzlich psychotherapeutische Maßnahmen, in die die Eltern einzubeziehen sind. Dies gilt auch für eine primäre Enuresis, wenn ihr eine abnorme Haltung der Mutter zugrunde liegt und diese einer Gesprächstherapie zugänglich ist. Auf alle Fälle müssen Eltern und Erzieher von einnässenden Kindern dahingehend aufgeklärt werden, daß die Symptomatik des Einnässens keine Ungezogenheit oder gar ein Charakterfehler des Kindes ist, sondern eine krankhafte Erscheinung, die einer willentlichen Beeinflussung des Kindes weitgehend entzogen bleibt, daß Strafen also sinnlos sind und ein abendlicher Flüssigkeitsentzug keinerlei Einfluß auf das Leiden hat, sondern das Kind im Gegenteil zusätzlich frustriert.

1.5.2. Die Enkopresis (Einkoten)

Der Ausdruck Enkopresis bezeichnet das psychogen bedingte Einkoten oder Schmieren. Es wird erst diagnostiziert, wenn das Kind ein Alter erreicht hat, in dem normalerweise die Kontrolle dieser Funktion möglich ist, d. h. etwa im 4. Lebensjahr, und wenn keine organischen Schäden vorliegen. Einkoten ist etwa zehnmal seltener als die Enuresis. Es tritt viel häufiger als die Enuresis sekundär, d. h. einige Zeit nach gelungener Reinlichkeitserziehung auf; die Enkopresis stellt ein geschlosseneres klinisches Krankheitsbild dar als die Enuresis. Auch sind die Patienten im allgemeinen psychisch schwerer geschädigt (Strunk 1971). Auch bei der Enkopresis wird übereinstimmend angenommen, daß die emotionale Mutter-Kind-Beziehung zur Zeit der Reinlichkeitsgewöhnung am Zustandekommen der Störung maßgeblich beteiligt ist. Zu früher Beginn und zu strenge Durchführung des Reinlichkeitstrainings scheinen eine besonders wichtige Rolle zu spielen. Die Störung ist vorwiegend Ausdruck einer schweren

Angst, der tiefen Beunruhigung und des Mangels an Geborgenheit. Darauf hat die Behandlung in erster Linie Rücksicht zu nehmen; sie sollte das Gefühl der Geborgenheit vermitteln, Kontakt pflegen und Strafen vermeiden (Züblin 1969). In schwereren Fällen ist ohne ambulante oder stationäre Psychotherapie nicht auszukommen (vgl. Dührssen 1972).

1.5.3. Die kindliche Lüge

Man kann mit W. Stern die Lüge definieren als eine bewußt falsche Aussage, welche dazu dient, durch die Täuschung anderer bestimmte Ziele zu erreichen. Bei Kindern kommt es leicht zu Falschaussagen, die von den Erwachsenen falsch interpretiert werden, da diesen oft das Verständnis dafür abgeht, was als Lüge zu bezeichnen ist. In der Praxis zeigt sich, daß viele bewußte und falsche Aussagen im Kindesalter nicht als Lügen bezeichnet werden können, da die Motivation besondere Ursachen aufweist.

„Von einer pathologischen Lüge oder pathologischen Lügenhaftigkeit (*Pseudologia phantastica*) sprechen wir dann, wenn in einem reflexionsfähigen Alter unmäßig viel und oft, sucht- und gewohnheitsmäßig und auch dort gelogen wird, wo keine persönlichen Vor- oder Nachteile zu erkennen sind. Hier ist das Lügen Symptom einer neurotischen Fehlentwicklung oder geht in enger Verwobenheit mit anderen dissozialen Symptomen (Fortlaufen, Stehlen, Aggressionen) einher“ (Nissen 1971b, 25). „Echte“ Lügen findet man: aus Strafangst, aus Mißtrauen, aus Angst vor Kränkung der Eltern und als Ersatzbefriedigung. Die Kinder lügen, weil ein Liebes- und Anerkennungsmangel vorliegt und sie unglücklich sind. Durch Angeben versuchen sie das zu erlangen, was ihnen die Realität versagt. Manche Kinder lügen, um eine rasche Bedürfnisbefriedigung zu erreichen, es handelt sich also um eine Verwehrungserscheinung. In einem starken Kontrast dazu stehen die „scheinbaren“ Lügen der Kinder. Trotz bewußter Falschaussagen und des Sachverhaltes der Täuschung anderer sind sie keine eigentlichen Lügen. Es ist wichtig, sich daran zu erinnern, daß ein Kind vor dem fünften Lebensjahr nur teilweise zwischen Vorstellung und Realität unterscheiden kann. „Scheinbare“ Lügen finden sich z. B. als *Wunschvorstellungen*: Kleinkinder, die noch dem magischen Denken verhaftet sind, an die „Allmacht der Gedanken“ glauben, versuchen oft mit bewußt falschen Aussagen die Wirklichkeit zu verwandeln. In der spielerischen Lüge wird die Wirklichkeit durch eigene Phantasieproduktionen um- und neugestaltet. Wo das Kind reale Ereignisse nicht erfassen kann, bedient es sich grober Vereinfachungen oder naiver *Konfabulationen*. Immer wieder hat das Kind auch Gelegenheit, Erwachsene

und Geschwister beim Lügen zu beobachten. Seine *Probierlüge* dient der infantilen Forschung und dem Ertasten der Möglichkeiten des Lügens. In einem Milieu, in dem unter den Erwachsenen Lügen ein anerkanntes und erlaubtes Kommunikationsmittel ist, wird das Kind auch diese Verhaltensweise *nachahmen*. (Vgl. auch Schoenfelder 1967, Züblin 1969). Von den bisher dargestellten Formen des Lügens sind abzuheben Störungen der Kritik- und Urteilsfähigkeit infolge hirnorganischer Wesens- und Persönlichkeitsänderungen (Encephalitis, Epilepsie, organische Hirnschädigung) und bei schwachsinnigen Kindern (Nissen 1971b).

„Echtes“ Lügen geht als Symptom oft einher mit weiteren Verhaltensstörungen. In einer Therapie müssen in erster Linie diese weiteren und zugrunde liegenden Anpassungsschwierigkeiten angegangen werden. Dem Kind soll vor allem so viel Sicherheit, Mut und Ehrgefühl gegeben werden, daß es auf das Lügen verzichten kann. Handelt es sich um eine fehlerhafte antisoziale Erziehung, muß eine Milieuverpflanzung des Kindes erwogen werden. Mit Strafen allein bringt man das Kind bestenfalls dazu, das Lügen zu vermeiden, wenn es sehr wahrscheinlich ist, daß die Lüge entdeckt wird. Vielfach bringt nur eine psychotherapeutische Behandlung Erfolg, die je nach Fall mit Milieuänderung, Beratung oder Behandlung der Eltern einhergeht.

1.5.4. Der kindliche Diebstahl

Auch beim Diebstahl drängt sich die Unterscheidung in *Entwendungen* (Vergreifen und Wegnehmen) und eigentlichem *Stehlen* mit seinen verschiedenen Ursachen auf. Von Diebstahl kann frühestens nach dem 7.–8. Lebensjahr gesprochen werden, denn Voraussetzung zum Stehlen im eigentlichen Sinne ist ein bestimmtes Maß an psychischer Differenziertheit mit einer ausreichenden Reife des Gewissens und der Fähigkeit zu rationalem Denken (Nissen 1971b).

Ein Kind, das nicht genügend Liebe und Zuwendung erfährt, wird unter Umständen *Symboldiebstähle* (Zulliger 1956) begehen und z. B. der frustrierenden Mutter heimlich Süßigkeiten entwenden oder Geld, um sich Schleckwaren zu kaufen. Auch aus Abenteuerlust kann es unter bestimmten Voraussetzungen zu Diebstählen kommen. Kinder, die gewohnheitsmäßig stehlen, haben meistens in der frühen Kindheit häufige Wechsel von Versagungen und extremen Verwöhnungen erlebt (vgl. dazu den Abschnitt über Verwahrlosung in diesem Referat). Die Behandlung des Stehlens richtet sich nach seiner Ursache. Bei älteren Kindern ist eine Psychotherapie, eingeschlossen die Beratung der Eltern, oft nicht zu umgehen. Vom psychogenen Diebstahl ist das impulsive Stehlen vieler Pa-

tienten mit cerebralorganischen Schädigungen zu unterscheiden, das schwer zu beeinflussen ist. (Vgl. auch Dührssen 1972, Züblin 1969.)

1.5.5. Störungen der Nahrungsaufnahme

Psychogene Störungen der Nahrungsaufnahme kommen bei Kindern sehr häufig vor. Sie finden sich bei etwa 20% der Schulanfänger und bei zehnjährigen Schulkindern noch zu 14% (von Harnack 1958). Die psychogene Ursache oder mindestens Komponente zeichnet sich im allgemeinen schon in der Symptomatik ab, zu der abnorme Eßgewohnheiten, wie z. B. das Spielen mit der Nahrung, Zögern bei der Nahrungsaufnahme, langsamen Kaubewegungen und Wälzen der Bissen im Munde gehören. Appetitstörungen treten vor allem nach der Umstellung auf selbständiges Essen in der sogenannten Trotzphase auf und können zu einem Brennpunkt der Abwehr des Kindes gegenüber einer drängenden Mutter werden (Dührssen 1972). „Die Mütter sind aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, die Kinder gewähren zu lassen. Selbstunsicherheit, Überängstlichkeit, zwanghafte Züge oder entsprechende berufliche Vorbildung führen zur strengen Befolgung von theoretischen Pflegeanweisungen“ (Strunk 1971, 107).

Eßstörungen bringen, wenn sie nicht körperlich oder durch falsche Ernährung bedingt sind, in der Regel eine innere Spannung und Beunruhigung des Kindes während des Essens oder Trinkens zum Ausdruck. Vor allem Säuglinge und Kleinkinder sind nur dann imstande zu essen, wenn sie sich geborgen fühlen. Überfordert man Kinder in bezug auf Eßmanieren, führt dies nicht selten zur Verweigerung der Nahrung. Mitunter leiden ängstliche oder überforderte Kinder unter Appetitmangel während der Schulzeit. Eßstörungen sind hin und wieder verbunden mit depressiven Zustandsbildern. In seltenen Fällen kommt es zu einer Unterernährung, bei schweren Störungen auch zu Mangelerscheinungen. Zur Behebung der Störungen der Nahrungsaufnahme genügen in leichteren Fällen Beratungsgespräche mit der Mutter. Bei schwereren Störungen steht jedoch die psychotherapeutische Behandlung der Mutter-Kind-Beziehung im Vordergrund.

Eine besondere Appetitstörung stellt die *Pubertätsmagersucht* (Anorexia nervosa) dar. Das im Vordergrund stehende Symptom ist die erhebliche Abmagerung durch eine weitgehende Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Mädchen erkranken viel häufiger als Jungen, das Verhältnis liegt bei 30:1 (Strunk 1971). Die meisten Erkrankungen finden sich bei etwa 13jährigen. Man ist sich heute weitgehend darüber einig, daß es sich um eine psychogene Erkrankung handelt, bei der das zentrale Problem in

der Schwierigkeit liegt, die eigene Geschlechtsrolle zu übernehmen. Ambulant gelingt die Therapie meistens nicht, erfordert in der Klinik ein umfassendes Arrangement, in das auch das Pflegepersonal einzubeziehen ist (vgl. dazu auch Dührssen 1972).

1.5.6. Sprachstörungen

Unter *Stammeln* versteht man entweder das vollständige Fehlen eines Lautes (z. B. Gabel — abel) oder der Ersatz durch einen anderen Laut. Der Ersatzlaut kann an sich ein richtig gebildeter Laut sein, der aber an dieser Stelle fehl am Platze ist. Manche Kleinkinder sprechen statt eines g oder sch ein d, z. B. anstatt Gabel — Dabel, statt Schule — Dule. Der Ersatz erfolgt auch durch Laute, die in der Umgangssprache nicht vorkommen. Dies geschieht häufig beim *Sigmatismus*, der fehlerhaften Aussprache des S-Lautes: das richtige s wird durch verschiedene Geräusche ersetzt. Das Stammeln kann einzelne Laute umfassen, wie z. B. das g, das k, den R-Laut oder die S-Laute; häufig dehnt es sich aber auch auf eine größere Anzahl von Lauten aus. Eine völlig unverständliche Sprache, bei der sich der vorhandene Lautbestand auf nur wenige Laute erstreckt, wird als *universelles Stammeln* bezeichnet (Führung/Lettmayer 1970). Die Ursachen des Stammelns sind zahlreich und sehr verschieden. Es werden organisch-periphere und zentrale, ferner funktionelle Störungen, Erziehungsfehler, Milieuschäden und psychische Störungen als Ursachen angegeben. Die Therapie für alle Arten von Stammeln besteht in zweckmäßig aufgebauten Sprechübungen zum Erlernen neuer Laute, in logopädischem Unterricht. (Vgl. dazu auch Luchsinger/Arnold 1959.)

Als *Stottern* werden Störungen des Sprachflusses bei intakten peripheren Sprachwerkzeugen bezeichnet. Zu Beginn des Sprechens oder mitten in der Rede treten Störungen auf. Es kommt zu Wiederholungen von einzelnen Lauten, Silben oder Wörtern (*klonisches Stottern*). Als *tonisches Stottern* kennzeichnet man ein stummes Pressen, das auf einen krampfartigen Verschuß der Stimmlippen schließen läßt.

Es ist bemerkenswert, daß Stotterer beim Singen kaum je und beim Auf-sagen auswendig gelernter Texte nur selten stecken bleiben. Die meisten Stotterer lesen fließend. Die Störungen treten bei der freien Rede auf, verstärken sich vor mehreren Zuhörern oder Autoritätspersonen, in belastenden oder exponierten Situationen, bei manchen Kindern vor allem in der Schule und bei anderen, wenn sie etwas emotional Bewegendes mitteilen wollen. Oft kommt es vor, daß die Kinder, wenn sie unbeobachtet sind, fließend mit ihrer Puppe sprechen, jedoch sofort wieder stottern, wenn ein Erwachsener dazutritt.

In den weitaus meisten Fällen entwickelt sich die Symptomatik vor dem 8. Lebensjahr, vor allem im 3.—5. Lebensjahr. Knaben sind viel häufiger als Mädchen von dieser Sprachstörung betroffen, die Verhältniszahlen schwanken zwischen 2:1 und 10:1. Vorübergehendes Stottern findet man bei 4% der Kinder, bei 1% hält das Symptom lange an (Strunk 1971). In vielen Fällen handelt es sich um fixiertes *Entwicklungsstottern*. Damit bezeichnet man einen Abschnitt der normalen Sprachentwicklung, in dem die sprachlichen Fertigkeiten nicht voll dem Sprechantrieb und Mitteilungsdrang des Kindes zu entsprechen scheinen. Im Alter von etwa 3—5 Jahren beobachtet man häufig Laut- und Wortwiederholungen, auch ein Zögern des Kindes, wenn es sprechen sollte. Vom Entwicklungsstottern zum Stottern als *pathologischem* Phänomen ist der Übergang fließend. Der erhöhte Sprechtonus und eine reaktive Sprechhemmung sind die ersten Anzeichen dafür, daß ein therapeutisches Eingreifen nötig ist. Die Haltung der Umwelt spielt bei der Fixierung des Entwicklungsstotterns eine wichtige Rolle. Ermahnungen, richtig zu sprechen, durch die Eltern auferlegte Sprechübungen, Kritik, ungeduldige Äußerungen sollten unbedingt vermieden werden. Sie führen dazu, daß der Sprechvorgang für das Kind seine Selbstverständlichkeit verliert und zum Objekt der Aufmerksamkeit wird.

Bei einem beträchtlichen Anteil der stotternden Kinder sind Anzeichen für eine frühkindliche Hirnschädigung nachzuweisen. Je nach der Bewertung der angewandten Kriterien wechseln die Prozentzahlen (Strunk 1971). Eine Verzögerung der Sprachentwicklung gegenüber gesunden Kontrollgruppen ist statistisch gesichert. In anderen Fällen beruht das Stottern auf einer tiefgreifenden emotionalen Belastung des Kindes, die aus verschiedenen familiären Situationen entstehen kann. Zu den Bedingungen, die zum Stottern führen können, ist zudem das Maß an Aufrichtigkeit zu berücksichtigen, das in einer Familie herrscht. In Familien von Stotterern kann man mitunter die mehr oder weniger bewußte Tendenz zur Verfälschung von Realitäten finden, mit der Konflikte überdeckt oder verschwiegen werden. „So entstehen beim Kind Zweifel darüber, ob und wann etwas ausgesprochen oder auch an triebhaften Bedürfnissen gelebt werden darf oder nicht“ (Strunk 1971). Helene Fernau-Horn (1969) hat den interessanten Versuch gemacht, einzelnen Formen des Stotterns typische emotionale Hintergründe zuzuordnen. Zeigt ein Entwicklungsstottern erste Anzeichen für eine mögliche Fixierung, so müssen die Eltern beraten werden. Das stotternde Kind benötigt logopädische Behandlung. Unter Umständen haben die Eltern stotternder Kinder ihren Erziehungsstil zu ändern, benötigen gegebenenfalls selbst Hilfe. In einzelnen Fällen ist neben der logopädischen Behandlung eine ambulante Spielthe-

rapie unter Einbeziehung der Mutter angezeigt. Eine neurologische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der motorischen Fähigkeiten und ein Elektroencephalogramm sollten bei jedem stotternden Kind vorgenommen werden.

Das *Poltern* hat mit dem Stottern eine gewisse Ähnlichkeit und wird mit diesem oft verwechselt. Es besteht im wesentlichen in überhastetem Sprechen. Dabei werden Silben, Wörter, ja oft ganze Satzteile ausgelassen, die Wortenden häufig verstümmelt. Die Artikulation ist undeutlich. Die Fehler durch Versprechen und Verlesen stören den Ablauf der Rede. Es gibt Übergangsformen, die man als Polterstottern bezeichnet. Poltern hat die Eigenart, daß es dem Betroffenen häufig kaum bewußt wird und ihm belanglos erscheint. Es verschwindet beim langsamen Sprechen sofort. Je mehr Aufmerksamkeit der Polterer auf die Sprache lenkt, desto besser spricht er. Vor vertrauten Menschen wird, wiederum im Gegensatz zum Stottern, stärker gepoltert als vor Fremden. Bei den meisten Polterern vollzieht sich der Gedankenablauf zu rasch und ungenau. Häufiger als das Stottern besitzt das Poltern eine organisch mitgeprägte Genese. Auch der Polterer benötigt logopädischen Unterricht. Im Gegensatz zur Behandlung des Stotterers, der vom Sprechakt abgelenkt wird, muß man die Aufmerksamkeit des Polterers immer wieder auf die Sprache lenken; Nachlässigkeit beim Sprechen darf nicht geduldet werden. (Vgl. dazu auch Luchsinger 1963.)

Wenn ein Kind nach weitgehendem Abschluß der Sprachentwicklung und trotz erhaltenem Sprachvermögen verstummt, spricht man von *Mutismus*. Es wird zwischen einem *totalen* und einem *elektiven* Mutismus unterschieden. Der totale ist seltener, tritt meistens schlagartig nach einem abnormen Erlebnis auf, wird aber auch bei akuten Psychosen angetroffen. Der elektive Mutismus tritt häufiger auf und kann als eine pathologische Sprechscheu verstanden werden, die das Kind über Wochen und Monate beibehält und die sich in belastenden Situationen, z. B. bei der Aufnahme in den Kindergarten oder in die Schule, einstellt. Die Sprechscheu kann auf diese Situationen begrenzt bleiben, sich aber auch soweit ausbreiten, daß das Kind nur mit einem kleinen vertrauten Personenkreis, z. B. Eltern und Geschwister, spricht (Strunk 1971).

Durch Aufklärung ist dahin zu wirken, daß Angehörige eines mutistischen Kindes nicht in den Fehler verfallen, das Schweigen des Kindes als Ungezogenheit zu werten, pädagogisch hart zu reagieren und damit zur Symptomfixierung beizutragen. Die sich in der Schule ergebenden Schwierigkeiten sind bei lang anhaltendem elektiven Mutismus erheblich. Ein zur Zeit der Einschulung mutistisches Kind sollte nach Möglichkeit eine Vorschul- oder Einführungsklasse besuchen. Die Psychotherapie eines schon

längere Zeit bestehenden elektiven Mutismus kann sich recht schwierig gestalten. Die Beratung der Eltern, gegebenenfalls auch ihre Behandlung, insbesondere der Mutter, ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Der *Agrammatismus* besteht in dem Unvermögen, einem richtig gedachten Sachverhalt die gebräuchliche grammatische Form zu geben. Es treten Formfehler (Deklination, Konjugation) und syntaktische Verstöße auf. Der Agrammatismus tritt meist in dem Entwicklungsabschnitt auf, der zwischen Einwortsatz und gegliedertem Mehrwortsatz liegt. Er sollte spätestens im 6. Lebensjahr überwunden sein, wird jedoch auch bei Gehirnschädigungen relativ häufig gesehen, seltener als regressives Symptom (Harbauer 1971). Logopädisch kann der Agrammatismus gut angegangen werden.

2. Psychodiagnostik

2.1. Die Veranlassung zur psychodiagnostischen Untersuchung

Ein Kind, das anhaltende Erziehungs- und/oder Schulschwierigkeiten bereitet, unter Verhaltensstörungen leidet, sollte zur psychodiagnostischen Untersuchung einem schulpsychologischen oder kinderpsychiatrischen Dienst oder einer Erziehungsberatungsstelle überwiesen werden. Dabei stellt sich die Frage: Was ist eine Erziehungs-, was eine Schulschwierigkeit? Was sind Verhaltensstörungen? Das Kind steht als heranwachsender Mensch in mannigfaltigen sozialen Bezügen. Sein Erleben und Verhalten ist wesentlich ein soziales, d. h. bezogen auf die verschiedenen Personen seiner Umwelt. Sein Verhaltenssystem orientiert sich an den Erwartungen und Normen der es umfassenden Gesellschaft (Familie, Schule, Staat, Kirche usw.), ist andernteils durch Haltungen und Gewohnheiten geprägt. In diesem intraindividuellen und sozialen System von Verhaltensweisen kann ein Ungleichgewicht entstehen, das zu intraindividuellen Störungen oder/und Konflikten mit der Umwelt führt. Die Primärursache dieses Ungleichgewichts kann beim Heranwachsenden selbst, in organischen oder psychischen Defekten, in ungünstigen Reaktionen der Umwelt auf diese Primärstörungen oder in der mangelnden Anregung und Stützung durch die Umwelt liegen.

2.2 Was ist eine Psychodiagnose?

Der Aufbau des Verhaltenssystems geschieht in natürlichen Lebenssituationen. Der Psychodiagnostiker müßte also im Idealfall Gelegenheit haben, das Kind in seinen sozialen Bezügen, in Familie, Schule usw. während längerer Zeit zu beobachten. Das ist ihm aber nicht möglich. Also ist die Psychodiagnose wesentlich geprägt durch den Versuch, in künstlichen Explorations- und Testsituationen die Realität, die Ernstsituationen zu erfassen und in ihnen zu sehen, welches die Schwierigkeiten eines Kindes sind.

Unter einer Psychodiagnose verstehen wir eine vergleichende Untersuchung von Funktionsfähigkeiten eines Individuums (Boesch, 1964). Sie darf nicht als letzte Schlußfolgerung aus einem vorangegangenen „psychologischen Inventar“ aufgefaßt werden; die diagnostische Überlegung, das Abwägen der diagnostischen Möglichkeiten spielt schon bei der Fragestellung, zu Beginn der Untersuchung, eine Rolle. Sie kann die Auswahl der zu verwendenden Methoden und den Schlußpunkt der Untersuchung bestimmen. So gesehen, ist das diagnostische Vorgehen ein Prozeß der progressiven Sicherung von möglichen, beziehungsweise ein fortschreitendes Ausschalten unwahrscheinlicher Hypothesen in bezug auf die Verursachung der Störung und ihre mögliche Heilung (Kaminski 1970).

Die diagnostische Vorüberlegung kann schematisiert werden. Aufgrund von Erfahrungen und Forschungen wird eine Reihe von Untersuchungsmethoden, eine sog. Testbatterie zusammengestellt, von der man annimmt, daß sie mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die verschiedenen vorkommenden Probleme anspricht.

2.2.1. Schulleistungs- und allgemeine Fähigkeitstests

Der standardisierte Schulleistungstest muß *valide* sein in bezug auf diejenigen Aspekte des Unterrichtsgegenstandes, die in allen Schulen oder Klassen berücksichtigt werden. Gute standardisierte Tests sind z. B. für den Bereich des Rechnens und der Mathematik hergestellt worden. Hingewiesen sei an dieser Stelle auf die *Beltz Schultests* für Deutschland und die Schweiz. Neben der Gruppe der standardisierten Schulleistungstests zur Bestimmung des Leistungsstandes in bestimmten Fächern oder Wissensgebieten unterscheidet man diagnostische Leistungstests, mit deren Hilfe spezifische Aspekte der Leistung in einem relativ eng umgrenzten Bereich separat erfaßt werden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nur graduell. Der Test „Zahlenrechnen“ von Krüger/Hylla/Bergmann (1954) ist ein Beispiel eines komplexen diagnostischen Rechentests.

Zu den spezifischen Begabungstests zählt man die *Fähigkeitstests* im engeren Sinne (aptitude tests) und die Schulreife- oder besser *Schulfähigkeitstests* wie z. B. den *Grundleistungstest* von Kern (1957), den *Schulreifetest* von Nolte, die *Weilburger Testaufgaben* (Hetzler/Tent 1958), der *Göppinger Schulreifetest* (Kleiner 1957), der *Münchener Auslesetest* für Schulanfänger (Kessinger/Schmaderer/Walter 1953), der *Schulreifetest* von Strebel (1955) und der *Frankfurter Schulreifetest* „Komm, spiel mit!“ (Roth, Schlevoigt, Süllwold, Wicht 1960).

Zur Prüfung von *Aufmerksamkeit* und *Konzentration* dienen der *Pauli-Test* (Pauli/Arnold 1951), bei dem vom Probanden gefordert wird, daß er während einer Stunde, so schnell er kann, einstellige Zahlen addiert, wobei Fehler möglichst zu vermeiden sind, verschiedene *Durchstreichetests*, die auf Anregungen von Bourdon (1902) zurückgehen, der seinen Probanden eine Textseite vorlegte und alle a, r, s, i durchstreichen ließ, der *Konzentrationsverlaufs-Test* (KVT) von Abels und der ausgearbeitete *Konzentrations-Leistungs-Test* (KLT) von Düker/Lienert (1959).

Die *Sinnesfunktionen* haben in der psychologischen Diagnostik große Bedeutung. Zu ihrer Erfassung stehen verschiedene Tests und Meßgeräte zur Verfügung, Methoden zur Ermittlung der Sehschärfe, der Farbwahrnehmung, des Gehörs (Audiometer). Die Ergebnisse helfen dem Psychodiagnostiker, zu entscheiden, ob allenfalls eine Überweisung an einen Spezialarzt nötig ist.

Zum Problem der Intelligenzprüfung verweisen wir auf das Sammelreferat von A. Flammer im Band 3 dieser Reihe.

2.2.2. Persönlichkeitstests

Mit Persönlichkeitstests sind grundsätzlich alle Testmittel gemeint, die der Erfassung der Person in ihrer charakterlichen und strukturellen Eigenart dienen. Sie stehen im Gegensatz zu den Schulleistungs- und Fähigkeitstests. Mehrere Persönlichkeitstests sind auf tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Theoremen aufgebaut. E. Stern (1954) unterscheidet drei Gruppen von Persönlichkeitstests, je nachdem, ob sie auf einer subjektiven, objektiven oder projektiven Methode aufbauen. Bei einer ersten Methode geht es um eine Art Selbstanalyse, z. B. in Form des Lebenslaufes, der Autobiographie oder des Beantwortens eines Fragebogens wie z. B. desjenigen von J. J. Eysenck (*Maudsley Personality Inventory*, MPI, 1954), das zur Bestimmung der neurotischen Tendenz und Extraversion verwendet wird. Das in Amerika vielbenutzte *Minnesota Multiphasic Inventory* (MMPI) von Hathaway und McKinley (1951), ein umfassender Fragebogen, beinhaltet 550 Aussagen, von denen der Proband

erklären muß, ob sie auf ihn zutreffen oder nicht. Sie berühren Symptome zu 26 Lebensbereichen. Eine weitere Gruppe von Methoden fordert eine Leistung, die einem bestimmten Charakterzug entspringt. Hierzu rechnet Stern den *Jungschen Assoziationstest*, den *Szondi-Test* (1947), den *Farbpyramiden-Test* von Pfister (1942) u. a.

Die projektiven Methoden. Die Bezeichnung geht auf Frank zurück, der 1939 folgende Definition gab: „Das Wesen eines projektiven Verfahrens besteht darin, daß es aus dem Probanden etwas hervorlockt, was auf verschiedene Weise Ausdruck der Eigenwelt wie der Persönlichkeit des Probanden ist.“ Der Name Projektionstest fand bald eine große Verbreitung und wurde vieldeutig. Zu den projektiven Verfahren rechnet man den *Formdeute-Test von Rorschach* (1921) (Bohm 1951), der das charakterliche und intellektuelle Gefüge einer Person erfassen soll, den *Lowenfeld-Mosaic-Test* von Lowenfeld (1954) zur Erkennung von Neurosen und Psychosen bei Kindern und Erwachsenen, den *Thematischen Apperzeptions-Test* von Murray (1943), bei dem 20 Bilder mit vieldeutigen, dramatischen Szenen zu interpretieren sind, indem jeweils eine Geschichte dazu erzählt wird – gemäß der dem Test zugrunde liegenden Theorie bringt der Proband durch Identifikation mit den dargestellten Personen seine eigenen Konflikte in den Geschichten zum Ausdruck – und den der charakterologischen Erfassung dienende *Guignol-Test von Rambert* sowie den *Szeno-Test* von Staabs (1943).

Es seien noch zwei Testmethoden erwähnt, die zu den klinischen im engeren Sinne gehören, der *Bender-Gestalt-Test* von Bender (1938) und der *Benton-Test* von Benton (1958), die beide die visuelle Erfassungs- und Merkfähigkeit für geometrische Figuren prüfen.

2.3. Die klinische Diagnose

Die klinische Diagnose verarbeitet nicht nur Testresultate von Schulleistungs- und allgemeinen Fähigkeits- und Intelligenztests, sondern verwendet auch Ergebnisse sogenannter Persönlichkeits- oder Charaktertests, für deren Durchführung und Auswertung der Psychologe oder psychologisch geschulte Psychiater der zuständige Fachmann ist. Auch ein Persönlichkeitstest ist eine Verhaltensstichprobe (Heiss 1964), gibt ein Zustandsbild, eine Ergänzung des sonst über einen Menschen Bekannten. Deshalb kann sich gerade die Untersuchung des Kindes und Jugendlichen nie auf die Durchführung und Interpretation von Tests beschränken, sondern muß auch eine genauere Erschließung von Lebenssituation und Lebensgeschichte, die sog. Anamnese, umfassen, ferner eine Befragung (Exploration) des Kindes selbst.

Die *Anamnese* (gr. anamnesis Erinnerung) bedeutet die Aufnahme der Vorgeschichte einer Erkrankung. Sie umfaßt in der Psychologie alle auf eine psychische Störung bezüglichen Daten und Angaben. Sie wird am besten mit der Mutter des betreffenden Kindes oder Jugendlichen durchgeführt und beinhaltet Fragen zu: Schwangerschaft und Geburt des Kindes, Kleinkindentwicklung, Kindergartenzeit, Schulerfolg, häusliches Milieu, soziale Kontakte, Freizeitbeschäftigungen, durchgemachte Krankheiten, Krankheiten von Familienmitgliedern usw. (vgl. Kemmler 1968). Die verschiedenen psychologischen Schulen haben der genetischen Erklärung der psychischen Störungen verschiedenes Gewicht gegeben, insbesondere hat Freud stark in der Richtung einer Erklärung aus der frühen Entwicklung des Kindes gewirkt.

Exploration bedeutet eine psychologische Untersuchung durch Befragung des Probanden, um persönliche Daten und Tatbestände zu erfahren und Unklarheiten, eventuell Widersprüche einer diagnostischen Untersuchung zu beseitigen und Hinweise zur Interpretation der Testergebnisse zu erhalten (Allport 1959). Die beiden Begriffe Anamnese und Exploration überschneiden sich teilweise in ihren Bedeutungen.

Die klinische Diagnose verarbeitet Testresultate, Daten aus der Anamnese, der Exploration, ferner verschiedenes während der Untersuchung gesammeltes Beobachtungsmaterial (Ausdruck, Spielverhalten, Schulberichte und medizinische Untersuchungsergebnisse). *Die persönlichkeitspsychologische oder psychopathologische Einordnung einer individuellen Diagnose* kann von großem Nutzen sein, enthält aber eine Reihe von Gefahren. Sowohl die diagnostische Schlußfolgerung als auch psychopathologische Formulierungen bilden nur provisorische, hypothetische Kategorien. Es sollte zudem immer unterschieden werden, ob sie in beschreibendem, kausal erklärendem oder therapeutisch prognostischem Sinne verwendet werden.

Die Psychodiagnose findet ihre natürliche Fortsetzung in der Therapie, auf die sie hingeordnet ist. Psychotherapie wird von Medizinerinnen und von diplomierten Psychologen durchgeführt: dazu verweisen wir auf das Sammelreferat von H. Peter-Lang in diesem Band. Die Heilpädagogik ist die Therapie des geschulten Erziehers. Damit beschäftigt sich unser nächster Abschnitt.

3. Heilpädagogik

3.1 Begriffserklärung und Einleitung

Die traditionelle Bezeichnung Heilpädagogik ist heute wegen des in ihr enthaltenen Wortes „Heil“ umstritten, wird von manchen Vertretern des Faches durch inhaltsärmere Begriffe wie z. B. *Sonderpädagogik* (Heese 1969) und *Pädagogik der Behinderten* (Bleidick 1972) ersetzt. Zweifellos haben wir es in der Heilpädagogik mit einem Spezialgebiet der Pädagogik zu tun, wobei Heilpädagogik den theoretischen, Heilerziehung den praktischen Aspekt dieses Spezialgebietes meint, das sich mit gestörten, beeinträchtigten oder gefährdeten Erziehungsverhältnissen befaßt und auf dem immer die enge Zusammenarbeit mit dem Mediziner gefordert ist.

Wir sind der Meinung, daß der Begriff Heilpädagogik nach wie vor eine treffende Bezeichnung ist, auch wenn in Abrede gestellt werden kann, daß Heilpädagogik immer der Heilung im wörtlichen Sinne des Wortes diene. Worum geht es in der Heilpädagogik? Darum, dem Kind, das in seiner normalen Entwicklung und damit bei der Findung seines Platzes in der Gesellschaft benachteiligt ist, zu helfen, diesen doch zu finden und dort in der ihm zugänglichen Selbständigkeit möglichst glücklich zu leben. Die Lösung dieser Aufgabe erfordert eine ganze Reihe von Entscheidungen und Maßnahmen.

Als erstes muß der Heilpädagoge zu erkennen suchen, welches Ziel für die Entwicklung des Kindes anzustreben realistisch ist. Denn auf diese Frage gibt es nicht eine einzige Antwort. Wenn man sie etwa mit dem Begriff der „Gesellschaftsfähigkeit“ doch geben wollte, so wäre sie zu allgemein, um nützlich zu sein. Sicher handelt es sich darum, das Kind in der bestmöglichen Weise darauf vorzubereiten, an seinem Ort in der Gesellschaft zu leben. Aber diese Orte können, je nach der Art der Behinderung, sehr verschieden sein. Im günstigsten Falle kann man sich vornehmen, das Kind zu befähigen, in der „normalen“ Gesellschaft selbständig zu leben, selbst für sich zu sorgen und sein Leben zu gestalten. Dies gilt etwa für Kinder mit leichteren Lernschwächen und normalbegabte sinnesgeschädigte junge Menschen, die als Taubstumme oder Blinde eine quasi normale Schulung und berufliche Ausbildung durchlaufen und bei minimaler Hilfe und Betreuung durch die Umwelt, zum Teil sogar durch Selbsthilfe von Vereinen ähnlich Behinderter, für sich selbst sorgen können. Den anderen Extremfall bilden die Behinderten, bei denen es völlig unrealistisch wäre, das Ziel der Selbständigkeit und der normalen Gesellschaftsfähigkeit anzustreben. Hier steht fest, daß sie ihr Leben in einer Institution

und unter Bedingungen verbringen müssen, die in wesentlichen Zügen vom normalen Leben abweichen: die Freiheit des Behinderten muß hier eingeschränkt bleiben, Fürsorge bis Besorgung durch andere ist notwendig. Die Bildung und die Erziehung eines Menschen muß hier andere Haltungen anstreben.

Die eigentlich schwierigen Fälle liegen zwischen den angedeuteten Extremen. Hier die geeigneten erzieherischen Zielsetzungen zu finden, erfordert nicht nur eine genaue Kenntnis der Eigenart der Behinderung, sie erfordert auch ein bewußtes und kontrolliertes Erziehen, sozusagen nach „Versuch und Irrtum“. Damit ist nicht ein unkritisches Probieren gemeint, sondern eine Haltung, welche gewisse Ziele tentativ anstrebt, die Zielsetzung sozusagen als Hypothese behandelt und prüft, ob sie in der Praxis erreicht werden könne oder nicht.

Ein solches Vorgehen trägt der Tatsache Rechnung, daß insbesondere in der Heilpädagogik der Verhaltensgestörten, die heute immer größere Bedeutung erlangt, sozusagen kein Fall dem anderen gleicht, jeder ein Einzelfall ist. Entsprechend gibt es hier keine einfache Zielsetzung und keine einfache erzieherische Regel. Sie muß immer neu gefunden werden und dieses Finden kann nicht vor dem erzieherischen Tun geschehen, sondern muß sich mit ihm verbinden.

Daher ist in der Heilpädagogik auch das Urteil des Erziehers, sein Takt und seine Intuition für das Mögliche so unendlich wichtig. Zusammen mit der besonderen Haltung des Heilpädagogen, auf die wir noch zu sprechen kommen, macht sie den Reiz und den Wert dieser pädagogischen Tätigkeit aus.

Für den Lehrer ist der Kontakt mit der Heilpädagogik von besonderer Bedeutung. Er sieht hier Aufgaben und Lösungsbemühungen, welche, sozusagen potenziert, seinen eigenen Problemen und seinem eigenen Tun entsprechen. Die im praktischen Tun gewonnene eigene Anschauung (Heimpraktika!) erlaubt ihm vermehrt, seine Rolle in der Früherkennung von Behinderungen verschiedener Art, z. B. von Schwerhörigkeit, zu spielen und dies nicht nur bei seinen eigenen Schülern, sondern auch bei den jüngern Geschwistern, die er im Zusammenhang mit seinen Besuchen in den Familien seiner Schüler kennen lernt. Er kann in diesen Fällen dahin wirken, daß diese Kinder einer Frühbehandlung, z. B. der Hörerziehung oder Früherziehung, zugeführt werden. In Zusammenarbeit mit schulpsychologischem und schulärztlichem Dienst wird er sich zugleich für die Einschulung des Kindes in die geeignete Sonderschule bemühen, ohne daß mehrjährige Umwege über die Normalschule mit ihren Mißerfolgs-erlebnissen und Rückstellungen stattfinden müssen. Damit aber ist auch ein Element der *Prävention* sekundärer Störungen realisiert. Die Erwach-

senenbildung kann durch ihre breitstreuende Aufklärung dazu einen wertvollen Beitrag leisten.

3.2. Wissenschaftsaufbau

Bleidick (1972), der die Bezeichnung „Pädagogik der Behinderten“ verteidigt, legt in seinem so betitelten Werk eine Theorie der Behindertenpädagogik vor und bestimmt sie als eine Spezialdisziplin der Erziehungswissenschaft. Sie gliedert sich in die Pädagogik der verschiedenen Behinderungen, nämlich der *Sehgeschädigten*, *Hörgeschädigten*, *Sprachgeschädigten*, *Intelligenzgeschädigten*, *Körperbehinderten* und *Verhaltensgestörten*. Jede dieser sechs „Behindertenpädagogiken“ zerfällt in sechs Einzelbereiche:

- die *Elementarerziehung*, vorschulische oder Früherziehung,
- die *Schulpädagogik* der einzelnen Sonderschularten,
- die besondere *Didaktik* (und Methodik) einschließlich der Fachdidaktiken dieser Sonderschularten,
- die *Berufspädagogik* der einzelnen Behindertengruppen,
- die *defektspezifischen Therapien* zur Unterstützung der pädagogischen Maßnahmen: Seherziehung, Hörerziehung, Phoniatrie, Intelligenztrainingsmethoden, Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik, Psychotherapie,
- die *Sozialpädagogik* als außerschulische Hilfe, „nachgehende Fürsorge“, Erwachsenenbildung (Bleidick 1972, 386).

Die dreifache Gliederung in: Allgemeine Pädagogik der Behinderten, spezielle defektspezifische Pädagogik der Behinderten und institutionalisierte Einzelbereiche der verschiedenen Spezialbereiche der Behindertenpädagogik ist dadurch gerechtfertigt, daß Schulpädagogik, Didaktik, Berufspädagogik, usw. nicht generell für alle Behinderten gleich, „sondern behinderungsspezifisch wissenschaftlich ausgegliedert sind und in der Berufsvorbereitung des Erziehers von Behinderten differenziert nach Fachrichtungen gelehrt werden müssen“ (Bleidick 1972, 387).

Diese Art der wissenschaftlichen Aufteilung in Bereiche der Behindertenpädagogik ist neu. Bis vor kurzem begnügte man sich damit, unter dem Titel einer allgemeinen Heilpädagogik von der Theorie, der Therapie der einzelnen Behinderungen und der Didaktik und Organisation von „Allgemeinen Sonderschulen“ zu sprechen.

Neben der allgemeinen Pädagogik der Behinderten, der speziellen defektspezifischen Pädagogik der Behinderten und den Fachdidaktiken besonderer Bereiche unterscheidet Bleidick (1972) noch folgende Abschnitte

einer in Zukunft weiter auszuarbeitenden Pädagogik der Behinderten: Die *Geschichte der Behindertenpädagogik*, die *vergleichende Behindertenpädagogik*, die *Wissenschaftstheorie* der Behindertenpädagogik, die *Philosophie der Erziehung von Behinderten* und in einem letzten Kapitel verschiedene Nachbardisziplinen, wie Medizin und Psychologie der Behinderten, Soziologie, Sozialpädagogik und Sozialrecht und verschiedene Fachwissenschaften als korrespondierende Fächer zu den Fachdidaktiken in den einzelnen Sparten der Behindertenpädagogik.

3.3. Die sonderpädagogischen Institutionen

Das Sonderschulwesen macht den Hauptbereich der organisierten Erziehung von Behinderten aus. Den Abschnitten des Lebenslaufes entsprechend, kann man innerhalb der sonderpädagogischen Institutionen vier Phasen unterscheiden:

die *vorschulische Erziehung*: vorab Sonderkindergärten, häusliche Beschäftigung und Förderung der Behinderten, wie z. B. die Haus-Spracherziehung der Gehörlosen;

die *schulische Erziehung*: der engere Bereich der Sonderschulen und die außerschulische Förderung der Behinderten;

die *Berufserziehung* im engeren Sinne: berufsvorbereitende Maßnahmen, Sonderberufsschulen, beschützende Werkstätten usw.;

die *Erwachsenenbildung* der Behinderten: Volkshochschulkurse, Vereine, Umschulungsstätten usw.

Unter *Sonderschulen* verstehen wir „besondere Bildungseinrichtungen zur Ableistung der allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulpflicht für behinderte Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Bildungsschwäche in der regulären Schule nicht hinreichend gefördert werden können“ (Bleidick 1972, 96).

Auch für das behinderte Kind besteht nicht nur die in den Schulgesetzen verankerte Pflicht zum Besuch der geeigneten Schule; es gibt daneben das *Sonderschulrecht* des Kindes, das die Träger der öffentlichen Schulen zur Errichtung geeigneter Sonderschulen anhält.

Es lassen sich neun Formen von Sonderschulen mit jeweils mehreren synonymen Bezeichnungen unterscheiden:

1. die *Gehörlosenschule* (Taubstummschule und -anstalt),
2. die *Schwerhörigenschule*
3. die *Sprachheilschule*
4. die *Blindenschule*
5. die *Sehbehindertenschule*

6. *die Geistigbehindertenschule*
7. *die Lernbehindertenschule* (Hilfsklassen, Spezialklassen, Förderklassen usw.)
8. *die Körperbehindertenschule*
9. *die Verhaltensgestörtenschule* (Beobachtungsklassen, Kleinklassen für Erziehungsschwierige usw.).

Für *Mehrfachbehinderte* bestehen nochmals besondere Schulen oder Klassen, deren Namen das Primärleiden berücksichtigt: Klassen für Taubblinde; Lernbehindertenklassen an Sprachheilschulen, Körperbehindertenschulen usw.; Klassen für verhaltensgestörte Lernbehinderte.

Eine der ältesten und wichtigsten heilpädagogischen Einrichtungen ist das *heilpädagogisch geführte Heim*. Den Sonderschulen entsprechen behinderungsspezifische Heime. Die Heimunterbringung eines Behinderten drängt sich dann auf, wenn das Elternhaus fehlt oder zuwenig tragfähig ist, die behinderungsspezifische Tagesschule fehlt oder die Pflege und Erziehung des Behinderten für eine Familie zu mühsam ist und heilpädagogisches Fachpersonal erfordert.

Die Entwicklung im Sonderschulwesen geht heute dahin, nach Möglichkeit den Behinderten in der Familie zu belassen, dafür die nötigen behinderungsspezifischen Sonderklassen, regionalen Tagesschulen und Ambulatorien einzurichten. In diesem Zusammenhange wird der *frei arbeitende Heilpädagoge* immer wichtiger. Er versucht auch dem partiell und leichter behinderten Kind, z. B. einem unter einer Legasthenie, an einer visuellen oder akustischen Teilleistungsschwäche leidenden Kind, ambulant die nötige Hilfe zu bringen, damit dieses nach Möglichkeit in seinem Klassenverband der allgemeinen Schule verbleiben kann, nicht in eine Sonderschule versetzt werden muß.

3.4. Pädagogik der verschiedenen Behinderungen

3.4.1. Pädagogik der Sehgeschädigten

Sehschädigungen sind verschieden verursacht; es werden hereditäre, toxische, epidemische und progressive Ursachen aufgezählt. Meistens gelten graduelle Beeinträchtigungen des Sehvermögens von 0,25 bis 0,005 der normalen Sehschärfe als Sehbehinderung, 0,05 bis 0 als Blindheit. Blindheit wird wie Taubheit meistens in früher Kindheit entdeckt; sie stellen die auffälligsten „absoluten“ Behinderungen dar, welche die Kinder in ihrer Weltorientierung von vornherein entscheidend beeinträchtigen. Die leichte Sehbehinderung wird dagegen oft erst im Schulalter bemerkt, die

nötige Sonderschulung verspätet eingeleitet. In der Sehgeschädigtenpädagogik enthalten sind die Blindenpädagogik und die Sehbehindertenpädagogik. Das wichtigste Anliegen der Blindenpädagogik ist der Aufbau einer adäquaten Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt durch die Entwicklung des Tastsinns und der sprachlichen Bildung. Mit Hilfe von „Sehtraining“ will dagegen die Sehbehindertenpädagogik die Sehreste optimal ausnützen. Ophthalmologische Hilfsmittel schonen einerseits das empfindliche Sehvermögen, steigern andererseits die optischen Leistungen.

3.4.2. Pädagogik der Hörgeschädigten

Zur Hörschädigung wird gezählt: *Gehörlosigkeit* und *Schwerhörigkeit* verschiedener Grade. Neben der akustischen Beeinträchtigung bildet der sekundäre Ausfall von Sprache („Taubstummheit“) das wichtigste Charakteristikum. Der Gehörlose kann keine Sprache über das Gehör aufnehmen; beim Schwerhörigen ist der Erwerb der Lautsprache sehr erschwert. Die Wortsprache ist eines der wichtigsten Merkmale, das den Menschen vom sprachlosen Tier unterscheidet. Die Taubheit scheint die gravierendste Bildungsbehinderung zu sein. „Weil dem Gehörlosen (in weitaus geringerem Maße dem im Sprachbesitz Ertaubten, dem Hörrestigen und dem Schwerhörigen) die natürlich erworbene Lautsprache abgeht, besitzt er nicht das sprachliche „Vehikel des Denkens“ (Bleidick 1972, 206). Durch das Fehlen von Sprache ist die geistige Entwicklung immer verzögert. Der Gehörlose ist in buchstäblichem Sinne nicht ansprechbar, was die Erziehung sehr erschwert. Durch das Fehlen der sprachlichen Kommunikation kann der Taubstumme in eine weitgehende Isolierung geraten. Die Erziehung von Hörgeschädigten umfaßt daher in hohem Maße Sprachbildung und Spracherziehung. Die Anbildung der Lautsprache auf künstlichem Wege unter Zuhilfenahme des Mundablesens und des Tastvibrationssinnes ist das Hauptanliegen der Gehörlosenpädagogik. Dagegen muß das schwerhörige Kind lernen, seine mangelhafte auditive Sprachauffassung durch Absehen von Sprechbewegungen zu ergänzen. Unter Zuhilfenahme elektroakustischer Hilfsmittel wird das Restgehör optimal ausgenützt und trainiert.

3.4.3. Pädagogik der Sprachgeschädigten

Sprachschädigung bildet einen Oberbegriff für mannigfaltigste Sprachbehinderungen, die verschieden eingeteilt werden können, z. B. folgendermaßen (vgl. Berendes 1966; Luchsinger/Arnold 1959; Führung/Lettmayer 1970):

1. Sprachstörungen im engeren Sinne: *Sprachverlust* (zentrale kortikale Aphasie) — *Sprachentwicklungsstörung* (Dysgrammatismus und verzögerte Sprachentwicklung)
2. Redestörungen: *Stottern* — *Poltern* — *Mutismus*
3. Sprechstörungen: *Stammeln* (falsche oder fehlende Lautbildung) *Stimmstörungen* — *Näseln*
4. *Legasthenie* (vgl. S. 12 f. in diesem Band).

Vom ätiologischen Gesichtspunkt rechnet man sowohl mit organischen als auch mit funktionellen Störungen. Die medizinische Differentialdiagnose (Phoniatrie) und zusätzliche ärztliche Hilfe (z. B. Operation der Gaumenspalte) sind hier wie auf keinem anderen Gebiet der Behindertenpädagogik eine entscheidende Voraussetzung für die Sondererziehung. Hör- und Sprachgeschädigtenpädagogik sind miteinander eng verwandt. Auf diesem Gebiet der Sonderpädagogik hat sich der Name „Sprachheilpädagogik“ am längsten gehalten. Dies kommt nicht von ungefähr, kann doch die Sprachheilpädagogik am ehesten damit rechnen, die Behinderung durch pädagogische Maßnahmen zu „heilen“. Eine klare Trennung zwischen Unterricht und Erziehung sprachbehinderter Kinder auf der einen Seite und Therapie der Sprachstörungen andererseits ist weder praktikabel noch erwünscht.

3.4.4. Pädagogik der Intelligenzgeschädigten

Die Schädigungen der Intelligenz, die sog. „Geistesschwäche“, kommen von den schulisch relevanten Behinderungen am häufigsten vor. Sie reichen von der schweren geistigen Behinderung (Schwachsinn, Oligophrenie) bis zur einfachen Unterbegabung oder leichten *Lernbehinderung*. Erst in jüngster Zeit trennt die Pädagogik der Intelligenzschwachen die Aufgabenbereiche der Geistigbehindertenpädagogik, die in den Schulen für geistig schwer Behinderte und praktisch Bildbare Anwendung findet, von der Lernbehindertenpädagogik, die in den Hilfsschulen (Spezialklassen, C-Klassen) praktiziert wird. Die gemeinsame Wurzel liegt — nach vielen historischen Vorläufern — in der sich um die Mitte des 19. Jahrhunderts ausformenden Hilfsschule. Für den geistig Behinderten ist der Erwerb der Kulturtechniken in gravierender Weise erschwert. Der Bildungsbegriff der Geistigbehindertenschule weicht von traditionellen Vorstellungen weit ab; er bedeutet lebenspraktische Zurüstung, motorische Ausbildung und umfassende Lebensfürsorge. Die Vorbereitung der Berufsarbeit mündet in sogenannte beschützende Werkstätten (Bach 1970a/ Mühl 1969).

Der *Imbezille* ist zum Erlernen und sinnvollen Verwenden der Schrift

und des Rechnens nicht fähig, außer durch Dressur, die zu Fertigkeiten führt, die nicht anwendbar sind. Er ist praktisch bildungsfähig, kann nach fachgerechter Schulung einfachste stereotyp durchführbare Arbeiten ausführen. Dank seiner offensichtlichen Schwäche ist er Überforderungen seltener ausgesetzt als der Debile. Er ist weniger durch Verführung gefährdet, doch um so eher von affektiver Isolierung bedroht.

Die *Idiotie* erlaubt bestenfalls noch den Erwerb weniger einfacher, sinnvoller Worte oder einfachster Wortverbindungen. Der schwer geistig Behinderte kann sich im besten Falle noch kleiden, selbständig essen und die Toilette aufsuchen. Anstelle der Förderung intellektueller Fähigkeiten tritt die Gewöhnung. Bei schwerer Idiotie sind keine zielgerichteten Tätigkeiten mehr möglich; der Patient ist hochgradig pflegebedürftig, benötigt auch für einfachste Funktionen Hilfe, ist nur in beschränktem Maße fähig, Lust oder Unlust Ausdruck zu geben.

Die Hilfsschule hat eine eigene Methodik entwickelt, z. B. die „Präzisionsmethodik der kleinen Schritte“, die „handgreifliche Anschauung“ (Bleidick/Heckel 1970) und wurde dadurch teilweise zum Vorläufer moderner pädagogischer Richtungen wie Arbeitsschule, Werkunterricht.

3.4.5. Pädagogik der Körperbehinderten

Alle Personen, die in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit dauernd eingeschränkt sind, gelten als körperbehindert. Auch langfristig Erkrankte gehören dazu. Es handelt sich um eine heterogene Gruppe; in der Schulbildung sind sehr verschiedene Behinderungsarten zu berücksichtigen: Lähmungen (Polio, Muskelschwund); Mißbildungen der Extremitäten und des Stützsystems (Dysmelien, Wirbelsäuleerkrankungen); Bluter-Erkrankung; Unfallgeschädigte (Querschnittgelähmte). Kinder mit zerebralen Lähmungen (Spastiker) stellen eine besondere Aufgabe, wenn bei ihnen zur Körperbehinderung Intelligenz- und/oder Sprachstörungen hinzukommen. „Die Behinderung der Erziehung bei Körperbehinderten resultiert aus der Einengung ihres Bewegungsraumes. Körperlich gebrechliche Kinder erfahren nicht die ungestörte sensumotorische Entwicklung, die zur Welterfahrung gehört (Piaget). Ihre erzieherische Fortentwicklung erscheint, zumal bei normal intelligenten, durch die Hypertrophie von Mitleid, sozialer Fürsorge und dauernder Abnahme von selbständigen Leistungen gefährdet“ (Bleidick 1972, 210). Neben der Vermittlung des üblichen Lehrstoffes — unter erschwerenden Bedingungen — besteht eine der Hauptaufgaben in der Bildung der Körperbehinderten darin, für die Bereitstellung des Anschauungsraumes zu sorgen, der durch die Bewegungsbehinderung nur in begrenztem Maße erlebt wird. Ferner ist, in

Anbetracht der Gefahr sozialer Abkapselung, der Gemeinschaftserziehung besondere Beachtung zu schenken. Die Erziehungs- und Bildungsbemühungen werden durch gleichzeitige therapeutische Hilfen wie orthopädische Versorgung, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Sprachheilarbeit ergänzt.

3.4.6. Pädagogik der Verhaltensgestörten

Seit etwa 1950 (1. Weltkongreß für Psychiatrie) hat sich der Sammelbegriff Verhaltensstörung für psychische Behinderungen bei Psychopathien, Neurosen, Neuropathien, z. T. auch bei Psychosen, und für das pädagogische Symptom der Erziehungsstörungen leichteren und schwereren Grades eingebürgert. Die Bezeichnungen „Milieugeschädigte“ und „Verwahrloste“ deuten auf ursächliche Momente hin. Die Beschreibung von Wiesenhütter (1964, 138) wird heute als die weiteste Definition von Verhaltensstörungen verwendet: „Mit Verhaltensstörungen sind Abwegigkeiten der Handlungen und Haltungen von den einfachsten ‚Ungezogenheiten‘, dem Ungehorsam, dem Jähzorn, den Tics, den Eß- und Schlafstörungen bis zu den schwersten Formen der Verwahrlosung und Kriminalität gemeint.“ Es scheint erhebliche Schwierigkeiten zu bereiten, die „educational subnormality“ einigermaßen pädagogisch zu objektivieren. Bleidick (1968a, 228) versucht es folgendermaßen: „Kinder sind erziehungsschwierig (schwererziehbar), wenn sie durch auffälliges Verhalten von der Durchschnittsbreite der erzieherischen Erwartungsvorstellungen hinsichtlich ihrer durchgängigen Aktivität und Reagibilität abweichen.“ Die Erziehungsschwierigkeit erweist sich immer wieder als Funktion der jeweiligen erzieherischen Toleranzschwelle einer Sozietät oder eines einzelnen Erziehers. Mit wenigen Ausnahmen zieht eine Verhaltensstörung einen schulischen Leistungsabfall nach sich.

Verhaltensgestörte, die im normalen Schul- und Erziehungsverband nicht mehr tragbar sind, werden der Sonderschulung in Kleinklassen (zuerst in Berlin 1928 als E-Klassen), Schulen für Verhaltensgestörte, Erziehungsschwierige, Entwicklungsgestörte oder der Heimerziehung zugeführt. Je nach Art der Verhaltensstörung bewirkt schon der kleinere Klassenverband von 12–16 Schülern und die heilpädagogische Haltung des Lehrers eine Normalisierung des Verhaltens. Eine klare Trennung zwischen Erziehung und Unterricht der Verhaltensgestörten einerseits und der Psychotherapie andererseits läßt sich nicht durchführen. Mit dem Aufkommen der Tiefenpsychologie, der Gruppenpädagogik und der Gruppentherapie begann die Ausformung einer Erziehungsschwierigenpädagogik, die auch heute noch keinen Abschluß gefunden hat (Kluge

1969, Müller 1962). Die Humboldt-Universität in (Ost-)Berlin ist eine der wenigen Ausbildungsstätten auf deutschsprachigem Gebiet, die Verhaltensgestörtenpädagogik lehrt. Die Methodik der Verhaltensgestörten-Schule muß noch geschrieben werden. Es sind erst Ansätze und Hinweise vorhanden, z. B. bei Mattmüller (1967, 1969).

3.5. Die besondere Haltung des Heilpädagogen

In der praktischen Arbeit genügt dem Heilpädagogen auch das breit angelegte theoretische Wissen nicht. Die heilpädagogische Praxis macht den Erzieher selbst zum ausschlaggebenden Faktor. Als die vom Heilpädagogen in besonderem Maße geforderten Merkmale der pädagogischen Haltung kann man drei Eigenschaften nennen: Geduld, pädagogischer Abstand und kritische Aufgeschlossenheit (Meinertz/Kausen 1968). Der Geduld verdankt schon die „alte Heilpädagogik“ ihre Erfolge. Auch der Erzieher des nicht behinderten Kindes muß über Geduld verfügen; aber der Heilpädagoge benötigt sie weit mehr. Den als zweites Merkmal angeführten pädagogischen Abstand darf man nicht mit Kühle und Lieblosigkeit verwechseln. Gemeint ist: der Heilpädagoge sollte immer den nötigen Abstand von der aktuellen Situation finden, beispielsweise bei einem ihm gegenüber aggressiven Kind wissen, daß die Aggression meistens nicht ihm gilt, sondern oft den Eltern, daß er gewissermaßen nur den Stellvertreter der Eltern darstellt. Als „abständige Verbundenheit“ hat J. H. Schulz (1957) die Verbindung stärkster menschlicher Hingabe und Zuwendung mit sachlicher Besonnenheit genannt. Um kritische Aufgeschlossenheit muß sich der Heilpädagoge noch mehr bemühen als der „Normalerzieher“. Gemeint ist damit vor allem Vorurteilsfreiheit gegenüber wissenschaftlichen Theorien und Tatsachen, neuen Methoden und gegenüber den Menschen, mit denen der Heilpädagoge zusammenarbeiten muß. Alle Erziehung kann unversehens einmal zur Heilpädagogik werden. Ihr Studium erhellt daher auch viele Aspekte normaler Erziehung und Bildung.

Bibliographie

1. Allgemeine, einführende Werke

- Anastasi, Anne (1968) *Psychological Testing*. New York: Macmillan.
 Arnold, W. u. a. (1972) *Diagnostisches Praktikum*. Stuttgart: Fischer.
 Bach, H. (1969) *Geistigbehindertenpädagogik*. Berlin: Marhold.
 Bleuler, E. (1972) *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
 Bräutigam, W. (1969) *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien*. Stuttgart: Thieme.
 Condrau, G. (1968) *Medizinische Psychologie*. Olten: Walter.
 Dührssen, Annemarie (1972) *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
 Führung, M. & Lettmayer, O. (1970) *Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung*. Wien: Österreichischer Bundesverlag.
 Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G. & Strunk, P. (1971) *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Springer.
 Hess, Maria (1969) *Stammelnde Kinder*. Solothurn: Antonius.
 Hess, Maria (1969) *Stotternde Kinder*. Solothurn: Antonius.
 Hoeltzel, Eva und G. (1972) *Das Bettnässen*. Zürich: Benziger.
 Johnson, Doris & Myklebust, H. R. (1971) *Lernschwächen*. Stuttgart: Hippokrates.
 Kobi, E. (1967) *Das legasthenische Kind*. Solothurn: Antonius.
 Lempp, R. (1971b) *Lernerfolg und Schulversagen*. München: Kösel.
 Linder, Maria (1962) *Lesestörungen bei normalbegabten Kindern*. Zürich: Schweizerischer Lehrerverein.
 Lory, P. (1969) *Die Leseschwäche*. Basel: Reinhardt.
 Lutz, J. (1972) *Kinderpsychiatrie*. Zürich: Rotapfel.
 Mattmüller, F. (1961) *Kind und Gemeinschaft*. Zürich: Evang. Verlag.
 Mattmüller, F. (1967) *Schule, Lehrer, Kind*. Bern: Haupt.
 Mattmüller, F. (1969) *Modell einer gesellschafts- und zukunftsbezogenen Volksschule*. Bern: Haupt.
 Meinertz, F. & Kausen, R. (1968) *Heilpädagogik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
 Moor, P. (1965) *Heilpädagogik*. Bern: Huber.
 Richter, H. E. (1967) *Eltern, Kind und Neurose*. Hamburg: Rowohlt.
 Siegenthaler, H. (o. J.) *Epilepsie. Merkblatt für Lehrer*. Schweizerische Liga gegen Epilepsie (Hrsg.).
 Tramer, M. (1949) *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*. Basel: Schwabe.
 Wolfensberger, Ch. (1959) *Liebe junge Mutter*. Zürich: Schweizer Spiegel Verlag.

2. Monographien und Artikel

- Aichhorn, A. (1951) *Verwahrloste Jugend*. Bern: Huber.
 Aichhorn, A. (1964) *Erziehung Unsozialer*. In: Federn, P. & Meng, H. (Hrsg.) *Psychoanalyse und Alltag*. Bern: Huber.

- Angermaier, M. (1973) *Legasthenie — Verursachungsmomente einer Lernstörung*. Weinheim: Beltz.
 Benda, C. E. (1960) *Die Oligophrenien*. In: Gruhle, H. W. u. a. (Hrsg.) *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 2. Berlin: Springer.
 Benedetti, G. & Kind, H. u. a. *Forschungen zur Schizophrenielehre. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 25 (1957), 30 (1962), 35 (1967).
 Benton, A. (1959) *Right-left discrimination and finger localisation*. New York: Hoeber.
 Berendes, J., Jussen, H. & Klauer, K. J. (1966) *Das sinngeschädigte Kind*. In: *Hilfe für das behinderte Kind*. Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung e. V. Bad Godesberg (Hrsg.) Stuttgart: Paracelsus.
 Biglmaier, F. (1968) *Lesestörungen*. München: Reinhardt.
 Bladergroen, W. (1955) *Über die Diagnostik und Therapie von Lesehemmungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 4, 6—14.
 Bleidick, U. (1972) *Pädagogik der Behinderten*. Berlin: Marhold.
 Boesch, E. E. (1964) *Die diagnostische Systematisierung*. In: *Handbuch der Psychologie* Bd. 6. Göttingen: Hogrefe.
 Borgards, W. (1964) *Methodische Behandlung der Rechenschwäche*. Berlin: Marhold.
 Bowlby, J. (1951) *Maternal Care and Mental Health*. Genf.
 Clyne, M. B. (1969) *Schulkeranke?* Stuttgart: Klett.
 Fernau-Horn, Helene (1969) *Die Sprechneurosen*. Stuttgart: Hippokrates.
 Fuchs-Kamp, A. (1952) *Jugendliche Fortläufer und Diebe. Praxis der Kinderpsychologie*. H. 4—7. Göttingen: Vandenhoeck.
 Grisseemann, H. (1972) *Die Legasthenie als Deutungsschwäche*. Bern: Huber.
 Grisseemann, H. (1972) *Praxis der Legasthenietherapie*. Bern: Huber.
 Harnack, G. A. von (1958) *Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind*. Stuttgart: Thieme.
 Hartmann, K. (1970) *Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung*. Berlin: Springer.
 Heese, G. & Wegener, H. (Hrsg.) (1969) *Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete*. 3 Bde. Berlin: Marhold.
 Heiss, R. (1964) *Psychologische Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
 Kaminski, G. (1970) *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Klett.
 Kemmler, Lily (1968) *Die Anamnese in der Erziehungsberatung*. Bern: Huber.
 Kobi, E. (1972) *Grundfragen der Heilpädagogik und der Heilerziehung*. Bern: Haupt.
 König, R. (1968) *Der Mongolismus*. Stuttgart: Hippokrates.
 Lempp, R. (1964) *Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose*. Bern: Huber.
 Lempp, R. u. a. (1971a) *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Springer.
 Linder, Maria & Grisseemann, H. (1972) *Zürcher Lesetest*. Bern: Huber.
 Luchsinger, R. & Arnold, G. E. (1959) *Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde*. Wien: Springer.
 Luchsinger, A. (1963) *Poltern*. Berlin: Marhold.
 Luria, A. (1961) *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York.
 Meierhofer, Maria & Keller, W. (1966) *Frustration im frühen Kindesalter*. Bern: Huber.

- Meili, R. (1965) *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Müller-Küppers, M. (1969) *Das leicht hirngeschädigte Kind*. Stuttgart: Hippokrates.
- Müller, R. G. E. (1959) Psychologische Voraussetzungen für die Arbeit in Förderklassen und Fördergruppen. In: *Handbuch der Psychologie* Bd. 10. Göttingen: Hogrefe.
- Müller, R. G. E. (1967) Ursachen und Behandlung der Lese-Rechtschreibschwäche. *Heilpädagogische Beiträge*. Heft 11. Berlin.
- Nissen, G. u. a. (1971a) *Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Nissen, G. (1971b) *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Springer.
- Sarason, S. B. u. a. (1971) *Angst bei Schulkindern*. Stuttgart: Klett.
- Schenk-Danzinger, Lotte (1968) *Handbuch der Legasthenie im Kindesalter*. Weinheim: Beltz.
- Schmalohr, E. (1967) Hypothesen zu den Leselehrverfahren und ihre empirische Überprüfung. *Westermanns Pädagogische Beiträge*, 19, 216–226.
- Schmalohr, E. (1968) *Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier*. Basel: Reinhardt.
- Schönfelder, Th. (1967) Die kindliche Lüge. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 115, 72–77.
- Spitz, R. A. (1970²) *Nein und Ja*. Stuttgart: Klett.
- Städli, H. (Hrsg.) (1972) *Die leichte frühkindliche Hirnschädigung*. Bern: Huber.
- Wiesenhütter, E. (1964) Erscheinungsweisen und Ursachen der Verhaltensstörungen. In: Lückert, H. R. (Hrsg.) *Handbuch der Erziehungsberatung*. München: Reinhardt.

Hedi Peter-Lang

Die Psychotherapie und ihre persönlichkeitspsychologischen Grundlagen

mit einem Nachtrag zur Verhaltenstherapie
von Elisabeth Seiler

„Niemand kennt sich, insofern er nur er selbst und nicht auch zugleich ein anderer ist.“

(Friedrich Schlegel über Lessing)

Einleitung

„Was seelische Wirklichkeit ist, das erfahren wir nicht nur in unserem eigenen Ich, sondern ebenso ursprünglich in der Begegnung mit dem Du. Das Psychische ist nicht nur eine Innensphäre in uns, sondern es zeigt sich auch unmittelbar im Sein der andern, denen wir begegnen und von denen ein Anspruch an uns ausgeht. Das Phänomen der Begegnung bildet darum einen Schlüssel zur Psychologie. Man darf sich das Seelische nicht nur als Eigenschaft eines einzelnen Subjekts vorstellen, sondern es erschließt sich uns unmittelbar in der gegenseitigen Konfrontation.“ Mit diesen Worten leitet Detlev v. Uslar seinen Aufsatz „Die Begegnung als Prinzip des Psychischen“ (NZZ, 16. 7. 1972) ein, und er schließt mit folgenden Worten: „So ergibt sich also für die Psychologie eine Art Unbestimmtheitsrelation. Je mehr ich das Sein und die Eigenheiten des andern zu objektivieren und berechenbar zu machen strebe, um so mehr muß ich den eigentlichen Kern seiner menschlichen Natur verfehlen, der durch die Offenheit der Zukunft, die Einmaligkeit der Existenz und die Möglichkeit der Konfrontation bestimmt ist. Je mehr ich aber auf der andern Seite versuche, dem *Wesen* des Menschen gerecht zu werden, ihn mir begegnen zu lassen, um so unfähiger werde ich, Voraussagen zu machen und objektivierend festzuhalten. Psychologische Erkenntnis ist nur im Aushalten dieses Gegensatzes möglich. Die Vorstellung, daß der Psychologe es nur mit einem meßbaren naturwissenschaftlichen Objekt zu tun hat, verkennt die wahre Eigenschaft des Gegenstandes dieser Wissenschaft. Auf der andern Seite aber verlangt seine Verantwortung in der Situation – die sich ergibt, wenn er einen Rat geben oder ein Urteil abgeben soll – auch ein sachlich objektivierendes Registrieren.“ Mit diesem Hinweis möchte ich andeuten, wie schwierig das erkenntnistheoretische Problem in der neueren psychologischen Forschung ist. Ich wende mich daher primär den Inhalten zu.

1. Persönlichkeitspsychologische Grundlagen der Psychotherapie

1.1. Sigmund Freud (1856–1939) und seine Schule

Freuds Denkweise

Freud ist in erster Linie Arzt und naturwissenschaftlich geschulter Forscher. Sein Denken ist vom Positivismus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts geprägt.

Freud legt mehr Gewicht auf die Analyse der Person als auf ihren Aufbau, wendet sich mehr der Vergangenheit zu als der Zukunft, berücksichtigt mehr das Lebensfunktional-Unpersönliche des *homo natura* (Binswanger, 1947, 159) als das Lebensgeschichtlich-Persönliche der menschlichen Existenz. Er denkt in kausalen Kategorien. In seine nüchterne Sprache fließen jedoch Bilder und Gleichnisse von hohem literarischen Wert ein. Sein Denken, das bei flüchtiger Betrachtung einseitig positivistisch und theoretisch zu sein scheint, zeigt beim näheren Hinsehen auch romantisch-idealistische Züge. Seine Arbeiten sind klar strukturiert; unermüdlich stellt er erworbene Erkenntnisse wieder in Frage. Dies wird aber nur sichtbar, wenn man den *ganzen* Freud betrachtet. Auch die damalige geschichtliche Situation Europas, die von Arthur Schnitzler (1950, 1971) nuanciert dargestellte Atmosphäre Wiens, wie auch die persönliche Lebensgeschichte Freuds (1856–1939) sind relevant für das Verständnis seines Werks. Dies muß als Hinweis genügen. Hier geht es darum, die für die schulischen Belange wichtigsten Thesen seiner Persönlichkeitstheorie herauszugreifen und mit den seither hinzugekommenen Erkenntnissen und Korrekturen zu ergänzen.

Zur Lehre Freuds

Anlässlich seines Besuchs bei Charcot in Paris wurde Freud von der Tatsache beeindruckt, daß ein jahrelanges Leiden ohne körperlichen Befund, z. B. eine Lähmung, durch rein seelische Einwirkung (Hypnose) für eine gewisse Zeit aufgehoben werden konnte. Bei Breuer in Wien zeigte es sich, daß eine gelähmte Patientin durch das Wiedererinnern, das Noch-einmal-Durchleben und das Aussprechen eines *verdrängten* (total vergessenen und abgespaltenen) Schockerlebnisses (*Trauma*) geheilt werden konnte. Durch diesen Dreischritt wird das krankmachende, im unbewußten Teil der Seele lastende Erlebnis verarbeitet und in die Lebensgeschichte eingebaut. Dieses Wiedererinnern wurde zuerst durch Hypnose erzielt. Freud sah jedoch bald deren nachteilige Wirkungen. Als neuen Weg zum Unbe-

wußten entdeckte er die *freie Assoziation*: Der Patient soll alles sagen, was ihm in den Sinn kommt, ohne Rücksicht auf die Gesetze der Logik, der Ethik oder der Ästhetik. Der Arzt soll sich in „freischwebender Aufmerksamkeit“ möglichst passiv verhalten. Bald stellen sich beim Patienten *Widerstände* ein, die sehr verschiedene Formen annehmen und auch verschieden bedingt sein können, z. B. durch eine beginnende *Übertragung*, durch Festhaltenwollen am *sekundären Krankheitsgewinn*, oder aber – besonders bei psychotisch gefährdeten Persönlichkeiten – durch die bewußte oder unbewußte Angst vor dem totalen seelischen Zerfall. Im letzteren Fall muß die Analyse aufgegeben und durch eine andersartige Therapie ersetzt werden. Die *Deutung* und Aufhebung der Widerstände ist ein wesentliches Moment in der psychoanalytischen Arbeit.

Im Verlauf der Therapie stellen sich beim Patienten starke Sympathiegefühle gegenüber dem Analytiker ein (*positive Übertragung*). Diese können jedoch plötzlich umschlagen in Haß und Mißtrauen (*negative Übertragung*). Wenn sich der Analytiker passiv verhält, spürt der Patient plötzlich, daß seine heftigen Gefühle eigentlich nicht dem Analytiker, sondern wichtigen Beziehungspersonen aus der frühen Kindheit gelten. Die lebendige Einsicht in solche Übertragungsmechanismen ist von Bedeutung für den Aufbau mitmenschlicher Beziehungen und für einen gesunden Realitätsbezug. Durch die passive Haltung des Analytikers, der nicht auf die Wünsche und Erwartungen des Patienten eingeht (Versagung), lernt dieser allmählich ohne Verdrängung und *Regression* (Rückfall in infantile Formen der Triebbefriedigung) den *Aufschub* der Triebbefriedigung verkraften, nicht zuletzt auch mit Hilfe der *Sublimierung* (teilweise Hinlenkung der Triebkräfte auf ein sekundäres, sozial angepasstes Ziel). Durch die aufgearbeitete Vergangenheit kann der Zukunftsentwurf freier gestaltet und damit die Gegenwart voller verwirklicht werden. Freud umschreibt das Ziel der Analyse folgendermaßen:

„Wo Es war, soll Ich werden“ (XI, 86, 1959⁵).

Alle Phänomene, die in der psychoanalytischen Behandlung freigelegt werden, sind auch im Alltagsleben anzutreffen, da ja die Grundstruktur gesunder und kranker Menschen prinzipiell dieselbe ist. (Vgl. auch Fehlleistung und Witz als Boten des Unbewußten.) Freud spricht vom „*seelischen Apparat*“, der gegliedert ist in *Es*, *Ich* und *Über-Ich*; diese drei Instanzen stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander. Das *Es* bildet den Triebpol der Persönlichkeit; seine Inhalte sind unbewußt, einesteils erblich und angeboren, andernteils verdrängt und erworben. Ökonomisch gesehen, ist das *Es* das Hauptreservoir der psychischen Energie; dynamisch gesehen, läßt es sich in Konflikte mit dem *Ich* und dem *Über-Ich* ein, die, genetisch gesehen, durch Differenzierung aus ihm

hervorgegangen sind. Das *Ich* ist ebenso von den Ansprüchen des *Es* wie von den Befehlen des *Über-Ich* und den Forderungen der Realität abhängig. Dynamisch gesehen, stellt das *Ich* im neurotischen Konflikt den Abwehrpol der Persönlichkeit dar. Ökonomisch gesehen, erscheint das *Ich* als ein Bindungsfaktor der psychischen Vorgänge. Die Genese des *Ich* wird auf zwei verschiedenen Ebenen erklärt: Einmal ist das *Ich* der adaptive Apparat, der sich im Kontakt mit der äußeren Realität entwickelt. Sodann kann das *Ich* als Resultante verschiedener Identifizierungen mit den Beziehungspersonen der Kindheit gesehen werden.

Das *Über-Ich* ist eine wertende Instanz, in seiner Rolle vergleichbar mit der eines Richters oder Zensors des *Ichs*. Es bildet sich durch Verinnerlichung der elterlichen Forderungen und Verbote und weiterer sozio-kultureller Einflüsse. Freud sieht im Gewissen, in der Selbstbeobachtung und in der Idealbildung Funktionen des *Über-Ichs*.

Das *Es* ist unbewußt. Es kann nur indirekt erkannt werden, wenn es teilweise im Bewußtsein auftaucht. *Ich* und *Über-Ich* sind bewußt, haben jedoch auch unbewußte Anteile. Daneben sind noch vorbewußte Inhalte vorhanden, die dem aktuellen Bewußtsein zwar entgehen, jedoch grundsätzlich erinnerbar sind. (Zu Freuds Motivbegriff siehe auch Aebli's Ausführungen im Band 2 dieser Reihe.)

Die Freudianer

August Aichhorn (1925, 1970), ein Schüler Freuds, baute psychoanalytische Erkenntnisse in die Heilpädagogik ein. Er unterscheidet drei Arten von seelischen Störungen:

Die Neurose entsteht, wenn das *Ich* schwach und das *Über-Ich* starr und überstreng ist und ein Übermaß an Triebverdrängung fordert. Ein konflikthafte *Ich* entsteht, wenn die Identifikationsobjekte schlecht harmonisieren und die vereinheitlichenden Tendenzen versagen.

Von Verwahrlosung sprechen wir, wenn bei schwachem *Ich* und schwachem bzw. vieldeutigem *Über-Ich* das *Es* die Oberhand gewinnt und die Realitätsanpassung und Sozialisierung verhindert.

In der Psychose kommt es zu einem Bruch zwischen *Ich* und Realität, der das *Ich* der Herrschaft des *Es* überläßt.

Während Freud dem *Es* seine Hauptaufmerksamkeit schenkte, wandten sich seine Schüler, u. a. Anna Freud und die New Yorker-Gruppe (Hartmann, Kris und Löwenstein), mehr dem Studium des *Ichs* zu. Anna Freud (1936) zeigt, daß die *Abwehrmechanismen*, die das *Ich* gegen die Triebe aufbaut, nur dann zur Neurose führen, wenn ein gewisses Maß überschritten wird. Neben der Verdrängung werden folgende Mechanismen genannt: Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen,

Projektion, Introjektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil. Die Bevorzugung der einen oder andern Form ist kennzeichnend für den individuellen Charakter eines Menschen. Anna Freud hat neben *Melanie Klein* (1971, 1972) eine besondere Methode der Kinderanalyse entwickelt.

Heinz Hartmann (1970, 1972) postuliert, gestützt auf die Analyse der kognitiven Funktionen des Kleinkindes (z. B. Unterscheidung zwischen ihm selbst und der Umwelt), ein vom Es unabhängiges „*primäres Ich*“. Zu den wichtigsten Funktionen des Ichs zählt die *Intentionalität*. Im Gegensatz zu Freud führt Hartmann die Gestaltung des Individuums nicht allein auf dessen Reaktionen auf Versagungen, auf den Konflikt zwischen Realitäts- und Lustprinzip, zurück. Vorgegebene *Ichstrukturen* regulieren vielmehr den Kampf zwischen Realität und Luststreben. Ähnlich wie nach ihm *Alexander Mitscherlich* sieht Hartmann in der *Anpassung* an die Realität mehr als einen bloß passiven Vorgang. Mitscherlich (1969) unterscheidet deutlich zwischen einer passiven Anpassung (*Akkommodation*) und einer aktiven, die Welt verändernden, die er mit Piaget *Assimilation* nennt. Er überträgt seine Thesen auch vom Einzelmenschen auf die Gesellschaft, wobei er, im Gegensatz zur früheren Psychoanalyse, den *Aggressionstrieb* in den Vordergrund rückt.

Herbert Marcuse (1970) hat einen interessanten, aber reichlich spekulativen Versuch unternommen, Freud und Marx zur Basis einer soziologisch-politischen Utopie zu machen.

Einen neuen, wichtigen Aspekt bringt *Horst Eberhard Richter* (1963 und 1972) in die psychoanalytische Forschung. Bisher stand der Patient quasi isoliert, eingehüllt in seine Erlebnisweise der ihn umgebenden Realität, im Mittelpunkt der Untersuchungen. Richter beschäftigt sich nun ebenso intensiv mit der objektiven Umwelt, insbesondere mit der *Familie des Patienten*. Er zeigt, wie bewußte und unbewußte Fehlhaltungen der Eltern, entspringend aus deren ungelösten Konflikten, als *Dauertrauma* auf das Kind wirken und so dessen neurotische Erkrankung verursachen können. Ja, er bringt Beispiele von ganzen *neurotischen Familienkonstellationen*, die mindestens ein krankes Glied notwendig brauchen, um das Gleichgewicht zu bewahren. Bateson und Lidz (1970) haben in Amerika schon früh Schizophrenie erzeugende Familienstrukturen beschrieben. Konsequenterweise fordern diese Autoren eine *Familientherapie*.

Einer der wichtigsten zeitgenössischen Fortsetzer der Arbeit Freuds ist *E. H. Erikson*. Aufbauend auf *René Spitzens* Erkenntnissen über die frühkindliche Entwicklung und auf seinen eigenen sozio-kulturellen Forschun-

gen, beschreibt er die Entwicklung des Menschen von der Geburt bis zum Tode, indem er alle Themen um den Begriff der *Ich-Identität* gruppiert. Diese bedeutet mehr als die Summe aller Identifikationen; sie ist deren Kristallisationspunkt, der im Strom der Veränderungen und im Wechselspiel der sozialen Rollen einmalig, unverwechselbar und kontinuierlich bleibt. Je stärker die Ich-Identität, desto flexibler die Persönlichkeit. „Eine allmählich sich anreichernde Ich-Identität ist das einzige Bollwerk gegen die Anarchie der Triebe wie gegen die Autokratie des Gewissens, d. h. der grausamen Gewissensstrenge, die das innere Residuum der einstigen Unterlegenheit des Kindes gegenüber seinen Eltern ist. Jeder Verlust an Identitätsgefühl setzt das Individuum wieder seinen alten Kindheitskonflikten aus“ (Erikson 1971, 112 f.). Erikson sieht die *Entwicklung dieser Ich-Identität* im Sinne des epigenetischen Prinzips in einer *Stufenfolge verschiedener Stadien*, wobei jede einzelne Fehlentwicklung das Ganze des Menschen beeinträchtigt.

Das *erste extrauterine Lebensjahr* des Menschen ist entscheidend für seine *Grundgestimmtheit*, die Erikson im positiven Sinne als *Urvertrauen*, im negativen Sinne als *Urmißtrauen* bezeichnet. Auch die Grundkategorien des *Gebens und Nehmens* werden gebildet, letzteres durch die Identifikation mit der gebenden Mutter. Echtes Urvertrauen schützt den Menschen vor späteren Formen der Sucht, der Selbsttäuschung und des gierigen Besitzergreifens. Das Stichwort der ersten *oralen Phase* heißt: „Ich bin, was man mir gibt.“

In der zweiten Lebensphase (2. und 3. Lebensjahr — *Trotzalter* — *anale Phase*) erwirbt sich das Kind eine gewisse *Autonomie*; diese führt zu einer Empfindung von Selbstbeherrschung ohne Verlust des Selbstgefühls. Mißlingt dieser Schritt, treten *Scham und Zweifel* auf den Plan. Auch die sozialen Modalitäten des *Festhaltens und Loslassens* werden geprägt (Bedeutung der Sauberkeitserziehung). Die kindliche Autonomie kann sich um so besser entfalten, je gesünder das Unabhängigkeitsgefühl der Eltern ist. Unter negativen Bedingungen kann sich ein Zwangscharakter oder ein Übermaß an irrationaler Konformität ausbilden, die sich z. B. in einem unkritischen Glauben an Schlagworte äußern kann. Das Stichwort der zweiten Phase lautet: „Ich bin, was ich will.“

Der Verlauf der dritten Phase (4. und 5. Lebensjahr — *ödipale Phase*) entscheidet in einem hohen Maße darüber, ob ein Kind *Initiative* entwickeln kann oder ob es von unbegründeten *Schuldgefühlen* bedrückt wird. Es ist die Zeit des Eindringens, der unersättlichen Wißbegier. Mit der ersten sexuellen Reifung vollzieht sich auch — positiv oder negativ — eine erste Identifizierung mit der eigenen Geschlechtsrolle; in diesem Zusammenhang entstehen die meist unbewußten ödipalen Wünsche und

Ängste. Dies ist auch eine wichtige Zeit für die Entwicklung des kindlichen Gewissens, die nur dann gesund verläuft, wenn das Kind in seiner Abhängigkeit wirklich vertrauen kann. — Das Stichwort der dritten Phase ist: „Ich bin, was ich mir zu werden vorstellen kann.“

Mit der von Freud als Latenzzeit bezeichneten vierten Phase beginnt die *Schulzeit*. Das Stichwort heißt hier: „Ich bin, was ich lerne.“ Diese Jahre haben eine doppelte Bedeutung für die Identität des Kindes. Es unterscheidet zwischen Spiel und Arbeit und bekommt das Grundgefühl der Teilnahme an der Welt der Erwachsenen. Im Spiel gelingt ihm oft die Beherrschung einer Lage, der es in der Wirklichkeit noch nicht gewachsen ist. Eine solche Meisterung von Konflikten trägt zur Wiederherstellung eines guten Selbstgefühls bei. In der Latenzzeit „vergisst“ das Kind den Drang, die Welt der Menschen in einem sozusagen direkten Angriff zu erobern. Es sucht sich Anerkennung zu verschaffen, indem es Dinge produziert, und es paßt sich in diesem Bestreben auch den anorganischen Gesetzen der Werkzeugwelt an. Bei Enttäuschungen jedoch entsteht ein *Grundgefühl der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit*, das die echte Sozialisierung erschwert und auch eine schlechte Grundlage bietet für die nachfolgende Pubertätsphase.

Die fünfte Phase, die *Pubertät* und *Adoleszenz*, ist altersmäßig schwer festzulegen; sie ist heute, im Vergleich zu früheren Generationen sowohl nach unten wie nach oben verlängert. Alle Identifizierungen und Sicherungen, auf die sich das Kind nach und nach verlassen konnte, werden nun in Frage gestellt infolge der Reifung des Geschlechtstrieb. Auch der zweite Gestaltwandel trägt das Seine zur Verunsicherung bei. Das in der Latenzzeit harmonische Zusammenspiel von Ich, Es und Über-Ich ist gestört. Der Jugendliche ist oft in krankhaft erscheinender Weise darauf konzentriert, herauszufinden, wie er in den Augen anderer erscheint und wie er seine aus früheren Identifikationen stammenden Rollen, Fertigkeiten und Werte mit den modernen Idealen und Leitbildern vereinbaren kann. Nimmt die Pubertät einen glücklichen Verlauf, entsteht das *Gefühl echter Ich-Identität*, „das angesammelte Vertrauen darauf, daß der Einheitlichkeit und Kontinuität, die man in den Augen anderer hat, eine Fähigkeit entspricht, eine innere Einheitlichkeit und Kontinuität aufrechtzuerhalten“ (1971, 107). Aus der Bedrohung der noch ungefestigten Ich-Identität durch jene Erwachsenen und Kulturen, die einfach nur Anpassung verlangen, erwächst eine explosive Kraft der Verteidigung und Ablehnung bei vielen Jugendlichen. Daraus ergeben sich oft eigentliche *Identitätsdiffusionen*, die sogar zu psychoseähnlichen Zuständen führen können. Cliquenbildung, Vorliebe für primitiv-totalitäre Doktrinen sind als Abwehr gegen das Gefühl der Identitätsdiffusion zu verstehen.

Das *Erwachsenenalter* unterteilt Erikson in drei Stadien. Erst nach der Entwicklung einer echten Ich-Identität ist wirkliche *Intimität* möglich; es kann sich nur dann eine wahre Zweiheit bilden, wenn zuerst das Eins-Sein mit sich selbst erreicht ist.

Die *Generativität* ist das Hauptmerkmal des zweiten Stadiums. Dies bedeutet: lebendiges *Interesse an der Erzeugung und Erziehung der nächsten Generation*. Hier ist das Vertrauen in die eigene Identität, in den Partner und in die „Gattung Mensch“ Voraussetzung.

Die *Integrität* als drittes Stadium und letzte Erfüllung der menschlichen Entwicklung bildet sich aus den bisher genannten Voraussetzungen und impliziert eine positive Haltung dem Tode gegenüber. Erikson (1971, 118–119) beschreibt sie folgendermaßen: „Integrität bedeutet die Annahme seines einen und einzigen Lebenszyklus und der Menschen, die in ihm notwendig da sein mußten und durch keine anderen ersetzt werden können. Es bedeutet eine neue, andere Liebe zu den Eltern, frei von dem Wunsch, sie möchten anders gewesen sein als sie waren, und die Bejahung der Tatsache, daß man für das eigene Leben allein verantwortlich ist.“ Der Mangel an Ich-Integration führt zu Lebensüberdruß, Ekel, Zynismus und Verzweiflung; diese sind der Ausdruck einer unbewußten Todesangst.

In diesem Aufriß der menschlichen Entwicklung wird, wie Erikson selbst bemerkt, die Grenze von der Psychologie zur Ethik überschritten. Aber tut dies nicht jede Psychologie, indem sie implizit oder explizit auf den Sinn des menschlichen Daseins bezogen ist?

1.2. Carl Gustav Jung (1875–1961)

Freuds bevorzugter Schüler brachte zusammen mit Eugen Bleuler die psychoanalytische Lehre nach Zürich. Jung trennte sich jedoch um 1913/14 wegen grundsätzlicher theoretischer und menschlicher Differenzen von seinem Lehrer und begründete die *Analytische Psychologie*.

Im Gegensatz zu Freud kombiniert Jung Kausalität und Teleologie. Bei Freud überwiegt die Beschäftigung mit der Vergangenheit, bei Jung liegt der Schwerpunkt in der Ausrichtung auf die Zukunft. Die *Psyche* besteht aus verschiedenen, sich aufeinander beziehenden Instanzen, aus dem *Ego*, dem *persönlichen Unbewußten* mit seinen Komplexen, dem *kollektiven Unbewußten* mit seinen Archetypen, der *Persona*, der *Anima* bzw. dem *Animus*, dem *Schatten* und — als letztem Zentrum der Person — dem *Selbst*. Jung unterscheidet die Grundhaltungen der *Introversion* und *Extraversion*.

Unter dem *Ego* versteht Jung einen Komplex von Vorstellungen, der das Zentrum des Bewußtseinsfeldes ausmacht und von hoher Kontinuität und Identität mit sich selbst ist. *Das persönliche Unbewußte* ist eine dem Ich nahe Region, die Vergessenes, Verdrängtes, unterschwellig Wahrgenommenes und vor allem auch Werdendes enthält. Es entspricht in etwa Freuds Vorbewußtem. Das überpersönliche, *kollektive Unbewußte* überschattet das Ego und das persönliche Unbewußte. Es ist der „Sammelort“ von verborgenen Erinnerungsspuren, die vererbt sind aus den frühesten Vorstufen der Menschheit.

Die strukturellen Komponenten des kollektiven Unbewußten sind die *Archetypen*, eine Art Urbilder, universale Ideen mit stark emotionalem Gehalt; sie zeigen sich in Träumen, Visionen, Mythen, neurotischen und psychotischen Symptomen, aber auch in Kunstwerken. *Animus, Anima und Schatten* sind Archetypen, die in Partnerbeziehungen und in mitmenschlichen Interaktionen überhaupt besonders wirksam sein können.

Die Persona ist die Maske, die der Mensch aufbaut, um den Erfordernissen der sozialen Konventionen und Traditionen und den innern archetypischen Forderungen Genüge zu leisten. Sie ist die notwendige äußere Fassade, hinter der die eigentliche Persönlichkeit steht. Gefährlich wird sie bloß, wenn sie übermächtig ist und zur Selbstentfremdung führt.

Im Gegensatz dazu ist *das Selbst* das letzte, wesentliche Ziel der menschlichen Existenz. Es wird durch die *Individuation* verwirklicht. Das Selbst-Sein der zweiten Lebenshälfte ist echte Mitte zwischen dem Bewußten und dem Unbewußten. Gestalten wie Jesus und Buddha sind reine Verkörperungen des Selbst.

Der *Komplex*, ein mit seelischer Energie geladener verdrängter Konflikt, kann — je nach seiner relativen Integration bzw. Desintegration — zu einfachen Fehlleistungen und Hemmungen Anlaß geben oder aber Neurosen und Psychosen verursachen.

Als *Typologe* unterscheidet Jung zwei Grundhaltungen der Persönlichkeit. Der *Extravertierte* orientiert sich primär an der „objektiven“ Außenwelt. Der *Introvertierte* ist vorwiegend nach innen gerichtet. Auch hier kompensieren sich die polaren Gegensätze. Der mehr Extravertierte ist unbewußt eher introvertiert und umgekehrt. Während die Gesundheit in einer immer wieder ausgleichenden Kompensation begründet ist, kann jede zu starke Einseitigkeit zur *Neurose* führen. Diese ist eine Art „Stillstand des Lebens“. Durch eine echte Kommunikation mit dem Unbewußten, durch das Erfahren einer tieferen Schicht, wird das Bewußtsein vom Komplex frei; dadurch entsteht neue Bewegung.

Die ganze Psychologie Jungs wird getragen von seiner *Libidotheorie*, um deren willen es u. a. zum Bruch zwischen Freud und Jung kam. Libido

ist für Jung seelische Energie schlechthin. Sie ist qualitativ unbestimmt und kann sich in den verschiedensten Formen und Richtungen entwickeln. Auf die Frage, was nach seiner Meinung ein normaler Mensch gut können müsse, soll Freud einfach gesagt haben: „Lieben und arbeiten“. Bei Jung kann das Ziel der Persönlichkeitsentwicklung im Sinne des griechischen „Werde, was du bist“ umrissen werden.

1.3. Alfred Adler (1870–1937)

Der Begründer der *Individualpsychologie* war Arzt in Wien, Freud-Schüler und engagierter Sozialist. Er trennte sich schon 1911 von Freud. *Finale Denken* beherrscht sein Menschenbild. Fiktive Ziele, nicht die Lebensgeschichte, bestimmen primär das menschliche Dasein. Das Unbewußte spielt eine ganz untergeordnete Rolle; Adler schuf eigentlich eine neue Bewußtseinspsychologie mit stark *sozialpsychologischen* Aspekten, stehen doch Freundschaft, Beruf und Sexualität im Zentrum seiner Überlegungen. *Neurosen* sind Fluchtversuche aus diesen drei wesentlichen Lebensaufgaben und können nur geheilt werden durch Stärkung des Selbstvertrauens.

Der Mensch leidet unter zweifach begründeten *Minderwertigkeitsgefühlen*. Einmal ist er als kleines Kind den Erwachsenen ausgeliefert. Sodann trägt jeder Mensch irgendeine Organminderwertigkeit mit sich. In *Kompensation* seines Minderwertigkeitsgefühls ist der Mensch von *Machtbunger* erfüllt. Der ältere Adler drückt sich allerdings positiver aus: der Mensch ist wesentlich motiviert durch ein angeborenes *soziales Interesse*. Jeder Mensch hat seinen eigenen *Lebensstil*, d. h. seine individuelle Art, Minderwertigkeitsgefühle zu überwinden. Die erste Identifikationsperson und die Stellung in der Geschwisterreihe haben bei der Entstehung dieses Lebensstils eine prägende Wirkung. Mit ca. fünf Jahren ist er im wesentlichen bereits festgelegt. Neu sind nachher bloß noch die verschiedenen Möglichkeiten des Ausdrucks. Die *ersten Kindheitserinnerungen* bilden oft einen Zugang zum Verständnis des Lebensstils. Das Streben nach Macht äußert sich im sogenannten „*männlichen Protest*“, dies allerdings nur in jenen Kulturen, die einen Wesensunterschied zwischen Mann und Frau postulieren und dem Mann die Vormachtstellung einräumen. Dies führt dann zu Zerrbildern, besonders bei Frauen, die es dem Manne gleichzutun versuchen, aber auch bei Männern, die ihre Männlichkeit stets wieder unter Beweis stellen müssen.

Adler lehnt jeglichen Pluralismus psychischer Motivationen und Triebe zugunsten einer eindeutigen, zielgerichteten Lebenstendenz ab. Die ge-

sunde Person unterscheidet sich unter diesem Aspekt von der kranken letzten Endes nur dadurch, daß sie durch ihr Machtstreben nicht mit der Umgebung, den jeweils herrschenden kulturellen und zivilisatorischen Maßstäben in Konflikt gerät. Das „*schöpferische Selbst*“ verleiht dem Leben erst Ganzheit und Sinn. Nach Adler ist der Mensch Herr und nicht Opfer seines Schicksals. Dieser optimistische Zug hat viel zur Popularität der Individualpsychologie beigetragen.

Eine Fortsetzung von Adlers Werk finden wir bei *Dreikurs* (z. B. 1967) der die spezifischen Probleme von Schule, Elternhaus und ehelicher Partnerschaft berücksichtigt.

1.4. Karen Horney (1885–1952)

Karen Horney war Schülerin Freuds. Sie wandte sich jedoch nach ihrer Übersiedlung nach Amerika von ihrem Lehrer ab. Nach ihrer Ansicht war Freuds Triebtheorie nur für einen bestimmten Kulturkreis gültig. Sie versteht die *Neurose* primär als *Angstabwehr*, die ihrerseits wieder in einem Mangel an Liebe und Bestätigung ihren Anfang hat; sie wird jedoch erst in einer spezifischen Situation manifest. Die Grundangst, aus der auch die Grundfeindseligkeit entsteht, führt letztlich zu drei spezifisch *neurotischen Verhaltensweisen*, zur Bewegung zum andern hin (Need for love, Unterwürfigkeit), zur Bewegung vom andern weg (independence, Rückzug) und zur Bewegung gegen den andern (aggression, Macht über andere). *Neurotisch* ist die *Auslieferung* an eine dieser drei Formen, *normal* die Lösung der Konflikte durch deren Integration (1951).

1.5. Erich Fromm

Erich Fromm, 1900 in Frankfurt geboren, siedelte 1933 in die Vereinigten Staaten über. Er hebt die Labilität und *Flexibilität* der menschlichen Triebe und die damit gegebene *Freiheit* hervor. Diese Freiheit ist das Ergebnis einer langen stammesgeschichtlichen Entwicklung und schließt die Ablösung von alten Bindungen an Mythos, Clan und Familie in sich. Dieses Risiko der Freiheit ist aber wesentlich verbunden mit der *Einsamkeit* des Menschen. Es gibt nur zwei Möglichkeiten, dieser Einsamkeit zu entkommen, die Vereinigung mit andern Menschen im Geist der Liebe und der Zusammenarbeit, m. a. W. die Entwicklung eines echten Sozialgefühls, und die Flucht in die Unterwerfung unter die Autorität und die Gesellschaftskonformität. *Neurosen* entstehen aus dem Nichtvertragen der

Freiheit, durch *Regression* in alte oder in Pseudobindungen und durch *Mißbrauch* der Freiheit in der Entwicklung von Fehlhaltungen (1971).

In den späteren Werken (1960; 1971) kritisiert Fromm die den Menschen frustrierende westliche Zivilisation. Er verlangt die Verwandlung der gegenwärtigen politisch-industriellen Ansprüche im Hinblick auf eine *höhere spirituelle Ordnung*: die Rückkehr zur Gemeindeversammlung als Zelle des gesunden politischen Lebens, die Selbstverwaltung der Betriebe durch ihre Mitarbeiter, die Erziehung der Jugend zu schöpferischer Arbeit, die Erwachsenenbildung in Volksbildungsheimen. In der „Kunst des Liebens“ (1956) stellt er die echte Liebe den Zerrformen gegenüber.

1.6. Harald Schultz-Hencke: Die Neoanalyse

In seinem Hauptwerk „Der gehemmte Mensch“, das 1940 erstmals erschien, versucht Schultz-Hencke seine Neurosenlehre vom Bewußtsein her aufzubauen. Der Grundkonflikt der menschlichen Psyche besteht in der Hemmung „des Expansiven“. Dieses setzt sich zusammen aus den Streben oder Antrieben des Menschen, die er von den Freud'schen Trieben unterscheidet und folgendermaßen unterteilt: 1. Das *intentionale* Antriebserleben, die emotionale Zuwendung zur Welt im Sinne der Neu-Gier. 2. Das *oral-kaptative* Antriebserleben, das Haben-Wollen, das jedoch nicht sexuell gedeutet werden darf. 3. Das *retentiv-anale* Antriebserleben, das bei der Reinlichkeitsgewöhnung geschädigt werden kann. 4. Das *aggressiv-geltungsstrebige* Antriebserleben, das sich beim Kleinkind in einem motorischen Entladungsbedürfnis äußert. 5. Das *urethrale* Antriebserleben, das sich als Drang zum Urinieren zeigt. 6. Das *liebende, sexuelle* Antriebserleben, in dem Schultz-Hencke Zärtlichkeitsbedürfnis und Hingabesehnsucht einerseits und Sexualität anderseits unterscheidet.

Wie Freud sieht Schultz-Hencke die Ursache der Neurose in der Kindheit, wo sich besonders Härte und Verwöhnung verhängnisvoll auswirken. Dabei ist die allgemeine Lebensatmosphäre folgenschwerer als das einzelne Trauma. Auch Anlagen können neurosefördernd wirken. Die Hemmung der Antriebe, die Freuds Begriff der Triebverdrängung nahesteht, führt zu *Haltungen*, die Kompromisse zwischen „dem Expansiven“ und „dem Hemmenden“ darstellen. Diese Haltungen sind unbewußt, gegenstandshungrig und zäh. Schultz-Hencke beschreibt ihre Wirkung mit folgendem Bild: „Der von solchen Haltungen erfüllte Mensch wird durch sie geführt wie der Zugvogel von seinem Instinkt“ (1940, 63).

Der Charakter, der durch Hemmung der natürlichen Streben deformiert ist, entwickelt durch Überkompensation abnorme Züge: Gehemmt-

heit, Bequemlichkeit und Riesenansprüche bilden den Kern der Struktur des gehemmten Menschen.

Die Auslösung der Neurosen wird meist durch Versuchungs- oder Versagungssituationen bewirkt. Dabei gerät der „gehemmte Mensch“ in einen Konflikt, der die manifesten neurotischen Symptome bewirkt.

1.7. Zur Daseinsanalyse Ludwig Binswangers (1881–1966)

„Im Gegensatz zu *Freuds* Auffassung bedeutet Menschsein nicht nur eine in das lebend-absterbende *Leben hineingeworfene* und von ihm umhergetriebene, *gestimmte und verstimmte Kreatur* sein, sondern auch ein *entschlossenes*, seinen *eigenen Stand* habendes oder *selbständiges Sein*“ (Binswanger 1957, 51). So bezeichnet Ludwig Binswanger, der in der Schweiz (Kreuzlingen) 1881 geborene und 1966 verstorbene Psychiater, der als erster die Psychoanalyse in einer Privatklinik einführte, den Unterschied seines Menschenbildes von demjenigen *Freuds*. Freud war sein verehrter Lehrer und Freund, und er blieb es trotz der Verschiedenheit der Standpunkte. Die klassische Psychiatrie (E. Bleuler), die Tiefenpsychologie (Freud, Jung) und eine umfassende literarische und philosophische Bildung kennzeichnen seinen menschlichen und wissenschaftlichen Horizont. Das Menschenbild *Freuds* erschien ihm als dasjenige eines *homo natura*.

Bei Sophokles und Kierkegaard enthüllt sich ihm das Wesen des echten Mitleids: im Kranken den Mitmenschen zu sehen. Sophokles läßt Odysseus sagen: „Obwohl Aias mich haßt, erblicke ich im Seinigen, in seinem Wahnsinn nämlich, auch meine Sache“ (1957, 15). Kierkegaard stellt der Geistlosigkeit des berechnenden Verstandes die wahre Geistigkeit entgegen, die weiß, daß der Mensch „absolut nichts vom Leben fordern kann, daß das Entsetzliche, das Verderben, die Vernichtung Tür an Tür mit jedem Menschen wohnt“ (Kierkegaard, 1956, 632/3). Zu dieser Geistigkeit und Eigentlichkeit gelangt der Mensch durch die Bildung und Wandlung in der „Schule der *Möglichkeiten*“ und somit im Durchgang durch die *Angst*. Diese ist mit der Freiheit des Menschen sowie mit dem Glücken- und Scheiternkönnen des Daseins unabdingbar verbunden. Hier zeigt sich auch indirekt, daß der Mensch nicht als isoliertes Subjekt, sondern immer schon als In-der-Welt-sein, als Mitsein mit andern, als ein sich zeitigendes und räumlichendes Wesen gesehen werden muß. Ein anderes hat *Heidegger* (1957) wieder voll zum Bewußtsein gebracht: daß der Mensch nicht bloß ein ontisches (seiendes), sondern auch ein ontologisches (die Frage nach dem Sein stellendes) Wesen ist, das sich zu sich

selbst und zur Welt verhalten kann. Trotzdem ist der Mensch *geworfen* in die Welt und in ein *Sein zum Tode*. Solange er lebt, ist der Mensch ein in der Gegenwart aus der Vergangenheit in die Zukunft sich Entwerfender. Eine wichtige Rolle spielt bei Binswanger die *Bedeutungsrichtung* des Daseins, so etwa das Steigen und Fallen, das Fliegen, Tanzen, Kriechen.

Schon vor seiner Begegnung mit Heidegger hatte sich Binswanger eingehend mit *Husserls Phänomenologie* beschäftigt. Das Grundprinzip dieser Methode, die mit der Deskription beginnt, liegt in der Beschränkung auf das Sich-an-sich-selbst-Zeigende, auf das im Bewußtsein deutlich Vorfindbare. Die Reduktion der konkreten Wahrnehmungsgehalte auf reine Bewußtseinsinhalte führt zur phänomenologischen Wesensschau. Von daher erklärt sich auch die Theoriefeindlichkeit dieser Methode. Durch den unmittelbaren Bezug zum Sich-Zeigenden rückt die Ausdrucksweise der Daseinsanalyse in die Nähe der Alltagssprache einerseits, der Dichtersprache andererseits. Im Akt der Begründung jedoch bedient sie sich philosophischer Termini. Die Breitenwirkung der Daseinsanalyse ist beschränkt, nicht zuletzt durch den grundsätzlichen Verzicht auf naturwissenschaftliche Stringenz. Ihre Tiefenwirkung jedoch scheint anzuhalten in der Frage nach der *condition humaine* und nach der Begründung der Wissenschaften vom Menschen.

1.8. Die Feldtheorie von Kurt Lewin (1890–1947)

Die *Gestaltpsychologie* (Max Wertheimer, Wolfgang Köhler, Kurt Koffka) baut auf der folgenden zentralen These über die Wahrnehmung auf: Die Art und Weise, in der ein Objekt aufgenommen wird, ist bestimmt durch den ganzen Kontext, durch die ganzheitliche Konfiguration, in die das Objekt eingebettet ist.

Kurt Lewin, 1890 in Mogilno bei Posen geboren und 1947 in Boston, Massachusetts gestorben, stand anfänglich der Gestaltpsychologie nahe. Bald nach seiner Übersiedlung in die USA entwickelte er seine Feldtheorie. 1945 wurde er Direktor des Forschungszentrums für Gruppendynamik am Massachusetts Institute of Technology in Boston.

Die Hauptcharakteristika der Feldtheorie können in den folgenden Thesen zusammengefaßt werden. 1. Das Verhalten ist eine Funktion der Gesamtsituation oder des „Feldes“, in dem es sich vollzieht. 2. Die psychologische Analyse beginnt mit der Untersuchung der Gesamtsituation, die den Bestandteilen ihren Sinn verleiht. 3. Das erlebte Feld, der „Lebensraum“ einer Person in der je gegebenen Situation, kann in topologi-

schen Begriffen dargestellt werden. Nach Lewin ist das Verhalten durch Feldkräfte (Valenzen, Vektoren) determiniert (1951, 240). Zur Darstellung der Persönlichkeitsstruktur dient die Topologie. Sie beschreibt elementare Relationen, die weder Distanzen, Winkel noch andere Charakteristika des euklidischen Raumes implizieren.

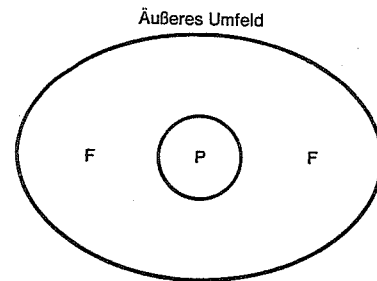


Abb. 1

Person (P) und psychisches Feld (F) konstituieren zusammen den Lebensraum (P + F), der vom nicht psychologischen, äußeren Umfeld umfaßt ist.

Der Lebensraum¹ (Lewin 1951, 213 f.) besteht aus der Person, die durch das psychische Feld eingeschlossen ist. Es ist von einer fremden Hülle, dem „äußeren Umfeld“ umgeben, die einen Teil der nicht psychologischen oder objektiven Umwelt bildet, welche jedoch die psychologische beeinflussen kann.

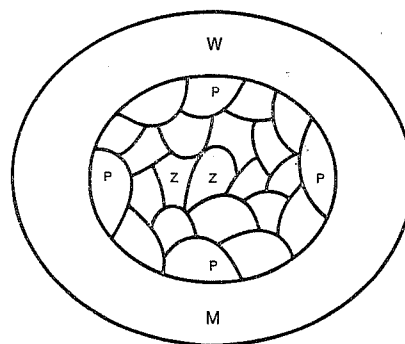


Abb. 2

Die innerseelische Sphäre der Person mit ihren peripheren (p) und zentralen (z) Bereichen, umgeben von der Wahrnehmungssphäre (W) und der motorischen Sphäre (M).

Die Person wird in eine perzeptiv-motorische und eine innerseelische Sphäre differenziert, wobei die letztere sich wiederum in eine Gruppe von peripheren und zentralen Bereichen aufteilt.

¹ Wir verwenden hier die deutsche Terminologie gemäß Lewin (1926).

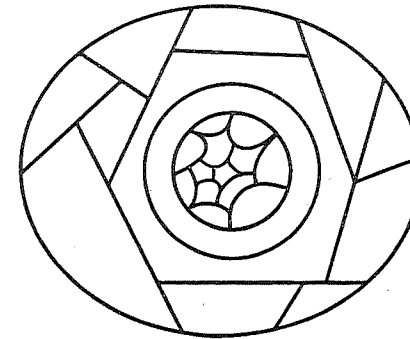


Abb. 3

Die Regionen des psychischen Feldes (Lewin 1951, 217).

Das psychische Feld ist in verschiedene Regionen aufgeteilt, die durch verschieden durchlässige Grenzen voneinander geschieden sind, ebenso wie die Regionen des gesamten Lebensraumes. So kann ein Ereignis in einer Region ein Geschehen in einer anderen Region bewirken. Regionen der Umgebung gelten dann als verbunden, wenn die Person eine Bewegung (locomotion) zwischen ihnen vollziehen kann. Regionen der Person gelten als verbunden, wenn sie untereinander in Kommunikation treten können.

Zur Dynamik der Persönlichkeit

Die strukturelle Betrachtungsweise des Lebensraumes gleicht einer Straßenkarte zur Planung von Wanderungen. Sie läßt uns mögliche Verhaltensweisen voraussehen, kann aber nicht voraussagen, wie eine Person sich wirklich verhalten wird; dies ist Sache der dynamischen Betrachtungsweise. Die wichtigsten dynamischen Begriffe sind: Energie, Spannung, Bedürfnis, Valenz und Kraft oder Vektor. *Psychische Energie* wird frei, wenn das psychische System (die Person) versucht, aus einem Zustand des Ungleichgewichtes ins Gleichgewicht zurückzukehren. Ein Ungleichgewicht besteht dann, wenn ein Teil des Systems über eine größere *Spannung* verfügt als der Rest, sei diese durch einen Außenreiz oder durch eine innere Verschiebung verursacht. Durch einen *Prozeß* (Denken, Erinnern, Fühlen, Wahrnehmen, Handeln usw.) wird die Spannung wieder ausgeglichen. Erhöhte Spannung wird bewirkt durch das Erwachen eines körperlichen oder seelischen *Bedürfnisses* oder eines *Quasibedürfnisses*, nämlich einer „Vornahme“ oder Zielsetzung. Ein Bedürfnis wirkt sich nicht immer direkt in einer Handlung, also in einer „Bewegung“ im Lebensraum, aus. Vor dem Ziel können Regionen mit negativer *Valenz*

liegen. Positiv ist die Valenz einer Region, wenn diese ein Zielobjekt, negativ, wenn sie ein Aversionsobjekt, das Abwendung bewirkt, enthält. Die Bedürfnisse verwandeln also die Umgebung in ein Netz von einladenden, anziehenden und abstoßenden Regionen. Kräfte gehören dem psychischen Umfeld an. Da sie Richtung, Stärke und Angriffspunkt besitzen, werden sie als *Vektoren* dargestellt.

Um eine Bewegung vorauszusagen, müssen die folgenden Größen bekannt sein: Bedürfnis, Spannung, Kraft, Valenz, Barriere, Eigentümlichkeiten des Umfeldes, die Dimension Realität-Irrealität und die Zeitperspektive. Das letzte Ziel aller psychischen Prozesse ist die Rückführung der Person in den Zustand des Gleichgewichts. Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten: Eine auf ein innerpersönliches System begrenzte Spannung breitet sich z. B. auf alle innerpersönlichen Systeme aus. Wiederholt sich dies, wächst die Spannung in der innerpersönlichen Sphäre, bis ein plötzlicher Ausbruch in die motorische Sphäre stattfindet (z. B. ein Wutausbruch). Der direkte Durchbruch in die motorische Sphäre bewirkt unruhige Aktivität. Dies ist eine primitive Art der Spannungsreduktion, die z. B. im Säuglingsalter zu beobachten ist. Angepaßte Bewegungen im psychischen Umfeld erfolgen durch Bewegungs- und Wahrnehmungshandlungen. Entspannung kann auch durch Ersatzhandlungen und durch eingeübte Handlungen (z. B. im Tagträumen) erzielt werden.

Zur Gruppendynamik

Lewin war ab 1930 maßgeblich an der Begründung der gruppendynamischen Bewegungen beteiligt. Die Analyse des Unterrichtsverhaltens von Lehrern und von Massenunruhen in Amerika führten ihn und seine Mitarbeiter zu Untersuchungen über das Verhalten von Gruppen unter verschiedenen Leitern. Daraus ergibt sich die Unterscheidung dreier verschiedener Führungsstile, des autoritären, des Laissez-faire-Stils und des freiheitlich-demokratischen Stils. Letzterer erfordert die Einübung demokratischer Verhaltensweisen und ermöglicht die Lösung von Gruppenkonflikten. Voraussetzung dafür ist die Erkenntnis der offenen und verborgenen dynamischen Prozesse in der Gruppe.

1.9. Carl R. Rogers

Rogers, 1902 in Oak Park, Illinois, als Kind einer konservativ-puritanischen Familie geboren, studierte zuerst Naturwissenschaften, dann Theologie. Er wurde stark beeinflusst von der pragmatischen Philosophie John Deweys. Hierauf wandte er sich der klinischen Psychologie und Psycho-

therapie zu. Er lernte den Freud-Schüler Otto Rank kennen, der inzwischen mit der klassischen Psychoanalyse gebrochen hatte. Von 1945 bis 1957 war Rogers Dozent für Psychologie und Leiter des Counseling Centers an der Universität Chicago, wo er seine „klientenzentrierte“ Methode der Psychotherapie entwickelte. Er kann als humanistischer Psychologe bezeichnet werden. In den letzten Jahren beschäftigte er sich eingehend mit dem Werk Sören Kierkegaards. Ähnlich wie bei Freud, Jung und Adler hat sich seine Persönlichkeitstheorie aus seinen therapeutischen Erfahrungen entwickelt; sie hat pragmatischen Charakter, d. h. sie steht ganz im Dienste der Bewältigung der konkreten Situation.

Rogers nennt seine therapeutische Methode „*nicht-direktive, klientbezogene Gesprächstherapie*“. Er begründet die Ersetzung des Begriffs des Patienten durch den des Klienten folgendermaßen: „Der Klient ist jemand, der aktiv und freiwillig Hilfe hinsichtlich eines Problems sucht, dabei aber nicht die Absicht hat, seine eigene Verantwortlichkeit aufzugeben“ (1973, 24). Von größter Wichtigkeit ist die Beziehung des Therapeuten zum Klienten. Der Therapeut versucht, sich intensiv in das Bezugssystem des Klienten hineinzuversetzen, sich in dessen Gefühlslage hineinzuversetzen und echte, warme Anteilnahme zu zeigen. Er ist überzeugt vom einmaligen Wert jedes Menschen, ungeachtet dessen, wie sein Zustand, sein Benehmen und seine Gefühle sind. Durch diese vorbehaltlose positive Zuwendung, die sich vor allem in einer verstehenden Verbalisierung der Gefühle des Klienten durch den Therapeuten ausdrückt, gewinnt jener die Kraft, Emotionen in sich wahrzunehmen, die seinem bisherigen Selbstkonzept widersprechen. Vorher waren sie bedrohlich und mußten verleugnet oder verzerrt werden. Durch die Therapie verändert sich die Selbststruktur des Klienten allmählich derart, daß seine wahren Bedürfnisse und Gefühle darin Platz finden. Dadurch vermindern sich Spannungen, Angst und andere psychische und somatische Symptome. Eine realitätsgerechtere Anpassung an die Umwelt und den eigenen Organismus wird möglich. Gleichzeitig verbessern sich die mitmenschlichen Beziehungen: Während der Klient bisher seine eigenen verleugneten Erfahrungen in den andern Menschen bekämpfen mußte, kann er sie nun, wie seine eigenen, gelten lassen und verstehen. Da jedem Menschen ein starkes Bedürfnis, von den anderen akzeptiert zu werden, innewohnt, entsteht durch die Integrierung der eigenen Bedürfnisse keine Anarchie, sondern ein höheres Maß an Gemeinsamkeit. Es handelt sich in der klientbezogenen Therapie also um „den wichtigsten Lernprozeß, zu dem das Individuum imstande ist, nämlich das *Erlernen des Selbst*“ (1973, 447). Bei der typischen *Neurose* befriedigt der Organismus ein Bedürfnis, das im Bewußtsein nicht erkannt wird, durch ein Verhalten, das mit dem

Konzept des Selbst übereinstimmt und demzufolge bewußt akzeptiert werden kann. Inkongruenz zwischen Selbst und Organismus verursacht im Individuum Bedrohungs- und Angstgefühle. Es verhält sich abwehrend, und sein Denken wird eingeengt und starr. Wenn aber die symbolisierten Wahrnehmungen, welche das Selbst konstituieren, getreulich die Erfahrungen des Organismus widerspiegeln, dann ist die Person angepaßt, reif und voll funktionierend. Eine solche Person akzeptiert die ganze Skala körperlicher Empfindungen ohne Bedrohung und Furcht. Es ist ihr möglich, realistisch zu denken.

Entwicklungspsychologisch gesehen, entsteht eine solche Kongruenz zwischen Selbst und Organismus durch die positive Zuwendung der Eltern und der übrigen Mitmenschen zum Kind. Führt aber die Entwicklung unter ungünstigen Bedingungen zur Inkongruenz, kann durch die therapeutische Behandlung die Übereinstimmung zwischen Selbst und Organismus allmählich wiederhergestellt werden, denn die klientbezogene Gesprächstherapie aktiviert die Selbstheilungstendenzen im Individuum. Eine junge Frau drückte das Erlebnis dieser Veränderung folgendermaßen aus: „Ich habe immer versucht, das zu sein, was ich nach Ansicht von anderen sein sollte, aber jetzt denke ich, ob ich mich nicht einmal bemühen sollte, das zu sein, was ich bin.“

Rogers ist in bezug auf die Erziehung und Entwicklung des Kindes wie auch auf die Möglichkeiten der Therapie sehr viel optimistischer eingestellt als Sigmund Freud. Seine Methode hat auf die Spieltherapie, auf die gruppenbezogene Psychotherapie, auf Führung und Verwaltung, auf schülerbezogenes Unterrichten und auf die Ausbildung von Beratern und Therapeuten großen Einfluß ausgeübt. Einer der wichtigsten deutschsprachigen Schüler Rogers' ist Reinhard Tausch.

2. Formen der Psychotherapie mit Erwachsenen

Bevor wir uns den verschiedenen Arten der Psychotherapie zuwenden, soll das Verhältnis der psychologischen Persönlichkeitstheorie zum praktischen, therapeutischen Handeln angedeutet werden. Für Freud war das letztere das Primäre. Es ging darum, die Zusammenhänge zwischen Krankheitssymptom und Lebensgeschichte herzustellen. Die Genese der Krankheit verwies auf den Heilungsweg, den der Kranke zusammen mit dem Therapeuten gehen mußte. Der jeweilige Heilerfolg war also Verifi-

kation der Theorie. Jeder partielle oder totale Mißerfolg zwang Freud zu einer erneuten Infragestellung des bisher Postulierten. Dieser Prozeß ist im ganzen Werk Freuds nachweisbar, ebenso das Verbleiben offener Probleme und theoretischer Lücken.

Viele Therapeuten nach Freud gehen auf diesem Wege unter Zuhilfenahme neuer Ansatzpunkte und neuer Forschungsmethoden weiter. Wie stellt sich nun der heutige Therapeut zur psychologischen Theorie? Gaetano Benedetti (1964, 16–22) sieht die folgenden Zusammenhänge:

„Jede psychopathologische Manifestation des Patienten bedeutet ihm (dem Therapeuten) einen Versuch, unter ungünstigen Bedingungen das Menschliche dennoch zu wagen. Die Beurteilung der Situation verlangt von ihm (dem Therapeuten) ein Wesensverständnis, das letzten Endes durch kein Wissen verbürgt ist, sondern als Leistung und Wagnis immer neu aus der Existenz des Arztes hervorgehen muß. Die von der Wissenschaft verbürgte Sicherheit muß er mit jeder Deutung, die er wagt, mit jeder Regung der Gegenübertragung, die ihn befällt, hinter sich lassen; sein Verweilen mit dem Kranken in dieser aussichtsreicheren Unsicherheit ist die Tat seines gläubigen Herzens. Die Sorge um die Seele des Kranken (...) um deren mitmenschliche Entwicklung und Bereicherung hört weder an den Grenzen der Gesundheit noch an denen der Geisteskrankheit auf. (...) Der Psychotherapeut weiß, daß mitten im Anderssein des Patienten eine uns ähnliche Menschlichkeit verborgen liegt. Die Verstehensdimensionen bilden die wissenschaftliche Grundlage seiner Arbeit. Sie dienen zu seiner Orientierung in den komplexen Situationen des therapeutischen Dialogs, wo die Intuition allein nicht hinreicht, und zur kritischen Überprüfung und Begründung des eigenen Handelns.“ Im folgenden seien nun die wichtigsten Psychotherapiearten beschrieben und unterschieden:

2.1. Die klassische Psychoanalyse im Sinne Sigmund Freuds

Sie basiert auf der sogenannten „psychoanalytischen Grundregel“: Der Patient, der auf der Couch liegt, soll *alles sagen*, was ihm wichtig oder unwichtig, sinnvoll oder sinnlos, angenehm, peinlich oder sogar beschämend erscheint. Es handelt sich hier also um *freie Assoziationen*. Der Therapeut sitzt hinter dem Patienten und verhält sich primär passiv. In „freischwebender Aufmerksamkeit“ folgt er allen Regungen des Patienten und nimmt auch seine eigenen Gegengefühle wahr. Während Freud als Therapeut anfänglich bestimmte Symptome und Probleme in den Mittelpunkt stellte, verzichtete er später auf jede Lenkung. Diese meist

einstündigen Sitzungen finden drei–fünfmal pro Woche statt und dauern über Monate und Jahre. Im Verlauf der Therapie *deutet* der Analytiker Fehlleistungen und Traumerlebnisse, indem er das scheinbar Zufällige als determinierte Äußerung von derzeit unterbewußten, d. h. unterdrückten Absichten des Patienten versteht. Besondere Beachtung verdient der *Traum als via regia zum Unbewußten*. Dem Traum als „Hüter des Schlafes“ liegt ein starker, aber unterdrückter Triebwunsch zugrunde. Der sogenannte Traumzensor (Über-Ich-Anteil) verwandelt diesen direkten Wunsch mit Hilfe von Verschiebung, Verdichtung und Symbolisierung in ein rätselhaftes Gebilde, das wir als Traum erleben. Der Patient erzählt den *manifesten Trauminhalt*. Zu jedem Traumteil soll er *freie Einfälle* produzieren. Oft finden sich unter den Traumteilen sogenannte „*Tagreste*“. Mit Hilfe dieser Elemente versucht der Analytiker, zusammen mit dem Patienten die „Traumarbeit“ rückgängig zu machen und zum *eigentlichen, latenten Traumgedanken* vorzudringen. Dabei tauchen oft unversehens Erlebnisse und Gefühle im Bewußtsein auf, die vorher vergessen, verleugnet oder gar verdrängt waren. Durch das Aussprechen vor dem Analytiker werden sie endgültig als wirklich anerkannt und in die Lebensgeschichte eingebaut. So konfrontiert der Analytiker den Patienten direkt mit seinen Triebwünschen.

Ein weiterer, wesentlicher Teil der therapeutischen Arbeit ist die Analyse des *Widerstands*. Im Verlaufe der Therapie verweigert der Patient plötzlich die Zusammenarbeit. Er lehnt verschiedene Deutungen kategorisch ab, er verschweigt wichtige Einfälle, es fällt ihm überhaupt nichts mehr ein, er versäumt die Therapiestunde, behauptet, keine Zeit mehr zu haben, und bedient sich auch anderer Rationalisierungen (= Verkennung der wirklichen Motive und Überdeckung derselben durch nichtssagende, logisch erscheinende Erklärungen). Der Patient „agiert“ in der Außenwelt und will den Analytiker dadurch zum aktiven Eingreifen nötigen. Widerstände treten auf, wenn der Patient durch das Auftauchen einstiger Gefahren in seiner Identität bedroht wird oder wenn er sich davor fürchtet, den sekundären Krankheitsgewinn preiszugeben. Durch die Deutung der Widerstände kann deren negativer Einfluß aufgehoben werden. Eine besondere Form von Widerstand ist der „Übertragungswiderstand“. Durch die Wiederbelebung alter Ängste und Wünsche, die eine Regression zur Folge hat, entsteht eine künstliche Neurose, die sogenannte *Übertragungsneurose*. Der Patient wiederholt seine kindlichen Konflikte in der Übertragung am Analytiker. Der neue Zustand hat alle Charakteristika der Krankheit übernommen, aber er stellt eine artifizielle Krankheit dar, die Eingriffen zugänglich ist. Diese künstliche Neurose wird dadurch geheilt, daß der Analytiker sich passiv verhält und den Patienten

dadurch „zwingt“, die anscheinende Realität (Liebe oder Haß dem Analytiker gegenüber) immer wieder als Spiegelung einer vergessenen Vergangenheit zu erkennen. Ein Mittel zur Aufdeckung der Übertragungen des Patienten ist die Wahrnehmung der eigenen *Gegenübertragungsreaktionen* des Analytikers. Wenn er selbst durch seine eigene Lehranalyse von seinen konflikthaften Übertragungen befreit ist, besitzt er in seinem „eigenen Unbewußten ein Instrument, mit dem er die Äußerungen des Unbewußten beim Ändern zu deuten vermag“ (Laplanche & Pontalis 1972, 165).

Sobald die Übertragungsneurose durchgearbeitet und damit aufgehoben ist, verschwindet auch die ursprüngliche Krankheit; damit ist das Ende der Behandlung erreicht. Anstelle der Übertragung steht ein neues Vertrauen in die Realität mitmenschlicher Beziehungen. Der geheilte Mensch ist fähig, „zu lieben und zu arbeiten“; die Forderung, „wo Es war, soll Ich werden“, ist erfüllt.

Nicht jeder Mensch ist vollständig heilbar; oft müssen sich Arzt und Patient damit zufrieden geben, eine bedeutende Hebung des seelischen Allgemeinzustandes erreicht zu haben. Die Symptome bleiben zwar weiterhin bestehen, jedoch mit geminderter Bedeutung für den Kranken. Das Ende der Analyse ist also nicht absolut zu nehmen, und Heilung ist kein statischer Begriff. Freud betrachtet das Ziel der Analyse dann als erreicht, wenn die Fremdanalyse in Selbstanalyse übergegangen ist.

2.2. Der Heilweg der analytischen Psychologie C. G. Jungs

Schon rein äußerlich unterscheidet sich eine Freud'sche von einer Jung'schen Analyse: Hier sitzt der Patient dem Analytiker gegenüber, der Analytiker ist aktiv, die Sitzungen finden meist nur ein bis zweimal pro Woche statt, die Gesamtdauer der Behandlung ist meist auch kürzer als bei einer Freud'schen Analyse. Der innere Ablauf ist entsprechend modifiziert. Die Analyse ist primär eine Auseinandersetzung zwischen Therapeut und Patient. Das Übertragungsphänomen ist nur eine Randerscheinung. Das freie Assoziieren wird ersetzt durch ein „Umkreisenlassen“ der Gedanken, das auf einen bestimmten Ausgangspunkt gerichtet ist. In der zwischen den einzelnen Sitzungen liegenden Zeit soll der Patient selbständig weiterarbeiten, indem er z. B. möglichst viel aufschreibt, zeichnet, malt oder am Sandkasten arbeitet, um damit zur Bewußtmachung des persönlichen und – bei vorgerückter Analyse – des kollektiven Unbewußten beizutragen. Durch diese aktive Mitarbeit wird die kompensatorische und die prospektive Wirksamkeit des Unbewußten

aktiviert und der Stillstand des Lebens — ein wichtiges Charakteristikum der Neurose — aufgehoben: Das Leben gerät wieder in Fluß. Ein wesentlicher Teil der Therapie ist auch bei Jung die Traumdeutung, die der Dechiffrierung eines schwer lesbaren Textes zu vergleichen ist. Der Kontext zu den einzelnen Figuren und Geschehnissen bringt den *subjektiven, individuellen Traumsinn* zum Vorschein. Die *Amplifikationsmethode* dient der Erweiterung und bewußten Anreicherung der Traum Inhalte durch Analogien aus dem Bereich der Religionsgeschichte, der Mythologie, der Ethnologie, Alchemie, Märchenwelt usw. Dadurch wird der *kollektive Sinn des Traumes* erhellt und damit die objektive Werthhaftigkeit des Traumes freigelegt. Mit Nachdruck hat Jung jegliche stereotype Auslegung von Traumsymbolen, wie sie irrtümlicherweise oft von Freuds Traumtheorie abgeleitet wurde, abgelehnt. Nicht immer darf der Analytiker dem Patienten den *ganzen* Traumsinn mitteilen, da die Einsichten in den kollektiven Bereich seiner psychischen Verfassung schaden könnten; dies gilt besonders für psychotisch gefährdete Patienten. Neben der *Deutung des Traumes auf der Objektstufe* (Bezogenheit der Inhalte auf reale, äußere Objekte) muß die Frage nach der „*Subjektstufe*“ in Erwägung gezogen werden, wo die Traum Inhalte auf innere Gegebenheiten des Träumers verweisen. Freuds Traumdeutung wird als kausal-reduktiv charakterisiert, Jungs Verfahren dagegen als synthetisch-konstruktiv.

Als weiteres Mittel zur Bewußtmachung der Inhalte des Unbewußten benützt die Jung'sche Therapie die Methode der *aktiven Imagination*. Durch ein auf ein bestimmtes Geschehen hin gerichtetes Fantasierieren werden innere Bilder evoziert. Auch so kann der Patient zum Archetypischen vordringen. Die aktive Imagination wird besonders bei Patienten angewandt, die allzu rational eingestellt sind und wenig träumen.

Das Ziel der analytischen Psychotherapie nach Jung ist vorerst die Erweiterung des Bewußtseins und die Stärkung des Ichs, sodann die Ausreifung des Ichs, die Integration des Schattens und schließlich die eigentliche *Individuation*. Die letzte Ganzheit, das *Selbst*, ist ein Ziel, das selten oder nie erreicht wird, das aber das Leben mit höchstem Sinn erfüllt. Es ist auf alle Fälle dem Menschen der zweiten Lebenshälfte vorbehalten, während junge Menschen lernen müssen, sich den kollektiven Normen anzupassen.

2.3. Die individualpsychologische Therapie nach Alfred Adler

Alfred Adler betont in seiner Psychologie die Ganzheitsbetrachtung des Menschen und dessen soziale Bedingtheit. Das Unbewußte steht — im

Gegensatz zu Freud und Jung — im Hintergrund. Entsprechend hat die von ihm entworfene und praktizierte Therapie beratenden Charakter und wird oft gruppenweise durchgeführt. Die gegenwärtigen psychohygienischen Bemühungen stehen dieser Therapieform nahe.

In der eigentlichen individualpsychologischen Therapie werden vier Phasen unterschieden.

Zuerst soll eine fruchtbare Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten hergestellt werden. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist dabei unerlässlich. Die zweite Phase ist der psychologischen Analyse des Patienten gewidmet. Zwei Bereiche werden unterschieden: Das gegenwärtige Aktionsfeld des Patienten mit den zugehörigen akuten Schwierigkeiten und die Lebensprobleme, die an Schwächen und fehlerhafte Lebenspläne gekoppelt sind. Zur Klärung wird dem Patienten die Frage gestellt, was er in seinem Leben ändern würde, falls er aus der Behandlungssituation beschwerdefrei und leistungsfähig herausträte. Zur Vertiefung und Verdeutlichung der Analyse wird die Familienkonstellation des Patienten (z. B. Stellung in der Geschwisterreihe) eruiert. Die frühesten Kindheitserinnerungen verweisen auf die Struktur des *Lebensstils*, der im fünften Lebensjahr bereits festgelegt ist. In der dritten Phase korrigiert der Patient aus Einsicht in seine psychologischen Eigenheiten die Fehleinschätzungen seiner Lebensziele und seiner sozialen Rolle. Der Therapeut hält mit Kritik und Wertung in dieser Phase nicht zurück. Um dem Mißtrauen des Patienten Raum zu geben, wird ihm über eine begrenzte Zeit Gelegenheit gegeben, sich frei über seine Einfälle und Empfindungen auszusprechen. In der vierten Phase konzentrieren sich Therapeut und Patient auf eine Neuorientierung und verbesserte Anpassung an die Lebenssituation des Patienten. Hier herrscht die Technik der Ermutigung vor. Gemäß dem optimistischen Grundton in der Adler'schen Psychologie wird das in der Schwäche des Patienten stets enthaltene Moment der Stärke herausgehoben; denn gerade die Tatsache der Neurose zeigt, daß der Patient aktiv ist und sich nicht einfach mit seinen Lebensschwierigkeiten abfindet. Es folgt eine Zeit des konsequenten Trainings in der Anpassung an neuerkannte Lebenserfordernisse.

Die Dauer einer Adlerschen Therapie ist bedeutend kürzer als bei Freud und Jung. Neben der Ent-Täuschung steht die Ich-Stärkung an erster Stelle. Diese Therapie eignet sich besonders zur Behandlung leichter Neurosen. Die Methode ist das Gespräch von Mensch zu Mensch. Das Ziel lautet: den Menschen frei zu machen zu seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Oft muß sich der Therapeut jedoch mit dem vorläufigen Erfolg bescheiden, den Patienten wieder „in Fahrt zu setzen“.

2.4. Hinweis auf die Schicksalsanalyse von Leopold Szondi

Die Schicksalsanalyse befaßt sich im besonderen mit dem *familiären Unbewußten*. Sie will die störenden Wirkungen der unterdrückten und ungelebten Ahnenansprüche ins Bewußtsein bringen und sozialisieren. Besonders schicksalskranke Menschen bedürfen dieser Therapie. Szondi versteht darunter jene Menschen, bei denen „die erbbedingten Wahlhandlungen in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheitsform und Todesart das Schicksal . . . stören oder gar zerstören“ (Szondi, 1956, 49).

Der erste Teil der Therapie verläuft ganz im Sinne der klassisch psychoanalytischen Methode Freuds. Die zweite Phase, die *Psychoschocktherapie*, hat zum Ziel, den Patienten die Krankheit seiner Ahnen, deren Konduktor er ist, direkt erleben zu lassen. Dies erreicht der Therapeut dadurch, daß er aktiv in das Spiel der freien Assoziationen eingreift, indem er bestimmte Reizworte, die mit den unterdrückten Ahnenansprüchen zu tun haben und aus dem Traum- und Einfallsmaterial des Patienten stammen, solange wiederholt, bis sich eine Schockwirkung einstellt.

Die dritte Phase nennt Szondi *Ich-Analyse*. Alte störende Identifizierungen im Ich müssen abgebaut, neue Ich-Ideale des Seins und Habens und neue Verzicht aufgegeben werden. Die Ahnenansprüche werden integriert und sozialisiert. Das Ich wird fähig, Gegensätzliches in sich zu vereinen, echt Anteil zu nehmen an den Menschen und Dingen der Welt und die Allmacht an die Transzendenz zu geben. Für Jung und Szondi ist die Integration des Religiösen eine Voraussetzung der Heilung — dies im Gegensatz zu Freud, der in den verschiedenen Religionsformen eine Menschheitsneurose sah.

2.5. Die Neoanalytische Psychotherapie nach Schultz-Hencke

Bei leichteren Neurosen betreibt Schultz-Hencke „pragmatische Psychotherapie“, in deren Rahmen das autogene Training einen wichtigen Platz einnimmt. Schwerere Fälle behandelt er psychoanalytisch. Die freie Assoziation und die Ruhelage auf der Couch übernimmt er von Freud. Unterschiedlich behandelt er die Traumdeutung: Realeinfälle stehen gegenüber spekulativen Deutungen im Vordergrund. In der Fortsetzung der Behandlung spielt die Vernunft als steuernde und planende Funktion eine bevorzugte Rolle. Zurückliegende Konflikte und Gehemmtheiten werden aktuell interpretiert. Zur Aktualisierung gehört auch der Zukunftsentwurf des Patienten. Der Therapeut hält den Patienten an, schwierige Lebenssituationen vorauszuphantasieren. Wichtig ist die an-

triebsfreundliche Atmosphäre in der analytischen Situation. Der Übertragung wird eine ganz untergeordnete Bedeutung zugemessen.

2.6. Die Daseinsanalytische Therapie nach Ludwig Binswanger

Die Daseinsanalyse als Lehre und als Therapie bewegt sich im ontisch-ontologischen Zwischenbereich. Hier wird der Mensch als seiendes (ontisches) und nach dem Sinn des Seins fragendes (ontologisches) Wesen ganz ernst genommen. Die Therapie ist eine besondere Art des Miteinanders im Sinne Binswangers. Die Verbindung zwischen Therapeut und Patient beruht auf der gemeinsamen geistigen Arbeit an einer gemeinsamen Sache, aber sie ist mehr, eine eigentliche kommunikative Berührung und Wechselwirkung, eine Schicksalsverbundenheit. Die mitmenschliche Begegnung steht als unabdingbare Forderung im Zentrum der daseinsanalytischen Therapie. Zwar wird auch hier die Lebensgeschichte erforscht, der Therapeut bedient sich dabei der Freud'schen, der Jung'schen oder anderer Methoden. Die Therapie wird aber eigentlich nur dann wirksam, wenn es gelingt, „dem kranken Mitmenschen das Verständnis für die Struktur des menschlichen Daseins zu öffnen und ihn den Weg zurückfinden zu lassen aus seiner neurotisch oder psychotisch verstiegenen, verirrten, verlockten oder verschrobenen usw. Daseinsweise und Welt in die Freiheit des Verfügungkönnens über seine eigensten Existenzmöglichkeiten. Das setzt voraus, daß der Daseinsanalytiker als Psychotherapeut nicht nur über ein umfassendes sowohl daseinsanalytisches als auch psychotherapeutisches Sachverständnis verfügen, sondern auch im Ringen um die Freiheit des Daseinspartners den Einsatz der eigenen Existenz wagen muß“ (Binswanger II, 1955, 307).

Der konkrete Ausgangspunkt ist meist ein Einfall oder ein Traum des Patienten. Es stellt sich die Frage, welche Bewandnis es damit habe im Gesamten der Lebensgeschichte, in der jeweiligen Situation des Patienten und im menschlichen Dasein überhaupt. Zur Erhellung der Bewandnis- und Verweisungszusammenhänge werden oft Gleichnisse und Metaphern verwendet. Die Beschäftigung mit Literatur, Musik und bildender Kunst wird miteinbezogen, aber ebenso sehr der Umgang des Patienten mit den alltäglichen Dingen und mit den Menschen seiner Umgebung. Therapeut und Patient arbeiten die räumliche und zeitliche Struktur des Daseins des Patienten gemeinsam heraus.

In der Festschrift für Wilhelm Szilasi (1960, S. 129–139) zeigt Roland Kuhn in der konkreten Darstellung einer Psychotherapiestunde, wie Arzt und Patient allmählich die Zusammenhänge zwischen verschiedenen,

scheinbar isolierten Phänomenen im Leben der Patientin erkennen. Durch die Einsicht in diese Zusammenhänge kommt die Patientin zum Schluß: „Die Grenzen zu lieben gibt Gewähr dafür, daß es weitergeht und damit für die Gesundheit.“ Oder in einem späteren Zeitpunkt: „Den Gedanken erinnern, den Gedanken mitteilen heißt, den Gedanken aufgeben.“ Gleichzeitig mit diesen ausgesprochenen Einsichten treten Wandlungen im emotionalen Erleben, in der Leib-Befindlichkeit, in der Kommunikationsbereitschaft und auch im Alltagsverhalten der Patientin auf. Voraussetzung für ein solches Geschehen ist aber, daß der Therapeut „im Laufe vieler Behandlungsstunden gelernt hat, sich in der Welt des Kranken zurechtzufinden, die eigene Konsequenz des ‚subjektiv-transzendentalen Weltentwurfs‘ dieses Mitmenschen zu sehen und zu verstehen. So kann er aus ‚unverständlichen‘ Sätzen oder Satzfragmenten in der Situation, in welcher sie ausgesprochen wurden, doch merken, was der Kranke sagen möchte, und ihm dann helfen, den möglichst adäquaten Ausdruck in der auch andern verständlichen Sprache zu finden“ (Festschrift Szilasi 1960, 129).

Aus dem Gesagten geht hervor, daß sich die Daseinsanalyse sowohl für die Behandlung von neurotischen als auch von psychotisch gestörten Menschen eignet.

2.7. Die nicht-direktive, klientbezogene Therapie nach Rogers

Rogers mißt der philosophischen Überzeugung des Therapeuten eine zentrale Bedeutung zu. Zwei Grundhaltungen bestimmen seine Einstellung zum Klienten: 1. Die Überzeugung vom unantastbaren Wert jedes Individuums, 2. der Glaube daran, daß jeder Klient fähig ist, mit seiner psychischen Situation und mit sich selber fertig zu werden. Der Therapeut soll diese Überzeugung nicht bloß haben, sondern leben und ausdrücken. Dazu braucht er geeignete Techniken, die jedoch nichts weiter sind als Verwirklichungen der theoretischen Hypothesen. Der Therapeut muß instande sein, das innere Bezugssystem des Klienten zu übernehmen und dieses einführende (nicht erklärende!) Verstehen mitzuteilen. Dabei muß er ganz echt er selbst sein und ohne Fassade eine warme, positive und akzeptierende Haltung all dem gegenüber einnehmen, was im Klienten ist. Diese Technik muß durchgehalten werden, selbst dann, wenn der Klient Selbstmordtendenzen zeigt oder mitten in einer verwirrenden Übertragungssituation steckt. Aktives Eingreifen und Deuten sind grundsätzlich falsch. Durch die einführende Anteilnahme des Therapeuten kann der Klient immer mehr unterdrückte Gefühle bei sich selbst wahrneh-

men und bejahen. Dadurch wird die krankmachende Diskrepanz zwischen Organismus und Selbstkonzept immer weiter abgebaut, bis die Gesundheit erreicht ist.

Anfänglich erstreckte sich die Therapie über ca. fünf bis sechs Sitzungen, während heute zwanzig, fünfzig oder sogar hundert und mehr Gespräche keine Seltenheit mehr sind. Es ist bezeichnend, daß Rogers als erster Psychotherapeut weitreichende wissenschaftliche Untersuchungen über Technik und Effizienz der Therapien angestellt hat. Dazu benützte er und seine Mitarbeiter Tonbandprotokolle, die sich jeweils über den ganzen Verlauf einer Therapie erstrecken. Damit ist ein neuer Weg zur Ausschaltung von Fehlerquellen, aber auch zur adäquaten Ausbildung junger Therapeuten beschritten.

3. Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Freud selbst hat sich mit neurotischen Kindern fast nur indirekt befaßt. Als Ausnahme könnte die „erste Kinderanalyse“ des kleinen Hans gelten (1972³, VII, 243–377), die aber zum Teil durch dessen Vater vollzogen wurde.

Als erste *eigentliche Kindertherapeuten* gelten *Melanie Klein* und *Anna Freud*. Beide arbeiteten in England und entwickelten dort ihre zum Teil unterschiedliche Auffassung, Begründung und Technik der Kinderanalyse.

3.1. Melanie Klein

Melanie Klein wurde 1882 in Wien geboren, war Schülerin von Sandor Ferenczi in Budapest und Karl Abraham in Berlin. 1925 übersiedelte sie nach London, wo sie die in Berlin begonnene psychoanalytische Arbeit weiterführte und Vorlesungen hielt. Sie starb 1960 in London.

Nach Melanie Klein können schon Kinder im Alter von zwei bis drei Jahren analysiert werden. Anstelle der Wortassoziationen, die sich bei Kindern als unergiebig erwiesen, tritt das Spiel als wichtiges Werkzeug der analytischen Forschung und Therapie. Im Spiel kann das Kind seine Phantasien, Gefühle, Ängste, Erlebnisse und Erwartungen ausdrücken. Das Kind hat in der Sprechstunde seine eigenen Spielsachen. So wird

die persönlich-intime Beziehung des Kindes zur Therapeutin symbolisiert. Die Kinder zeigen im Spiel Übertragungsvorgänge, die mit den fundamentalen Prozessen der Projektion und der Introjektion verbunden sind. Melanie Klein deutet diese Vorgänge verbal, jedoch kindgemäß. Aus der Einsichtsfähigkeit der Kinder schloß sie, daß bei diesen die Verbindungen zwischen Bewußtem und Unbewußtem enger und die Verdrängungen weniger intensiv als bei Erwachsenen sind. Um die Entstehung von Schuldgefühlen zu vermeiden, lenkt Melanie Klein die direkte Aggression gegen den Therapeuten, wo immer möglich, auf die Symbolebene. Sie vermeidet die Vermischung von therapeutischen und erzieherischen Maßnahmen.

3.2. Anna Freud

Freuds Tochter Anna hat ihre zentralen Erfahrungen mit Kindern in langer Arbeit in der Hampstead Child Therapy Clinic in London gemacht, wo ihr ein psychoanalytisches Ambulatorium mit Mütterberatungsstelle für Kinder von 2 Jahren an zur Verfügung stand. Im Gegensatz zu Melanie Klein sieht Anna Freud wesentliche Unterschiede zwischen Kinder- und Erwachsenenanalyse. Sie begründet dies folgendermaßen: Die Analyse mit Kindern hat deren unreifer Persönlichkeitsstruktur Rechnung zu tragen. Die unergiebigste freie Assoziation und die Traumdeutung werden durch freies Spiel, Zeichnen, Malen, Modellieren, Fantasienspiele ersetzt. Dabei setzt der Kinderanalytiker dem aggressiven Agieren Grenzen, denn Agieren allein hat keine kathartische Wirkung.

Die Wiederbelebung von Vergangenen in der Analyse ist beim Kind nicht notwendig. Die Abhängigkeit ist beim Kind noch real, und die Übertragung auf den Analytiker hat bei ihm eine andere Bedeutung als beim Erwachsenen. Deshalb läßt Anna Freud die therapeutische und die erzieherische Haltung ineinanderfließen, im Gegensatz zu Melanie Klein. Die aktuellen Umwelteinflüsse haben im Kindesalter überragende Bedeutung. Der Analytiker, der von der Erwachsenentherapie her gewöhnt ist, nur die Innenwelt des Patienten zu berücksichtigen, muß ihnen Rechnung tragen. Da der Einfluß der Eltern auf die kindlich-neurotische Entwicklung groß ist, kann die Therapie nicht ohne deren Mithilfe gelingen. Die gleichzeitige Beratung der Mutter und ihre Anwesenheit in der Therapiestunde ist daher häufig unumgänglich. Im Extremfall findet der Analytiker, daß die Analyse eines Elternteils oder beider Eltern das wirksamste Mittel ist, um die Neurose eines Kindes zu heilen. Hier stehen wir am Übergang zur Ehepaar- und Familientherapie.

3.3. W.D. Winnicott

Der englische Psychotherapeut und Kinderanalytiker W. D. Winnicott kam unter dem Einfluß von Melanie Klein zur Psychoanalyse. Er fand eine neue Form der therapeutischen Kommunikation zwischen Analytiker und Kind, das *Schnörkelspiel* (1973, XII). Zur Darstellung seiner Therapie gibt Winnicott das folgende Beispiel mit einem 9jährigen Knaben, der wegen einer angeborenen Mißbildung der Finger und Zehen seit frühester Kindheit fast ununterbrochen in Behandlung stand: „Ich sagte: ‚Ich schließe die Augen und fahre mit dem Stift über das Papier, und dann machst du irgend etwas aus meinem Schnörkel. Danach fängst du an und ich verwandle deinen Schnörkel in etwas‘. Ich zeichnete einen Schnörkel, ein geschlossenes vieldeutiges Gebilde, und er sagte sofort: ‚Das ist ein Entenfuß‘. — Das kam für mich völlig überraschend und mir war sofort klar, daß er sich mit mir über sein Gebrechen unterhalten wollte. Ich sagte nichts, sondern zeichnete, um die Situation zu testen, den mit Schwimmhäuten versehenen Fuß einer nur angedeuteten Ente. Ich wollte sichergehen, daß wir beide über die gleiche Sache sprachen. Dann wollte er zeichnen und brachte seine Version eines mit Schwimmhäuten versehenen Entenfußes zu Papier. — Im Verlauf des ‚Spiels‘, bei dem freie Assoziationen ungezwungen hineinfallen, kam er zu einer echten Objektivierung seines Gebrechens und zur Bestätigung, daß er sich geliebt wußte mit dem Gebrechen und daß er auch zu sich selbst ja sagen konnte.“

3.4. Hans Zulliger

Für den Schweizer Volksschullehrer und Therapeuten Hans Zulliger (1954, 1957) enthält *das kindliche Spiel* als solches bereits heilende Kräfte. Er verwendet möglichst naturhafte Gegenstände (Wurzeln, Nüsse etc.) als Spielmaterial, da sie dem Kind die vielfältigsten Möglichkeiten bieten. An bestimmten Stellen, die mit dem spezifischen Konflikt des Kindes zu tun haben, greift Zulliger ins Spiel ein, ohne jedoch eine verbale analytische Interpretation zu geben, da er darin einen unnatürlichen, der Bewußtseinsstufe des Kindes unangemessenen Eingriff sieht.

3.5. Die nicht-direktive Spieltherapie von C. R. Rogers

Die klientbezogene Spieltherapie basiert auf der zentralen Hypothese von der Fähigkeit des Individuums, zu wachsen und sich selbst zu lenken.

Dies gilt auch für Situationen (Elternhaus, Heim), die nicht therapeutisch angegangen werden können. Sobald das Kind eine persönliche Veränderung durchgemacht hat, ist seine Situation nicht mehr dieselbe. Sein „Reizwert“ für andere Personen hat sich verändert, d. h. „sobald es anders wahrgenommen wird, erfolgt die Reaktion der Umwelt auf diese veränderte Wahrnehmung, und diese veränderte Behandlung kann dazu führen, daß es sich weiter verändert. Daher kann das Kind einen ‚Veränderungszyklus‘ initiieren“ (1973b, 222). Die Therapiestunde ist die Stunde des Kindes, in der der Therapeut ausschließlich ihm gehört. Er gibt ihm Wärme, Verstehen und Gesellschaft, nicht aber Führung. Das Kind hat keine Möglichkeit, die Meinung des Therapeuten zu erfahren, da weder Lob noch Tadel ausgesprochen werden. Dadurch wird das, was das Kind ausdrückt, wirklich durch seine Bedürfnisse bestimmt. Die grundlegend akzeptierende Beziehung reduziert im Kind das Bedürfnis nach Abwehr und ermöglicht es ihm, gefahrlos neue Arten von Gefühlen und Verhaltensweisen zu erforschen. Der Therapeut setzt dem verbalen Ausdruck von Gefühlen von seiten des Kindes keinerlei Grenzen, wohl aber den Handlungen; es darf den Therapeuten nicht physisch angreifen und auch keine Gegenstände zerstören. Diese Grenzsetzung dient auch der Vermeidung von Schuld- und Angstgefühlen beim Kind. Wenn der Therapeut das Kind annimmt, kann es dazu gelangen, sich selbst zu akzeptieren. Die erfolgreiche nicht-direktive Spieltherapie kann verschiedene Ergebnisse haben, so z. B.: veränderte Beziehungen zu Gleichaltrigen und zu den Eltern, verbesserte Schulleistungen, Heilung von Defekten, Reduktion von Lernschwächen, Nachlassen von sozial unakzeptablen Verhaltensweisen (1973b, 253–54).

3.6. Zur Psychotherapie nach Annemarie Dührssen

Annemarie Dührssen (Berlin) räumt zwar der analytischen Deutung im Symbolspiel des Kindes volle Berechtigung ein, warnt aber vor Interpretationen, die nur zu „intellektueller Scheineinsicht“ führen. Form und Dosierung der deutenden Mitteilungen sind entscheidend. Die Interpretation von angstbesetzten aber verschwiegenen Erlebnisinhalten soll einen stark entlastenden Effekt haben (1960, 246). Zielt sie hingegen auf völlig unbewusste Dynamismen ab, zu denen das Kind im Augenblick keinen Zugang hat, wirkt sie zunächst nur verwirrend.

Annemarie Dührssen verwirft die Unterteilung in direktive und nicht-direktive Methoden in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. Im Gegensatz zur vorherrschenden Spieltherapie bei Kindern verwirklicht

sich der therapeutische Umgang mit *Jugendlichen* größtenteils im Gespräch. Die Behandlung von Jugendlichen bietet besondere Chancen, gilt es doch, eine *rechtzeitige* Neuorientierung im Leben des Patienten zu bewirken und damit lange Krankheitsperioden zu verhüten und die Neurotisierung lebenswichtiger Entscheidungen zu vermeiden. Dührssen unterscheidet die *langfristige Therapie* mit dem Ziel einer „vollständig neuen Auseinandersetzung des Patienten mit sich selber“ (1960, 331) und die *Kurztherapie*, deren Nahziel darin besteht, mit psychoanalytischen Mitteln akutes Unheil zu verhüten.

Einen wesentlichen Bestandteil des Gesprächs bilden *sachliche Informationen* (Berufsprobleme, Freundschaft und Sexualität, Familie und Gruppe, aber auch rechtliche Verhältnisse, Kunst, Religion und Philosophie), eine Orientierung über verschiedene Möglichkeiten der Lebensbewältigung, die dem Patienten die Entscheidung zugleich erleichtert aber auch offen läßt. Anteilnahme, Verständnis, Anerkennung, Lob und Ermunterung sowie Rat und Empfehlung sind nach Dührssen nicht nur erlaubt, sondern in der Therapie von Jugendlichen gefordert. Es ist für jeden jungen Menschen eine große Erleichterung, zu wissen, daß er mit seinen Schwierigkeiten nicht allein ist. Hier leisten oft Fremdschilderungen gute Dienste. Aber auch eine vertiefte Einsicht in anthropologische Grundstrukturen und Sinnzusammenhänge kann erlösend wirken.

4. Zur Gruppentherapie

In seinem Buch „Die Gruppe“ (1972, 29) unterscheidet H. E. Richter zwei Arten von Klienten: diejenigen, die sich wie bisher „als Träger eines persönlichen Defekts“ fühlen und andererseits jene, die sich „als *Glied eines defekten Kommunikationssystems*“ verstehen. Von diesem *neuen Selbstverständnis* her verändern sich auch die Vorstellungen über Heilungsmöglichkeiten. Die Zweierbeziehung Therapeut-Patient ist diesem neuen Krankheitsbewußtsein nicht mehr adäquat. An ihre Stelle tritt die *therapeutische Gruppe* als kleine, überschaubare Gemeinschaft (zwischen 3–18 Teilnehmern) von Individuen oder auch von Paaren, „die den Mitgliedern gleichzeitig genügend Kontaktbreite und Intimität wie persönlichen Spielraum bieten kann“ (Richter 1972, 33/34). Die Gruppe bietet dem Einzelnen u. a. eine *Verstärkung seines Ichs* durch „Partizipation am Gruppen-Ich“. Sie vermindert das Gefühl von Einsamkeit. Die Gruppe

stärkt den Einzelnen auch vom *Über-Ich* her: Die Gruppennorm gibt ihm Halt und schützt ihn gegen seine Selbstzweifel. „Nach außen hin *verstärkt* das Individuum mit Hilfe der Gruppe sein *Gewicht in der Gesellschaft*“ (Richter 1972, 34). In der Gruppe wird bewußt, daß jeder kommunizieren muß. Kommunikationsstörungen werden in der Gruppe wahrgenommen und durch Metakommunikation aufgehoben. (Vergleiche auch Watzlawick et al., *Menschliche Kommunikation*, Huber 1961.)

4.1. Zur Geschichte der Gruppenpsychotherapie

Schon das autogene Training von J. H. Schultz wurde gruppenweise durchgeführt und durch Gruppensprachen ergänzt. Auch Alfred Adler führte schon früh Gruppentherapien durch. 1947 entwickelte Kurt Lewin zusammen mit seinen Mitarbeitern und Studenten die Idee der *T-Gruppen*; er sah in der „Ausbildung der Fähigkeiten zu menschlichen Beziehungen eine wichtige aber vernachlässigte Kategorie der Erziehung in der modernen Gesellschaft“. L. Moreno brachte 1923 mit seinem Werk „Das Stegreiftheater“ eine neue Grundform der Gruppentherapie. S. R. Slavson veröffentlichte sein erstes Lehrbuch 1937.

Annelies Heigl-Evers (1972) führt den Methodenpluralismus in der Gruppentherapie u. a. auf die folgenden theoretischen Ansätze zurück: psychoanalytische, lernpsychologische, systemtheoretische, interaktionistische, gestaltpsychologische und existenzialistische. Einige *Hauptrichtungen verbaler Gruppenpsychotherapie* — die nicht-verbalen können hier nicht berücksichtigt werden — seien im folgenden skizziert.

4.2. Das Psychodrama nach Moreno

Er sieht in der schöpferischen Spontaneität, d. h. in der ungehinderten Teilnahme aller Gruppenmitglieder an der dramatischen Produktion und der Heilungskatharsis die Grundlage des Psychodramas. In einer relativ großen Gruppe spielen Teilnehmer Szenen, in denen sie ihre Probleme darstellen. Das eine oder andere Gruppenmitglied fühlt sich in eine Gegenrolle verwickelt und tritt in die Szene ein, um mitzuspielen. Durch den Einbezug eines *alter ego* (eigens dafür trainierte Assistenten übernehmen diese Rolle) werden andere Seiten des Ichs und der Konflikte deutlich. Nach einem Rollenwechsel spielt der Protagonist (der Hauptdarsteller) seinen Widersacher. Die Erfahrung zeigt, daß beim Spiel die Emotionen stärker belebt werden als durch bloße Diskussion. Das *Soziogramm* stellt je eine Momentaufnahme der Gruppenbeziehungen dar.

Durch Wiederholung bei der gleichen Gruppe kann die dynamische Entwicklung der Gruppe erfaßt werden. Therapeutisch wirksam ist vor allem das „*Tele-Prinzip*“; darunter versteht Moreno das Gefühl für die wirkliche Situation der anderen Personen.

4.3. Die analytische Gruppentherapie nach Slavson

Die Gruppe bedient sich ausschließlich des sprachlichen Ausdrucks. Freie Assoziation, Selbsteinsicht, Interpretation von Übertragungen, Widerständen und Träumen stehen im Vordergrund. Der Gruppenleiter verhält sich vorwiegend passiv. Eine besondere Form der Gruppentherapie sind die *Aktivitätsgruppen* bei Kindern von 7–12 Jahren, die leichte Persönlichkeitsveränderungen aufweisen. Das Agieren und das Erleben von Reaktionen der Gruppenmitglieder auf das eigene Verhalten bewirken eine neue Einstellung zum eigenen Selbst und zu anderen Menschen. Slavson spricht von „*derivativer Einsicht*“, die sich aus dem eigenen Wachstum des Patienten ergibt (Preuss 1966, 79). Bei der *Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen* gelten u. a. folgende Grundsätze: Es werden vorwiegend *aktuelle* Probleme aus dem Leben der Patienten besprochen. Der Therapeut vermeidet die Aufdeckung unbewußter Inhalte und deren Formulierung im Fachjargon. Es wird nur soviel Angst ausgelöst, als zur Mitwirkung an der Behandlung notwendig ist. Die „Integration des Ich“ wird stark gefördert. Diese Richtlinien stimmen in hohem Maße mit Annemarie Dührssens Grundsätzen für die Einzeltherapie von Jugendlichen überein.

Nach Slavson ist für die gründliche Behandlung schwerer Neurosen die Einzeltherapie notwendig. Die Gruppe eignet sich zur Behandlung leichter Neurosen, und — wenn die übermäßige Angst vor der Gruppe durch individuelle Therapie aufgehoben ist — auch für die ergänzende Behandlung schwerer Fälle.

R. Schindler (Preuss 1966, 45) hat die *Rangstruktur von Gruppen* aufgezeigt. Im Gegensatz zur Hackordnung im Hühnerhof, die eine stabile Hierarchie darstellt, prägen sich bei Menschengruppen gewisse Rollenpositionen aus, die immer wieder neu besetzt werden können. Schindler beschreibt deren vier, die er mit Alpha, Beta, Gamma und Omega bezeichnet. So entsteht die soziodynamische Grundformel mit der Position des „Führers“ (Alpha), des „Fachmanns“ (Beta), des „Mitläufers“ (Gamma) und des „Prügelknaben“ (Omega).

4.4. Die Ehepaar- und die Familientherapie

Es gibt in diesem Bereich eine Vielzahl verschiedener Methoden, die hier nicht aufgezeigt werden können. Meist ist die Gruppe von einem Therapeutenteam geleitet. Es wird nicht bloß der kranke Ehepartner behandelt, sondern die kranke Ehe. Ziel ist die Stärkung der einzelnen Partner und die Verbesserung der Transaktionen.

Die Familientherapie (Richter 1963, 1970) hat wie die Ehepaargruppentherapie ihren Ursprung in Amerika, es finden sich jedoch auch Ansätze bei der Adler-Schule. In der Primärgruppe, der Familie, liegen überindividuelle Krankheitsursachen. Daher wird die Familie als Ganzes behandelt. Richter unterscheidet die „Symptombfamilie“ und die „charakterneurotische“ Familie. „Das Hauptmerkmal einer familiären Symptomneurose besteht darin, daß die Familie . . . ein Mitglied . . . krank macht und als ‚Fall‘ organisiert. Auf dieses Mitglied wird so lange ein überlastender Druck ausgeübt, bis der Betreffende dekomponiert . . . Die übrige Familie verschafft sich durch das provozierte Scheitern ihres ‚Opfers‘ Entlastung . . . Man könnte dieses Mitglied dann als das ‚Lokalsymptom‘ der Familie bezeichnen“ (1972, 59).

Die familiäre Charakterneurose ist dadurch gekennzeichnet, „daß sich unter dem Druck eines unbewältigten Konfliktes das ‚Kollektiv-Ich‘ der Familie verändert. Die Familie baut sich eine neurotische Welt auf, oft unter Zuhilfenahme einer Ideologie, die geeignet ist, die innerfamiliäre neurotische Konfliktsituation irgendwie zu kompensieren“ (1970, 61). Es findet keine Ausstoßung oder auch nur diskriminierende Abgrenzung eines Symptomträgers statt. Die charakterneurotische Familie formiert sich zu einem Ensemble, in dem jedes Familienglied seine Rolle hat. Das Leiden der Familie steht im Zentrum. Es zeigt sich in der gestörten Kommunikation (vgl. auch Bateson et al. 1969). „Diesem Gesprächsdefekt allein hat sich die Familientherapie zu widmen“ (Richter 1972, 127).

4.5. Das Sensitivity-Training

Es handelt sich hier nicht um eine Therapieform im engeren Sinne. Die Teilnehmer sind hauptsächlich Personen, die sich mit der Betreuung verschiedenster Menschengruppen befassen: Ärzte, Lehrer, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenpfleger u. a. m. Aber auch die Wirtschaft hat das Sensitivity-Training aufgegriffen, um die Effizienz der Zusammenarbeit zu erhöhen. Hier spielt die Bewußtwerdung der Wirkung, die man auf andere ausübt, eine hervorragende Rolle. Im Zentrum steht der Begriff

der sozialen Sensitivität. Die Beachtung dieser Phänomene geht auf E. Husserl und Th. Lipps zurück. Die Methode des Sensitivity-Trainings kommt jedoch aus den USA und wurde in Deutschland u. a. von A. Däumling und L. Nellesen (1974) aufgegriffen. Die Empfänglichkeit für Kommunikationsreize soll in „Marathonsitzungen“ gesteigert werden. Es geht hier nicht bloß um die Entgegennahme der Feed-backs, sondern auch um die Einübung neuer Verhaltensweisen. Da die psychischen und die physischen Anstrengungen erheblich sind, soll sensitivity training bei Psychose- und Suizidgefährdeten, bei neurotischen Patienten, bei älteren und kränklichen Menschen und bei Jugendlichen nicht angewendet werden.

4.6. Die Themenzentrierte Interaktionelle Methode nach Ruth Cohn

Wir haben es hier mit einer Modifikation der gruppentherapeutischen Technik zu tun (Cohn 1974, 150), die *lebendiges Lernen* ermöglichen soll. Die persönliche Gefühlswelt des einzelnen soll respektiert werden. Zur Erfüllung dieses Postulates werden Regeln wie die folgenden aufgestellt: Versuche zu geben und zu empfangen, was du selbst geben und empfangen möchtest! Sei dein eigener Chairman! Unterbinde das Gespräch, wenn du nicht wirklich teilnehmen kannst! Sprich nicht per „man“ oder „wir“ sondern per „ich“! Beobachte bei dir und bei anderen Signale aus der Körpersphäre!

In den Sitzungen werden drei Faktoren gleichwertig behandelt: Die Person, das „Ich“; die Gruppe als Ganzes, das „Wir“; das Thema als Aufgabe, das „Es“. Deutungen und Feed-backs werden nur ausnahmsweise toleriert und zwar nur dann, wenn ihre persönliche Bedingtheit mit ausgesprochen ist. Ruth Cohn, die ursprünglich aus der psychoanalytischen Schule stammt, fühlt sich im besonderen C. Rogers und der Gestalttherapie von Perls (1974) verpflichtet. (Siehe auch Tobias Brocher 1967).

5. Verhaltenstherapie

von Elisabeth Seiler

Verhaltenstherapie (VT) kann als der Versuch verstanden werden, die Theorien und Methoden der experimentellen Psychologie auf die Arbeit am einzelnen Patienten zu übertragen. Die Skala der verwendeten Modelle reicht dabei von streng behavioristischen bis zu mehr kognitiv orientierten, je nachdem, ob das äußere Verhalten und seine Veränderung im Zentrum der Betrachtung stehen, oder ob man es vorzieht, bei Kognitionen anzusetzen. Während die Anfänge der Verhaltenstherapie eng mit der behavioristischen Lerntheorie verknüpft sind, bemüht man sich heute zunehmend auch um kognitiv orientierte Betrachtungsweisen. Im folgenden sollen die „klassischen“ und eine neuere Richtung der VT dargestellt und die mit ihnen verbundenen Probleme kurz erörtert werden.

In den USA begannen klinisch orientierte Psychologen vor etwa zwanzig Jahren, *Skinners Theorie des operanten Konditionierens* für die Modifikation von Fehlverhalten fruchtbar zu machen. Unter Verzicht auf alles nicht Beobachtbare wird nach dieser Theorie das Verhalten im Hinblick auf seine Konsequenzen analysiert. Die Theorie postuliert, daß Fehlverhalten nach den gleichen Gesetzmäßigkeiten wie erwünschtes Verhalten gelernt und aufrechterhalten wird, wenn es zu positiven Konsequenzen führt, d. h. verstärkt wird. Der Therapeut bemüht sich, in einer Verhaltensanalyse die Verstärker des unerwünschten Verhaltens zu identifizieren, um sie zu eliminieren und das Verhalten damit zu löschen. Gleichzeitig werden Verhaltensweisen konsequent verstärkt, die mit dem Fehlverhalten unvereinbar sind. Waren sie bisher im Verhaltensrepertoire des Pb kaum oder nicht vorhanden, wird ein shaping-Prozeß durchgeführt: dabei werden dem Zielverhalten ähnliche Verhaltensweisen belohnt und diesem schrittweise angenähert. Hat die Verhaltensanalyse beispielsweise ergeben, daß die Wutanfälle eines Kindes in schwierigen Situationen dadurch verstärkt werden, daß die Mutter sich ihm auf sein Schreien hin helfend zuwendet, wird der Therapeut der Mutter empfehlen, Schreien und Wutanfälle konsequent zu ignorieren und statt dessen das Kind mit Lob, Zuwendung und eventuell materiellen Verstärkern zu belohnen, wenn es Ansätze zu selbständigem Problemlöseverhalten zeigt.

Die am operanten Modell orientierte VT hat ihre Erfolge hauptsächlich bei Kindern – auch bei autistischen – und bei hospitalisierten Schizophrenen errungen. Mittels sogenannter Münzverstärkungssysteme (hierbei werden kleinste Verhaltenseinheiten mit Spielmarken belohnt, die

später gegen primäre Verstärker eingetauscht werden können) konnten z. B. Mutisten wieder zum Sprechen und zur Aufnahme von Kontakt mit ihrer Umwelt gebracht werden (vgl. Ayllon & Azrin 1968).

An seine Grenze stößt das operante Modell dort, wo kognitive Prozesse eine zentrale Rolle spielen, also bei den meisten komplexen neurotischen Störungen Erwachsener. Allerdings hat sich selbst bei kompliziertesten zwischenmenschlichen Interaktionen, z. B. in gestörten Ehen, eine behavioristisch orientierte Verhaltensanalyse als fruchtbar erwiesen. Man wird es jedoch in solchen Fällen nicht bei der Verhaltensveränderung bewenden lassen, sondern auch Einstellungen und Denkprozesse zum Gegenstand der Therapie machen.

Ein zweiter Ansatz der VT entwickelte sich unabhängig von den USA unter *Joseph Wolpe* in Südafrika. Das Modell fußt auf dem Paradigma des *Vermeidungslernens* und schreibt dem Konstrukt der Angst eine zentrale Bedeutung zu. Nach Wolpes Neurosekonzept (vgl. Wolpe 1972) erlangt eine ursprünglich neutrale Situation durch raum-zeitliche Kontinguität mit einem traumatischen Ereignis die Auslösefunktion für Angst. Ein Organismus, Tier oder Mensch, lernt also nach dem Prinzip des klassischen Konditionierens, in bestimmten Situationen oder im Zusammenhang mit bestimmten Objekten mit Angst zu reagieren. Da man postuliert, daß diese Angst Triebcharakter hat, wird nach der Theorie Halls ein Verhalten, das Angst reduziert, verstärkt (die Vermeidung des konditionierten Stimulus). Das Lernen der Meidehandlung erfolgt also nach dem Effektprinzip (vgl. die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer).

Als Paradebeispiel für diesen Lernprozeß einer phobischen Neurose gilt der von Watson & Rayner (1920) geschilderte Fall des kleinen Albert, bei dem im Alter von 11 Monaten eine Pelztierphobie erzeugt wurde, indem mehrfach, als das Kind eine weiße Ratte berührte, ein lautes, unangenehmes Geräusch ertönte. Albert, der früher mit Ratten gespielt hatte, entwickelte daraufhin deutliche Angstreaktionen nicht nur vor der Ratte, sondern auch vor anderen Pelztieren und pelzartigen Objekten.

Wolpe vertritt den Standpunkt, daß zwischen der experimentellen Neurose, wie sie bei Versuchstieren im Laboratorium erzeugt werden kann, und komplexen humanen Neurosen kein fundamentaler Unterschied besteht. Im Zentrum der Neurose stehen für Wolpe angstmotivierte, unangepaßte, persistierende Gewohnheiten, die durch Lernen erworben wurden (im Fall der Phobie die Meidehandlung, im Fall der Zwangsneurose das Ritual). Wenn eine Neurose nach bekannten Lernprinzipien gelernt wird, muß sie, so argumentiert Wolpe, nach allgemeingültigen Gesetzmäßigkeiten wieder verlernt werden können. Wolpes Modell für das Verlernen einer Neurose bildet die Grundlage der von ihm entwickelten

Systematischen Desensibilisierung. Durch einen Prozeß der Gegenkonditionierung soll der konditionierte Stimulus (CS) die Funktion verlieren, Angst auszulösen. In Gegenwart des CS wird zunächst versucht, die autonome Angstreaktion zu hemmen, indem eine mit Angst inkompatible Reaktion ausgelöst wird. Aus dieser kurzzeitigen (der Hullschen reaktiven Hemmung vergleichbaren) Hemmung wird konditionierte Hemmung, indem sich via klassisches Konditionieren eine Beziehung zwischen CS und der neuen Reaktion bildet. Mit der dauerhaften Hemmung der Angst wird gleichzeitig die angstvermittelte Meidehandlung (bzw. andere durch Angstreduktion verstärkte Gewohnheiten) gelöscht.

Bei der systematischen Desensibilisierung (vgl. z. B. Wolpe und Lazarus 1966) erfolgt die Gegenkonditionierung nicht in Anwesenheit des realen CS, sondern in der Vorstellung. Zunächst wird eine abgestufte Hierarchie angstaussender Situationen im Zusammenhang mit dem CS aufgestellt. Der Patient wird dann in tiefer Muskelentspannung (einer mit Angst inkompatiblen Reaktion) trainiert und angewiesen, sich unter Entspannung die angstaussenden Situationen, zu Beginn die am wenigsten bedrohlichen, vorzustellen. Wenn ein Item der Hierarchie keine Angst mehr auslöst, geht man zum nächsten über, bis auch die stärksten Reize ohne Angst ertragen werden können. Man erwartet, daß sich die in der Vorstellung erworbene konditionierte Hemmung der Angst auf reale Lebenssituationen überträgt.

Die Systematische Desensibilisierung ist noch heute die verbreitetste, am meisten untersuchte und erwiesenermaßen erfolgreiche verhaltenstherapeutische Technik. Wenn auch ihr Erfolg zumindest bei monosymptomatischen Phobien unbestritten ist, so gilt doch in zunehmendem Maße die dahinterstehende Theorie als fragwürdig. Sie postuliert lediglich eine Veränderung vegetativer Prozesse und kümmert sich weder um kognitive noch um soziale Faktoren. Die Systematische Desensibilisierung löst jedoch ein sehr komplexes Interaktionsgeschehen zwischen Patient und Therapeut aus, bei dem vermutlich verschiedenste Faktoren für Erfolg oder Mißerfolg verantwortlich sind (hierzu Wilkins 1971). Auch die Theorie der Entstehung angstmotivierten Fehlverhaltens erweist sich als problematisch, wenn man z. B. bedenkt, daß bestimmte Objekte wesentlich häufiger Grundlage einer Phobie sind als objektiv sehr viel gefährlichere. Seligman (1971) hat deshalb vorgeschlagen, beim Erwerb von Phobien ein *vorbereitetes Lernen* anzunehmen, d. h. die genetisch verankerte Tendenz des Organismus, auf bestimmte Objekte — insbesondere Tiere — leichter konditionierte Angstreaktionen auszubilden. Ein weiteres Problem ist die unterschiedliche Anfälligkeit verschiedener Menschen für den Erwerb neurotischen Verhaltens. Hier erweist sich die Annahme einer

Persönlichkeitsdimension als nötig wie z. B. die von Eysenck postulierte Dimension der Introversion — Extraversion, auf der sich Menschen hinsichtlich ihrer Konditionierbarkeit unterscheiden. Diese Dimension ermöglicht auch eine neue Sicht des analytischen Konzepts der Symptom-Substitution: durch Disposition erleichtertes Lernen neuer neurotischer Verhaltensweisen.

Ein dritter Ansatz der VT, der sich in England am *Maudesley Hospital* unter dem Einfluß von *Shapiro* entwickelte (s. Yates 1970), unterscheidet sich von den bisher referierten darin, daß er sich weder auf eine bestimmte Theorie oder ein Modell noch auf eine Grundrichtung in der Psychologie festlegt, um neurotisches Verhalten zu erklären und zu therapieren. Der Ansatz ist ein methodischer: sein Anliegen ist die Übertragung des experimentellen Vorgehens, so wie es in der psychologischen Forschung üblich ist, auf die Arbeit am einzelnen Fall. Nach einer Formulierung von Problem und Therapieziel werden zur Erklärung der Störungen des Patienten Hypothesen aufgestellt, für die die Theorien und Befunde aus den verschiedenen Bereichen der Psychologie, je nach den Gegebenheiten des Falles, fruchtbar gemacht werden können. Wesentlich ist nur, daß die Hypothesen empirisch überprüfbar sind. Aus den Hypothesen müssen sich Behandlungspläne ableiten lassen, deren Erfolg oder Mißerfolg über die Brauchbarkeit der Hypothesen entscheidet.

Diese Sichtweise der VT, die der oben gegebenen Definition der VT entspricht, setzt sich in Wissenschaft und Praxis heute immer mehr durch. Im Zuge dieser Entwicklung bemüht man sich, die bisher hauptsächlich der Therapie zugrundegelegten einfachen Lernprinzipien um andere Modelle, z. B. aus der Denk- und Sozialpsychologie, aber auch aus der physiologischen Psychologie, zu ergänzen. Beispielhaft soll im folgenden ein neuerer Ansatz aus dem Bereich der Selbstkontrolle dargestellt werden, der einerseits kognitive Variablen stärker berücksichtigt, andererseits dem Patienten in der Therapie eine aktivere Rolle als bisher zuschreibt. Wenn wir, wie z. B. Wygotski, annehmen, daß der Mensch sein Verhalten durch inneres Sprechen steuert, müßten neurotischem Verhalten unangemessene und angsterzeugende Selbstverbalisationen zugrundeliegen. So ließ sich z. B. bei Personen mit starker Prüfungsangst zeigen, daß sie in Leistungssituationen einen wesentlichen Teil ihrer Zeit damit verbringen, statt über das Prüfungsthema über ihre Leistung und deren Konsequenzen nachzudenken. Es fehlt ihnen also offensichtlich die Fähigkeit, ihr Verhalten durch aufgabenrelevante Selbstinstruktion zu steuern (Meichenbaum 1971). Die Therapie bestand in zwei Schritten: Zuerst wurde versucht, den Patienten Einsicht in ihre destruktive Selbstverbalisation zu vermitteln. In einem zweiten Schritt wurde im Rahmen einer Systematischen De-

sensibilisierung ein *Selbstinstruktionstraining* durchgeführt: Bei der Vorstellung von Prüfungssituationen sollten sie üben, Ängste durch Entspannung zu bewältigen und sich selbst auf Arbeitsverhalten bezogene Anweisungen zu geben.

Dieser kurze Abriß versuchte zu zeigen, daß die VT in der kurzen Zeit ihres Bestehens respektable Ansätze hervorgebracht hat. Ihr besonderes Verdienst ist es, daß sie verschiedene Modelle und Verfahren anbietet, um dem einzelnen Fall so weit wie möglich gerecht zu werden. Natürlich sind noch viele Probleme offen: So etwa steckt die Fruchtbarmachung der kognitiven Theorie für die klinische Praxis noch in den allerersten Anfängen.

Man kann aber schon heute sagen, daß die VT die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt und geeignet ist, die Praxis der Psychotherapie zu bereichern.

Bibliographie

1. Allgemeine einführende Werke

- Biermann, G. (Hrsg.) (1969) *Handbuch der Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Blösch, L. (1972³) *Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Frankl, V. E., v. Gebsattel, V. E. & Schultz, J. H. (Hrsg.) (1959) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Gottschaldt, K., Lersch, P. & Thomae, H. (Hrsg.) (1966) *Handbuch der Psychologie* Bd. 4. Göttingen: Hogrefe.
- Hall, C. S. & Lindzey, G. (1970) *Theories of Personality*. New York: Wiley.
- Heiss, R. (1956) *Allgemeine Tiefenpsychologie, Methoden, Probleme und Ergebnisse*. Bern: Huber.
- Herrmann, Th. (1969) *Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhlen, V. (1973²) *Verhaltenstherapie im Kindesalter*. München: Juventa.
- Meyer, V. & Chesser, E. S. (1970) *Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Mueller-Hegemann, D. (1973) *Grundzüge der Psychotherapie*. Stuttgart: G. Fischer.
- Nunberg, H. (1959²) *Allgemeine Neurosenlehre*. Bern: Huber.
- Pongratz, L. J. u. a. (Hrsg.) (1972) *Psychologie in Selbstdarstellungen*. Bern: Huber.
- Pongratz, L. J. (Hrsg.) (1973) *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*. Bern: Huber.
- Sager, C. J. & Kaplan, Helen S. (Hrsg.) (1972) *Handbuch der Ehe-, Familien- und Gruppentherapie*. München: Kindler.
- Szondi, L. (1956) *Heilwege der Tiefenpsychologie*. Bern: Huber.
- Wyss, D. (1970) *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

2. Monographien und Artikel

- Adler, A. (1920) *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. München und Wiesbaden: Bergmann.
- Adler, A. (1947²) *Menschenkenntnis*. Zürich: Rascher.
- Adorno, Th. W. (1971) *Erziehung zur Mündigkeit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Aichhorn, A. (1925) *Verwahrloste Jugend*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Aichhorn, A. (1970) *Psychoanalyse und Erziehungsberatung*. Basel: Reinhardt.
- Ayllon, T. & Azrin, N. H. (1968) *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century Crofts.
- v. Baeyer, W. & v. Baeyer-Katte, Wanda (1971) *Angst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Balint, M. (1970) *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett.

- Bally, G. (1961) *Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds*. Hamburg: Rowohlt.
- Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u. a. (1970) *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Battegay, R. (1974) *Der Mensch in der Gruppe*. Bern: Huber.
- Benedetti, G. (1964) *Klinische Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Binswanger, L. (1947/55) *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze* Bd. I u. II. Bern: Francke.
- Binswanger, L. (1956) *Erinnerungen an Sigmund Freud*. Bern: Francke.
- Binswanger, L. (1957) *Der Mensch in der Psychiatrie*. Pfullingen: Neske.
- Binswanger, L. (1960) *Melancholie und Manie*. Pfullingen: Neske.
- Bittner, W. (1971) *Die Angstneurose, mit zwei Analysen nach Freud und Jung*. München: Kindler.
- Boss, M. (1957) *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*. Bern: Huber.
- Brocher, T. (1967) *Gruppendynamik und Erwachsenenbildung*. Braunschweig: Westermann.
- Cohn, Ruth C. (1970) Das Thema als Mittelpunkt interaktioneller Gruppen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, III/2.
- Cohn, Ruth C. (1974) Zur Grundlage des themenzentrierten interaktionellen Systems. *Gruppendynamik, Forschung und Praxis*, 5, H. 3.
- Cohn, Ruth, C. (1975) *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. Stuttgart: Klett.
- Däumling, A. M., Nellesen, L. u. a. (1974) *Angewandte Gruppendynamik*. Stuttgart: Klett.
- Dreikurs, R. (1967) *Psychologie im Klassenzimmer*. Stuttgart: Klett.
- Dreikurs, R. (1969) *Grundbegriffe der Individualpsychologie*. Stuttgart: Klett.
- Dührssen, Annemarie (1960) *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie.
- Erikson, E. H. (1965) *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett.
- Erikson, E. H. (1968) *Jugend und Krise*. Stuttgart: Klett.
- Erikson, E. H. (1971) *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Freud, Anna (1936) *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, Anna (1956⁹) *Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen*. Bern: Huber.
- Freud, Anna (1968) *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Bern: Huber, Stuttgart: Klett.
- Freud, S. (1952–1968) *Gesammelte Werke*. Bd. I–XVIII. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Fromm, E. (1966) *Die Furcht vor der Freiheit*. Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Fromm, E. (1956) *Die Kunst des Liebens*. Zürich: Ex Libris.
- Fromm, E. (1960) *Der moderne Mensch und seine Zukunft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Fromm, E. (1971) *Die Revolution der Hoffnung. Für eine humanisierte Technik*. Stuttgart: Klett.
- Guardini, R. (1949) *Vom Sinn der Schwermut*. Zürich: Arche.
- Hartmann, H. (1970⁹) *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart: Klett.
- Hartmann, H. (1972) *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart: Klett.
- Heidegger, M. (1957⁷) *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Heigl-Evers, Annelies (1972) Zur Geschichte der Gruppenpsychotherapie im angloamerikanischen Bereich. In: Sager, C. J. & Kaplan, Helen S. (Hrsg.) (1972) *Handbuch der Ehe-, Familien- und Gruppentherapie* Bd. I, 13–41. München: Kindler.
- Horney, Karen (1951) *Der neurotische Mensch unserer Zeit*. München: Kindler, Reihe Geist und Psyche.
- Jacobi, Jolande (1972⁹) *Die Psychologie von C. G. Jung*. Olten: Walter.
- Jones, E. (1960/62) *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*. Bern: Huber.
- Jung, C. G. (1960) *Psychologische Typen*. Zürich: Rascher.
- Jung, C. G. (1963) *Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewußten*. Zürich: Rascher.
- Kierkegaard, S. (1956) Der Begriff der Angst. *Philosophisch-Theologische Schriften*. S. 440–640. Köln/Olden: Hegner.
- Klein, Melanie (1971²) *Die Psychoanalyse des Kindes*. Mchn./Basel: Reinhardt.
- Klein, Melanie (1972) *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Hamburg: Rowohlt.
- Kuhn, R. (1960) Aus einer Psychotherapiestunde. *Beiträge zur Philosophie und Wissenschaft* (Festschrift für Prof. W. Szilasi). München: Francke.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1972) *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lewin, K. (1926) *Vorsatz, Wille und Bedürfnis*. Berlin: Springer.
- Lewin, K. (1963) *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Huber: Bern.
- Mannoni, O. (1971) *Sigmund Freud in Selbstzeugnissen und Bilddokumenten*. Hamburg: Rowohlt.
- Marcuse, H. (1970) *Der eindimensionale Mensch*. Ungekürzte Sonderausgabe Bd. 4. Neuwied: Luchterhand.
- Meichenbaum, D. H. (1971) Kognitive Faktoren bei der Verhaltensmodifikation: Veränderung der Selbstgespräche von Klienten. In: Hartig, M. (1973) *Selbstkontrolle*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Mitscherlich, A. (1963) *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft*. München: Piper.
- Mitscherlich, A. (1969) *Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Moreno, L. (1923) *Das Stegreiftheater*. Potsdam: Kiepenheuer.
- Perls, F. S. (1974) *Gestalttherapie in Aktion*. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H. (1972) *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Jungfermann.
- Preuss, H. G. (1966) *Analytische Gruppenpsychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Rapaport, D. (1973) *Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Versuch einer Systematik*. Stuttgart: Klett.
- Richter, H. E. (1963) *Eltern, Kind und Neurose*. Stuttgart: Klett.
- Richter, H. E. (1970) *Patient Familie*. Hamburg: Rowohlt.
- Richter, H. E. (1972) *Die Gruppe*. Hamburg: Rowohlt.
- Ricoeur, P. (1969) *Die Interpretation. Ein Versuch über Freud*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rogers, C. (1973a) *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. (1973b) *Die klientbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.

- Roth, E. (1969) *Persönlichkeitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sager, C. J. & Kaplan, Helen S. (Hrsg.) (1972) *Handbuch der Ehe-, Familien- und Gruppentherapie*. München: Kindler.
- Scheler, M. (1948) *Wesen und Grundformen der Sympathie*. Frankfurt a. M.: Schulte-Bulmke.
- Scheler, M. (1955) *Die Idole der Selbsterkenntnis*. Gesammelte Werke Bd. 3. Bern: Francke.
- Schnitzler, A. (1950) *Meistererzählungen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schnitzler, A. (1971) *Meisterdramen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schultz-Henke, H. (1940) *Der gehemmte Mensch. Entwurf eines Lehrbuches der Neo-Psychoanalyse*. Stuttgart: Thieme.
- Seligman, M. E. P. (1971) Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307–320.
- Slavson, L. E. (1956) *Einführung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Spitz, R. (1970²) *Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Stuttgart: Klett.
- Spitz, R. (1972³) *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr*. Stuttgart: Klett.
- Stierlin, H. (1971) *Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen*. Versuch einer Dynamik menschlicher Beziehungen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Szondi, L. (1963) *Schicksalsanalytische Therapie*. Bern: Huber.
- v. Uslar, D. (1969) *Die Wirklichkeit des Psychischen*. Pfullingen: Neske.
- v. Uslar, D. (1972) Die Begegnung als Prinzip des Psychischen. *Neue Zürcher Zeitung* (16. 7. 72).
- Watson, J. B. & Rayner, P. (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–14.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969) *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Wilkins, W. (1971) Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. *Psychological Bulletin*, 76, 311–317.
- Winnicott, D. W. (1973) *Die therapeutische Arbeit mit Kindern*. München: Kindler.
- Wolpe, J. (1972) *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966) *Behavior Therapy Techniques*. Oxford: Pergamon Press.
- Yates, A. J. (1970) Misconceptions about behavior therapy: A point of view. *Behavior Therapy*, 1, 92–107.
- Zulliger, H. (1952) *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Stuttgart: Klett.
- Zulliger, H. (1953) *Umgang mit dem kindlichen Gewissen*. Stuttgart: Klett.
- Zulliger, H. (1966) *Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kindertiefenpsychologie*. Bern: Huber.

Erich Löschenkohl

Über den prognostischen Wert von Schulreifetests

1975, 290 Seiten, kartoniert ISBN 3-12-925450-1

In seinem gründlich dokumentierten Forschungsbericht schildert der Autor die verschiedenen Ansätze in der Schulreifeforschung und prüft, wie weit Schulreifetests den späteren Schulerfolg voraussagen können. Ein umfassender tabellarischer Anhang informiert über die Untersuchungen, auf die der Autor sich stützt.

Walter J. Schraml

Einführung in die Tiefenpsychologie

für Pädagogen und Sozialpädagogen

5. Auflage 1974, 238 Seiten, Linson ISBN 3-12-928000-6

Der Verfasser gibt, ohne vereinfachend zu entstellen, eine für Laien verständliche Einführung in die tiefenpsychologischen Grundmodelle und -vorstellungen. Mit der pädagogischen Praxis vertraut, verbindet er die psychologische Persönlichkeitsforschung mit der Entwicklungspsychologie und führt damit über rein entwicklungspsychologische Vorstellungen hinaus.

Gerhard Kaminski

Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation

Entwurf einer integrativen Theorie psychologischer Praxis am Individuum

1970, 657 Seiten, Linson ISBN 3-12-924670-3

Das Werk will eine umfassende Rahmentheorie klinisch-psychologischer Praxis vermitteln. Die Arbeitsprozesse des Psychologen und ihm nahestehender Fachleute aus den Bereichen der Erziehungs- und Lebensberatung, schulpсихологischer Beratung, Berufsberatung und psychologischer Therapie werden konsequent bis in die Details hinein als Problemlösungsprozesse interpretiert und durchschaubar gemacht.