

# Zeitschrift für Positive Psychotherapie

Organ der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)



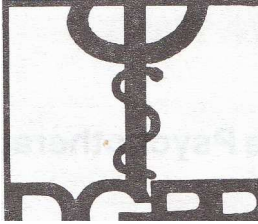
Heft 6 · 6. Jahrgang · Dezember 1984 · DM 6,—

Erziehung  
Selbsthilfe  
Psychotherapie  
Transkulturelle Probleme

---

## Positive Psychotherapie als Bezugspunkt für die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen

- ⇒ Transkulturelle Psychotherapie
  - ⇒ Die umweltbedingten Depressionen
  - ⇒ Ethische Probleme in der Psychotherapie
  - ⇒ The Status Of Social Psychiatry: 1983
  - ⇒ Problems Of Acculturation Encountered By Puerto Rican Families On The Mainland Of The U.S.A.
-



## **DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE E.V.**

### Impressum

Zeitschrift für Positive Psychotherapie  
Organ der Deutschen Gesellschaft für  
Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)

### Herausgeber

#### **Dr. med. N. Peseschkian**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,  
Psychotherapie

### Redaktion

#### **Dr. med. N. Peseschkian**

Diplom-Psychologe Hans Deidenbach  
Dipl. rer. pol. Ingrid Hofmann

### **Beirat**

#### **Dr. med. Aziz, Aachen**

#### **Dr. med. Killing, Darmstadt**

Dr. med. Walburg Maric, Bad Homburg  
Dr. med. Ohligs, Oberursel

#### **Dr. med. Lang, Groß-Umstadt**

#### **Dipl. Soz. päd. Hübner, Hofheim**

### Anschrift der Redaktion

#### **Dr. med. N. Peseschkian**

An den Quellen 1  
6200 Wiesbaden

**Telefon (0 61 21) 37 37 07**

### Erscheinungsweise

**einmal jährlich**

### Bezugsbedingungen

**Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft  
für Positive Psychotherapie (DGPP): kostenlos**  
**Einzelheft DM 6 — zusätzlich Zustellgebühren**

---

# **Zeitschrift für positive Psychotherapie**

Erziehung - Selbsthilfe - Psychotherapie - Transkulturelle Probleme

---

## **Inhalt**

Seite

Einführung des Herausgebers ..... 4

Die umweltbedingten Depressionen .....  
18 Prof. Dr. med. Gaetano Benedetti, Basel

Ethische Probleme in der Psychothe, apie .....  
36 Priv. Doz. Dr. med, Udo Rauchfleisch, Basel

Problems of Acculturation Encountered by Puerto Rican Families

## Einführung des Herausgebers

Ein Symptom läßt sich erst dann verstehen, wenn man den Rahmen und das Beziehungsgefüge kennt, in dem es geäußert wird. Dies gilt allemal für psychische und psychosomatische Erkrankungen. Erst unter diesem Gesichtspunkt wird begreiflich, welche Bedeutung das Symptom im Erleben der Familienmitglieder, in den Spielregeln ihres Verhaltens und im sozialen Kontext hat. Wie in einer optischen Täuschung nehmen Sohn, Vater, Mutter und Großeltern die Patientenrolle ein, je nachdem welche Perspektive wir gegenüber dem Konflikt einnehmen, mit dem wir uns verbünden und wessen Anliegen uns als das berechtigtere erscheint. Wir hinterfragen damit auch unsere eigene „ideologie“; unsere Abwehrmechanismen, die wir gegenüber dem bestehenden Konflikt und seinen Exponenten entwickeln.

Wir können in allen Fällen seelischer und körperlich-seelischer Auffälligkeiten derartige Zusammenhänge finden, wenn wir einmal mehr als nur die einlinige Krankengeschichte des Symptomträgers sehen. Es stellt sich die Frage: Wer ist krank, und wer soll behandelt werden, der Mensch, der sich als Patient anbietet, seine Familie, seine Partner, seine Vorgesetzten und Berufskollegen, die Gesellschaft und ihre Einrichtungen, die Politiker, die ihn in seinen gesellschaftlichen Belangen vertreten wollen, oder erst einmal diejenigen, die sich ihm als Therapeuten anbieten? Damit wird auch ein Fragezeichen hinter den üblichen Umgang mit psychisch Kranken gesetzt. Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung werden hinterfragt. Es geht nicht mehr allein darum, daß auf eine bestimmte Krankheit eine bestimmte Behandlung erfolgen müsse, beispielsweise die Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Wir legen den Schwerpunkt vielmehr auf die Frage, welche Bedeutung für den Patienten und seine Familie diese Maßnahme hat und wie sie sich auf den Verlauf der Krankheit auswirkt.

Die einzelnen Beiträge in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift zeigen auf, welche Bedeutung das Symptom im Erleben der Familienmitglieder, in den Spielregeln ihres Verhaltens und im sozialen Kontext hat.

Zwei Beiträge erscheinen erstmals in englischer Sprache, um unseren

## **Geschichte: Die Schaulustigen und der Elefant**

Man hatte einen Elefanten zur Ausstellung bei Nacht in einen dunklen Raum ge-bracht. Die Menschen strömten in Scharen herbei. Da es dunkel war, konnten die Besucher den Elefanten nicht sehen, und so versuchten sie, seine Gestalt durch Betasten zu erfassen. Da der Elefant groß war, konnte jeder Besucher nur einen Teil des Tieres greifen und es nach seinem Tastbefund beschreiben. Einer der Besucher, der ein Bein des Elefanten erwischt hatte, erklärte, daß der Elefant wie eine starke Säule sei: ein zweiter, der die Stoßzähne berührte, beschrieb den Elefanten als spitzen Gegenstand: ein dritter, der das Ohr des Tieres ergriff, meinte, er sei einem Fächer nicht unähnlich: der vierte, der über den Rücken des Elefanten strich, behauptete, daß der Elefant so gerade und flach sei wie eine Liege (nach Mowlana, persischer Dichter).

Die heutige Situation in der Psychotherapie, Erziehung und Psychohygiene ähnelt in vieler Hinsicht dieser Szene-. Jeder der Besucher sieht richtig, doch sieht nicht jeder alles.

Auf die Psychotherapie übertragen, heißt das: Eine Schule sieht den Menschen als Triebwesen, eine andere als Reflexbündel, die nächste begreift ihn als Träger sozialer Interaktionen, wiederum andere sehen ihn als Folge seiner genetischen Ausstattung, seiner Tradition, seiner Intuition, seiner Vernunft und seines Willens oder seines Unbewußten. Das Ergebnis dieser verschiedenen Aspekte ist ein Pluralismus von psychotherapeutischen, psychohygienischen Theorien, die zum Teil ohne Kommunikationsmöglichkeiten nebeneinander bestehen.

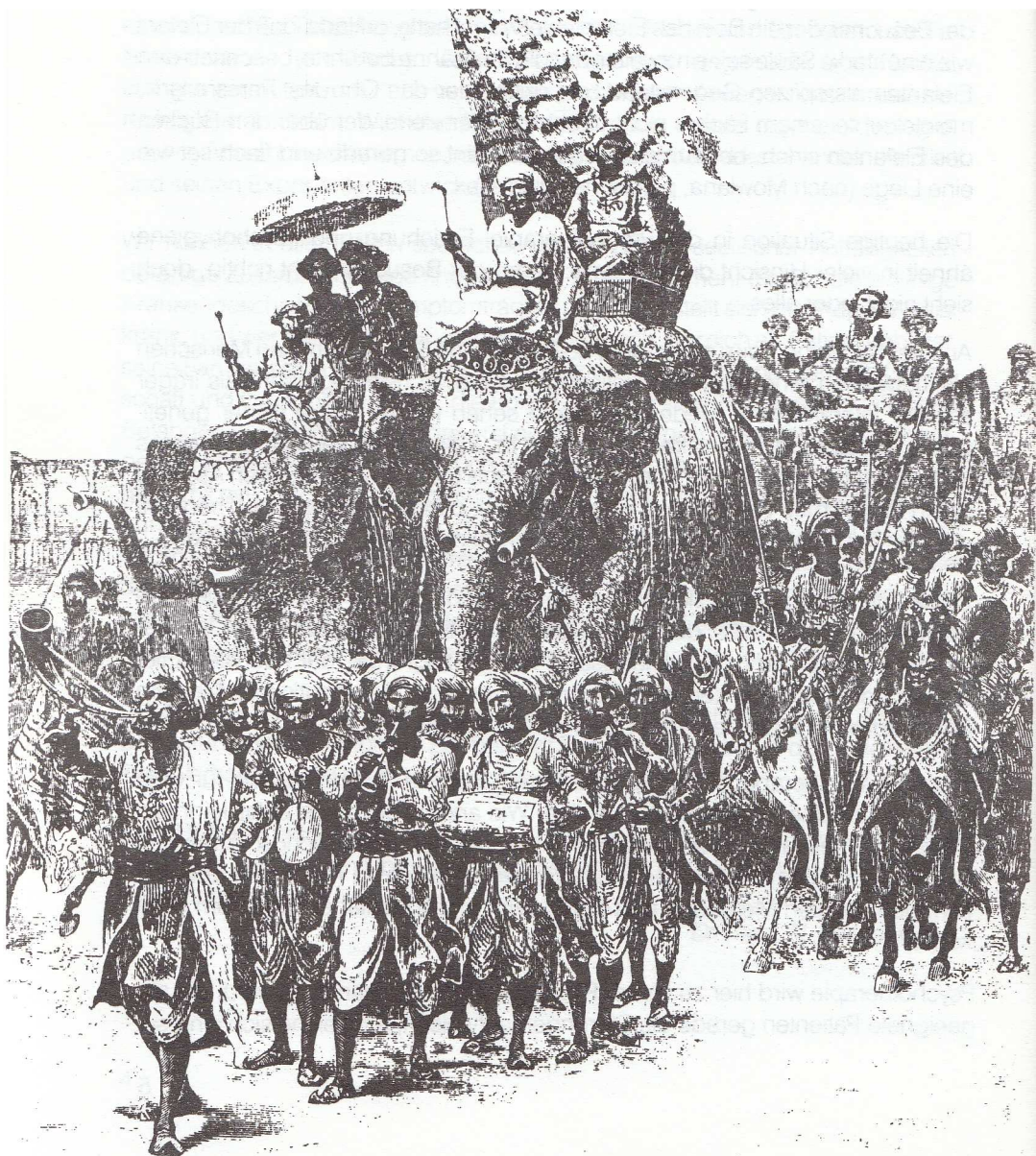
Dieser Pluralismus findet sich auch in der Behandlung. Der eine behandelt vor-wiegend medikamentös, der andere geht verhaltenstherapeutisch vor. Wieder ein anderer legt die psychoanalytische Theorie zugrunde, der nächste ist tie-fenpsychologisch orientiert, sieht Träume als zentrales therapeutisches Medium oder bedient sich der Techniken der Hypnotherapie.

Diese psychotherapeutische Spezialisierung läßt die Psychotherapie für viele Patienten zu einem Lotteriespiel werden: Wie anders als durch Zufall kann ein Patient, der selber den Charakter seiner psychischen und psychosomatischen Störung noch nicht durchschaut hat, zu dem geeigneten Psychotherapeuten kommen, dessen Methoden und deren Wirkungsspezifität er wiederum nicht kennt?

Psychotherapie wird hier zu einem Privileg, das denjenigen zuteil wird, die als geeignete Patienten gerade die Störungen aufweisen, für welche sich ein Psy-



chotherapeut zuständig hält. Zwischen den verschiedenen Ansätzen und theoretischen Systemen bestehen oft hohe Barrieren mangelnden gegenseitigen Verständnisses und weitreichender Vorurteile, welche die Übersetzung einer Theorie in eine andere und damit eine koordinierte Aufgabenverteilung auszuschließen scheinen. Es verwundert nicht, daß auch viele Therapeuten diesem Einheitsverlust ratlos gegenüber stehen.



# Transkulturelle Psychotherapie

Von Dr. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Dozent an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

## Die halbe Wahrheit

*Vom Propheten Mohammed wird folgende Begebenheit berichtet: Der Prophet kam mit einem seiner Begleiter in eine Stadt, um zu lehren. Bald gesellte sich ein Anhänger seiner Lehre zu ihm: „Herr! In dieser Stadt geht die Dummheit ein und aus. Die Bewohner sind halsstarrig. Man möchte hier nichts lernen. Du wirst keines dieser steinernen Herzen bekehren.“ Der Prophet antwortete gütig: „Du hast recht!“ Bald darauf kam ein anderes Mitglied der Gemeinde freudestrahlend auf den Propheten zu: „Herr! Du bist in einer glücklichen Stadt. Die Menschen sehnen sich nach der rechten Lehre und öffnen ihre Herzen deinem Wort.“ Mohammed lächelte gütig und sagte wieder: „Du hast recht!“ „Oh, Herr“ wandte da der Begleiter Mohammeds ein: „Zu dem ersten sagtest du, er habe recht. Zu dem zweiten, der genau das Gegenteil behauptet, sagst du auch, er habe recht. Schwarz kann doch nicht weiß sein.“ Mohammed erwiderte: „Jeder Mensch sieht die Welt so, wie er sie erwartet. Wozu sollte ich den beiden widersprechen. Der eine sieht das Böse, der andere das Gute. Würdest du sagen, daß einer von den beiden etwas Falsches sieht, sind doch die Menschen hier wie überall böse und gut zugleich. Nichts Falsches sagte man mir, nur Unvollständiges.“*

## Ost-West-Konzepte in der Medizin

Um ein beobachtetes Verhalten zu verstehen, brauchen wir Hintergrundinformationen, die uns erst Maßstäbe für das spätere Urteil geben. Dies bedeutet, sowohl die transkulturellen Bedingungen zu berücksichtigen, als auch die Bedingungen, die in der persönlichen Lebensgeschichte einem Verhalten erst ihren Sinn gaben.

Die traditionelle Psychotherapie bezieht ihr Menschenbild aus der Psychopathologie. Ihr Gegenstand sind daher Krankheiten. Ziel einer Behandlung ist, diese Krankheiten zu beseitigen, in ähnlicher Weise, wie man in der Chirurgie ein krankes Organ entfernt. Zwar wird mitunter die Krankheit behoben, aber noch längst nicht Gesundheit hergestellt.

Der Patient lernt als erstes: Anspruch auf den Therapeuten habe ich nur durch meine Krankheit. Die Störung gerät noch mehr in den Vordergrund. Damit werden auch die therapeutischen Möglichkeiten eingeschränkt.

Diese Einseitigkeit ist geschichtlich-kulturell bedingt. Sie ließe sich vermindern, wenn wir bereit wären, andere Denkmodelle einzubeziehen. Diese geben den Krankheitsbegriffen unterschiedliche Bedeutung und legen alternative Behandlungsstrategien nahe.

Unser Kontakt mit fremden Kulturen wird nicht nur über die Presse vermittelt, sondern geschieht hautnah: Gastarbeiter wohnen im gleichen Haus, am Arbeitsplatz stehen wir neben einem Angehörigen einer anderen Kultur, und wenn wir Urlaub machen, reizt vor allem das Anderssein des fremden Landes. Allerdings laufen diese Kontakte nicht immer problemlos ab. Vielmehr entwickeln sich alle Arten von Unverständnis, Angst, Aggressionen, Mißtrauen, Vorurteilen, die sich bis zum Gruppenhaß hin steigern können.

Beim transkulturellen Vorgehen beschäftigen wir uns mit den in einer Kultur gültigen Konzepten, Normen, Wertvorstellungen, Verhaltensstilen, Interessen und Perspektiven.

Genauso wie es Kulturkreise gibt, gibt es auch Erziehungskreise, in deren Rahmen jeder sein eigenes „kulturelles System“ entwickelt, mit dem er auf andere Systeme stößt. Das Prinzip der zwischenmenschlichen Beziehungen und der inneren seelischen Konfliktverarbeitung. Es wird zum Gegenstand der Psychotherapie.

## **Möglichkeiten der Umdeutung**

Positives Vorgehen bedeutet in der angewandten Familientherapie, eine möglichst umfassende Übersicht über Fähigkeiten der Familienmitglieder, die Interpretationsmöglichkeiten eines Verhaltens, eines Symptoms oder eines Krankheitsbildes zu suchen. Diese Umwertung macht neue therapeutische Wege zugänglich. Methodisch bieten sich vor allem die transkulturell-historische, die metatheoretische und die individuelle Umdeutung an.

**Transkulturelle Umdeutung:** „Einsamkeit“ hat im deutschen Sprachgebrauch einen positiven Beigeschmack. Gemäß Wilhelm Tell's Motto „Der Starke ist am mächtigsten allein“ gilt vielen die Fähigkeit, selbständig, unabhängig und



allein zu sein, als Inbegriff von Stärke. In Deutschland fällt es nicht weiter auf, wenn jemand allein spazierengeht und seinen Gedanken nachhängt. Im Orient erweckt ein solches Verhalten meist Mißtrauen-. „Ist er depressiv oder gar melancholisch? Er kann es sich und uns doch nicht antun, daß er sich ausschließt. Wenn er Kummer hat, können wir ihm doch helfen!“ Der Versuch, Einsamkeit zu erleben und sich aus dem aktuellen sozialen Geschehen zurück-zuziehen, wird als Störung des gegenseitigen Vertrauens verstanden. Die unterschiedlichen Auffassungen des gleichen Verhaltens legen den Angehörigen verschiedener Kulturen verschiedene Reaktionsweisen nahe. In diesen unterschiedlichen Interpretationen spiegeln sich die zwischenmenschlichen Spielregeln dieser Gruppen. Sie geben an, welches Verhalten noch „normal“ bzw. wann die Grenze zum Abnormen oder Krankhaften überschritten ist. Indem man sich klarmacht, daß das gleiche Verhalten in einer anderen Kultur oder zu einer anderen Zeit nach anderen Maßstäben bewertet wird (Peseschkian, 1977, 1980, 1983), es dort als unauffällig oder gar wünschenswert gilt, vollzieht sich eine Erweiterung des Horizontes. Man mißt das Verhalten nicht mehr allein an den vorgegebenen Wertmaßstäben, sondern vergleicht sie mit anderen Konzepten. Dies bedeutet für die zwischenmenschlichen Beziehungen: Durch die Relativierung der eigenen Werthaltungen werden Vorurteile in Frage gestellt, Fixierungen gelöst und Kommunikationsblockaden aufgehoben. Dieser Überlegung folgt ein therapeutisches Prinzip der positiven Familientherapie: Wir deuten weniger ein auffälliges Verhalten, als daß wir nach den Spielregeln fragen, die dieses Verhalten erst auffällig erscheinen lassen. Dies geschieht dadurch, daß wir Auffassungen, Konzepte und Spielregeln aus anderen Kulturen in das familiäre und therapeutische System einbeziehen.

**Metatheoretische Umdeutung:** Nach dem medizinischen Modell ist Krankheit objektiv vorhanden und wird durch den Befund festgestellt. Diese Objektivität wird durch die Beobachtung gestützt, daß Krankheiten nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten verlaufen und in diesen Verlauf therapeutisch kausal eingegriffen werden kann.

Bei diesem Modell bleiben jedoch einige Fragen offen: Was geschieht, bevor es zu dem eigengesetzlichen Krankheitsablauf kommt? Welche sind seine kausalen und konditionalen Voraussetzungen und seine Risikofaktoren, welche die Krankheitsbereitschaft steigern bzw. die Resistenz mindern? Inwieweit wird der Verlauf der Krankheit durch die Einstellung des Patienten und seiner Umgebung beeinflusst?

Die Behandlung selber — auch wenn sie *lege artis* erfolgt — hängt wesentlich davon ab, welches diagnostische und therapeutische Modell der Therapeut an den Patienten heranträgt. Dies wird wiederum davon bestimmt, was der Therapeut in seiner Ausbildung als verbindlich gelernt hat, welche therapeutischen Möglichkeiten nach der jeweiligen Theorie gangbar erscheinen, und welche Behandlungsform der Patient durch die Therapeutenwahl anstrebt.

In der inneren Medizin wird Angst zumeist als Begleitsymptom anderer Erkrankungen, z. B. der Angina pectoris gesehen. Für einen Chirurgen ist sie ein Faktor, der vor einer Operation zu berücksichtigen ist und durch Tabletten oder Spritzen beseitigt werden kann. In der Psychiatrie sieht man Angst als Reaktion auf eine angsterregende Situation, als neurotische Angst oder als Begleitsymptom einer Psychose; man verfügt über angstlösende Medikamente, die gezielt eingesetzt werden können. Die Psychoanalyse sieht Angst als Folge eines Konfliktes zwischen verdrängten Triebansprüchen, internalisierten Forderungen und steuernden Ich-Funktionen. Für die Verhaltenstherapie ist Angst eine gelernte Reaktion mit vegetativer Beteiligung, die über lerntheoretisch begründete Verfahren abgebaut werden kann. Obwohl alle Richtungen das Symptom „Angst“ meinen, unterlegen sie — nicht nur vom klinischen Befund, sondern auch von ihrem theoretischen Bezugssystem her — dem Begriff verschiedene Sinngehalte und veranlassen damit unterschiedliche therapeutische Maßnahmen. Dieser Effekt wird um so auffälliger, je mehrdeutiger das Symptom ist

**Individuelle Umdeutung:** Jede Krankheit beinhaltet den individuellen Krankheitsbegriff des einzelnen Patienten, der nur aus dessen persönlichem Bezugssystem heraus verstanden werden kann.

Wir können Patienten beobachten, die sich verzweifelt gegen die Krankheit auflehnen, keine Einsicht in die scheinbare Sinnlosigkeit ihrer Krankheit erhalten oder resignierend passiv ihren Tod erwarten. Umgekehrt finden wir Patienten, die trotz oder wegen ihres Leidens sogar noch in der Lage sind, ihre Ärzte und Pfleger zu trösten, schöpferisch tätig zu sein und den Menschen ihrer Umgebung helfen, mit ihren eigenen Todesängsten umzugehen. Mit anderen Worten: Je nach den verschiedenen Konzepten und Lebensanschauungen können selbst schwere Krankheiten unterschiedliche subjektive Bedeutung erhalten und das subjektive Lebensgefühl und Lusterleben beeinflussen. Diese Beobachtung findet sich um ein vieles verstärkt bei psychischen und psychosomatischen Störungen, bei denen der Erlebnisaspekt auch ätiologisch im Vordergrund steht.

## **Relativität des therapeutischen Ansatzes**

### **Transkulturelle Beispiele zum Verständnis individueller Konflikte**

Diese Relativierung des Krankheitsbegriffes ist vor allem für die Familiendynamik wichtig. In ihr erhält die Krankheit eine bestimmte Funktion. Sie trägt wesentlich zu der Beziehung zwischen den Familienmitgliedern bei. Dabei ist es zunächst sekundär, ob die Krankheit psychisch, psychosomatisch, psychotisch oder somatisch ist.

Wir fragen danach, wie die gleiche Störung oder Krankheit von anderen Kulturen wahrgenommen und bewertet wird, wie andere Menschen der eigenen Kultur und der Familie damit umgehen und welche spezielle Bedeutung die Konflikte für einen selber haben und auf welche Inhalte sie sich beziehen.

Nehmen wir an, ein Mädchen möchte sich von zu Hause ablösen und hat dabei Schwierigkeiten mit seiner Mutter. Es entstehen typische Generationsprobleme, Trennungängste, Aggressionen und Schuldgefühle als Ausdruck einer bei beiden Parteien ergreifenden Vertrauenskrise. Wir können diese Reaktionsweisen dadurch relativieren, daß wir uns fragen, wie Mutter und Tochter in einem anderen Kulturkreis, beispielsweise im Orient, mit der entsprechenden Situation umgehen würden. Weiterhin können wir fragen, wie andere Menschen der gleichen Kultur, vielleicht sogar Mutter und Tochter, zu einem anderen Zeitpunkt, mit dem gleichen Problem umgegangen sind. Schließlich fragen wir uns, welche Bedeutung diese Ablösung für die Tochter und für die Mutter hat und auf welche Inhalte (Sparsamkeit, Ordnung, Sexualität, Vertrauen, Höflichkeit, Pünktlichkeit usw.) sich der Konflikt bezieht, welche Funktionen der Konflikt in der Entwicklung der familiären Beziehungen besitzt und damit, welche positiven Züge er für die Konfliktbeteiligten mit sich bringt. Diese Vorgehensweise beendet die neurotische Einbahnstraße der Kommunikationsstruktur und gibt beiden, der Mutter und der Tochter, Einsicht in ihre Beziehungen und alternative Lösungsmöglichkeiten für ihr Problem.

### **West-Ost-Konzepte: Auf der Suche nach Sinn**

Ich habe versucht, einige Einstellungen und Verhaltensweisen zusammenzutragen, die für das westliche und östliche Denken und Fühlen typisch zu sein scheinen, und sie einander gegenüberzustellen (transkultureller Ansatz). Die unterschiedlichen Auffassungen des gleichen Verhaltens bewirken bei den Angehörigen verschiedener Kulturen verschiedene Reaktionsweisen. In unter-

schiedlichen Interpretationen spiegeln sich die zwischenmenschlichen Spielregeln dieser Gruppen. Sie geben an, welches Verhalten noch „normal“ bzw. wann die Grenze zum Abnormen oder Krankhaften überschritten ist. Wenn man sich klarmacht, daß das gleiche Verhalten in einer anderen Kultur oder zu einer anderen Zeit nach anderen Maßstäben bewertet wird und es dort als unauffällig oder gar wünschenswert gilt, kommt es zu einer Erweiterung des Horizonts, man mißt das Verhalten nicht mehr allein an den vorgegebenen Wertmaßstäben, sondern vergleicht sie mit anderen Konzepten.

## Beispiele für medizinische Begriffe und einige Krankheitsbilder

Verhalten/ Konzept	West	Ost
<b>Krankheit</b>	Wenn jemand krank ist, möchte er seine Ruhe haben. Er wird von wenigen Personen besucht. Besuche werden auch als soziale Kontrolle empfunden.	Ist hier jemand erkrankt, so wird das Bett ins Wohnzimmer gestellt, z. B. bei einem Beinbruch. Der Kranke ist Mittelpunkt und wird von zahlreichen Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden besucht. Ein Ausbleiben der Besucher würde als Beleidigung und mangelnde Anteilnahme aufgefaßt.
<b>Trennungsangst</b>	Erwartungen oder Übertragungen werden meistens auf einzelne Personen oder kleine Gruppen gerichtet. Es wird z. B. nur eine begrenzte Zahl von Gästen eingeladen. Man ist enttäuscht, wenn jemand absagt oder nicht kommt. fflarum möchte er nicht zu uns kommen? Ist es ihm nicht gut genug bei uns?" „Wer	Die einfache Übertragung wird durch multiple Übertragung abgelöst, die zugleich eine gesellschaftlich anerkannte Rückversicherung gegenüber Trennungsängsten darstellt. Man lädt nicht nur Gäste ein, deren Nichterscheinen eine große Enttäuschung bedeutet, sondern macht viele Menschen zu seinen Gästen. Kommt je-

Verhalten/  
Konzept

West

Ost

**Angst**

so unzuverlässig ist, den können wir nicht mehr ein-laden!"

mand zu spät oder bleibt ganz weg, so garantiert die Anwesenheit der anderen ei-nen geselligen Erfolg des Abends.

Die moderne Psychothera-pie kennt ebenfalls drei Ar-ten von Urängsten. Angst vor der Vergangenheit und Angst vor der Gegenwart bezeichnet man als ge-schichtlich erlebte Ängste, die Angst vor der Zukunft als existentielle Angst. Ge-bet und Meditation als Mittel gegen die Angst vor der Zu-kunft haben sich seit Jahr-tausenden bewährt und gel-ten als Vermittler von Ver-trauen und Hoffnung. Dies wird nur dann problema-tisch, wenn die Forderung nach Gebeten die aktive Vorsorge für die Zukunft ver-drängt.

Orientalische Philosophen unterschieden drei Arten von Ängsten, die sie als Uräng-ste bezeichneten-. Angst vor der Vergangenheit  
Ursache: Ungerechtigkeiten  
Behandlung: Verzeihung und Vergebung  
Angst in der Gegenwart Äußert sich in Einsamkeit  
Behandlung: Rückzug aus dem sozialen Umfeld und Askese  
Angst vor der Zukunft  
Äußert sich in dem Gefühl der Sinn- und Ziellosigkeit  
Behandlung: Gebete

**Narzißmus**

„Ich habe den ganzen Tag für euch gearbeitet und ver-lange deshalb als Gegenlei-stung, daß ihr auf mich Rücksicht nehmt und meine Spielregeln akzeptiert" Diese Interpretation ist nar-zißtisch besetzt. Derjenige, der in der Familie Rücksicht-

„Ich habe es erreicht, daß ich euch alle bewirten kann, ich habe durch meine Arbeit und Geschäftstüchtigkeit für euch alle gesorgt!"

Das orientalische Konzept stellt einen extravertierten Narzißmus dar. Der Familien-vater begnügt sich nicht mit



Verhalten/ Konzept	West	Ost
<b>Ich-Stärk</b>	<p>nahme und einen ungestörten Feierabend verlangt, fordert zugleich Anerkennung seiner Leistung durch die Familie</p> <p>Der Begriff gehorcht dem liberalen Willensmodell der bürgerlichen Gesellschaft, in dem soziale Bezüge und Aktivitäten der Phantasie gegenüber einer leistungsgerechten Bewältigung der Wirklichkeit im Hintergrund stehen. Für die Psychoana-</p>	<p>seinem engeren Familienkreis, sondern benötigt ein großes Forum für seine narzißtischen Wünsche.</p> <p>Basis der Identifikation ist nicht das Ich, sondern das Wir. Mir kann es nur out <sup>9</sup>e- hen, wenn ich im Einklang mit meinem sozialen Umfeld t - -</p>
<b>Verbunden heit</b>	<p>Selbständigkeit und Autonomie gelten als wünschenswert. Die Ablösung geschieht früh: „Ich bin alt genug und kann auf eigenen Füßen stehen!“ „Du bist alt genug und mußt wissen, was du tust!“ Zu große Nähe zur Ursprungsfamilie wird als</p>	<p>Große Betonung der familiären Verbundenheit. Eltern schicken ihre Kinder oft mehrere tausend Kilometer weit weg zur Ausbildung und wissen, daß durch die „soziale Nabelschnur“; Kontakte, Briefe etc. unbeschadet der Entfernung eine Abhängigkeit von den Eltern und dem Familienverband erhalten bleibt.</p>
<b>Einsämkeit</b>	<p>„Der Starke ist am mächtigsten allein.“ Die Fähigkeit, selbständig, unabhängig und allein zu sein, gilt als Stärke. Niemand findet et-</p>	<p>Die Suche nach Einsamkeit und Rückzug aus dem ak-</p>

Verhalten/ Konzept	West	Ost
	<p>was dabei, wenn jemand al-leine spazieren geht und s e i n e n G e d a n k e n nachgeht.</p>	<p>Mißtrauen: Was ist los mit ihm? Ist er beleidigt? Wir können doch helfen, wenn er Kummer hat.</p>
<b>Rücksicht</b>	<p>Lautes Verhalten gilt als un-höflich, ungehorsam und rücksichtslos: Als Kinder durften wir nur sprechen, wenn wir gefragt wurden." „Das Spielen ist während der Mittagsruhe verboten!" „Sei nicht so laut, du weißt doch, daß die Nachbarn sich beschweren!"</p>	<p>Es gilt als normal, wenn man laut ist, vor allem wenn Kin-der laut sind. Es wird weni-ger Rücksicht auf die Nach-barn genommen, die sich im allgemeinen auch nicht an Kinderlärm stören. Die ver-bale Betätigung ist weitaus lustbesetzter und weniger durch Regeln und Normen eingeschränkt. Man kann singenderweise durch die Straßen gehen, ohne als „verrückt" eingestuft zu werden.</p>
<b>Leid</b>	<p>Der Leidende steht meist al-lein, sei es, weil er seine Sa-che „allein auslöffeln" will, sei es, weil die anderen keine Zeit für ihn haben oder sagen: „Soll er doch sehen, wie er zurecht kommt." Der Leidende hat oft zusätzlich noch die Ge-fühle der Gleichgültigkeit, Ablehnung oder Schaden-freude zu ertragen.</p>	<p>Der Leidende — egal ob materielle Not oder psychi-sche und körperliche Leiden — wird in den sozialen Kör-per der Großfamilie einge-schlossen und versorgt. Die Verantwortung wird kollektiv getragen. Dieses Engage-ment gibt dem Betroffenen eine gewisse emotionale Ge-borgenheit.</p> <p>8 bis 40 Tage lang besuchen alle Verwandte, Freunde, Be-</p>
<b>Tod</b>	<p>„Von Beileidsbesuchen bit-ten wir Abstand zu neh-</p>	

Verhalten/ Konzept	West	Ost
	men!" „Ich muß mit meinem Schicksal allein fertig wer- den!" „Jetzt muß ich alleine so viel Leid ertragen."	kannte und andere Mitmenschen die Hinterblieben en und

## Zusammenfassung

Aus diesen Beispielen geht hervor, wie wichtig ein Standortwechsel für das Finden neuer Lösungsmöglichkeiten und damit die Selbsthilfe ist. Dieses Umdenken läßt sich auf nahezu alle Konfliktthemen übertragen und hilft, wenn auch nicht gleich zu einer schlagartigen Besserung, so doch zu einem distanzierteren und differenzierteren Verhältnis zum Konflikt. Dieses kann dann zum Ausgangspunkt für eine angemessene Konfliktlösung werden.

Ziel dieser Darstellung der unterschiedlichen Konzepte ist nicht, zu beweisen, daß das eine besser und das andere schlechter sei. Vielmehr erscheint es mir wichtig, wenn der Leser die Erfahrung machen kann, daß sich verschiedene transkulturelle Konzepte gegenseitig ergänzen. Auch wenn sie sich nicht zu einer gemeinsamen Harmonie auflösen lassen, haben sie doch einander viel zu sagen, vor allem, daß das eigene Wertsystem nicht ein absolutes ist, sondern von unseren Lebensbedingungen abhängt und einer Überprüfung bedarf, wenn sich unsere persönlichen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen ändern.

Diese Denkweise ist sicher für die meisten Menschen ungewohnt, da sie Störungen der Gesundheit und des Wohlbefindens mit traditionellen — meist pessimistisch getönten — Einstellungen verbinden. Die positiven Umdeutungen sind daher im wesentlichen Anregungen und Provokationen, überkommene Konzepte zu überdenken und im Einzelfall zu erwägen, ob nicht alternative Interpretationsmöglichkeiten und damit alternative Behandlungsformen vorhanden sind. Wir sehen ihre Aufgabe vor allem darin, den Patienten alternative Einstellungen zu ihren Erkrankungen zu ermöglichen und an die Flexibilität des behandelnden Therapeuten zu appellieren.

## **Summary**

Transcultural difficulties — in private life, work and politics — are growing increasingly important today. Given the way society is developing now, the solution of transcultural problems will create one of the major tasks of the future. White people of differing cultural circles used to be separated by great distances and came into contact only in unusual circumstances, technical innovations have dramatically increased the opportunities for contact in our time. Just by opening the morning paper, we step out of our own living space and make contact with the problems of people from other cultural circles and groups. Generally we interpret these events in ways we have grown up with. We are ready to criticize, deride, or make fun of them because of their supposed backwardness, naiveté, brutality or incomprehensible lack of concern.

In the transcultural process, we deal with the concepts, norms, values, behavioral patterns, interests, and viewpoints that are valid in a particular culture. In the same way that there are cultural circles, there are also educational circles within which a person develops his own cultural system, which then collides with other systems. The principle underlying transcultural problems becomes the principle for human relationships and the processing of inner conflicts. It thereby becomes an object of psychotherapy.

## **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. N. Peseschkian  
Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie  
An den Quellen 1  
6200 Wiesbaden

# Die umweltbedingten Depressionen

Von Prof. Dr Gaetano Benedetti, Psychiatrische Universitätspoliklinik, Basel

Der Autor versucht, Entstehung und psychodynamische Struktur der *umweltbedingten Depressionen methodisch vom Gesichtspunkt der Psychotherapie* zu erfassen. Dabei geht er sowohl auf die spezifischen psychologischen Merkmale der Sonderformen, wie auch auf deren allgemeine Psychodynamik ein.

Im Zusammenhang mit der hier entworfenen Theorie wird die Psychotherapie solcher Depressionen in ihren Hauptzügen dargestellt.

## 1

### **Die große Gruppe depressiver Menschen kann man in dreifacher Weise unterscheiden:**

1. Es gibt Menschen, die ganz offensichtlich unter der unmittelbaren Einwirkung ungünstiger Umweltverhältnisse depressiv werden, sei es, weil sie eine *überdurchschnittliche Empfindlichkeit* gegenüber den Nöten unserer menschlichen Existenz aufweisen, sei es, weil ihr persönliches Schicksal ihnen kein Unglück erspart, währenddem viele von uns in unverdienter Weise davon verschont bleiben.

Ein erstes Beispiel dieser Situation treffen wir dort an, wo Menschen durch Ursachen depressiv werden, die jeden von uns auch treffen können: Der Tod von lieben Angehörigen, Mißgunst im Beruf, nationale Katastrophen, Kriegselend und dergleichen. Je schwerer die Not ist, die diese Menschen deprimiert, desto mehr neigen wir dazu, uns in sie einzufühlen und eine eventuelle dispositionelle Überempfindlichkeit zu übersehen. Doch bleibt die Tatsache bestehen, daß meistens die Mehrheit der so Betroffenen sich nach kurzer Zeit der Niedergeschlagenheit wieder aufraffen kann, währenddem einzelne für manche Zeit *krank* werden. (Psychiatrische Diagnose: *depressive Reaktion*. Das Wort krank meint: Depression ist mehr als Trauer. In der Trauer wird, wie S. Freud es ausdrückte, die Welt arm und leer, in der Depression wird das Ich arm und leer)

Ein anderes Beispiel ist dort vorhanden, wo Menschen depressiv werden, weil sie unter einer ungewöhnlichen und fortwährenden Härte des Lebensschick-



sals, unter einer verhängnisvollen *Kontinuität* der Schicksalsschläge leiden müssen. Meistens beginnt dieser Leidensweg schon in der Kindheit: z. B. Muß-heirat der Eltern, alkoholsüchtiger Vater, verbitterte, gefühlsarme Mutter, lieblose Atmosphäre zu Hause, dann Versagen in der Schule, Vergewaltigung, uneheliche Schwangerschaft, vereitelte Berufspläne, guter Freund, der bald stirbt; schlechter, der ausnützt usw.

Aus unerklärlichen Gründen scheint sich das Dasein für diese Menschen als eine ganze Reihenfolge von Schicksalsschlägen zu gestalten. (Sie leiden an *depressiven Entwicklungen*.)

Wir nennen depressive Syndrome, die aus einfühlbaren Gründen, in deutlichem zeitlichem Zusammenhang mit erlittenen Schäden entstehen, und die bei günstiger Lenkung der Geschehnisse trotz hinterlassener Narben verschwinden, *psychoreaktive Depressionen*.

2. Doch macht uns gerade diese Form der psychoreaktiven Depression auf eine zweite aufmerksam, welche fließende Grenzen zur ersten aufweist. Wenn wir genau hinsehen, merken wir nämlich, daß nicht wenige dieser Patienten das Unglück, das sie trifft, unbewußt zu *provozieren* scheinen. Niemand wählt sich die eigenen Eltern (auch wenn manche Philosophen anderer Meinung sind und an die Möglichkeit einer Präexistenz glauben); wie soll man aber das Phänomen erklären, daß gewisse Patienten immer und immer wieder gerade solche Partner — Freunde, Mitarbeiter, Geliebte — wählen, die wie ein Schlüssel ins Schloß der besonderen Empfindlichkeit passen und sie krank machen, ohne das eine bessere Einsicht aus der Erfahrung sie davor bewahrt?

Häufig ist die *Wiederholung* so auffallend, daß der Außenstehende selber ohne irgendwelche psychiatrische Kenntnisse keine Mühe hat, das drohende Unheil vorauszusehen; allein der Patient merkt es nicht, er wehrt sich uneinsichtig gegen die Voraussage und wählt von neuem seinen verhängnisvollen Weg.

In vielen Fällen ist es nicht einmal die Wahl des Partners, sondern die Art und Weise, wie sich der künftige Depressive in einer bestimmten Situation der Arbeit, der Liebe, der Freizeit benimmt, die dann den Konflikt zu provozieren scheint. Wiederum kann der Betreffende von seinen Schwierigkeiten nichts lernen. Entweder sieht er diese überhaupt nicht ein, auch wenn er darauf aufmerksam gemacht wird, oder er teilt uns mit, daß er auf gewisse Bedürfnisse, Impulse, Taten, welche erfahrungsgemäß in die für ihn depressivierende Umweltsituation führen, nicht verzichten kann.

Hier haben wir es mit *neurotischen Depressionen* zu tun. Um sie von den nur *psychoreaktiven* zu unterscheiden, glauben wir, daß deren Ursache nicht bloß in der Abgestimmtheit des Schicksals zu der Struktur der Persönlichkeit, sondern auch in einem unbewußten Willen zu einem solchen Schicksal liegt, in einer unbewußten masochistischen Haltung, in einer *inneren* Lenkung der Ereignisse, in einer verhängnisvollen Gestaltung der Umwelt *durch den Betroffenen*.

Sowohl im einen wie im anderen Falle ist der Zusammenhang der Person zu jener Welt, die ihm beschieden ist, *unbewußt*. Aber im zweiten Falle kann man, statt von einem metaphysischen, auch von einem psychodynamischen Unbewußten reden. Es läßt sich oft nicht erklären, warum ein bestimmter Mensch das Schicksal eines Pechvogels bekommt-, doch lassen sich *psychologische Regelmäßigkeiten* feststellen, wenn z. B. ein Mann, dessen dominierende, possessive Mutter das Kind prägte, immer wieder Freundinnen wählen muß, von denen er sich Wohlwollen, Ermutigung, Pflege erhofft, und welche doch haarscharf seiner Mutter gleichen und ihn früher oder später in eine Depression fallen lassen.

3. Sowohl psychoreaktive wie auch neurotische Depressionen entstehen teilweise auf einer Grundlage der Person, die der Psychiater vermutete, ohne sie nachweisen zu können. Ein solche Grundlage kann aber schließlich bei einer dritten Gruppe von Depressiven so ausgeprägt sein, daß die Umwelt in der Entstehung des Leidens im Grunde weniger wichtig wird. Bei ihnen scheint eine *Innenwelt* von unglücklichen Vorstellungen, Phantasien, Impulsen, Grübeleien zu bestehen, die, aus der Depression <sup>9</sup>eboren, diese wiederum ernähren; man kann nicht einmal mehr unterscheiden, ob die Innenwelt deprimierend wirkt oder ob sie ein Ausdruck der Depression ist. Bei solchen Fällen sprechen wir von *endogenen Depressionen*. Wir meinen damit, daß die depressive Innenwelt auch aus einem endogenen Ursprung der Person stammt, der sich von Zeit zu Zeit bemerkbar macht, teilweise unabhängig davon, wie die Umwelt zum Patienten auch eingestellt sein mag.

Man vermutet oft, daß der endogene Ursprung biologischer Natur ist. Meine persönliche Meinung dazu ist aber die, daß der metaphysische Ursprung eines Menschen sich sowohl durch endogen biologische Mechanismen, wie auch durch eigentümliche äußere Schicksale manifestieren kann-, und daß psychodynamische Situationen so gut wie nie im Leben eines Menschen fehlen. Oft haben wir mit endogen-reaktiven Depressionen zu tun.

Freilich ist es sinnvoll, daß wir auf die Mittelglieder der kausalen Kette, auf die biologischen Mechanismen also, medikamentös zu wirken versuchen.

Doch mein heutiges Thema gehört den *umweltbedingten Depressionen*. Wir können die endogenen am Rande um so besser mitberücksichtigen, als die psychologische Erforschung dieser Kranken uns zeigt, daß zwar die Konstitution bei ihnen mehr belastet ist, als im neurotischen und psychoreaktiven Bereich, daß aber die Grundthemen der depressiven Existenz dieselben sind, wie etwa bei den neurotischen Depressionen: Einsamkeit, Verarmung, Hilflosigkeit, innere Entleerung, Verhärtung, Schuldgefühle.

Allerdings <sup>fällt</sup> bei den endogenen Depressionen (zusammen mit der Unauffälligkeit real depressiver Umwelumstände) die Tendenz auf, *psychotisch-wahnhaft*e Symptome zu entwickeln.

11

Wenn wir uns nun dem *Erleben depressiver Menschen* zuwenden, möchten wir vorerst nach übergeordneten Gesichtspunkten fragen: Gibt es bestimmte Situationen, die sich in der Vielzahl der Schicksale, Verläufe, depressiven Klagen erkennen lassen, und die dann Einsamkeit, Leere, Niedergeschlagenheit, Schuld, Aussichtslosigkeit, Todeswunsch, Aggression, Negativität begründen?

Das Moment der Insuffizienz, der Hilflosigkeit, der subjektiven Unfähigkeit hat, in der Psychoanalyse seit *Bibring*, in der Verhaltenspsychologie seit *Seligmann*, als eine Grundlage der Depression Beachtung gefunden. Dieses Moment prägt die Phänomenologie der Depression: Was depressive Menschen uns unaufhörlich sagen, ist eben das, daß sie sich hilflos, unfähig, insuffizient fühlen, daß sie die einfachsten Lebensaufgaben nicht erfüllen, die selbstverständlichsten Arbeiten nicht verrichten, die elementaren mitmenschlichen Gefühle der Liebe nicht aufbringen können. Infolge dieses Versagens fühlen sie sich unwert, sie hassen sich und sie können wiederum infolge des Selbsthasses kaum etwas Positives für ihre Mitmenschen fühlen, was ihre Selbstablehnung wie in einem Teufelskreis aggraviert.

Je mehr wir uns von der endogenen Depression entfernen und im Bereiche der psychoreaktiven und der neurotischen verweilen, desto mehr erkennen wir die Tatsache, daß soziale Situationen der Ausweglosigkeit, unlösbare Konflikte, unmögliche Aufgaben, die Patienten belasten und früher oder später tiefste Gefühle der Hilflosigkeit hervorrufen können. Die Verhaltenspsychologie hat in letzter Zeit von eindrucksvollen Experimenten berichtet, nach denen Tiere, die künstlich in gegensätzliche und ausweglose Situationen gebracht wurden, Syn-

drome entwickelten, welche durch Antriebsarmut, Darniederliegen der vitalen Triebe, Unfähigkeit zum sozialen Leben von außen an die menschliche Depression erinnern. Beobachtungen an Kleinkindern, die von ihren Müttern verlassen wurden, gehen in dieselbe Richtung.

Bei erwachsenen Patienten sind die Umweltverhältnisse nie derart radikal gestört, wie in experimentellen Situationen bei Tieren und bei Hospitalisationen von Kleinkindern. Bei erwachsenen Menschen hat die Psychoanalyse immer das Walten innerer Vorstellungen oft unbewußter Natur vermutet, welche die Situation aggravierend.

111

Als Psychoanalytiker meine ich, daß *neurotische* Depressionen eine unterschiedliche *psychodynamische Struktur* haben.

## 1. Ich-Depressionen

Diese sind charakterisiert durch ein diffuses Erleben der Bindungslosigkeit, Unverbindlichkeit, Sinnlosigkeit, durch ein Ausgliedertsein aus einer inneren Ordnung, die dem Leben Sinn und Zukunft gibt, durch die Erfahrung einer anonymen Welt, die keine Geborgenheit schenkt, keine kollektiven Ideale hat, die unberechenbar ist, durch Gewalt vom Untergang bedroht ist und den einzelnen völlig allein läßt.

Die Keime dieses Erlebens können sowohl in der Familie wie auch in der historischen Ausprägung der gegenwärtigen Gesellschaft liegen, die sich in der Strukturierung vieler Familien ausformt.

Es ist auffallend, daß die Ich-Depressionen in den letzten Jahrzehnten *zuge-nommen haben* und das klassische Bild der Depression durch eine neue psychopathologische Akzentsetzung „bereichert“ haben. Ein weiteres Charakteristikum liegt darin, daß die psychodynamische Grundsituation symptomatologisch verschieden sein kann: Eine Sucht, eine Identitätsstörung (Borderline-Syndröm), ein funktionelles körperliches Schmerzsyndrom (larvierte Depression), eine Verhaltensstörung (Aufgeben jeder Arbeit, Dahinvegetieren) können das Erleben der Depression *ersetzen*. Solche Menschen sollen dann in der Psychotherapie, in der Betreuung, in der Seelsorge zunächst erkennen, wie unglücklich sie in der Tiefe sind, *ohne daß sie es eigentlich wissen*.

## 2. Es-Depressionen

Hier beobachtet man häufig unerfüllte Liebes- und Schutzbedürfnisse, *verbunden mit einer großen Abhängigkeit von doch versagenden Mitmenschen*.

Depressive Menschen sind oft in Familien aufgewachsen, wo die Übernahme von Verantwortung durch das Kind überfordernd war, wo die fraglose Geborgenheit des Kindes fehlte, weil die Eltern wenig Liebe, Muße, Zuwendungen für das Kind übrig hatten, oder weil eine bereits frühe unbewußte Auflehnung des sich nach außen anpassenden Kindes dieses daran hinderte, die doch dargebotene Liebe wirklich wahrzunehmen und zu assimilieren.

## 3. Über-Ich-Depression

Von den Ich- und den Es-Depressionen möchte ich nun die Über-Ich-Depressionen unterscheiden. Darunter verstehe ich jene Depressionen, die freilich auch durch Insuffizienzgefühle und auch durch Ansprüche, aber ganz besonders durch Aggressionen, Selbstanklagen, „Erschöpfung der libidinösen Reserven“ (E. Jacobson) *charakterisiert* sind, und welche sich in der Psychotherapie durch Negativität, sture Ablehnung der Hilfe, stereotype Anklagen oder Mutismus auszeichnen.

In der Bildung des Über-Ich haben sich bei solchen Menschen starke *sadistische Komplexe* entwickelt, die erst in der Übertragung auf den Arzt voll sichtbar werden und meistens nur Anlaß zu *unerträglichen Schuldgefühlen* sind. Die von mir genannten „Über-Ich-Depressionen“ entsprechen am ehesten dem klassischen Schema von *Freud*, nach dem der geliebte, aber versagende Partner vom depressiven Menschen *introiziert* und dann scharf angeklagt wird. Die Anklagen richten sich infolge der Introizierung gegen das eigene Selbst, sind aber ursprünglich gegen das Objekt, oder, wie *Arieti* im einzelnen ausführt, gegen den „dominierenden Partner“ gerichtet.

## 4. Ich-Idealdepressionen

Es ist meine Erfahrung, daß viele neurotisch depressive Patienten sich insuffizient, unfähig, unnütz, wertlos, überflüssig, kraftlos, versagend fühlen, *im Verhältnis zu einer idealen Norm*, die ihnen aber nicht einmal voll bewußt ist. Sie meinen, daß selbst die einfachsten Aufgaben des Alltages, die Pflege des Haushaltes, die Kontinuität eines Studiums, die geistige Konzentration bei einfachsten intellektuellen Leistungen, nicht gelingen. In der Psychotherapie dieser Patienten habe ich aber fast regelmäßig erfahren, daß sich hinter solchen Zielen



eine *höhere ideale Norm* verbirgt. Das Ideal ist dem Patienten meistens von sei-ner Familie, von einem ehrgeizigen Vater, von einer das Kind still bewundern-den Mutter *delegiert* worden. *Die Treue zum erhaltenen Mandat begründete das Selbstwertgefühl und den Lebenssinn solcher Menschen.* Leider war aber das Mandat aus irgendeinem Grunde *unerfüllbar*. - Sei es, weil es die geistigen Kräfte und Möglichkeiten des künftigen Patienten *einfach überstieg*, sei es, weil es letztlich für den Patienten selber *nicht glaubwürdig* war und sich vielmehr um die elterliche Projektion eines eigenen unerfüllten narzißtischen Traumes han-delte oder weil es schließlich im Widerspruch zu gleichzeitigen ambivalenten Signalen der Familie stand (z. B. ein ehrgeiziges Ziel zu erreichen *und* selbstlos zu sein; den Vater zu überflügeln *und* ihm untergeordnet zu bleiben usw.).

Meistens erfährt man bei der klinischen Untersuchung solcher Patienten das verborgene depressivierende Ideal *nicht*. Seine Verdrängung ins Unbewußte macht es nämlich unangreifbar. An seine Stelle tritt irgendein banales Ersatzziel, welches das Gefühl des Kranken rationalisiert, „er sollte eben doch fähig sein, es zu erfüllen“. Durch die ständige, alltägliche depressive Beteuerung der eigenen Unfähigkeit, es erfüllen zu können, bekundet der Patient eine „negative Treue“ zum Ich-Ideal: Er kann es zwar nicht erreichen, *aber* er muß sich deswegen immer wieder anklagen; er darf keinen alternativen Lebenssinn sehen; er bleibt *im Scheitern vom Ideal abhängig*.

In einzelnen Fällen kann das Ich-Ideal durch einen Mitmenschen personifiziert sein, in dessen Dienst sich der Patient jahrelang gestellt hat, wie z. B. manche Ehefrau, die in der beruflichen Förderung ihres Ehemannes den vollen eigenen Lebenssinn sah. Die Depression bricht *dann* aus, *wenn* der glorifizierte Partner den Patienten verrät, oder sich als wertlos und kränkend entpuppt. *Mit seiner Entwertung bricht das innere Ich-Ideal zusammen.*

Diese Einteilung hat noch eine *metapsychologische Dimension*. Ich, Es, Über-Ich, Ich-Ideal, sind Begriffe, Abstraktionen, die hinter den beobachteten Phänomenen stehen. Neurotische Depressionen danach einzuteilen ist nur dann sinnvoll, wenn den Störungen der psychischen Instanzen spezifische Symptome zugeordnet werden können. Auch dann ist die Zuordnung freilich immer ein Modell, dessen Wahrheit in erster Linie operationell bleibt: Das Modell soll uns helfen, eine neurotische Depression psychodynamisch so zu verstehen, daß eine entsprechende psychotherapeutische Leitlinie, z. B. eine Über-Ichanalyse, eine Ichidealanalyse oder eine symbolische Erfüllung von Liebesbedürfnissen, möglich wird.

Im folgenden möchte ich deshalb versuchen, den vier metapsychologischen Typen vier entsprechende *phänomenologische* Diagnosen zuzuordnen:

#### IV

##### 1. Die Isolationsdepressionen

Unter diesem Terminus fasse ich jene große Gruppe von psychoreaktiven und neurotischen Depressionen im erwachsenen Alter zusammen, die aus verschiedensten Gründen (z.B. Verlust einer Arbeitsstelle, Scheitern im Studium, Verlassen-Werden durch einen geliebten Menschen, unbewältigte Angst in der Auseinandersetzung mit einer anonymen Welt der Leistung) entstehen können. Wenn auch scheinbar die verschiedensten Motive im Vordergrund stehen können, scheint es mir auf Grund meiner Beobachtungen bei diesen Menschen angebracht, die hinter der gegenwärtigen Resignation lauernde Lebens- und Weltisolation zu beachten. Der Mensch ist heute in einer sich rasch wandelnden, immer neue und nicht immer leicht verstehbare soziale Ansprüche stellenden, durch unberechenbare politische Geschicke geleiteten, wenig Sicherheit und Geborgenheit schenkenden Welt *einsam* geworden. Diese Einsamkeit kennen sowohl die Jugendlichen, die nach dem Sinn ihres Daseins und ihrer Arbeit fragen müssen, wie auch die Älteren, die ihre jahrzehntelange Arbeit durch eine ideal-lose jugendliche Generation oft in Frage gestellt erleben. Die Ungewißheit über die Zukunft unserer Welt, die Erschütterung früher selbstverständlicher metaphysischer und affektiver Ideale, das tägliche Sehen und Hören von Grausamkeiten durch die Massenmedien wirkt ganz allgemein depressivierend.

Unsere menschliche Existenz ist z.T. Trauer, Verzicht, Entbehrung, Leiden, das wußten schon die Griechen und die Römer. Millionen von Menschen, sagt Lacan, leiden darunter, daß sie existieren müssen. Aber jedes Zeitalter weiß um die Hauptqualität seiner Depressionen. Keine andere scheint mir der bunt verschiedenen Symptomatologie als einigende Grundlage vieler Formen besser zu passen als der Begriff der *Isolation*. Zu seiner wissenschaftlichen Untersuchung wäre eine ganze Monographie nötig; wir begnügen uns hier mit Andeutungen. Die Isolationsdepressionen sind charakteristisch für die Ichpsychologie unserer Zeit; sie spiegeln jene Gefühle der Aussichtslosigkeit und Resigniertheit wider, die viele Menschen heute haben.

In Einzelfällen läßt sich die Isolation nur als latente Grundlage des scheinbar banalen Auslösemomentes feststellen, wie z.B. bei den „Umzugsdepressionen“;

in anderen Fällen ist dagegen die Grundisolation bewußt, umschrieben und vernichtend, wie etwa beim Verlust des Lebenspartners. Man hat nachweisen können, daß der Verlust des Ehepartners neben klargeprägten Depressionen *auch die Sterblichkeitsrate* während den ersten 6 Monaten erhöht und die Ver-witweten häufiger in Krankenhäuser eingewiesen werden und häufiger Beratung aufgrund seelischer Schwierigkeiten brauchen. Ebenso ist der Alkohol-, Tabak- und Beruhigungsmittelkonsum gesteigert und neurotische Symptome wie Depression, Spannung, Verlassenheitsgefühle treten häufiger auf.

## **2. Die symbiotischen Kindheitsdepressionen (Über-ich-Depression)**

Darunter verstehe ich neurotische Depressionen bei Erwachsenen, welche in einem depressiven Familienmilieu als Kinder aufgewachsen sind und unter einer bestimmten Umwelt gelitten haben.

Meistens findet man in der Vorgeschichte solcher Patienten eine stille, leidvolle Kindheit, in der eine enge Verbundenheit zwischen dem künftigen Depressiven und einer verhärteten, leidgeprüften, überforderten Mutter bestand. Nicht selten war die Ehe der Eltern ambivalent, die Mutter schloß sich innig an das Kind an, suchte bei ihm eine Stütze und einen Ausgleich für die mangelnde Geborgenheit in der Ehe. Das Kind reagierte mit einem wachen, unbewußten, im erwachsenen Alter genau dokumentierten Empfinden für die schwache Seite der Mutter. Es beschützte sie durch die frühe Übernahme einer großen Verantwortung, z. B. für die Geschwister, durch Verdrängung eigener Aggressionen und Lebenswünsche, durch Sich-Anpassen an die Mutter und deren geheime Erwartungen. Die spätere Depression entsteht aus verschiedenen Verläufen: Entweder identifiziert sich der junge Mensch mit dem depressiv erlebten Elternteil, oder die Verdrängung vitaler Tendenzen und Bedürfnisse führt zur Depression. In anderen Fällen beginnt diese in einem Lebensabschnitt, wo das innere Sich-Anpassen an die anderen einer schuldbewußten Rebellion Platz macht, oder es gelingt der später selber verheirateten Frau kaum, von Mann und Kindern Dankbarkeit für ihre lebenslange Anpassung und manchen Verzicht zu bekommen. Wenn ich hier von der Patientin und von ihrer Identifikation mit der Mutter spreche, so handelt es sich freilich nur um ein Paradigma. Das Geschlecht wechselt und mit ihm die besondere Familienkonstellation.

Nicht selten ist in solchen Fällen auch die geschlechtliche Selbstidentität, das Erleben der eigenen Weiblichkeit oder Männlichkeit unterentwickelt.

Im Rückblick werden solche Entwicklungen von den Patienten so erlebt, als ob die Identifikation mit einem männlichen oder weiblichen Vorbild bei den Eltern

erschwert gewesen wäre, als ob die Eltern die sexuelle Selbstidentität des Kindes entmutigt hätten. Es scheint, daß Pflichten, Sorgen, Sich-Anpassen, Schuldgefühle, Angst um die Eltern, um deren Ehe oder aussichtslose Parteinahme für den einen, Selbstentfremdung, Unmöglichkeit, bei der symbiotischen Elternbindung zu sich selber zu kommen, die Kindheit beschattet haben. Nie läßt sich eine konstitutionelle Komponente deutlich vom Erleben der Umwelt trennen. Nicht nur erlebt man eine bestimmte Umwelt, man schafft sich auch eine solche durch deren innere Interpretation, durch innerseelische Akzentsetzung und Reaktionsweise.

*Diese symbiotischen Depressionen sind meistens Über-Ich-Depressionen.*- ihnen ist die Ambivalenz der Symbiose eigen, *der Haß gegen das symbiotische Objekt*, die Destruktivität des daraus entstehenden Über-Ichs.

### 3. Die Verlassenheits- und Trennungsdepressionen (Es-Depression)

Diese haben eine breitere Basis der Entstehung. Symbiose beginnt schon in der Kindheit; Trennungen können sich oft erst im erwachsenen Alter eines Menschen psychotraumatisch auswirken, der umgekehrt in seiner Kindheit auch sehr behütet war.

Aber Trennungen und Verlassenheit können schon in der Kindheit beginnen. Depressionen des Kindes, welches infolge Hospitalisation die Beziehung zur Mutter schon im ersten Lebensjahr für einige Wochen oder Monate verloren hat, sind von namhaften Forschern wie *Spitz*, *Ribble*, *Luria*, *Robertson*, *Bowlby* immer wieder geschildert worden.

Depressionen in einem so frühen Lebensalter unterscheiden sich freilich von denjenigen des Erwachsenen. Sie lassen sich durch Neigung zum Sich-Zurückziehen nach anfänglichem Protest, Darniederliegen der Initiativen und Aktivitäten, durch Weinerlichkeit und Apathie diagnostizieren. Bei länger dauernden Trennungen können sich, wie bei den Fällen von *Spitz*, wo ein geeigneter Mutterersatz fehlte, körperliche Störungen wie Entwicklungsretardierung, Anfälligkeit für Infektionskrankheiten, einstellen.

Heute verfügen wir schon über Katamnesen solcher Patienten: Man stellte fest, daß derartige Kinder zu „lieblosen Charakteren“ ohne echte Gefühle werden. Nur oberflächliche Kontakte, Unzulänglichkeit, Interesselosigkeit, Konzentrationsunfähigkeit, ein Gefühl der Unsicherheit, sind die Symptome, der Typ des „Jonei wolf“.

#### 4. Die narzißtischen Depressionen

Sie überschneiden sich in ihrer Genese und Symptomatologie mit den schon beschriebenen. Es ist eine Frage der Akzentsetzung und des Standortes, wie wir die Grenze ziehen.

Narzißtische Depressionen sind in meiner Sicht hauptsächlich durch zwei Mo-mente charakterisiert:

- a) Eine mangelnde Objektbeziehung, derzufolge der Mensch mitten im sozia-len Bereich keine reichen Innenbilder seiner Mitmenschen trägt, vielmehr mit diesen „zusammenstößt“ und deren Anwesenheit immer wieder vor allem ent-täuschend, konkurrenzierend, einengend erlebt.
- b) Eine innere Leere! in der Selbstwahrnehmung, die in einer Spannung steht zu einem unerfüllbaren Ideal der Macht, des Konsums, des Erfolges.

Ich kann mich hier nicht eingehender mit den Lehren *Adlers*, *Horneys*, *Kohuts* auseinandersetzen, welche von verschiedenen Gesichtspunkten her diese Situation des Minderwertigkeitsgefühls, das durch den unerfüllbaren Machtwil-len kompensiert wird, oder der kindlichen Mangelsyn-drome, die durch die Jal-schen Ideale" (*Horney*) überstülpt werden oder der narzißtischen Lücke, die durch das grandiose Selbst (*Kohut*) krankhaft ausgefüllt wird, geschildert ha-ben. Ich begnüge mich damit, zu erwähnen, daß diese narzißtischen Depres-sionen weniger als die symbiotischen durch Anklage und Schuld, wie *Freud* be-obachtete, sondern vielmehr durch Leere, Insuffizienz, aussichtslose Gier, ge-kennzeichnet sind.

Die überhöhte intrapsychische Norm, das Ichideal, ist eine häufige Erschei-nung in unserer kompetitiven Gesellschaft und gehört zur Tradition vieler Fami-lien. In der Regel ist der Ehrgeiz der Eltern und dessen Introjektion durch die Kinder, die Leistungspflicht, der Wettbewerb mit den Mitmenschen etwas, das die Produktivität unserer Gesellschaft in der Schule, im Betrieb, in der Wirtschaft, in der Forschung erhöht. Wir könnten darauf kaum verzichten. Andererseits dür-fen wir aber auch nicht die Augen schließen vor den Menschen, die an dieser Struktur unserer Sozietät leiden. Die Psychopathologie in unserer Gesellschaft läßt uns erkennen, wo die Sozietät in Frage gestellt werden muß. Es scheint, daß das leistungsfordernde Ichideal sich vor allem bei jenen Menschen verhängnis-voll auswirkt, wo das Ich durch bedingungslose Liebe zu wenig ernährt worden ist. Diese Form der Depression ist erst in den letzten Jahrzehnten durch *Bioring* und *Kohut* erfaßt worden. Dies hängt in meiner Sicht damit zusammen, daß die



„Ichideal-Depression“ — wie ich sie nenne — in unserer Zeit zugenommen hat. Die alten kollektiven Ideale der metaphysischen Verpflichtung versprachen eine Geborgenheit, welche die Erfüllung des individuellen Leistungsidesales dagegen nie gibt. Die Anonymisierung des Menschen in unserer Gesellschaft kennt keine Barmherzigkeit für die Menschen, die wenig leisten.

Daß die narzißtischen Depressionen mit einer Ichidealstörung zusammenhängen, versteht sich schon auf Grund der Erfahrung, daß auch im nicht depressiven Bereich, auch im Rahmen der narzißtischen Neurosen, die Diskrepanz zwischen einem unbewußten grandiosen Selbst oder einem Idealich, und dem durch narzißtische Lücken unterernährten Realselbst des Patienten zu depressiven Verstimmungen führt.

### **Zur allgemeinen Psychodynamik der Depression**

Diese vier Formen der umweltbedingten Depression, die ich soeben skizziert habe, erscheinen *of<sup>t</sup> eher als begriffliche Dimensionen denn als klar abgegrenzte, klinische Syndrome*. Oft überschneiden sie sich gegenseitig mehr oder weniger, so daß sich nur verschiedene Akzentsetzungen, verschieden starke psychodynamische Gewichte im jeweiligen Zustandsbild mit Sicherheit unterscheiden lassen, dessen Einheitlichkeit wir auch erkennen. Freilich können wir nun eine solche einheitlich depressive Psychodynamik um so besser erfassen, nachdem wir deren Elemente gesondert betrachtet haben.

Wir wollen nun von der Instanztheorie (Ich, Es, Über-Ich, Ideal-Ich) als einer metapsychologischen Hypothese absehen und uns vielmehr fragen, ob wir hinter all den pathogenetisch verschieden situierten Depressionen (den symbiotischen, den Trennungs- und Verlassenheitsdepressionen, den Isolations- und den narzißtischen Depressionen) eine *allgemeine Psychodynamik sehen können*.

Folgende Momente sind im Laufe der Jahrzehnte geschildert worden, die sich meiner Meinung nach *in einem Gefüge verstehen lassen*:

1. *Die depressive oder zu Depression führende Beziehung zum Partner ist durch den Gegensatz: Passivität/Abhängigkeit/Anspruch einerseits und Auflehnung/Anklage/Aggressivität andererseits, charakterisiert. Je ausgeprägter die Trias: Passivität/Abhängigkeit/Anspruch ist, desto mehr werden Umweltbe-*

ziehungen als frustrierend, versagend und depressivierend erlebt. Je stärker die Reaktion darauf: Anklage/Aggressivität/Auflehnung ist, desto mehr verliert der Patient die Hoffnung auf eine Erfüllung seiner passiven und abhängigen Liebesbedürfnisse, desto schuldiger, einsamer, erbitterter, hoffnungsloser fühlt er sich.

2. Die depressive oder zu Depression führende Beziehung des menschlichen Selbst zu seiner Norm ist charakterisiert durch den Gegensatz Minderwert/narzißtische Lücke/Unsicherheit einerseits und große Selbsterwartung/Leistungs-norm/falsches Ideal andererseits. Je mehr der Mensch an dem, wer und was er ist, zweifelt, je erschütterter er in seinem Seinsgefühl ist, desto mehr klammert er sich, bewußt oder unbewußt an Ziele, welche ihn die Diskrepanz zu dem tatsächlich Möglichen oder Erreichbaren erst recht depressivierend erleben lassen.

3. Die depressive Selbst- und mitmenschliche Verfassung ist durch den Gegensatz zwischen mangelnder (erfahrener und zu gebender) Liebe einerseits und Destruktivität andererseits gekennzeichnet.

Je geringer die erfahrene Liebe, desto größer die latente Destruktivität; je größer diese, desto geringer die Möglichkeit zu lieben; je geringer diese, desto größer die Selbstverachtung; je größer diese, desto mehr Ärger gegen andere — und so setzt sich der Teufelskreis fort.

Ich habe hier Konzepte entwickelt, die sowohl empirisch begründet sind, wie auch reine Spekulationen sein können.

Ich möchte deswegen meine Thesen dahin ergänzen, daß diese sich in einer zehnjährigen Supervisionsarbeit entwickelten, wo nicht weniger als 500 Fälle durch Kollegen der Klinik und der Poliklinik mit mir diskutiert wurden.

In der Regel diskutieren wir in unseren psychodynamischen Kolloquien alle psychologisch strukturierten Fälle, die entweder in der Klinik aufgenommen werden oder unsere Poliklinik aufsuchen.

Nur Ansichten, die von den meisten Mitgliedern des Untersuchungsteams nach allgemeiner Diskussion angenommen werden konnten, wurden in meinen Ausführungen berücksichtigt.

Diese stützen sich also auf keine exakten, etwa test-diagnostischen Daten, wohl aber auf den klinischen Konsens einer Ärzteguppe, die sich im Laufe der Jahre in ihrem Bestand änderte, jedoch unter meiner Anleitung gewisse Richtlinien als beständig betrachten konnte.

## VI

*Psychotherapie.* Psychoanalyse, positive Psychotherapie, kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, non-direktive Therapie, um nur einige Stichworte zu nennen, sind im Bereich der Depression mit unterschiedlichem Erfolg versucht worden. Es gibt auch Depressionen, die sich nach seelsorgerischen Gesprächen aufgehellt haben.

Es ist nicht das Thema dieses Aufsatzes, die sich daraus ergebenden Fragen und Methoden zu diskutieren.

Die Tatsache, daß eine große katamnestiche Untersuchung in Amerika (*Smith et al.: The Benefits of Psychotherapy*) zum Schluß kam, daß alle therapeutischen Zugänge, wenn auch unterschiedlich in Bezug auf die verschiedenen Symptome, wesentlich hilfreich sein können, ist beachtenswert.

Persönlich habe ich in der Psychotherapie bei Depressiven folgende Momente als wertvoll gefunden:

1. Der Patient soll die Solidarität seines psychotherapeutischen Partners in der wiederholten, zu erarbeitenden Kenntnis finden, daß unsere Gesellschaft, unsere Welt, so wie sie ist, Mangelerscheinungen aufweist gegenüber der Sehnsucht und dem letztlich legitimen Anspruch des menschlichen Herzens.

Dieses In-Frage-Stellen der Umwelt bedeutet, daß der Patient sein Scheitern nicht depressivierend auf sich nehmen muß.

2. Der Patient soll in der Solidarität mit seinem psychotherapeutischen Partner auch erfahren, daß seine Anklagen und seine Ansprüche gegen die Mitmenschen eine unangemessene Dimension haben. Durch das Anschwärzen aller intimen Bilder findet eine Entleerung statt.

3. Der Patient mag und soll in dieser Deutung seine Aggressivität gegen seinen psychotherapeutischen Partner ausdrücken und verarbeiten können. Er wird so allmählich unterscheiden zwischen jener „benignen“ Aggressivität, die ihm eben fehlt und den Menschen sonst durchsetzungsfähig macht, und jener „malignen“ Aggressivität, die dem Patienten in der Rolle des Depressiven gestattet, die Welt symbolisch zu negieren. Erst unser geduldiges Austragen der depressiven Negativität schafft die Basis.

4. Der Patient soll in der Erfahrung der Deutung einerseits und seiner psychotherapeutischen Mitarbeit andererseits, die grundlegende Erfahrung der Liebe im Annehmen und Geben machen können.

5. Der Patient soll lernen, auch mit der Depression zu leben, sie von außen zu betrachten und sie so zu begrenzen.

6. Der Patient soll zu einem realistischen Selbstverständnis gelangen, sowohl ei-gene Grenzen gelassen kennenlernen, wie auch eigene Idealsetzungen modi-fizieren.

7. Der Patient soll erkennen, wie sich seine Depression im Zusammenleben mit dominierenden oder mit schwachen, bedürftigen Personen, oder mit beiden zusammen, entwickelt hat, mit denen er „fusioniert“, wie er zu seiner Depression durch neurotischen Umgang mit diesen Menschen (und deren introzierten Re-präsentanzen) beigetragen hat. Zeitweise muß er seinen Psychotherapeuten als eine solche Person erleben, um in der Auseinandersetzung mit ihm neue Schritte zu machen.

8. Der Patient muß in Übungen erleben, wie er auf gewisse negative Vorstellun-gen immer wieder mit depressiven Stimmungen und Bildern reagiert, die ihn erst recht in einen Zustand der Hilflosigkeit versetzen-, er soll lernen, in solchen Situationen Gegenbilder und Gegenvorstellungen einzusetzen.



Ö> A 5 ~ LVX K WOHT  
NICHT IM ße5 1 TZe  
VNO NICHT  
im c/oc><-\_/  
b7S5 <~t-VZK5<,-eF£JHL  
15-r IN beR  
-ZV H A,7V5e.

9. Der Patient soll aus der depressiven Isolation in die Gruppe kommen, sich dort im Spiegel der Gruppe sehen lernen, sich dort Versagungen auszusetzen, um deren Aushalten positiv zu assimilieren (Gruppentherapie).

10. Im Verlaufe einer individuellen Psychotherapie kann der Depressive vielleicht auch mit Seinsgehalten konfrontiert oder ernährt werden, die in der Begegnung mit der Transzendenz wurzeln.

### **Anschrift des Verfassers:**

Prof, Dr, Gaetano Benedetti  
Psychiatrische Universitätspoliklinik  
Petersgraben 4  
CH-4051 Basel

### **Literatur**

Arieti, S. und Bemporad, J.:  
Severe and Mild Depression. The Psychotherapeutic Approach. Basic Books, New York, 1978.

Benedetti, G.:  
Einführung in die Psychodynamik der Depression. In: G. Benedetti, Th. Corsi, L. DAIfonso, C. Elia, G. Medri, M. Saviotti: Psychosentherapie. Psychoanalytische und existentielle Grundlagen. Hippokrates, Stuttgart, 1983.

Beck, A.:  
The Core Problem in Depression-. The Cognitive Triad. In: J. Masserman (ed.)-. Science and Psychoanalysis. Grune&Stratton, New York, 1970,

Bibring, E.: The Mechanism of Depression. In: Ph. Greenacre (ed.): Affective Disorders. Int. Univ. Press, New York, pp. 13-48, 1953.

Garber, J. und Seligman, M.E.P. (eds.):  
Human Helplessness. Academic Press, New York, 1980.

Haynal, A.-.

Le Sens du Désespoir. La problématique de la dépression dans la théorie psychanalytique. P.U.F., Paris. Réimpr. in- Rev. Franc., Psychanal., 4111-2: 5-297, 1977

Jacobson, E.: Depression. Comparative Studies of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions. Int. Univ. Press, New York, 1971.

Nacht, S. und Racampier, P.C.: Les états dépressifs, réimpr. in: S, Nacht (ed.): La présence du psychanalyste. P U; F, Paris, pp. 96-137, 1963.

Saviotti, M.: Der psychotherapeutische Zugang zum depressiven Patienten. In: G. Benedetti, Th. Corsi, L. DAfonso, C. Elia, G. Medri, M. Saviotti: Psychosen-therapie. Psychoanalytische und existentielle Grundlagen. Hippokrates, Stuttgart, 1983.

Seligman, M.E.P.: Helplessness. On Depression, Development, and Death. W. H. Freeman, San Francisco, 1975.

Smith, M. L., Glass, G.V, Miller, Th. 1.: The Benefits of Psychotherapy. The Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, 1980.

## Ethische Probleme in der Psychotherapie

Von Privatdozent Dr. Udo Rauchfleisch, Psychiatrische Universitätspoliklinik, Basel

Die Psychotherapie hat in der Gegenwart eine ungeheure Ausweitung erfahren. Dies hat zur Folge, daß sich die Therapeuten oft schwierigen Entscheidungen gegenübersehen, da sie — zum Teil ohne es zu bemerken und zu wollen — großen Einfluß auf die Patienten ausüben. Angesichts dieser Situation erscheint es mir außerordentlich wichtig, daß wir die ethischen Implikationen unseres therapeutischen Handelns einer sorgfältigen Reflexion unterziehen, zumal die ethischen Probleme oft subtiler Art sind und unserer Aufmerksamkeit entgehen, wenn wir unser Augenmerk nicht ausdrücklich auf sie lenken. Im Rahmen des vorliegenden Beitrags möchte ich lediglich einige ethische Probleme behandeln, die sich im Bereich der Psychotherapie ergeben. Der an weiteren Fragen interessierte Leser sei auf die ausführlichere Darstellung in meinem Buch „Nach bestem Wissen und Gewissen. Die ethische Verantwortung in Psychologie und Psychotherapie“ (1982) verwiesen.

Die häufigste Situation, in der wir uns als Psychotherapeuten befinden, ist sicher die, daß sich ein Klient an uns mit der Bitte wendet, ihm bei der Bewältigung von Lebensproblemen behilflich zu sein. Wir werden uns zunächst in einem Vorgespräch die Lebenssituation des Patienten und seine Beschwerden schildern lassen und dann entscheiden, ob eine Behandlung indiziert ist und wie sie gegebenenfalls aussehen sollte (z. B. Häufigkeit und Dauer der Sitzungen, Beratung oder Therapie im engeren Sinne, eine eher auf eine Persönlichkeitsumstrukturierung ausgerichtete Langzeitbehandlung oder eine auf einen Fokus oder ein bestimmtes Symptom eingeeengte Behandlung usw.).

So unproblematisch diese hier nur in groben Zügen geschilderten Schritte am Anfang des diagnostisch-therapeutischen Prozesses auch zu sein scheinen, so reflexionswürdig sind sie doch angesichts der Frage nach den ethischen Implikationen unseres therapeutischen Handelns. Die Reaktionen des Therapeuten auf den Ratsuchenden und seine Entscheidungen, Behandlungsindikation betreffend, werden nämlich nur zu einem — vielleicht erstaunlich — geringen Teil von sog. „sachlichen“ Gesichtspunkten bestimmt.

Ein unsere Überlegungen oft determinierender Faktor ist die *sozioökonomische Schichtzugehörigkeit* unseres Patienten (vergl. *Dörner* et al., 1979; *Gleiss* et al., 1973; *Waller*, 1972)-. Einem Mittelschichtpatienten mit einer guten Verbalisie-

rungs- und Konzeptualisierungsfähigkeit gelingt es oft wesentlich leichter, dem Therapeuten sein Problem darzulegen und ihn dafür zu interessieren, als einem Ratsuchenden aus der Unterschicht. Dabei spielt etwa auch der Umstand eine wichtige Rolle, ob Therapeut und Patient der gleichen sozialen Schicht entstammen und somit viel leichter miteinander kommunizieren können, als wenn schichtspezifische Unterschiede die Verständigung erschweren. Selbstverständlich kann man es dem Therapeuten nicht als ethisch unverantwortbar anlasten, wenn er die Behandlung eines Patienten nicht übernimmt, dessen Not er nicht versteht und — selbst wenn er dessen Bedürftigkeit erahnt — dem er sich nicht verständlich machen kann. Dennoch liegt hier ein ethisches Problem, dessen wir uns bewußt sein sollen.

Diese Überlegungen gelten auch im Hinblick auf *kulturelle Faktoren*: Patienten, die aus uns fremden Kulturbereichen stammen, haben es oft ungleich schwerer als Menschen aus unserer näheren Umgebung, sich uns mit ihrer Not verständlich zu machen, bzw. wir als Therapeuten sind weniger in der Lage, ihre spezifische Situation zu erfassen und ihnen therapeutisch gerecht zu werden. Hier sind transkulturelle Ansätze in der Psychotherapie, wie sie von *Peseschkian* (1977, 1980) vertreten werden, von großer Bedeutung.

Eine weitere Determinante für die Indikationsentscheidung stellt das *Persönlichkeits-* und das *Behandlungskonzept* dar, an denen sich der Therapeut orientiert. In der Regel beherrscht ein Therapeut aufgrund einer speziellen Weiterbildung bestimmte Behandlungsmethoden und setzt diese nach bestem Wissen bei seinen Patienten ein. Bei dem zum Teil sehr großen (zeitlichen und die Persönlichkeit des angehenden Therapeuten beanspruchenden) Aufwand, den die Ausbildung in den verschiedenen Therapiemethoden erfordert, ist es einem Therapeuten im allgemeinen aber nur möglich, in wenigen Methoden eine fundierte Ausbildung und praktische Erfahrungen zu erwerben. Welcher Art von Behandlung ein Patient zugeführt wird, hängt also unter Umständen wesentlich davon ab, welchen Therapeuten er aufsucht.

Auch wenn bisher keine Behandlungsmethode hat nachweisen können, daß sie allein effiziente Resultate zu erbringen vermag, und letztlich jede dieser Methoden Erfolge aufzuweisen hat, so muß man sich doch fragen, ob der Therapeut seinen Patienten wirklich immer voll gerecht zu werden vermag, indem er ihnen seine spezielle Methode anbietet. Zwangsläufig kennen wir „unsere“ Methode am besten und vertrauen auf ihre Wirksamkeit — sonst würden wir sie nicht verwenden. Ob sie aber auch für einen bestimmten Patienten mit seinen Schwierigkeiten die beste Methode ist, wissen wir letztlich nicht. Hier müssen wir



nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden und die Verantwortung dafür auf uns nehmen.

Vom Persönlichkeitsmodell und vom entsprechenden Behandlungskonzept sowie von dem *Eindruck* (ich verwende hier absichtlich diesen etwas vagen, recht weiten Begriff), den der Therapeut vom Patienten gewonnen hat, hängt, wie erwähnt, ab, welches therapeutische Vorgehen er dem Ratsuchenden vorschlägt. Selbstverständlich kommt bei einer solchen Entscheidung den Indikationskriterien, wie sie die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen ausgearbeitet haben, eine zentrale Bedeutung zu. Angesichts der Frage nach den ethischen Implikationen unseres therapeutischen Handelns sollten wir unser Augenmerk aber auch auf Determinanten richten, die vielleicht ebenso „sachlich“ gerechtfertigt erscheinen, aber doch mitunter recht problematisch sind.

Nehmen wir das Beispiel eines Patienten, der uns wegen depressiver Verstimmungen und Kontaktproblemen aufsucht und bei dem wir eine Therapie für indiziert halten. Wir bieten ihm eine solche Behandlung an, ohne uns oft indes darüber klar zu sein, welche Gefühle wir in ihm durch diese Stellungnahme auslösen. Nicht immer nämlich fühlt er sich durch die *Behandlungszusage* erleichtert. Er kann sie vielmehr auch als kränkend und ausgesprochen schmerzlich erleben, vor allem wenn er sie als Hinweis darauf versteht, daß wir ihn für „krank“ und damit für unfähig hielten, seine Schwierigkeiten allein bewältigen zu können. Dies gilt insbesondere für Patienten, die eine Störung im narzißischen Bereich aufweisen und dementsprechend in erhöhtem Maße kränkbar sind (*Battegay*, 1977; *Kohut*, 1973, 1979).

Das Behandlungsangebot kann im Patienten aber auch eine große *Hoffnung auf „Besserung“* auslösen, wobei gerade in diesem Falle ethisch schwierige Probleme auftauchen können. Es ist nämlich keineswegs gesagt, daß er die Änderungen, die wir Therapeuten als Ziel der Behandlung vor Augen haben, selber auch als erstrebenswert empfindet. Können wir es beispielsweise ethisch rechtfertigen, einen schizophrenen Patienten mit Hilfe von Psychopharmaka von den ihn ängstigenden akustischen Halluzinationen, seinen „Stimmen“; zu befreien, wenn der Patient dann aber seinem Therapeuten klagt (wie es ein mir bekannter Psychiater erlebte), die Welt sei für ihn nun jeer und tot“ geworden? Wir müssen uns auch fragen, ob wir nicht mitunter durch das Behandlungsangebot überhöhte, letztlich nicht erfüllbare Hoffnungen im Patienten wecken. Sicher ist es möglich, die in diesem Falle unausbleiblichen Enttäuschungen mit ihm zu bearbeiten. Doch liegt in dieser Frage auch ein ethisches und nicht nur ein behandlingstechnisches Problem.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß die Symptome eines Menschen nicht nur als pathologische Phänomene betrachtet werden dürfen, die es um jeden Preis zu beseitigen gilt, sondern stets auch zumindest in der Vergangenheit einmal sinnvolle und wirksame — Problembewältigungsstrategien darstellen, die es dem Betroffenen ermöglichen, in seiner Welt zu überleben. In dieser Hinsicht ist die Frage nach den *Änderungen, welche die Therapie bringen soll*, nicht nur behandlingstechnischer Art, sondern enthält auch eine ethische Dimension. Wir müssen uns etwa fragen, ob wir unseren Patienten in der Behandlung tatsächlich immer dazu verhelfen, bessere Lebensstrategien zu finden. Die Hoffnungen des Therapeuten mögen sich erfüllen, indem der Patient in der Therapie seine Symptome verliert und eine Persönlichkeitsreifung durchmacht. Welche Konsequenzen aber ergeben sich aus einer solchen Nachreifung für das Leben des Patienten, für seine Partnerbeziehungen, für seine berufliche Situation und für andere ihm wichtige Bereiche?

Gewiß kann man mit Recht argumentieren, daß ein Mensch, der in einer Therapie eine Nachreifung durchgemacht hat, dann auch in der Lage sein wird, die konflikthafte Situation, in der er vielleicht lebt, besser zu bewältigen. Trotzdem laden wir mit der Übernahme jeder Behandlung eine große Verantwortung auf uns und müssen im Grunde jedes Mal damit rechnen, daß uns ein Patient am Ende damit konfrontiert, daß es nicht die jetzt erreichte Änderung war, auf die sich ursprünglich seine Hoffnung auf „Besserung“ gerichtet hatte. Vielleicht wird er uns sogar den Vorwurf nicht ersparen können, er stehe jetzt vor größeren Problemen als früher. Wir würden es uns zu einfach machen, wenn wir eine solche Aussage lediglich als „Widerstand“; „negative therapeutische Reaktion“ oder „heilsame Konfrontation mit der Realität“ interpretieren wollten und damit von uns schoben. Vielmehr sollten wir uns in einem solchen Falle doch von dem Vorwurf des Patienten treffen lassen und anerkennen, daß wir in einem existenziellen Sinne schuldig an ihm geworden sind — trotz aller Hilfe, die wir ihm geleistet haben.

Mit den hier angeschnittenen Problemen hängt eng die Frage zusammen, wie groß die *Belastungen* sein dürfen, die wir unseren Patienten in der Behandlung zumuten. Gewiß erlebt der Patient — vor allem zu Beginn der Therapie —, daß sich seine Hoffnung auf Erleichterung erfüllt, allein schon durch die Tatsache, daß der Therapeut ihm seine ungeteilte und bedingungslose Aufmerksamkeit und Hilfe anbietet. Zugleich aber bringt eine intensive Psychotherapie auch große Belastungen für den Patienten mit sich. Ein jedes Weiterschreiten in der Persönlichkeitsentfaltung hat auch schmerzliche Seiten, und wir können unseren Patienten diese Erfahrungen nicht ersparen, wenn wir mit ihnen ernsthaft

ihrer Entwicklung arbeiten. Auch wenn es im Verlaufe einer Psychotherapie unumgänglich ist, daß sich der Patient auf dem Weg zu einer Neuorientierung mit ihm ängstigenden und bedrückenden Seiten seiner selbst auseinandersetzt, so bleibt doch die Frage an uns Therapeuten bestehen, wieviel an Belastungen wir unseren Patienten zumuten dürfen. Unter ethischem Gesichtspunkt enthebt uns auch die Berufung auf therapeutische Konzepte nicht der Verantwortung, die wir in jeder Behandlungsstunde von neuem auf uns nehmen müssen. Wir werden nie das optimale Maß finden können.

Eine ethische Dimension besitzt schließlich auch der Problembereich der sog. *Gegenübertragung* (verg. P. Heimann, 1964; Greenson, 1973; Racker, 1978). Sicher wird jeder Behandelnde, gleich welcher therapeutischen Richtung, nach bestem Wissen und Gewissen bemüht sein, sein Vorgehen kritisch zu reflektieren. Er wird sich auch darüber im klaren sein, daß eigene unbewußte Konflikte sich störend auf die Behandlung seines Patienten auswirken können, und er wird deshalb bestrebt sein, im Rahmen der Selbsterfahrung und der Supervision die Gegenübertragungsgefühle kennenzulernen und zu bearbeiten. Dennoch kann es geschehen, daß ein Therapeut zwar glaubt, zum Wohle seines Patienten zu handeln. Tatsächlich aber verhindert er vielleicht aufgrund eigener ungelöster Konflikte und ihm selbst unbewußter Tendenzen gerade durch die Behandlung die Weiterentwicklung des Patienten.

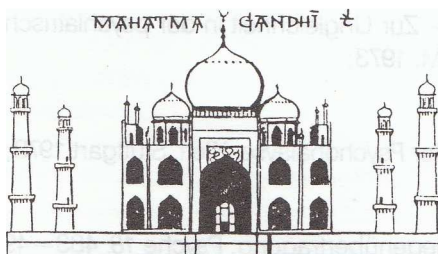
Verschiedene Komplikationen dieser Art sind bekannt. So kann beispielsweise ein Therapeut den Patienten in seiner Unselbständigkeit festhalten, und zwar aufgrund des ihm selber unbewußten Wunsches, sich immer wieder als „Helfer“ und „Retter“ einem Hilflösen gegenüber erleben zu können. Oder ein Patient wird durch die hohen, aus narzißtischen Quellen stammenden therapeutischen Aspirationen des Behandelnden permanent überfordert, nur weil ein Therapie-„Mißerfolg“ für den Therapeuten eine (narzißtische) Kränkung darstellen würde. Schließlich ist auch möglich, daß der Therapeut eigene (sich selbst uneingestandene) Impulse an den Patienten delegiert, der diese Tendenzen stellvertretend für den Behandelnden leben muß (eine solche Gegenübertragungskonstellation kann sich vor allem bei der Therapie dissozialer Patienten einstellen. Vergl. *Rauchfleisch, 1981*). In allen diesen Fällen kann man zwar nicht in einem juristischen, wohl aber in einem ethischen Sinne von einer Schuld sprechen, die der Therapeut, ohne es zu wollen, auf sich lädt.

Mögen wir bei jedem Patienten auch noch so bemüht sein, die jeweils ihm zuträglichste Form der Therapie zu finden, so müssen wir uns doch eingestehen, daß es letztlich unrealistisch wäre anzunehmen, wir vermöchten als Therapie-

ten je dahin zu gelangen, den sich uns Anvertrauenden umfänglich gerecht werden zu können. Wir müssen uns bei allen Versuchen, eine möglichst effiziente Hilfe zu leisten, stets der Grenzen bewußt sein, die dem Patienten und uns gesetzt sind. Allzu leicht verfallen gerade heute, angesichts der großen Zahl von Therapiemethoden, Patient und Therapeut der Fiktion, alle Probleme seien lösbar, Ziel einer jeden Behandlung sei „die perfekte Heilung“. Eine solche Vorstellung erweist sich oft als unrealistisch und kann für einen Patienten eine ungeheure Überforderung bedeuten.

Es erscheint mir deshalb wichtig, daß wir — trotz allem sicher notwendigen und nützlichen beruflichen Engagement — eine bescheidenere therapeutische Haltung einnehmen, welche die uns und unseren Patienten gesetzten Grenzen anerkennt — was allerdings keineswegs gleichzusetzen ist mit Resignation oder Gleichgültigkeit. Es ist vielmehr eine Haltung, die ein so erfahrener und langjährig tätiger Psychiater wie *Manfred Bleuler* mit den Worten umschrieben hat-. „Es ist unrealistisch, alle Not und alles Leid, mit denen wir zu tun haben, der einen

t 9 ~elstIH  
cher von cher  
heit-erfü 11t  
ist;  
aluss sein Uanäelrt  
all  
ri cl~fier



oder anderen Krankheit zuzuschreiben, die wir zu heilen hätten. Gar oft haben wir schlichtere Aufgaben: Einem, der leidet, eine zeitlang nahe zu sein und ihn, wo wir es vermögen, etwas zu stützen... Wir möchten ihn bescheiden ein Stück weit auf seinem Schicksalsweg begleiten, solange ihm unsere Nähe gut tut, und wir können bestrebt sein, ihm da und dort ein wenig zu raten und zu helfen, und zwar in der persönlichen Art, die nur dem einzelnen angepaßt ist" (1980).

### **Anschrift des Verfassers:**

Priv-Doz. Dr U. Rauchfleisch  
Psychiatrische Universitätspoliklinik  
Kantonsspital, Chefarzt Prof. Dr. med. R. Battegay  
CH-4031 Basel

### **Literatur**

- Battegay, R.:  
Narzißmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. 1977. 2. Aufl.  
Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1979;
- Bleuler, M.:  
Realistische und unrealistische Zielsetzungen in der Psychiatrie. Psychiat. clin.  
13, 131-138, 1980.
- Dörner, K., Köchert, R., Laer, G. von, Scherer, K.:  
Gemeindepsychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1979;
- Gleiss, J., Seidel, R., Abholz, H.:  
Soziale Psychiatrie — Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Fischer, Frankfurt am. M. 1973;
- Greenson, R.R.:  
Technik und Praxis der Psychonalayse. Kleff, Stuttgart 1973;
- Heimann, R:  
Bemerkungen zur Gegenübertragung. Psyche 18, 483-493, 1964;

Kohut, H.:

Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1973;

Kohut, H.:

Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1973;

Peseschkian, N.:

Positive Psychotherapie. Fischer, Frankfurt a. M. 1977,

Peseschkian, N.:

Positive Familientherapie. Fischer, Frankfurt a. M. 1980;

Racker, H.:

Übertragung und Gegenübertragung. Reinhardt, München/Basel 1978;

Rauchfleisch, U.:

Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer  
Persönlichkeiten. Kleine Vandenhoeck-Reihe 1469,  
Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen 1981;

Rauchfleisch, U.:

Nach bestem Wissen und Gewissen. Die ethische Verantwortung in  
Psychologie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1982;

Waller, H.:

Zur sozialen Selektion einer psychiatrischen Klinik. In: Dörner, K., Plog, U.  
(Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Luchterhand, Neuwied 1972.

## **The Status of Social Psychiatry: Presented at the 10th World Congress of Social Psychiatry, Osaka, Japan, September 4-8, 1983**

John L. Carleton, M. D.

President-Elect and Secretary-General, World Association for Social Psychiatry,  
Editor-in-Chief, the American Journal of Social Psychiatry.

It is important to establish some broad overarching parameters which define social psychiatry. Most disciplines confine their focus to a relatively linear orientation, to parts or segments of the whole. Generally one can fix a leaky faucet while ignoring the rest of the plumbing system. The surgeon can usually remove a diseased appendix without worrying very much about the rest of the body. The opposite is true for social psychiatry. Deviant or adaptive human behavior is always intimately related to past, present and future experience and to interactions with a multitude of individuals, groups, communities, societies, supranational organizations and to the kaleidoscope of institutions existing within these living systems. Our perspective as social psychiatrists must be sufficient to encompass all of the matter, energy and information which bears upon the lives of human beings. Our need is for greater consciousness, greater awareness, greater understanding and subsequent to these, greater wisdom about the nature of human beings and their social interactions. Only with these expanded intellectual tools can we seek harmonious directions and therapies for the emotional forces which arise from within the central nervous system of each human being.

Social psychiatry is the leading edge of those collective human energies which are mobilized to improve the status of mankind. We are scientifically and humanely concerned with all of human behavior. We conceptualize our arena of involvement in global and holistic dimensions; there is a dynamic relationship between all systems within our universe. The living systems theory model<sup>e</sup> offers the best frame of reference for integrating all of the significant information about human behavior. Social psychiatry is committed to the promotion of adaptive behavior and to the amelioration of that which is deviant at all levels of human organization. Human behavior must be analyzed as the activity of wholes; whole persons, whole societies, etc. Analysis of segments or parts of the dynamic events making up a behavior is important as sources of information but never as a justification for drawing final diagnostic conclusions. It is not logical to consider parts of the brain as separate entities from the other parts or for that matter to consider the brain as a structure undynamically related to the other systems of

the body. For similar reasons it is not scientific to consider a person separate from his family or to consider his family separate from its entire social context over time.

Our research and clinical efforts must never ignore the dynamic interrelationship between living systems and all of the institutional forms spawned to conduct human affairs. In recognition of this fact social psychiatrists are currently looking at the impact on human behavior of a number of different realities existing in the world today. One is potential genocide from nuclear war. We are also searching for the causes and cures of other forms of human violence including suicide and homicide. There must be thousands of forms in which people express and enact hostility and harm to each other. Social psychiatry asks questions about the impact of religious orientations, commercial enterprises, educational institutions, the medical profession, prevailing legal processes and whether or not any aspect of culture contributes to or encourages hostile or violent behavior at any of the hierarchical levels of living systems. What sustaining and what destructive social values can be attributable to the dynamic forces which are subsumed by nationalism, nation boundary and territorial possessiveness. We are thinking about the meaning of and the need to think in terms of a world culture. Culture according to Webster refers to: 'The total pattern of human behavior and its products embodied in thought, speech, action, and artifacts and dependent upon man's capacity for learning and transmitting knowledge to succeeding generations through the use of tools, language, and systems of abstract thought', 'the body of customary beliefs, social forms, and material traits constituting a distinct complex of tradition of a racial, religious or social group'.

It is hard to imagine that a culture "pure" unto itself has ever existed in the history of this world. Comparatively speaking cultures which existed five thousand years ago were relatively more free from the influence of other cultures but today, it is not possible for any culture to be considered in isolation from significant cultural forces existing elsewhere in the world. We must balance the ever increasing erosion of unique cultural structures and processes with the need to be aware of the importance of cross-cultural differences and uniquenesses. We must begin the process of accepting as inevitable the progressive merging of the customs and the characteristics of all cultures. This reality will force us to re-think, redefine and change our internal cerebral symbolizations of the meaning of the word culture. We must seek to understand the meaning and consequences of such foreign cultural intrusions into Samoa and into Colombo, Sri Lanka for example. Samoa now has the highest suicide rate in the world for young adults. Urban Colombo has a much higher suicide rate than exists in rural Sri



Lanka. There is a cultural explanation for the existence of only one half the prevalence of depression in the Amish community in the State of Pennsylvania, USA.<sup>3</sup> People begin their preparation for existence in a specific culture they are infants. Gender identity/role is firmly established by the age of  $4\frac{1}{2}$  to 5 years of age.<sup>4</sup> We must ask if cultural changes are occurring so rapidly that most members of a new generation will find themselves equipped with an anachronistic sexual gender/identity role by the time they reach puberty or adulthood.

The current status of social psychiatry depends in part upon the kind of questions we are asking. For example, we should ask questions about the impact of television upon the social characteristics of developing children. How does television contribute to their acculturation? Are these contributions preparing children to be mature and adaptive adults? Is television contributing to the needs of our world for more compassion, more understanding and more socially conscious people or is it doing otherwise? Perhaps the most important of all questions concerns the significance of the fact in the United States almost one half of the mothers of preschool children are working away from their homes.<sup>5</sup> In 1948 that percentage was 11 %. What influences are persuading mothers to accept this radical cultural change? Will this contribute to rather than deter from what is already a rapidly increasing prevalence rate of mental disorders and associated chronic physical diseases and disabilities over the next twenty years?<sup>6</sup> In a paper which she is presenting at this congress Professor Mahlendorf notes that Bettelheim has „pointed out that... fairytales (are) especially suitable tools for teaching young children, acquainting the child with basic, expectable relationships and conflicts in the social world, and teaching him in an imaginative way how to find acceptable and possible resolutions and ways of getting along within his/her culture". For centuries fairytales were told as stories and more recently read to children while they were held on their mothers, father's and grandparents' laps or huddled around their knees. The physical and emotional closeness existing during those hours of intimacy with their parents formed a human context which had great influence over the children as they received and processed the verbal messages (information) contained in the fairytales themselves. The identical fairytale presented through an electrical box on a television screen would not have the same adaptive value even if the parents were in the same room at the time. We know of course that they are usually not there, progressively more frequently parents are using the box as a „babysitter".

Social psychiatrists fully recognize that the biological structure and processing characteristics of the human brain are strongly influenced by the experiences of infancy, the period from conception until age of three years. Later experience is

also very important but so much is encoded, etched into one's developing neurons that infancy is a particularly important period of life .11 The subspecialty of infant psychiatry has developed during the last twenty years. Children raised in fondling homes with insufficient amounts of human contact are generally sickened, grow slower and may never be comfortable with human contact. They are often sociopathic. Growth hormone production decreases in specifically adverse and hostile environments and returns to normal when the social environment is improved. The biological templates (genetic inheritance) for human intrabrain and interpersonal behavior vary greatly at the extremes but that behavior is always influenced by the social parenting experience during infancy, childhood and adolescence. If acculturation is to be entrusted to a surrogate system that system will become the hand that rocks the cradle and the hand that rules the world. Hopefully not the hand that destroys the world.

Social psychiatry is concerned that study and research establish the relationship between social experience during infancy and childhood and the development of specific neurotransmitter behavior consistent with the clinical manifestations of major affective and other significant psychiatric disorders. The absence of social experience with human beings until after fifteen weeks of age renders a dog (man's best friend) unable to be comfortable in the presence of people throughout its life. The dog's brain cells do not become encoded for comfortable and emotionally satisfying human contact. Physically abused children tend to abuse their own children. Infants who through a vast array of early social experiences are encouraged to collapse rather than master life situations undoubtedly develop neurotransmission systems which are different from those children who are encouraged to adapt more effectively.

## **The Importance of Social Institutions**

Social psychiatry is unified in the belief that individual mental health and maladaptive behaviors, disease, are dynamically related to the behavior of social institutions. Theoretical support for this belief can be built from a number of different premises. Supporting clinical and research findings are available. Dynamic psychiatrists have consistently held that the interpersonal experiences during infancy and childhood (three years to puberty) are profoundly influential in the formation of individual personality structure and behavioral patterns. Thus healthy or unhealthy adaptability potential is trained into one's Central nervous system during the very early years of life. „Discipline (train) thy son while there is yet hope, be not tied upon his destruction" That is a proverb from the Judaic tradition found in Proverbs, the Old Testament of the Bible. Intuitive awareness of

the importance of early experience was present thousands of years ago. Because religions, at least in the past, have been of tremendous influence upon the conduct of family life. Therefore religions, also influence the development of human brain structures and behavioral processes. However religion experience is not alone among the social institutions of man which act persuasively upon human emotional and intellectual development.

Pervailing political philosophy and practice is also influential in the development of adaptive or maladaptive human behavior. In this area it becomes important to consider both individual and group behaviors. Maladaptive individual behavior may be manifest in many ways including as a major mental disorder, as subclinical depression, as delinquency or simply as failure to take advantage of available opportunities for participating in rewarding life experiences. International war, civil strife and fanatic struggles for world domination are certainly examples of maladaptive behaviors at the level of large groups.

Stigma, bias and prejudice are common individual and group attitudes. Stigma is the most universal and important constraint to the development of mental health delivery systems anywhere in the world? Stigma thus contributes to the development of mental disorders and is a constraint against efforts to tender treatment for people who suffer from them. Stigma refers to a mark of shame, discredit, disgrace or a sign of deviation from the norm. Stigma encourages people to reject others, to punish them and to scorn them. Prejudice is of a similar nature. These are hostile, ungracious, unloving and destructive attitudes. Certainly these attitudes are not to be espoused by civilized groups and nations. We must reflect for a moment upon how common these attitudes are among all of us from every corner of this earth.

### **The 10th World Congress of Social Psychiatry**

There is no better example of the current status of social psychiatry than our current involvement in this, the 10th World Congress of Social Psychiatry. There are very important reasons why this and our previous World Congresses of Social Psychiatry are important as reflections of our status. Our Congresses stress and overarching involvement with all people in the world and anyone is welcome to attend. The membership of our Association, the World Association for Social Psychiatry is open to any individual and to all groups which are concerned about the mental health of mankind. Our concern supersedes national and any distinguishing characteristics or identities except those which are universally human and of the same nature for all individuals or groups on earth. This re-

ality reflects our Identity, our goals and our purposes. The Japanese Organizing Committee under the most able direction of Professor Syuzo Naka has selected twelve specific subject areas for this Congress. Please note as 1 list them how universal they are. The areas are:

1. Psycho-Social Problems in Modern Society, 2. Transcultural Psychiatry of East and West, 3. World Peace Through Social Psychiatry, 4. The Individual and So-ciety, 5. Life Cycle, 6. Parent-Child and Family Relationships, 7 Contemporary Society and Depression, 8. Death in Contemporary Society, 9. Alcoholism and Drug Dependency, 10. Prevention and Treatment, 11. Biological Aspects of Social Psychiatry, 12. Conflict Resolution.

Our 10th World Congress of Social Psychiatry is a reflection of worldwide colla-boration and cooperative involvement organized for the common good of all people, all groups and all human organizations.

## **Summary**

The present status of social psychiatry is a multidimensional, multifaceted, multi-processed reality whose avowed purposes include: „(a) to study the nature of man and his cultures and the prevention and treatment of his vicissitudes and behavior disorders, (b) to promote national and international collaboration among professional and societies in Fields related to social psychiatry, (c) to make the knowledge and practice of social psychiatry available to other scien-ces and to the public, and (d) to advance the physical, social and philosophic well-being of mankind."10 In this paper 1 have only begun to touch upon the im-portant theoretical Concepts and clinical approaches necessary for the Imple-mentation of these purposes. All of us here plus mang more people must commit ourselves, our resources and our lives to the effort required to reach these goals. There exists no effort of greater importance to humanity.

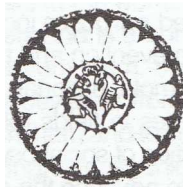
## **Address:**

John L. Carleton  
Director of the Santa Barbara  
Psychiatric Medical Group 737  
Las Alturas del Sol

Santa Barbara CA 93103

## References

- 1) Miller, J.G., *Living Systems*. McGraw-Hill, New York, 1978,
- 2) Bernstein, R., „Samoa: A Paradise Lost?" *New York Times Magazine Section*, April 1983.
- 3) Egeland, J.A., Hostetter, A. M., Eshleman, S.K., „Amish Study, 111: The Impact of Cultural Factors on Diagnosis of Bipolar Illness"~ *American Journal of Psychiatry*, Vol. 140, No. 1, Jan. 1983, pgs. 67-71.
- 4) Money, J., *Love and Love Sickness*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1980.
- 5) Noffsinger, L., „Economist Finds Family Declining as Major Institution', *Santa Barbara News Press*, July 12, 1983.
- 6) Kramer, M., „The Increasing Prevalence of Mental Disorders: Implications for the Future', *The American Journal of Social Psychiatry*, Vol. 111, No. 4, Fall 1983 (in press).
- 7) Mahlendorf, U., „Family and Developmental Patterns in Fairy Tales Told to American and Japanese Children" July 1983, pg. 3
- 8) Money, J., *Love and Love Sickness*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1980, pg. 11.
- 9) WHO Committee Report
- 10) Article 11, the *Constitution and Bylaws* of the World Association for Social Psychiatry.



Suche deine Zuflucht  
in der,  
inneren Stille-1  
löse deine Gedanken  
von der,  
äußeren  
Welt--und du  
Wirst die Strahlen seiner  
Liebe und Güte  
über dich und das  
Universum erschauen.

I RAN SCHÄHR

# **Problems of Acculturation Encountered by Puerto Rican Families on the Mainland of the U.S.A.**

By: Schole Raoufi

## **Introduction**

In this paper we will examine the problems in acculturation as encountered by Puerto Rican families on the mainland of the U.S.A.

1 had two Puerto Rican informants, who were able and willing to express their thoughts about this subject in English.

Many Puerto Ricans have been stereotyped by U.S. Anglos „on the basis of Speech, appearance and low economic Status". They have limited economic opportunities and encounter social and racial prejudice.

Further limitations imposed on them are Substandard schooling and work con-ditions, as well as ghetto type housing.

## **Puerto Ricans on the Mainland of the U.S.A.**

It has been stated that the Hispanic population of 11 million is the fastest growing ethnic minority group in the U.S.A.<sup>2</sup> „As a consequence of both high birth raten and ;Immigration, the Hispanic population of the nation grew by an average of 3,8% each year between 1970 and 1980, from 9.1 to 14.6 million, according to the U.S. Census data, while the annual growth rate of the U.S. population as a whole was 1.1 %.<sup>3</sup>

It has been affirmed that the Hispanics will soon be the largest ethnic group... The number of school age, Spanish speaking children in the country will increa-se by 50% by the year 2000"<sup>4</sup>

- 
- 1) *Perl, Lila. Puerto Rico, Island Between Two Worlds, Morrow Co, 1979, US. A. page 133.*
  - 2) *Weiner, Richard S. „Utilizing the Hispanic Family as a Strategy in Adjustment Counseling', in: Journal of Non-whiteConcerns in Personnel and Guidance, Vol. 11, Nr. 4, July 1983, page 237.*
  - 3) *„Education week,February 8, 1984. Vol. 111, Nr 20, Washington DC, page 13.*
  - 4) *Ibid, page 13.*

Puerto Ricans are part of the Spanish population and „represent the most significant wave of immigrants to the North East of the U.S.A. in the 20th Century“<sup>115</sup> Since 1940, Puerto Ricans have been immigrating to the mainland of the U.S.A. as a result of economics and the closeness of the island of Puerto Rico. There are about 5 million Puerto Ricans living in the entire U.S.A. From those 1.5 million live on the mainland, concentrated in New York City, which has the largest Puerto Rican community of over 1 million. The remaining 3.5 million live on the island of Puerto Rico in an area of only 3500 square miles, which leaves 1 square mile of living space for every 1000 persons. It is due to the necessity of space that Puerto Ricans are forced to leave or to migrate to other areas.

The term „Diaspora“ is used by my Puerto Rican informant, Juan, to describe the Situation, „living outside your native country“ He also states. There is not a single Puerto Rican who does not have a relative in New York“. According to a coffee grower on the Island: „emotionally our ties are Latin, but economically we are bound to the United States“<sup>6</sup>.

This migration of the Puerto Ricans is directly facilitated by their extended family structure,

## **The Family**

Generally Puerto Ricans come from an extended family Support System to the U.S.A. mainland, where a nuclear family structure is emphasized.

They undergo a change in general values, family roles, roles of parents and children, childrearing guidelines and marriage practices in the U.S.A.

In the process of acquiring new cultural values, social attitudes and undergoing a change in Sex roles, which are conflicting with their original family pattern, their Sense of social and cultural stability is disrupted.

My informant conceives the reason of this sudden disruption in the family behaviour and values as one characteristic result of the acculturation process. Nieves and Valle state: „The family as the dominant Institution begins to break down as it begins to assimilate“<sup>7</sup>

- 5) Zentella, Ana Celia. „Language variety among Puerto Ricans“; in: *Language in the U.S. A.*, edited by Ferguson, Charles A and Heath, Shirley B., 1981, Cambridge University Press, U.S.A., page 218,
- 6) *National Geographic*, April 1983, Vol. 163, No. 4, „The uncertain State of Puerto Rico“ by Bill Richards.

My Informant conceives the cause of this sudden family disruption in having become: „Americanized, taken over the individualistic outlook and not following the family tradition any more" When the child moves away from the Island, eventually relationships will freeze between the next of kin (i.e. Cousins), but not between the members of the nuclear family (brothers and sisters).

The differences between the American nuclear family and the Puerto Rican extended family are of great importance in understanding the problems of acculturation which the Puerto Rican families encounter while living on the mainland.

The nuclear family is the American mode) which consists of a married couple and their children. The kin does not play any role in the decision making process of the family, nor does it exercise reciprocal controls.

Referring to the Outsider position of „in-laws" Mizzio correctly points out how a category of American humor revolves around them „which attempt to violate the sanctity of the nuclear family by interfering".

Many mental health practitioners, including social workers, have often correlated a successful analysis to the independence of the individual and his family as „procreating away from his family-of-origin"<sup>8</sup>

Unlike in the nuclear family, relationships among kin in the extended families are highly valued and cherished. These are often intense relationships experienced as a source of pride and security. These persons in the extended family are not Only those related by blood, but also tied by marriage and custom.

The extended family includes „Compadres" (companion parents), „Padrinos" (Godparents) and „hijos de crianza" (children of upbringing). The latter is a Culture practice assuming responsibility for a foster child. It is also common for closer relatives to take a child in right away and raise it without any questions asked. The government does not even know about it and does not get involved.

In this sense the extended family is more close when compared with the U.S. family, where a great amount of foster homes are run by the government.

In the extended family all members have certain responsibilities and mutual obligations. If they do not want to live up to these expectations, they are „looked

7) Nieves, Wilfredo and Valle, Mercedes. „The Puerto Rican Family: Conflicting roles for the Puerto Rican College student' in: *J. W.C. P & G.*, Vol. 10, No. 4, July 1982, page 155.

8) Mizzio, Emilia, „Impact of external systems on the Puerto Rican Family" in: *Social Casework*, Febr. 1974, page 76.



down upon" to put it mildly, and considered a „malcriado' ; a person who is going against authority and is being disrespectful. You become „unlovable" since the worth of each individual „is guaranteed by the fulfillment of these mutual responsibilities"<sup>9</sup>.

The closeness of ties between extended family members is also revealed through the frequent telephone calls my female informant receives from her grandmother, who likes to check daily how her granddaughter is doing.

Juan observes how everybody on the Island helps out each other, because they live nearby and visit each other at least once a week. It astonishes him that the people in the U.S.A., who have so many modes of transportation available, do not use them to visit their relatives as frequently. To him the American family is only made up of „parents, brother(s) and/or sister(s), the rest you do not need to worry about."

### **The Puerto Rican male**

Although strong matriarchal traditions are rooted in the Puerto Rican society (from Taino and Jibaro patterns), the position of the Puerto Rican male is clearly one of dominance and control. As a male he is given prerogatives which are approved by his mother and reinforced through his wife. As a father he is the authority figure in the family. This stems from the fact that the mother pampers the male child, building a „Machismo" complex in her son. Male children are not taught how to cook and how to help out in the household. It is considered a discredit if he would cook or do the dishes, it means: „You are less of a man".

In a social gathering women usually don't talk unless they get the permission of their husbands to do so.

The average number of children is three. The tradition of male superiority requires that the husband be the major breadwinner. Consequently the role that is expected from the male is to be self-reliant and independent. Now that women study and work, clashes and arguments arise between the spouses.

Puerto Rican men consider U.S. women too liberal and ambitious. Another Puerto Rican informant, who had lived in the U.S.A., taught her sons how to clean up their rooms. But she was told by her mother-in-law to refrain from that because, „they will become feminine".

9) Ibid, page 77.

Even though her Puerto Rican husband „won't do the dishes or cook'; he does help her with the children and other household tasks. Other family members observing their behaviour commented, „She has him dominated':

### **Differentes in General values**

One of the differences between U. S. and Puerto Rican women is that the latter do not belong to many Clubs and organizations. Juan views that need of the American women to engage in all kind of memberships as: „A substitute for family ties, a need for fraternization, since the American family is dispersed." From Juan's Puerto Rican view the American family ties are weakening, while its members disperse more rapidly compared with the Puerto Rican families. Though churches and other social community organizations play a role in re-establishing the family unit, Juan feels that those organizations do not fully substitute for real close family life, because the entire family is not involved in those activities.

A question Juan raised was: „Why do you have a dating program called „Cove Connection" on the TV here, which we don't have in Puerto Rico" He is convinced that the reason is the loss of friendships and family ties among U.S. Anglos, causing isolation. They have a need to renew their contacts, „to get back with someone".

To the question if he would ever use a dating service he replied firmly: „I don't have this need, because I find myself capable of socializing and finding a partner".

Considering the bindings and life long ties among the extended family members of Puerto Rican descent, it is not surprising, that Puerto Ricans who have migrated to the mainland, want to have their family join them and open the door for all the rest of them.

Mizzio has effectively argued that the sociolegal system of the U.S.A. addresses itself basically to the nuclear family and thus places the Puerto Rican (extended) families in jeopardy, through its legal and social restraints. Social Security provisions and Income Tax regulations do not recognize the social and financial pattern of the extended family. I.e. Income Tax does not allow deductions for support of in-laws.

Another constraint placed on the Puerto Rican family by the Housing Authority of New York City prohibits any „public housing dweller to extend the traditional

hospitality of an open door to these „relatives" in need of a start in a new land or to share the reut when it would be mutually supportive in financial and child-caring terms. This restriction occurs at a moment that it is virtually impossible to get an appartment in a Project"10

Thus Puerto Rican family values are affected by many constraints, which easily result in role-failures, since the family members will gradually interpret their defined rotes and obligations differently.

One major reason for the disintegration of the Puerto Rican family is the self-concept of the Puerto Rican male. When he fails to keep or find employment due to economic factors and dischmination, he loses his sense of dignity and feels impotent in protecting his family. When his „Machismo" is threatened by economic hardship, „he will offen vent his resentment against society on his wife and children."11

Although Juan was apparently reluctant to speak about this issue, he did agree that his own divorce from his Puerto Rican wife was partly related to the unfavorable employment situation when he arrived in Florida. She and her daughter had moved from the Island to Orlando, where her brother and mother were residing. Juan followed her hoping „to find at least a white and not a blue collar job" While he wanted to move up rather than down on the social ladder, he found low achievement, though he had high aspirations.

After a divorce his ex-wife moved in with her mother and found ajob. An attempt from her side to reconcile was, unacceptable for Juan, because of his ex-wife's demand that he would have to do his own cooking, housework and laundry.

j would rather live by myself if 1 have to do that... 1 expect her to do the cooking and the laundry. 1 do other jobs (i.e. technical repairs of the car or share in the housework." He apparently did not conceive the roommate concept his ex-wife envisioned.

Juan considers himself too „macho" to perform those tasks when he lives with a female. He blames the American influence on his ex-wife for her change in attitude towards the family role pattern. While she had played a subservient role before, r-Low she has undergone changes which made her make statements, she would neuer have made in Puerto Rico, according to her former husband.

10) Ibid, page 77-78

11) Perl, 1979, page 127

Thus, Juan has consciously chosen to maintain the values of his masculine identification, preserving his dignity, pride and honor above the enticing material comfort connected with living together. If he would have accepted, this would have meant a complete reversal of the family roles for him.

### **individualism**

The extended family system is a basic social unit founded in the Puerto Rican Culture, where social obligations are fostered. Family members, including even the distant relatives, assist one another, respect and care for the elderly. Feeling to be part of this family group, rather than to be independent, is the bare of individuality within the group context. According to Nine Curt, the need for privacy which is present in the U.S.A. is „Practically unknown and pretty non-existent“<sup>12</sup> in Puerto Rico.

This stress on individual rights and Freedom is one of the most important American values. It is almost considered „untouchable“ -. One cannot touch the individual rights of one person. This stands in sharp contrast with the Puerto Rican ideal of a „deep sense of obligation to each other or economic assistance, encouragement, support and even personal correction“<sup>13</sup>

Juan admits that individualism is created among Puerto Ricans on the mainland once the ties binding the family are broken and weakened. He relates this directly to the assimilation into the American pattern, resulting in family disintegration, „everyone gets his own way“.

He has an old aunt, who lives on the mainland. She has 3 children, but they all live away from her, which is uncommon on the island (where at least 1 child would stay with her) but is very common on the mainland. The Puerto Rican family tries to stay physically and socially close together. Concluding from the example of his aunt, Juan expects that his daughter will also dissipate from the traditional family influence.

His following statements give a perfect description of this trend: „Individualism is in the air — you can smell it — do you know your neighbours? But if you would be on the island you would know every neighbour of your block and even two blocks down... where everyone knows everyone“.

12) Nine-Curt, Carmen Judith, „Teacher-Student Interaction in the Hispanic-Anglo Classroom“; unpublished paper, Jan. 21, 1982, page 9.

13) Mizzio, page 77

## Experience of prejudice

American society, presenting itself as a hostile environment to the Puerto Rican family is being perceived by many Puerto Ricans as a racist oriented society blocking any upward social mobility for members of non-white minority groups.

In a society where everything associated with „colored" is synonymous with the unfavorable, Puerto Ricans do not fit so easy into these categorized motions, which measure worth by color, since Puerto Ricans have a mixed Indian, Spanish and American heritage.

We need to clarify that the Puerto Ricans are not a race, but an ethnic group, whose members are either white, black or mixed. As the only integrated ethnic group in the U.S.A., Puerto Ricans suffer „the peculiar problem of not being understood either by their black brothers or by their so-called white neighbours. On the Island there neuer was a race riot, nor had any Puerto Rican ever „have to bear the horrendous burden of fighting those who would make them feel or believe that they were lesser human beings because of skin pigmentation... This selfrespect and this dignity Puerto Ricans have had for centuries... and they insist on keeping it, wherever they go." <sup>15</sup>

Even though Juan has a light complexion with black hair and a moustache, he experiences discrimination as the main cultural shock.

How did he cope with that?

„When I came here, I eventually got used to it; but you have to fight it again and again, until you find somebody who is not prejudiced against you."

He realizes that Americans can only remove these prejudices by replacing them with predominantly positive experiences. Prejudice is a product of ignorance and impairs social relations between individuals.

He has lived on the mainland for the past five years, but continously experienced prejudice, mostly in work situations. „You have to be twice as good as an American in Order to be considered for the job." That was the major reason why he decided to change his career from production planning, in which he Gould not find a job, to return to school to become a teacher in Spanish. He had to find something in which he had not to compete with Americans.

---

14) Wagenheim, kal. edt., *The Puerto Ricans, a documentary history* Anchor, 1973, USA, page 395.

15) Ibid, page 396-397

Mizzio relates to this „Dead-end" employment saying that the employers tend to use false arguments for not hiring Puerto Ricans. I.e. telling an applicant for a dishwashing job that his knowledge of the English language is not sufficient.

Although Juan considers himself legally an American Citizen he feels that Americans (U. S. Anglos) still see him as a „foreigner" He estimates that more than seven out of ten Americans don't even know that Puerto Rico belongs to the U.S.

This lack of education in spite of High School diplomas contributes to misinformation about the Puerto Rican citizens, he thinks. Discrimination coupled with poverty or the lack of opportunity to advance economically, acts as a serious barrier to their cultural adaptation, academic achievement and grasp of the English language.

Perl comments on their social class background: „Although a small proportion has moved into the middle class, this ethnic group as a whole has remained at the bottom of the social and economic scale. Nearly 28% of the Puerto Rican families living in the U. S. fall below the federal poverty level and are welfare recipients. Economically they have been held back by a low educational level, lack of facility in English, and the stigma of being a lately arrived Immigrant group with many dark skinned members. Ghetto type housing and substandard schooling and working conditions are further limitations, imposed on these victims of social and racial prejudice."<sup>16</sup>

Being the poorest minority in the U.S., their ghetto existence (Spanish Harlem) exerts a devastating effect on their assimilation. Unless the high price of Identity loss, „a denial of self and heritage and a sacrifice of personal integrity"<sup>17</sup> is paid, the Puerto Rican family has no chances for success.

Given the negative external influences on the Puerto Rican family, the education of the Puerto Rican child will naturally reflect the home-conflict.

Juan's daughter is 6.5 years old and attends an American school. He says—She does not have any problems at school. She is 100% American, does not speak Spanish at all, and has no accent in English".

### **Underprivileged status**

Puerto Ricans are underprivileged and „need emphasis on learning how to ~~apply for and~~ obtain employment and how to survive in a system designed to

16) Perl, Ibid, page 134

17) Mizzio, Ibid, page 78.

maintain the status quo. Canino (1978) has pointed out that urban Puerto Rican children are at risk for the onset and for the maintenance of mental illness Symptoms as a function of their interactions with schools and its resultant stress.<sup>18</sup>

Puerto Ricans, being a minority, encounter in school especially „the many-sided effects of the malfunctioning framework of socio-economic stratification“<sup>19</sup> of which the school is a part.

Parents blame their children's failure in school to the system's lack of cooperation and language deficiencies. Although education is highly valued in Puerto Rico and the school System is expanding constantly, still the high school drop-out rate among Puerto Ricans is extraordinarily high.

The Coleman report on equality of educational opportunity indicates that Puerto Rican children in the U.S.A. lag behind both urban whites and urban negroes in verbal ability, reading comprehension and mathematics. Martinen (1979) attributes the better college performance of Puerto Ricans from the Island to the different socio-cultural and educational environments in which they are placed.

Because the Puerto Rican children find themselves at the bottom of the educational pyramid the chances of their acculturation into US. society are hampered.

### **Effects on the second generation**

The second generation Puerto Ricans Shuttle between two cultures. They have no culture they can call their own. In the struggle for survival they suffer from alienation and the need for more orientation. Existing societal conditions on the mainland deprive them of customary Support of kin and tradition.

The magnitude of Stress related problems arising from migration changes are manifested by the highly prevalent drug abuse and depression. Similarly, maladaptive behavior such as schizophrenia and other psychotic conditions afflict a higher percentage of armed forces veterans from Puerto Rico than from any state in the Union. All of the foregoing are of course „Symptoms of a pressured society, that has been required to make a major and rapid social and economic readjustment.“<sup>20</sup>

18) Weiner, Ibid, page 134.

19) Montalvo, Braulio. „Home-School Conflict and the Puerto Rican Child“ in: *Social Casework*, Febr. 1974, page 109.

20) Perl, Ibid, page 129.

## Conclusion

The Puerto Rican experience should contribute to our acceptance of linguistic and cultural diversity in the U.S.A.

The presence of two million Puerto Ricans presents a unique opportunity for examining cultural learning and adaption to the American Society.<sup>21</sup>

More first hand research on this important ethnic group is needed:

- 1 — to obtain more knowledge of their cultural and social patterns,
- 2 — to apply this knowledge in both the educational and social system of the U.S.A.

When this knowledge is applied to the educational system, then it will ultimately contribute to full acceptance of the Puerto Rican citizens.

## Address:

Schote Raoufi  
University of South Florida  
Department of Language

Tampa, Florida 33620

## Bibliography

1 *Education Week*, Febr. 8, 1984, Vol. 111, 20, Washington DC.

2 Mizzio, Emilicia. „Impact of external systems of the Puerto Rican Family" in:  
*Social Casework*, Feb. 1974, page 76.

21) One finds many parallels to the situation of the guestworkers and their children in the Federal Republic of Germany, with one major exception that the Puerto Ricans are legally U.S. citizens, but the guestworkers are not German citizens, nor are they given Permanent Resident Status there. See: Raoufi, Schote. „The children of Guestworkers in the Federal Republic of Germany: Maladjustment and its Effects on Academic Performance" in: *Educating Immigrants*, ed. by Bhatnagar, Joti, 1981, London, Croom Helm, Ltd.



- 3 Montalvo, Braulio. „Home-School Conflict and the Puerto Rican Child" in: *Social Casework*, Febr. 1974, page 109.
- 4 *National Geographic*, April 1983, Vol. 163, No. 4: „The Uncertain State of Puerto Ricans" by Bill Richards.
- 5 Nieves, Wilfredo and Valle, Mercedes. „The Puerto Rican Family: Conflicting Roles for the Puerto Rican College Student" in: *J. N. W. C. P. & G.*, Vol. 10, No. 4, July, 1982.
- 6 Nine-Curt, Carmen Judith. „Teacher-Student Interaction in the Hispanic-Anglo Classroom"; unpublished paper, Jan. 21, 1982.
- 7 Perl, Lila. *Puerto Rico, Island between two Worlds*, Morrow Co., 1979, U.S.A.
- 8 Raoufi, Schote, „The Children of guestworkers in the Federal Republic of Germany: Maladjustment and its Effects on Academic Performance" in: *Educating Immigrants*, ed. by Bhatnagar, Joti, 1981, London, Groom Helm Ltd.
- 9 Wagenheim, Kal. Ed., *The Puerto Ricans A Documentary History* Anchor, 1973, U.S.A.
- 10 Weinen, Richard S. „Utilizing the Hispanic Family as a Strategy in Adjustment Counseling" in: (*J. N. W. C. P. & G.*,) Vol. 11, No. 4, July 1983.

J.N.W.C.P.&G.:

Journal of Non-white Concerns in Personnel and Guidance.

## **Buchbesprechung For**

### **the Good of Mankind**

#### **August Forel and the Bahā'i Faith**

by John Paul Vader

(George Ronald, Publisher, Oxford, 1984)

August Forel was one of the greatest scientific minds of the latter half of the last century and the beginning of the present century. He gained world renown during his own lifetime for his studies in the fields of entomology, brain anatomy, psychiatry and mental hygiene. He was active in many social reform movements as well as temperance, women's rights, and world peace movements. He has been described as „one of the last representatives of a generation of encyclopedists, of open and curious minds, who took interest in almost all human activities", as „a glory not only to his Swiss fatherland, but to the whole human race" and as „the strongest and purest voice of the world's conscience".

In 1920 August Forel encountered the Bahā'ī Faith and immediately recognized the striking similarity between his own principles and those proclaimed by Bahā'u'llāh, founder of the Bahā'ī Faith. He wrote directly to Abdu'l-Bahā, Bahā'u'llāh's eldest son and appointed successor, expressing his admiration for the Bahā'ī principles and asking whether he could be considered a Bahā'ī with his agnostic and darwinian tendencies. The answer he received constitutes one of the most comprehensive statements of the Bahā'ī conception of the nature of God, of man and of the universe.

Forel became a member of the Bahā'ī Faith in 1921 and in August of that year he added the following paragraph to his will and testament (which he had written 1912):

I wrote the preceding lines in 1912. What must I add today, in August 1921, after such horrible wars have reduced humanity to fire and blood, and at the same time, unmasking as never before, the terrifying ferociousness of our hateful instincts? Nothing, except that we must remain all the more steadfast, all the more unshakable in our struggle for the common good. Our children must not become discouraged; on the contrary, they must take advantage of the present world Chaos in Order to further the painful organization, higher and supranational, of mankind, with the help of a universal federation of peoples.

At Karlsruhe, in 1920, I first came to know of the supraconfessional world religion of the Bahā'īs, founded in the East more than seventy-five years ago by the Per-

sian Bahā'u'llāh. This is the true religion of human social good, without dogmas or priests, uniting all men on this small terrestrial globe of ours. I have become a Bahā'ī. May this religion live and prosper for the good of mankind; this is my most ardent wish.

This book is an original and comprehensive study of the great Swiss scientist in his relationship to the Bahā'ī Faith and particularly his activities as a Bahā'ī during the last ten years of his life. It is based on entirely new research, including papers specially made available from Forel's family and the extensive library holdings of Forel's works and papers in Switzerland.

His activities as a Bahā'ī have remained practically unknown to Bahā'īs and non-Bahā'īs alike.

This book describes how Forel, on accepting the Bahā'ī Faith at the age of seventy-three, immediately set about propagating this message of reconciliation, harmony and peace. It also examines Forel's religious beliefs both before and after he became a Bahā'ī, and it highlights how the understanding of Bahā'īs of their own religion, especially in the West, was greatly expanded and deepened under the guidance of Shoghi Effendi, the Guardian of the Bahā'ī Faith. Finally, in a fusion of scholarly research and human sympathy, the book enables the reader to appreciate more fully the man who was described as 'a great citizen of the Universal Brotherhood'.

**John Paul Vader** was born in Michigan in 1950 and became a Bahā'ī in 1969. Three years later he went to live in Switzerland where he studied medicine at the University of Lausanne, qualifying in 1978.

It was during a year's work in psychiatry that the author became interested in August Forel and decided to write his doctoral dissertation on professor Forel's relationship to the Bahā'ī Faith, then little-known outside Bahā'ī circles. This dissertation was well received and has led to numerous opportunities for lectures and articles on its subject.

John Paul Vader has been a member of the Auxiliary Board of the Bahā'ī Faith in Switzerland since 1974. He is married and has four children.

## **Über das Buch Dr. med. Udo Derbolowsky „ Individuelle Psychoanalyse als Gruppentherapie"**

(Haug Verlag, Heidelberg, 368 Seiten).

Dies sympathisch geschriebene und angenehm zu lesende Buch spricht vor allem den Leser an, weil er das Thema „ Individuelle Psychoanalyse als Gruppentherapie" unter verschiedenen Gesichtspunkten behandelt. Dabei tritt der entwicklungspsychologische Aspekt in den Vordergrund, der auf die Bedingungen des Krankhaften hinweist und damit Wege zur Prävention aufzeigt.

Die einzelnen Kapitel sind nach den Aspekten der individuellen Psychoanalyse als Gruppentherapie kurz und übersichtlich gegliedert und enthalten eine Fülle aufschlußreicher und informativer Falldarstellungen.

Der Autor betont die Notwendigkeit, bei der Kunst der Menschenführung auch und zunächst die Konflikte der eigenen Psyche beherrschen zu lernen. Ein weiterer sympathischer Zug: Der Autor bekennt sich zu einer Pluralität von Theorien.

Diese Offenheit führt ein Stück weit in die Richtung einer integrativen Therapie. Derbolowsky behandelt in flüssigem Stil und deshalb angenehm lesbar eine Reihe von Aspekten: Einleitung — Begriffsbestimmungen — Anthropologische Voraussetzungen — Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte zur Neurosenentstehung und zur Relativität der Maßstäbe — Über Neurosen als ungeeignete Antworten des Menschen und über das Heilende in der Psychotherapie — Abstinenzregelung als Sine-qua-non für jede Form der Psychoanalyse — Gruppenphänomene und gruppendynamische Gesichtspunkte.

Dieses Buch bietet nicht nur für den Psychotherapeuten wertvolle Denkanstöße, sondern enthält für jeden von uns wichtige Gesichtspunkte zur Selbsterfahrung und Selbstreflexion. Aber auch der „Laie", der sich im Fachjargon nicht auskennt, wird dieses vielschichtig und flüssig geschriebene Buch mit Gewinn lesen.

Aus langjähriger Erfahrung als Psychotherapeut weist der Autor auf die Verbindung der individuellen Psychoanalyse als Gruppentherapie hin, ein Aspekt, der in der Behandlung psychosomatischer Störungen sehr relevant sein dürfte.

*Dr. med. N. Peseschkian*

## **Veranstaltungen**

**Freitag, den 1. März 1985**

### **Kongreß der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen — zwei Vorlesungen**

Positive Familientherapie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt — Demonstration einer Lebenssituation

Die Anwendung der Positiven Psychotherapie in der Kinderheilkunde — Positive Symptomdeutung

Auskunft: Prof. Dr. med. Gerd Biermann, Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Bäumlerstr. 26, 8039 Puchheim bei München, Tel.: (0 89) 80 53 57

---

**Mittwoch, den 6. März 1985 — Kneipp-Verein Koblenz**

### **Auf der Suche nach Sinn — Psychotherapie der kleinen Schritt — Ängste und Depressionen**

---

**8. bis 15. März 1985 — Tagungszentrum Landedd/Schweiz —**

### **2. Psychotherapie-Woche Positive Familientherapie — Beruf — Familie — Partnerschaft**

Anmeldung und Auskunft: Sekretariat Dr. med. N. Peseschkian, An den Quellen 1, 6200 Wiesbaden, Tel.: (0 61 21) 37 37 07 oder: Tagungszentrum Landegg, CH-9405 Wienacht/AR Schweiz, Tel.: 0 71-9122 33, Direktion W. und E. Weber-Sprenger

---

### **Samstag, den 23. März 1985 in Bad Wiessee im Rahmen des Deutschen Kneipp-Bundes**

Hauptthema: Psychosomatik in der ärztlichen Praxis

Positive Psychotherapie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt

Demonstration einer Lebenssituation

Auskunft: Prof. Dr. med. H.D. Hentschel, Leitender Arzt der Kurklinik Winnerhof, 8182 Bad Wiessee, Am Winner 1, Postfach 560, Tel.: (08022) 8 20 71

---

**24. bis 28. März 1985 in New Delhi, India**

### **7th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency**

The Application of Positive Psychotherapy in Mental Retardation

---

## **18. August bis 2. September 1985**

### **Akademie am Meer Volkshochschule Klappholtal Westerland/Sylt**

Thema der ersten Woche: Wie entstehen psychische und psychosomatische Störungen

Thema der zweiten Woche: Übungen zur Familientherapie

Auskunft: Akademie am Meer Volkshochschule Klappholtal/Sylt, Dr. Manfred Wedemeyer, Tel- (0 46 51) 2 26 09

---

## **7. bis 13. Oktober 1985 (Herbstferien)**

### **8. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche**

Positive Psychotherapie als Bezugspunkt für die Zusammenarbeit von Fachleuten verschiedener Disziplinen — Krankheitsbegriff in der Medizin und Psychotherapie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt

#### **Montag, 7. Oktober 1985**

##### **Die Entwicklung der Psychotherapie**

#### **Dienstag, 8. Oktober 1985**

##### **Vier Möglichkeiten der Konfliktverarbeitung**

#### **Mittwoch, 9. Oktober 1985**

##### **Das Mikrotraumen-Modell**

#### **Donnerstag, 10. Oktober 1985**

##### **Reise In die Vergangenheit**

#### **Freitag, 11. Oktober 1985**

##### **Das fünfstufige psychotherapeutische Vorgehen in der ärztlichen Praxis**

#### **Samstag, 12. Oktober 1985**

##### **Entwicklung der Familientherapie**

#### **Sonntag, 13. Oktober 1985**

##### **Epikrise — Therapieverlauf — Katamnese**

Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landes-ärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim, Tel.: (0 60 32) 61 71 oder 6172

---

**Psychotherapeutische Erfahrungsgruppe Wiesbaden (PEW)** Anmeldung und Auskunft: Sekretariat Dr. med. N. Peseschkian, An den Quellen 1, 6200 Wiesbaden, Tel.: (0 61 21) 37 37 07

Hierdurch erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in der  
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE e.V. (DGPP)  
PSYCHOTHERAPIE — SELBSTERFAHRUNG — SELBSTHILFE  
TRANSKULTURELLEPROBLEME

Jahresbeitrag: DM 60,— (ordentliche und außerordentliche Mitglieder)  
DM 90,— (Ehepaare)  
DM 30,— (Studenten)

Name:..... Vorname:..... Titel:.....

Anschrift:.....

Beruf:..... Geburtsdatum:.....

Datum:..... Unterschrift:.....

An weiterem Informationsmaterial bin ich interessiert ja — nein

Beitrag als Spende gem. § 1 Ob, Abs, 1, EStG abzugsfähig.

Bankkonto: Naspa Wiesbaden (BLZ 510 500 15) Konto Nr. 1111258448