

9V 15
Sonderdruck

Psychotherapie Medizinische Psychologie

26. Jahrgang

Stuttgart, November 1976

Heft 6

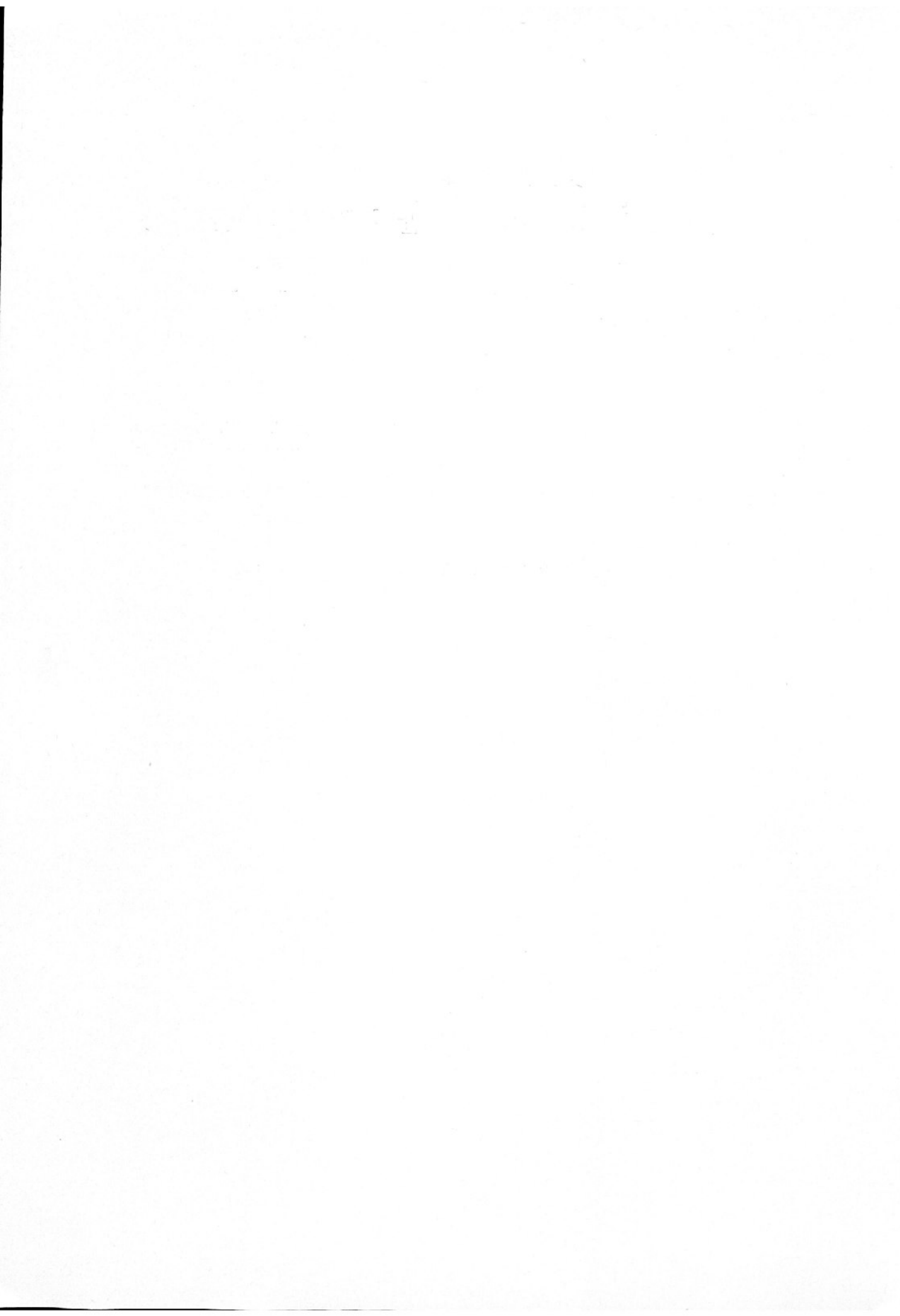
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages gestattet.

Psychother. med. Psychol. 26 (1976) 183-190
© Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Bemerkungen zum Wandel neurotischer Krankheitsbilder

H. Thomä, H. Kächele

Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm (Leiter: Prof. Dr. H. Thomä)



Bemerkungen zum Wandel neurotischer Krankheitsbilder

H. Thomä, H. Kächele

Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm (Leiter: Prof. Dr. H. Thomä)

Remarks on the Change in the Clinical Picture of Neurosis

There is a general impression that the clinical picture of neurosis has changed during the course of the last few decades. For comparative investigations, it is not possible to use reliable criteria due to the long time span involved. The interaction dimension of the diagnosis results in an increase in character neuroses in contrast to symptom neuroses. This is a result of the change in the psychotherapist's perspective. Since long-term surveys of psychotherapeutic out-patient clinics under uniform conditions can hardly be conducted, an attempt was made to compare the 10 Year Report from the Psychoanalytic Institute in Berlin (1920-1930) with that of the Institute for Psychoanalysis in Chicago (1932-1942). In Chicago, character disturbances were more frequently diagnosed than all the symptom neuroses together. A breakdown of the analyzed patients according to length of treatment and type of diagnosis indicated that the length of treatment was equally distributed among the different diagnostic categories. A comparison between the two reports was, therefore, not possible.

Lazar's study is informative in regard to the question of change. The documentation of the psychoanalytic out-patient clinic at Columbia University indicates that, in 1971, personality disturbances were diagnosed twice as often as psychoneuroses while, in 1952, only one-fourth of the patients were diagnosed as exhibiting character disturbances. The designation "narcissistic" disturbance appeared in 1971. It seems as if there is an increase in problems involving self-awareness and identity. With the narcissism theory, observation reports ("self-awareness", increased "tendency toward poor health", etc.) were mixed with highly speculative interpretations. The current increase in the number of problems involving the lack of self-confidence is brought about by the disintegration and reordering of traditional values and norms today. This situation presents special practical and theoretical problems for the psychotherapist.

Key-Words: *Change of neurotic syndroms – Symptom neuroses versus character neuroses – Narcissism – Theory of identity*

*Überarbeitete und gekürzte Fassung eines Referats, das anlässlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie in München am 19.10.74 gehalten wurde.

Als Psychotherapeuten liegt uns die Frage, wie sich mit unserer Hilfe neurotische Patienten verändern, sehr viel näher als Feststellungen über einen Wandel der Krankheitsbilder per se. Gibt es z.B. verlässliche, durch klare Kriterien begründete Beobachtungen darüber, daß heutzutage narzißtische Störungen häufiger auftreten als zur Zeit der „Einführung des Narzißmus“ durch Freud (1914) oder daß sie nun andere Formen als früher haben? Wir werden anhand einer Literaturübersicht zeigen können, daß narzißtische Störungen heute häufiger als früher diagnostiziert werden und daß die Theorie des Narzißmus umgebildet wurde. Damit ist in einem bestimmten psychopathologischen Bereich nach Quantität und Qualität etwas anders geworden, auch wenn sich objektiv nichts geändert haben sollte. Doch diese Objektivität einer subjektunabhängigen Realität braucht uns nicht zu kümmern. Wir wissen, daß die diagnostische und therapeutische Einstellung des Psychiaters und Psychoanalytikers die Wirklichkeit, d.h. die Psychopathologie des Patienten, ganz wesentlich mitbestimmt, weil in jeder Beobachtung und Handlung bewußt oder unbewußt ein Stück Theorie enthalten ist und appliziert wird. Wenn also heute mehr von Narzißmus die Rede ist als vor 25 Jahren, reflektiert sich darin auf jeden Fall ein mehrfacher Wandel, dessen Aspekte nicht leicht zu beschreiben sind. Dies hängt mit dem von W.I. Thomas, dem Nestor der amerikanischen Soziologie, geprägten und für die Sozial- und Humanwissenschaften grundlegenden Theorem zusammen: Wenn die Menschen Situationen als real definieren, sind sie in ihren Konsequenzen real.

Merton gibt hierzu folgenden Kommentar: „Wäre die Kenntnis des Thomasschen Theorems weiter verbreitet, so würden die Menschen besser verstehen, wie unsere Gesellschaft funktioniert. Obwohl es weniger bestechend und präzise ist als das Newtonsche Theorem, ist es

doch nicht von geringerer Erheblichkeit, indem es auf viele, wenn nicht überhaupt die meisten sozialen Prozesse in aufschlußreicher Weise anwendbar ist" (Merton 1968, S. 144).

Mit diesem einleitenden Gedanken möchten wir keinem billigen Relativismus das Wort reden. Im Gegenteil: da unsere diagnostischen und therapeutischen Einstellungen sich direkt auf den Patienten auswirken, ist das gestellte Thema von zentraler Bedeutung, und es wäre gewiß wünschenswert, wenn wir feststellen könnten, daß sich Psychoanalytiker in ihrer Theorie und Technik ko-variant zu ihren Patienten verhalten und verändern (s. hierzu L. Stone 1975).

Mit der Veränderung der psychogenetischen Modelle sehen Beobachter „gleiche“ Phänomene heute anders als früher. Man denke z.B. an *Freuds* vollständige Beschreibung des Syndroms der Angstneurose und deren „aktual-neurotische“ Erklärung. Die heutige Kenntnis der Psychogenese der Angstneurose macht aus dem gleichen Syndrom für alle praktischen und theoretischen Belange ein anderes Krankheitsbild, obwohl die Bezeichnung „Angstneurose“ auf Grund der exemplarischen Beschreibung durch *S. Freud* unverändert bleiben konnte.

Bei Vergleichsuntersuchungen über den Wandel neurotischer Krankheitsbilder und ihr Auftreten kann man sich im Rückblick auf größere Zeiträume nicht auf sichere Kriterien stützen. Selbst die gut belegte Annahme, daß Hysterien mit augenfälliger Konversionssymptomatologie heute seltener sind als zu *Charcots* Zeiten, ist, wie *Cl. de Boor* (1966) gezeigt hat, interpretationsbedürftig, wenn man bedenkt, daß heute an die Stelle der Hysterie diagnostisch der hysterische Charakter getreten sein könnte (s. hierzu auch *Chertok* 1974, S. 327).

Im übrigen muß man bezweifeln, ob die Hysterie als nosologische Einheit jemals so häufig aufgetreten ist, wie man in einem fast nostalgischen Rückblick nach eindeutigen Symptomenneurosen heute glaubt. Denn die hysterischen Attacken, die *Blanche Wittmann*, *Charcots* großer Fall, in der Salpetrière demonstrierte und in anderen Patienten induzierte, können nicht unabhängig von der Theorie der Hypnose betrachtet werden, die *Charcot* zur Anwen-

dung brachte. Demgemäß verlief nämlich eine hysterische Attacke in den drei Phasen: Lethargie, Katalapsie und schließlich Somnambulismus (s. *R. Major* 1974, S. 386). Eine berühmte Kontroverse zwischen der *Charcotschen* und *Bernheimschen* Schule der Hypnose bezog sich gerade auf dieses Problem: wie unabhängig die Hysterie vom Hypnotiseur sei. *Bernheim* konnte zeigen, daß *Charcots* Lehre von den Phasen der Hypnose und die verschiedenen klinischen Manifestationen der Hysterie im wesentlichen artifiziellen Ursprungs waren und daß ihre speziellen Erscheinungen den Suggestionseffekten der Persönlichkeit *Charcots* zugeschrieben werden müssen (s. *H. Ellenberger* 1970). Die Erkenntnis dieser Zusammenhänge hatte eine verändernde Wirkung auf die „grande hystérie“ der Salpetrière und schließlich auf das Auftreten der Hysterie überhaupt. Zweifellos hat auch *Freuds* Entdeckung der Rolle der Sexualität in der Entstehung der Hysterie auf indirekte Weise der „grande hystérie“ den Boden entzogen. Denn auf längere Sicht wirkte sich diese Entdeckung als kollektive Aufklärung aus, die der „Konversion“ sexueller Triebregungen entgegenwirkte. Schon 1904 hat übrigens *Hellpach* betont, daß die Zugehörigkeit zu sozialen Klassen in der Ätiologie der Hysterie von Bedeutung sei. Daß hysterische Symptome nur dann auftreten können, wenn soziokulturelle Faktoren via Familienatmosphäre so wirksam werden, daß sexuelle Vorstellungs- und Affektrepräsentanten in körperliches Ausdrucksgeschehen konvertiert werden, hat *Freud* (1917, S. 365-366) in Anlehnung an eine Posse von *Nestroy* sozialpsychologisch interpretiert („Zu ebener Erde und im 1. Stock“). So vertritt auch *Zimmermann* (1974, S. 327) eine schichtspezifische Verteilung: Er stellte fest, daß Fälle von klassischer Hysterie seltener auftreten, besonders in den Ober- und Mittelschichten in Brasilien, hingegen beobachte man sie noch in den Unterschichten.

Angesichts der Komplexität des Problems werden wir eine Gliederung vornehmen. Zunächst werden wir einiges Zahlenmaterial vorlegen, das diagnostische Verteilung deutlich macht. Es handelt sich hierbei um die ersten Erfahrungsberichte psychoanalytischer Ambulanzen, nämlich des Berliner Psychoanalytischen Instituts (BPI) und

des Psychoanalytischen Instituts in Chicago. Diese beiden Aufstellungen geben eine Übersicht über die jeweilige Klientel während eines Zeitraumes. Aus äußeren Gründen konnten gleiche Untersuchungen später nicht wiederholt werden. Eine Veröffentlichung aus der psychoanalytischen Ambulanz der Columbia University in New York ist deshalb besonders wichtig, weil in ihr speziell der Frage der Veränderungen im Krankengut nachgegangen wird.

Zunächst ein Kommentar zum 10-Jahresbericht des BPI (1920-1930, S. 16 f). Besonders auffällig sind folgende Zahlen: Bei den insgesamt 1955 Konsultationen überwiegen die Hysterien mit 271, nimmt man die 120 Angsthysterien hinzu, bildet die Gruppe der Hysterien 391 Fälle. Neurasthenie und Angstneurose, die damals wohl noch als „Aktualneurosen“ aufgefaßt wurden, bilden eine Gruppe mit 69 Fällen. Charakterstörungen sind nicht differenziert und erscheinen mit 104 Fällen. Die Diagnose Psychopathie wurde gestellt, und es ist anzunehmen, daß sich unter den neurotischen Hemmungen (210) auch Charakterstörungen befinden. Interessant ist auch, daß bei 721 Fällen eine Behandlung eingeleitet wurde.

Wie die folgende Tabelle zeigt, war die Behandlungsdauer über alle Patienten wesentlich kürzer als dies heute bei Psychoanalysen der Fall ist:

Gruppe	Behandlungsdauer	Patienten
I	6-12 Monate	178
II	18-24 Monate	125
III	30-36 Monate	44
IV	42-48 Monate	10
V	54-60 Monate	6

Die diagnostischen Gruppierungen¹ verteilen sich auf diese 5 Behandlungsgruppen wie folgt:

	I	II	III	IV	V	A	N
Angsthysterie	15	12	5	—	—	25	57
Hysterie	41	25	5	2	1	31	105
„Angstneurose“	1	2	—	—	—	7	10
Hemmungen	23	23	8	1	1	24	80
Charakterstör.	13	15	1	1	—	7	37
Zwangsneurose	28	26	15	1	2	35	106

A = abgebrochen N = Gesamtzahl

¹Wir haben diese Tabellierung nur für einige diagnostische Gruppen vorgenommen, da diese Auflistung nur einen speziellen Gesichtspunkt illustrieren soll.

Diese Aufgliederung der analysierten Patienten nach der Dauer der Behandlung und Art der Diagnose zeigt überraschenderweise, daß die Behandlungsdauer sich über die verschiedenen diagnostischen Gruppierungen gleich verteilt. Mit Ausnahme der Kategorie „Angstneurose“ (hier als Aktualneurose verstanden) ist auch die Zahl der abgebrochenen Behandlungen ungefähr gleichmäßig. Das weist u.E. darauf hin, daß 1. die diagnostischen Zuordnungen keinen Hinweis auf die Behandelbarkeit ergeben und daß 2. das Konzept der Charakterstörung, wie es in dem damaligen Diagnosenschema gehandhabt wurde, sicher nicht mit dem heutigen Konzept vergleichbar ist. Es erscheint nämlich plausibel, alle längerdauernden Behandlungen dahingehend zu interpretieren, daß hier neben der Analyse von Symptomneurosen auch charakteranalytische Arbeit geleistet wurde. Ordnet man unter diesem Gesichtspunkt die Daten neu, so ergibt sich folgendes Bild:

Gesamtklientel der behandelten Patienten:	604
abgebrochene Behandlungen	241 = 40%
1-2 Jahre Behandlungsdauer	303 = 50%
2, 5 und mehr Jahre Behandlungsdauer	60 = 10%

Es ist offensichtlich, daß die Gruppe der abgebrochenen Behandlungen einen großen interpretativen Spielraum offenläßt. Die Gründe hierfür können vielfältig sein, aber wir vermuten, daß hier auch ein Großteil jener Patienten enthalten ist, die als Charakterneurosen mit der damaligen Technik noch ungenügend erreichbar waren.

Vergleichen wir nun die Relation von Symptom zu Charakterneurosen des Berliner Instituts mit den Angaben im Zehn-Jahresbericht des Chicagoer Instituts für Psychoanalyse, der sich über den Zeitraum von 1932 bis 1942 erstreckt, so fällt besonders auf, daß dort die Charakterstörungen häufiger diagnostiziert wurden als alle Symptomneurosen zusammen, nämlich 521 zu 499 (S. 52 f). Aus dem Chicagoer Bericht und dem Diagnosenschema, das zugrunde gelegt wurde, geht deutlich die psychosomatische Interessenrichtung hervor, die die Psychoanalyse dort unter F. Alexander genommen hatte. Dies ist ein ausgezeichnetes Beispiel für eine Entwicklung der Psychoanalyse und der Anwendung ihrer Technik auf Krankheitsbilder, die nun zu

„psychosomatischen“ Krankheiten geworden sind.

Die Einteilungsprinzipien und die zugrundeliegenden Diagnoseschemata sind gewiß problematisch. Denn mit A. Dührssen (1962, S. 101) kann man bezweifeln, ob vom Symptom her irgendein Aufschluß über die Behandelbarkeit zu gewinnen ist oder ob es sich überhaupt empfiehlt, im Hinblick auf die therapeutischen Möglichkeiten zwischen Psychoneurosen und Organneurosen zu unterscheiden. Trotzdem können die alten Erfahrungsberichte eine Diskussionsgrundlage bilden.

Die Diagnoseschemata spiegeln die Forschungsrichtungen der jeweiligen Institutionen, wie dies de Boor und Künzler (1963) gezeigt haben. De Boor und Künzler haben zwei 5-Jahresgruppen miteinander verglichen und dabei folgendes festgestellt:

„Bei den nach der ambulanten Untersuchung gestellten Diagnosen ist im Vergleich der beiden 5-Jahresgruppen eine Tendenz der Abnahme bei der ‚körperliche Leitsymptome‘ (von 44% auf 30%) und eine Tendenz zum Anstieg in der Neurosenpalte (von 32% auf 44%) zu verzeichnen, bei nur geringfügigen Schwankungen der übrigen Gruppen“ (1963, S. 56).

Diese Entwicklung wird aber von de Boor und Künzler nicht auf eine Änderung des Patientengutes zurückgeführt, sondern auf Einstellungsänderungen der diagnostizierenden Ärzte, die in diesem Zeitraum ihre diagnostischen Fertigkeiten verbessert hatten.

Die bisher genannten Publikationen hatten nicht das explizite Ziel, über Veränderungen neurotischer Krankheitsbilder im Berichtszeitraum Auskunft zu geben. In dem psychoanalytischen Schrifttum wird diese Frage zwar oft aphoristisch diskutiert, ausführliches Material liegt aber kaum vor. Deshalb werden wir die einschlägige Studie von Lazar im folgenden detaillierter darstellen. Lazar (1973) hat die Patientendokumentation der Psychoanalytischen Ambulanz der Columbia University aus den Jahren 1964, 1967, 1970 und 1971 ausgearbeitet. Zunächst sind folgende Zahlen bemerkenswert:

1964 bewarben sich 803, 1967 500, 1970 270 und 1971 nur 162 Patienten um eine Untersuchung (S. 579).

Hierbei handelt es sich übrigens nicht um ein lokales, sondern um ein nationales Phänomen, das Anlaß gab, ein Komitee durch die American Psychoanalytic Association einzusetzen.

Ein Fragebogen und die Diskussion dieser Arbeitsgemeinschaft, die von Loomie (zitiert bei Lazar) geleitet wurde, bestätigte den Rückgang der Patienten. Lazar verglich nun die zugänglichen Angaben über die Patienten aus den Jahren 1952 und 1959 mit dem Jahresbericht des Ambulanzleiters aus dem Jahre 1971. Die Schwierigkeiten, diagnostische Einstufungen aus verschiedenen Perioden und wechselnden Mitarbeitern zu vergleichen, wird von Lazar ausführlich diskutiert. (In der zugrundeliegenden Klassifikation von S. Rado wird z.B. nicht zwischen Charakterstörungen und psychoneurotischen Syndromen unterschieden.)

Wie immer stellt sich die Frage: Zeigt eine Zunahme in einer diagnostischen Kategorie ein echtes Anwachsen der Inzidenz oder eher eine Änderung der diagnostischen Kriterien an?

Immerhin ist aus den Übersichten zu entnehmen, daß 1952 nur ein Viertel der Patienten als Persönlichkeits- oder Charakterstörungen diagnostiziert wurden, während 1971 diese Diagnose zweimal so häufig war wie die von Psychoneurosen. Narzißtische Störungen werden erst seit 1971 diagnostiziert. Die Meinungen, ob es sich hierbei um eine echte Zunahme oder um ein in Mode gekommenes diagnostisches Kriterium handelt, sind geteilt. Loomie vertritt den einen, Arlow den gegenteiligen Standpunkt (zitiert bei Lazar, S. 584). Geht man für die Klärung der diagnostischen Probleme von der tatsächlich behandelten Klientel Lazars aus — was dann zu weit geringeren Zahlen führt —, so ist es empfehlenswert, seine diagnostischen Auflistungen so zu vereinfachen, daß nur noch zwischen symptom-orientierten und charakter-orientierten Diagnosen unterschieden wird. Für die drei Zeitpunkte ergibt sich dann folgendes Bild:

Jahr	1952	1959	1971
Symptom-	36 (90%)	18 (50%)	9 (30%)
Character-	9 (20%)	22 (60%)	21 (70%)
N	41	37	30

(Es ergeben sich u.U. mehr als 100%, da beide diagnostischen Zuordnungen möglich waren.)

Es erscheint uns wichtig, auf den Rückgang der Klientel hinzuweisen, weil damit bereits Veränderungen der Selektionsprozesse angesprochen sind. Da wohl niemand einen absoluten Rückgang der Patientenzahl anzunehmen bereit sein dürfte, muß die Veränderung der Patientenzahlen der Columbia University Psychoanalytic Clinic (von 1964: 800 auf 1971: 162) zum Ausdruck bringen, daß rund 600 der ursprünglich 800 Patienten im Jahr 1971 eine andere Form der Psychotherapie gesucht und gefunden haben. Es dürfte aber als unwahrscheinlich anzusehen sein, daß es sich bei den 1971er Patienten um eine echte Zufallsstichprobe hinsichtlich der diagnostischen Kategorien handelt; es ist davon auszugehen, daß das in den USA in der Öffentlichkeit vorhandene Wissen über die psychoanalytische Behandlungstechnik als selektierender Faktor wirksam ist. Unsere Vermutung ist, daß der sogenannte "widening scope of psychoanalysis" – ein Thema, dem Arbeiten des zweiten Jahrganges des *Journals of the American Psychoanalytic Association* (1954) gewidmet sind – dazu beiträgt, daß viele Patienten nun in einer analytisch orientierten Psychotherapie und Kurztherapie behandelt werden. Man kann hierin eine Gegenbewegung gegen „unendlich“ lang gewordene Psychoanalysen erblicken, wobei gegenläufige Tendenzen zu erkennen sind: Einerseits hat sich die analytische Technik der Diagnostik z.B. der „Grundstörung“ Balints angepaßt, um Schwerkranken erfolgreicher behandeln zu können. Andererseits wird die Indikationsstellung unter dem Gesichtspunkt betrieben, ob sich der Patient für die Psychoanalyse eigne. Die so gestellte „Eignungsfrage“ hat natürlich nichts mit einem Wandel von Krankheitsbildern zu tun. Sie muß aber erwähnt werden, weil von solchen Einstellungen u.a. die Selektion abhängig ist und damit auf längere Sicht ein unterschiedliches Klientel in den psychotherapeutischen Institutionen zustandekommt. Denn es spricht sich natürlich herum, unter welchen Bedingungen man wo zur Therapie ankommt. Um eine Idealisierung einer Methode zu vermeiden, haben wir uns seit Jahren zur Regel gemacht, die Methode nach ihrer Eignung für den Patienten zu befragen. Eine so verstandene Indikationsstellung

impliziert Flexibilität und trägt zur Anpassung der Psychoanalyse an die gegenwärtigen Probleme unserer Patienten bei (s. hierzu Sandler und Tyson 1975).

Trotz der methodisch schwer lösbaren Schwierigkeiten, gesellschaftliche Veränderungen mit individueller Psychopathologie zu korrelieren, läßt sich aus der vorliegenden Literatur eine Reihe typischer Eigenschaften extrahieren. Was für New York gilt, könnte eines Tages auch bei uns in größerem Umfang Wirklichkeit werden. Wenn auch mit zeitlichen Verzögerungen, so folgen wir doch oft amerikanischen Vorbildern, was sich auch am Erscheinungsdatum amerikanischer psychoanalytischer Publikationen in Deutschland ablesen läßt. Wie sieht also nach Lazar der 1970er Patient in der New Yorker Columbia Ambulanz aus? Er kommt aus einer vergleichsweise kleinen Gruppe von Patienten, die um die analytische Behandlung nachsucht. Er ist noch jung – 80% der Patienten sind unter 30 –, und er gehört zu jener intellektuellen Schicht, die die Psychoanalyse einerseits idealisierend sucht und andererseits auch als irrelevant zurückweist. Sie könnten in Lockes Besprechung des *Freud*-Buches von Schur in der *New York Times* vom 24.7.1972 einstimmen und sagen: „Wir sind in Amerika durch Herbert Marcuse und Norman O. Brown und kalifornische Optimisten, die den Urschrei ausstoßen, darüber aufgeklärt worden, daß Freud ein alter Hut und daß über „Charakter“ zu sprechen altmodisch sei.“

Bei der klinischen Beschreibung werden besonders häufig folgende Problemkreise erwähnt: Probleme der Aggression, der Verflachung der Affekte und des Vermeidens von verpflichtendem Engagement, permanente Adoleszenz und ein Desinteresse, das Erwachsenwerden als Ziel ernstzunehmen, omnipotente und narzißtische Erwartungen, Über-Ich-Defekte und -Konflikte, schwache Ich-Ideale, regressive Phänomene, Mangel an Identität, Gefühle von Entfremdung und Beziehungslosigkeit, drängende Bedürfnisse nach Wechsel und Mobilität sowie das Suchen unmittelbarer Befriedigungen.

Man muß u.E. also davon ausgehen, daß in den psychoanalytischen Ambulanzen die klassischen Symptonneurosen mit ihrem stabilen Erschei-

nungsbild gegenüber Persönlichkeitsstörungen in den Hintergrund treten.¹ Nicht das Erscheinungsbild der Symptomneurosen hat sich verändert, sondern der Kreis der Menschen, die den Psychoanalytiker aufsuchen, hat sich im letzten halben Jahrhundert erweitert und verändert.

Die Beschreibung der typischen Probleme dieser speziellen Patienten vermischt allerdings oft eine beobachtungsnahe Erfassung mit theoretischen Begriffen. Betrachtet man die plastischen, klinisch-deskriptiven Darstellungen, so lassen sie sich dem Thema der „Identitätsstörung“ zuordnen. Identität steht hierbei häufig für „Selbst“ und umgekehrt; die beiden Bezeichnungen werden also synonym verwendet. So betont *Erikson*, „daß unser Begriff der Identität sich weitgehend mit dem deckt, was verschiedene Autoren das Selbst nannten.

G.H. Mead spricht von einem Selbstkonzept, *H.S. Sullivan* von einem self-system, *Schilder*, *Federn* u.a. beschrieben fluktuierende Selbst-erfahrungen“ (*E.H. Erikson* 1956, S. 160).

Das Wort Selbst wurde von *Freud* bekanntlich umgangssprachlich verwendet und ist gleichbedeutend mit der ganzen Person, mit dem Subjekt oder dem Ich im Sinne der Alltagssprache. Von Anfang an steht die umgangssprachliche Verwendung von Selbst allerdings in Beziehung mit der Theorie des Narzißmus. Die „narzißtische Objektwahl“ wird als Selbstliebe bezeichnet, mit der Narzißmustheorie werden Störungen des Selbstgefühls erklärt.

Wegen dieser Beziehungen von Identität zu Selbst und von Selbst zum Narzißmus ist es verständlich, warum heutzutage die Narzißmustheorie en vogue ist und herangezogen wird, um Störungen des Selbstgefühls oder Identitätskrisen zu erklären. Wegen der engen Verbindung von Identität und Selbst, und nachdem *H. Hartmann* die Narzißmustheorie zum Erklärungsprinzip für Selbststörungen gemacht hatte, ist das Problem des Narzißmus seit den 60er Jah-

ren zu einem bevorzugten Diskussionsgegenstand in der Psychoanalyse geworden. Das Selbstkonzept hat zugleich eine sozialpsychologische Tradition und Relevanz (*G.H. Mead*). Entsprechend umfangreich ist die Literatur über das Selbst.

Schon 1961 hat *R. Wylie* rund 450 Arbeiten über das Self-Konzept kritisch gesichtet. Das Selbst bezieht sich auf einen phänomenalen Sachverhalt, nämlich auf die erlebnismäßig repräsentierte Identität des Individuums (s. *Sader* 1973, S. 215).

Es ist bemerkenswert, daß nun psychologische und psychopathologische Phänomene, die *H. Klian* mit der Identitätskrise und dem Identitätsverlust einer wachsenden Zahl von Menschen in der spätkapitalistischen Gesellschaft in Zusammenhang bringt, eine terminologische Einordnung erhalten, die auf den Narcissos-Mythos und damit auf ein zeitloses humanes Grundphänomen, nämlich auf die Spiegelung, verweist.

Die Narzißmustheorie ist u.E. nur dann geeignet, soziogene Störungen des Selbstwertgefühls zu erklären, wenn sie sozialpsychologisch erweitert wird. Denn im Narcissos-Mythos wie in der Theorie *Freuds* werden ontogenetisch besonders frühe Erlebnisse erfaßt, die eine geringe Variationsbreite haben. Auch die verschiedenen Versionen des Mythos haben ein analoges Grundmuster.

Narzißtische Störungen werden auch in der Theorie (*Kohut*, *Kernberg*) auf frühe, ja fast unvermeidliche Schäden zurückgeführt, bei denen soziogene Faktoren bei Lage der Dinge nur eine sehr mittelbare Rolle spielen können. Gesellschaftlich besonders relevante Einflüsse auf Identitätsbildung und Selbstsicherheit in den privaten und beruflichen Rollen wird man eher späteren Entwicklungsphasen zuschreiben.

Durch die Gleichsetzung von Selbst mit Narzißmus und die Ähnlichkeit der Phänomene, die dem Selbst und der Identität zugeschrieben werden, ist eine große Verwirrung entstanden. Die von *A. Freud* festgestellte Revolution, ja Anarchie, welche die gegenwärtige Theorie und Praxis der Psychoanalyse kennzeichne (s. *A. Freud* 1972, S. 152) scheint nirgendwo größer zu sein als im Bereich des Narzißmus. Dies dürfte damit

¹ *Rangell* (1975) hat darauf hingewiesen, daß entsprechende Beobachtungen schon vor Jahrzehnten gemacht wurden. So z.B. von *Fenichel* (1945): "It is interesting that (character, Ref.) types whose conflicts are centered around their need for narcissistic reassurance become more frequent as contrasted to types with genuine object-libidinal conflicts" (S. 479).

zusammenhängen, daß *S. Freud* ein zentrales und beobachtungsnahes psychopathologisches Phänomen, nämlich ein labiles Selbstgefühl, die „narzißtische Kränkbarkeit“ (s. hierzu *Eidelsberg* 1957) mit Hilfe fragwürdiger, libido-ökonomischer Annahmen, wie sie in der Narzißmustheorie vorliegen und unter anderem von *Balint* (1960) eindrucksvoll widerlegt wurden, zu erklären versuchte. Inzwischen sind alle „Selbstphänomene“ – wie Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstbewußtsein – psychopathologisch noch bedeutungsvoller geworden. Es ist kein Zufall, daß das Thema der Objektkonstanz Hand in Hand hiermit in den Vordergrund getreten ist. Denn die Entstehung von Selbstvertrauen ist von positiver und verlässlicher Zuwendung eines „bedeutungsvollen Anderen“ (*G.H. Mead*) abhängig, wie dies *Erikson* in seinem epigenetischen Schema dargestellt hat. Die sogenannte Objektkonstanz in psychoanalytischem und entwicklungspsychologem Sinn (s. *Fraiberg* 1969) ist ein wichti-

ger Faktor in der Entstehung des Vertrauens einschließlich des Selbstvertrauens. Hingegen sind die libido-ökonomischen Hypothesen für die Erklärungen der Selbststörungen eher eine belastende Hypothek. Die „Krise der Metapsychologie“, von der *Holt* (1973) spricht, hat einen Höhepunkt mit *R. Schafers* Arbeit „Psychoanalysis without Psychodynamics“ erreicht.

Die Zunahme von Selbstunsicherheiten in unserer durch Auflösung und Umschichtung tradierter Werte und Normen gekennzeichneten Zeit stellt den Psychoanalytiker vor praktische und theoretische Probleme, die unseres Erachtens nicht mehr durch einen Rückgriff auf das libido-ökonomische Konzept gelöst werden können. Auf einer anderen Ebene liegt die psychoanalytische Interpretation des Narcissusthemas als Paradigma einer Selbst- und Wahrnehmungsstörung, deren Gültigkeit unabhängig von der speziellen triebökonomischen Narzißmustheorie gewürdigt werden muß.

Literatur

- Balint, M.*: Primärer Narzißmus und primäre Liebe. *Jahrbuch Psychoanalyse* I (1960) 3-34
- Berliner Psychoanalytisches Institut: Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut (Poliklinik und Lehranstalt). *Int.Psychoanal.* Verlag Wien (1930)
- Boor, Cl. de, E. Künzler*: Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Gemeinschaftsverlag Hans Huber, Bern – Ernst Klett, Stuttgart 1963
- Boor, Cl. de, E. Künzler*: Hysterie: Konversionsneurotisches Symptom oder Charakterstruktur? *Psyche* 20 (1966) 588-599
- Chertock, L.*: Adatto, C. (Reporter), An exchange on psychoanalytic issues, open forum. *Int.J.Psychoanal.* 55 (1974) 323-332
- Chicago-Psychoanalyt. Institut: Institute for Psychoanalysis. Ten-Year Report October 1, 1932 to September 30, 1942. 43 East Ohio Street, Chicago (*Int. J. Psychoanal.* 24 (1943) 80)
- Dührssen, A.*: Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z.Psychosom.Med.Psychoanal.* 8 (1962) 120-126
- Eidelsberg, L.*: Über die innere und äußere narzißtische Kränkung. *Psyche* 11 (1957/58) 672-691
- Ellenberger, H.*: The discovery of the unconscious, New York (Basic Book), dt. Ausgabe: Die Entdeckung des Unbewußten. Huber-Verlag, Bern-Stuttgart-Wien 1973
- Erikson, E.H.*: Das Problem der Identität, in: Entfaltung der Psychoanalyse, Hrsg. A. Mitscherlich. Ernst Klett, Stuttgart 1956
- Fenichel, O.*: The psycho-analytic theory of neurosis. Norton, New York 1945
- Fraiberg, S.*: Libidinal object constancy and mental representation. *Psychoanal.Stud.Child*, New York 24 (1969) 9-47
- Freud, A.*: Child-analysis as a subspecialty of psychoanalysis. *Int.J.Psychoanal.* 53 (1972) 151-156
- Freud, S.*: Zur Einführung des Narzißmus, GW. X (1914). Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse, GW. XI (1917)
- Hellpach, W.*: Grundlinien einer Psychologie. W. Engelmann, Leipzig 1904
- Holt, R.*: The crisis of metapsychology, Ansprache vor der American Academy of Psychoanalysis, zit. b. Rangell (1975)
- Kernberg, O.F.*: Zur Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. *Psyche* 29 (1975) 890-905
- Kilian, H.*: Zur Problemstellung einer kritischen Theorie der Psychoanalyse, in: Soziologie und Psychoanalyse, Hrsg. H.U. Wehler. Kohlhammer, Stuttgart 1972
- Kohut, H.*: The analysis of the self. Int.Univ.Press, Inc., New York (1971). Deutsch: Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Lazar, N.D.*: Nature and significance of changes in patients in a psychoanalytic clinic. *Psychoanal. Quart.*, New York 42 (1973) 579-600
- Locke, R.*: Review of Freud: "Living and dying" by M. Schur, New York Times, Book review, July 1972
- Major, R.*: The revolution of hysteria. *Int.J.Psychoanal.* 55 (1974) 385

- Merton, R.D.: Die Eigendynamik gesellschaftlicher Voraussagen, in: Topitsch, E. (Hrsg.): Logik der Sozialwissenschaften. Kiepenheuer & Witsch, Köln 1968
- Rangell, L.: Psychoanalyse und Veränderung. *Psyche* 29 (1975) 481-502
- Sader, M.: Rollentheorie, in: Handbuch der Psychologie, Hrsg. C.F. Graumann, Göttingen 1969
- Sandler, J., R.L. Tyson: Probleme der Auswahl von Patienten für eine Psychoanalyse. *Psyche* 28 (1975) 530-559
- Schafer, R.: Psychoanalysis without psychodynamics. *Int.J.Psychoanal.* 56 (1975) 41-56
- Spiegel, L.A.: Selbst, Selbstgefühl und Wahrnehmung. *Psyche* 15 (1961) 211-236
- Stone, L.: Some problems and potentialities of present-day psychoanalysis. *Psychoanal.Quart.* 44 (1975) 331-370
- Wylie, R.C.: The self-concept, Univ. Press, Nebraska 1961. The present status of self theory, in: E.F. Borgatta, W. Gamber: Handbook of Personality, Research and Theory 1968
- Zimmermann, D. in: Adatto, C. (Reporter): An exchange on psychoanalytic issues. *Int.J.Psychoanal.* 55 (1974) 323-332

Prof. Dr. H. Thomä, Abteilung für Psychotherapie, Medizinisch-Naturwiss. Hochschule, Am Hochsträss 8, 7900 Ulm