

Manisch-depressive Symptomatik und Dynamik angesichts von Erfolg und Misserfolg

Sibylle K. Escalona

Redaktionelle Vorbemerkung:

Die hier erstmals in deutscher Sprache auszugsweise publizierte Studie¹ zur Phänomenologie und Dynamik manischen und depressiven Erlebens und Verhaltens ist eine der wichtigsten frühen experimentellen Arbeiten in der Lewin-Tradition zu klinischen Themen. Einzelne Befunde daraus haben bereits in die klinischen Konzeptionen der Gestalttheoretischen Psychotherapie Eingang gefunden (vgl. Stemberger 2010). Die Studie zeigt, wie fruchtbar und lebensnahe ein phänomenologisch-experimenteller Zugang zu klinischen Themen sein kann, der sich nicht mit Symptomkatalogen und Vergabe von Etiketten zufrieden gibt. Das Augenmerk dieser 1938 entstandenen Untersuchung liegt vielmehr darauf, einen differenzierten Einblick in die psychologische Situation von Menschen zu gewinnen, die an manischen und depressiven Beeinträchtigungen ihrer Erlebens- und Verhaltensweisen leiden. Indem diese Menschen experimentell mit spielerischen Herausforderungen konfrontiert werden, die in Erfolgs- oder Misserfolgserlebnisse münden können, offenbaren sich gravierende

Unterschiede in ihrer jeweiligen psychologischen Situation. Das stellt nicht nur das diagnostische Zusammenwerfen dieser Fälle in gemeinsame Kategorien der ICD- und DSM-Kataloge in Frage. Es öffnet zugleich den Blick für praxisnahe psychotherapeutische Zugänge zu den tatsächlichen Problemlagen der Betroffenen und für mögliche Wege zu deren Bewältigung.

Anlage und empirische Hauptergebnisse der Studie sind am Ende der vorliegenden Publikation zusammengefasst. Die Studie wurde auch durch Differenzierungen des Konzepts des Anspruchsniveaus bekannt, die schließlich in die sogenannte „Theorie der resultierenden Valenz“ mündeten. Diese beleuchtet die Abhängigkeit der Anspruchsniveau-Setzung von der persönlichen Wertigkeit einer Zielerreichung und der persönlichen Einschätzung der Wahrscheinlichkeit dieser Zielerreichung. Da der Schwerpunkt der vorliegenden Veröffentlichung auf der klinischen Thematik liegt, sind die umfangreichen methodisch-konzeptionellen Ausführungen zur resultierenden Valenz in den vorliegenden Auszügen nicht enthalten.

Das Problem von Erfolg und Misserfolg bei manisch-depressiven Psychosen

Wir haben allen Grund zur Annahme, dass Erfahrungen von Erfolg und Misserfolg für die situative Anpassung und Persönlichkeitsentwicklung von Menschen schon im Normalfall zentrale Bedeutung haben. In noch viel stärkerem

Maße gilt das für die Fälle abweichenden Verhaltens, die klinisch als manisch-depressive Psychosen klassifiziert werden. Eine kurze Zusammenfassung der Hauptsymptome dieser Erkrankung wird diesen Punkt verdeutlichen.

Allen psychiatrischen und psychologischen Beschreibungen zufolge hat der manische Patient eine

übertriebene Vorstellung von seinen eigenen Fähigkeiten. Er ist glücklich und begeistert in seiner Überzeugung, dass er brillanter, fähiger und wichtiger ist als normale Menschen. Kein Ziel ist ihm zu hoch, keine Aufgabe zu schwer. William MacDougall beschreibt diesen Zustand wie folgt:

„In der exaltierten Phase zeigt der Patient eine Haltung von hochmütiger Überlegenheit, einen übertriebenen Glauben an seine eigenen Fähigkeiten; es gibt nichts, was er nicht erreichen kann, er fühlt und glaubt daher, dass er geistig und körperlich ein Übermensch ist. Seine Erregung ist eine Erregung besonderer Art, sie ist nicht besonders lustvoll, ängstlich, neugierig oder altruistisch; es ist die Erregung einer verstärkten Selbsterhöhung, unausgewogen, ungebremst durch jegliche wirksame Selbstkritik oder Rücksichtnahme auf andere Personen.“ (MacDougall 1926, 356)

In diesem einen Punkt stimmt Paul Schilder, der die Natur dieser Erkrankung ansonsten radikal anders sieht, MacDougall und auch allen anderen Autoren zu, die sich mit diesem Thema befassen. Er stellt fest: „... der Manische ist mit sich selbst zufrieden. An die Stelle seines Über-Ichs hat er sich selbst gesetzt.“ (Schilder 1928, 139)

Abgesehen von einigen anderen wichtigen Merkmalen manischen

¹ Auszüge aus: Escalona, Sibylle K. (1938): The effect of success and failure upon the level of aspiration behavior in manic-depressive psychoses. MA Thesis, State University of Iowa (Summer 1938). DOI: 10.17077/etd.006270. Veröffentlicht unter dem gleichen Titel in: Kurt Lewin, Ronald Lippitt, Sibylle Korsch Escalona (1940): *Studies in topological and vector psychology*. Iowa City, Iowa: University of Iowa Press, 1940, 199–302. Die Auswahl der Auszüge und die Übertragung ins Deutsche (unter Beiziehung einer DeepL-Rohübersetzung) verantwortet Gerhard Stemberger.

Verhaltens, von denen einige dem oben Gesagten zu widersprechen scheinen, kann man gewiss davon ausgehen, dass der manische Patient ein ungewöhnliches Maß an Selbstvertrauen und Überzeugung von seiner Überlegenheit gegenüber anderen Menschen zeigt. Diese Feststellung lässt sich in der experimentellen Situation, die sich mit Veränderungen des Anspruchsniveaus befasst [ab nun abgekürzt mit AN-Situation] unschwer überprüfen. Die entsprechenden Fragen sind: Werden sich manische Patienten tatsächlich an schwierigere Aufgaben heranwagen als Probanden in normaler Verfassung? Werden sie eine ungewöhnliche Freude über ihre Erfolge zeigen? Was werden sie tun, wenn sie in eine Situation geraten, aus der es zumindest auf der Realitäts-Ebene keinen Ausweg gibt? Sind ihre Kriterien dafür, was Erfolg oder Misserfolg ausmacht, dieselben wie unsere?

Was das Selbstwertgefühl betrifft, weicht der depressive Patient zumindest vom Normalzustand des manischen Patienten in entgegengesetzter Richtung ab. Er fühlt sich schwach und hilflos. Er kann weder arbeiten noch Spaß haben; alles, was er unternimmt, ist zum Scheitern verurteilt, bevor er überhaupt damit begonnen hat; er glaubt, von seinem Geist und seinem Körper nicht mehr richtig Gebrauch machen zu können usw. Auch aus dieser Symptomatik sollten wir wiederum ganz bestimmte Reaktionen in der AN-Situation erwarten. Depressive Patienten sollten sich, wenn ihr Verhalten mit der Beschreibung ihres allgemeinen Gefühlszustands und wie sich dieser ausdrückt übereinstimmt, nur an sehr einfachen Aufgaben versuchen. Sie sollten von vornherein mit Misserfolg rechnen und dann, wenn sie doch Er-

folg haben, diesen Erfolg nicht genießen können.

Von der Untersuchung des AN-Verhaltens manisch-depressiver Patienten erhoffen wir uns allerdings mehr als nur die Feststellung, ob ihr tatsächliches Verhalten mit der psychiatrischen Deutung ihres Gefühlszustands übereinstimmt. Für eine psychologische Analyse von psychischen Erkrankungen interessieren sich Psychiater und Psychologen erst seit relativ kurzer Zeit. Früher hielt man Aussagen wie die, dass Schizophrenie durch erbliche Veranlagung übertragen wird oder dass eine allgemeine Muskellähmung durch eine Degeneration des Gehirns verursacht wird, für ausreichende Erklärungen; deren „psychologische Korrelate“ mussten bloß registriert und klassifiziert werden. Erst in den letzten Jahren betont man zunehmend die Not-

stitutionelle Veranlagung der Persönlichkeit betrachten, während andere ebenso renommierte Psychiater und Psychologen sie als funktionelle Störung ansehen.

Es erscheint daher sinnvoll, die wichtigsten Hypothesen zumindest zu skizzieren, die als psychologische Erklärung für manisch-depressive Psychosen bislang aufgestellt wurden.

Eine der frühesten davon ist die **Freudsche** Theorie der psychischen Erkrankung im Zusammenhang mit einer libidinösen Regression. Wenn im Leben eines Menschen eine ungewöhnliche Schwierigkeit auftritt, kann dies die normal fortschreitende Entwicklung der allgemeinen sexuellen Anpassung aufhalten. Der Fluss der Libido wird unterbrochen und sie regrediert nun auf ein früheres Anpassungs-



Fotocredit: © pixabay - schäferle man

wendigkeit einer unabhängigen Analyse der psychologischen Prozesse, die mit physiologischen Veränderungen einhergehen. Im Falle der manisch-depressiven Psychose wird die Situation allerdings dadurch erschwert, dass einige der renommiertesten Psychiater sie im Wesentlichen als eine kon-

niveau. Vereinfacht gesagt bestimmt das spezielle Stadium der libidinösen Entwicklung, auf die die Regression dann zurückführt, die Art der psychischen Erkrankung, die der Mensch entwickelt. Im Falle der manisch-depressiven Psychose regrediert die Libido auf das anale Stadium.

In Bezug auf die spezifischen Symptome bietet Freud folgende Interpretation an: Im depressiven Stadium reagiert der Einzelne auf Enttäuschung oder Feindseligkeit seitens seines Liebesobjekts. Die Reaktion richtet sich nicht gegen das Liebesobjekt im Außen, sondern gegen das Selbst. Diese Umkehrung der Aggression nach innen wird durch die teilweise Identifikation des Betroffenen mit seinem Liebesobjekt ermöglicht. Während der Depression wendet er sich gegen den Teil seiner selbst, den er mit dem Liebesobjekt identifiziert hat. Im manischen Zustand kann der Mensch die ständige Selbstbestrafung nicht mehr ertragen; statt das Ich den Anforderungen des Über-Ichs zu unterwerfen, setzt er das Ich an die Stelle des Über-Ichs.

Paul Schilder erkannte die Schwäche dieser Hypothese insbesondere in Bezug auf den manischen Zustand. Er modifizierte die Freud'sche Sichtweise etwas, blieb aber dennoch im Rahmen des psychoanalytischen Denkens. Er betrachtet den manischen Zustand als Nebenprodukt der Lösung eines Konflikts:

„Vielleicht hängt das Auftreten einer manischen Attacke weniger von der Art des Konflikts ab als vielmehr von der Tatsache, dass der Konflikt überwunden wurde, sodass jede unangenehme Erfahrung und jedes unangenehme Ereignis zunächst die Libido aus dem Ich zurückzieht und den Menschen deprimiert, bis schließlich Abwehrkräfte entdeckt werden. Wenn diese Abwehrkräfte in übertriebenem Maße zum Vorschein kommen, haben wir das Bild einer Manie.“ (Schilder 1928, 139)

William MacDougall legt in seinem Werk „Outline of Abnormal Psychology“ eine ganz andere Erklärung vor. In seinem psychologischen System funktioniert die Psyche auf Grundlage einer Reihe von „Gefühlen“, die sich jeweils aus mehreren „instinktiven Tendenzen“ zusammensetzen. Die manisch-depressive Psychose betrachtet er als eine Störung des Gefühls der „Selbstachtung“, das sich aus den gegensätzlichen Instinkten der Selbstbehauptung und Unterwerfung zusammensetzt. In der manischen Phase gewinnt die selbstbehauptende Tendenz die vollständige Kontrolle, während in der depressiven Phase der Instinkt der Unterwerfung das gesamte Verhalten kontrolliert.

Henderson und Gillspie² erklären die Mechanismen, die der manisch-depressiven Psychose zugrunde liegen, folgendermaßen:

„Die Hochstimmung, die ein so auffälliges Symptom manischer Zustände ist, ist als die Stimmung zu betrachten, die der Erfüllung eines Wunsches angemessen ist ... Was die Hochstimmung pathologisch macht, ist ... dass es in den äußeren Umständen nichts gibt, was die Hochstimmung offensichtlich rechtfertigen würde. Der Grund für die Hochstimmung liegt außerhalb des Bewusstseins ... Was geschieht, ist, dass aus einem sehr starken Wunsch, der ins Unbewusste verdrängt wurde, die Verdrängung schließlich teilweise aufgehoben wird und der Patient sich fühlt und verhält, als wäre der Wunsch erfüllt worden ... Wenn andererseits mit dem Wunsch ein starkes Schuldgefühl verbunden war ... führt seine Erfüllung ... eher zu einer Depression.“ (Henderson & Gillspie 1932, 121, 122)

William A. White gehört zu einer größeren Gruppe von Psychiatern, die den manischen Anfall als „Flucht in die Realität“ interpretiert:

„Die manisch-depressive Psychose ist eine Art extrovertierte Reaktion. Das heißt, die Patienten wenden sich nicht nach innen, sondern versuchen, ihren Schwierigkeiten durch eine ‚Flucht in die Realität‘ zu entkommen. Diese Flucht in die Realität ist die manische Phase der Psychose mit ihrem Ideenflug, ihrer Ablenkbarkeit und ihrer erhöhten psychomotorischen Aktivität ... Die große Aktivität kann als Abwehrmechanismus verstanden werden. Der Patient scheint durch seine ständige Aktivität jeden möglichen Zugangsweg abschirmen zu wollen, der möglicherweise an seinen wunden Punkt (Komplex) führen könnte, und so eilt er wild von dieser einen möglichen Gefahrenquelle zur nächsten... In diesem Sinne ist die Manie also eine ambivalente Reaktion, die einerseits in die Realität treibt, andererseits aber unter dem Deckmantel der Hyperaktivität und des Ideenflugs ein Wunscherfüllungsdrama entwickelt, in dem die verbotenen Gedanken zum Ausdruck kommen.“ (White 1929, 159)

Bei der Durchsicht der Literatur zu diesem Thema waren wir beeindruckt von der extremen Abstraktheit und dem völligen Fehlen „koordinierender Definitionen“ in allen diesen Hypothesen. Verschiedene Theoretiker stellten einander widersprechende Aussagen über die Natur dieser Krankheit auf. Dabei ist das Verhalten der Patienten so mannigfaltig, dass alle noch so unterschiedlichen Aussagen mit jeweils passenden Beispielen „untermauert“ werden können.

Wir meinen, dass viele der obigen Vorschläge zum Verständnis

2 US-amerikanische Psychiater, die ein zu ihrer Zeit einflussreiches Lehrbuch der Psychiatrie publizierten.

der manisch-depressiven Psychose durchaus von großem Wert sein können, aber sie müssen in eindeutigeren Konzepten neu formuliert und experimentell überprüft werden. Die vorliegende Studie soll ein Schritt in diese Richtung sein.

Die qualitative Analyse

Unter dem Begriff qualitative Analyse verstehen wir den Versuch, die strukturellen und dynamischen Bedingungen zu verstehen, die den psychologischen Prozessen zugrunde liegen, die wir während des Experiments beobachten können.

Der topologischen Psychologie zufolge ist jedes Verhalten eine Funktion der Interaktion zwischen der „psychologischen Person“ und der „psychologischen Umgebung“ ($V = f(P, U)$). Um eine bestimmte Situation zu verstehen, ist es notwendig, bestmöglich die Struktur und den momentanen Zustand der Person sowie diejenigen Faktoren in ihrer Umgebung zu berücksichtigen, die ihr Verhalten zu einem bestimmten Zeitpunkt beeinflussen. Eine solche Darstellung des „Lebensraums“ einer Person würde nicht nur Faktoren wie ihre Ziele und Bedürfnisse, ihre Ambitionen und Ängste, ihre Beziehungen zu anderen Menschen usw. umfassen, sondern auch Aspekte wie etwa, ob es sich um eine Person handelt, die leicht von außen beeinflusst werden kann und ihre Einstellungen ändert, oder ob sie in dieser Hinsicht unflexibel ist, oder ob sie eine Person ist, der es schwerfällt, Entscheidungen zu treffen, oder eine, der dies leichtfällt, usw.

Wir haben versucht, jedes einzelne Experiment und jede einzelne Fallgeschichte als Ganzes zu verstehen, anstatt nach gemeinsamen Faktoren zwischen den verschiedenen Probanden zu suchen. Dies nicht, weil wir das für eine immer und überall bessere Vorgangsweise halten, sondern weil uns ein gründliches Verständnis des Einzelfalls als Voraussetzung für die Ermittlung allgemeinerer Gesetze erscheint, die nicht nur unter den spezifischen Versuchsbedingungen gelten.³

Qualitative Verhaltensunterschiede im Zusammenhang mit Unterschieden in Zustand und Struktur der Person

Die quantitativen Ergebnisse unserer Untersuchung werden wir erst erörtern, nachdem wir unsere Leserschaft nun zuerst mit dem Verhalten der verschiedenen Probandengruppen und den wichtigsten Faktoren, die ihr Verhalten beeinflussen, vertraut gemacht haben. Diesem Zweck dienen die folgenden Beschreibungen.

Hypomanisch

Aus psychiatrischer Sicht besteht keine Notwendigkeit, die hypomanische Patientengruppe von der Gruppe der akut erregten Maniker zu unterscheiden. Der Unterschied wird als gradueller und nicht als qualitativer angesehen. Das gezeigte Verhalten und wahrscheinlich auch der Zustand der Person unterscheiden sich für uns jedoch ausreichend, um eine gesonderte Behandlung zu rechtfertigen.

Ein Patient wird als hypomanisch diagnostiziert, wenn eine deutliche Zunahme der psychomotorischen Aktivität, eine leichte Euphorie und

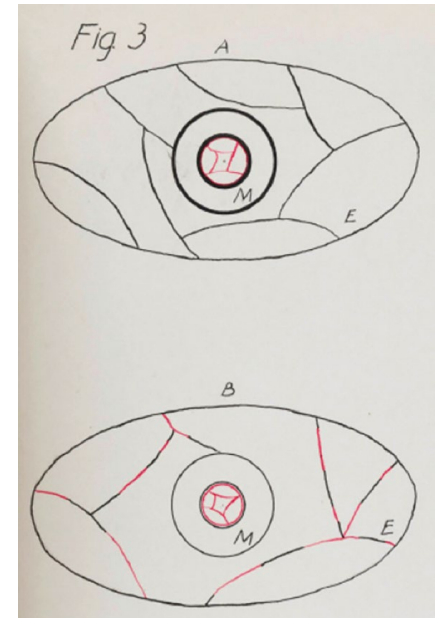


Abb. 1 (Fig. 3 im Original): Topologische Unterschiede zwischen Menschen in normaler (A) und in hypomanischer (B) Verfassung. P = Person; M = sensomotorischer Bereich; — = IPS (inner-personales System); E = Umgebung (Environment)

Reizbarkeit vorliegen. Die Person steht jederzeit in einem ausgezeichneten Kontakt zu ihrer Umgebung. Sie ist in der Lage, ein Ziel zu erkennen und eine Zielvorstellung über einen ebenso langen Zeitraum wie normale Menschen⁴ aufrechtzuerhalten. Der Hauptunterschied zwischen dem Verhalten eines hypomanischen und dem eines normalen Menschen besteht darin, dass bei einem hypomanischen die Empfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen viel größer ist. Sie lachen leicht, ihre Wut wird leicht geweckt und sie sind leichter ablenkbar.

Wenn wir den Menschen als ein dynamisches Ganzes betrachten, das topologisch als ein Bereich mit

3 Eine vollständige Erörterung der Methoden der topologischen Psychologie findet sich in Kurt Lewins „Principles of Topological Psychology“ (1936) [deutsch: „Grundzüge der topologischen Psychologie“, 1969].

4 Anm. d. Red.: Die heute aus gutem Grund befremdlich klingende Formulierung „normale Menschen“ entspricht dem damals üblichen Sprachgebrauch in der klinischen Literatur. Dass er bei Escalona nicht stigmatisierend verstanden und auch gar nicht auf „Arten von Menschen“ bezogen wird, wird aus dem Gesamtkontext ihres Lewinschen Person- und Verhaltensverständnisses klar. Zu lesen ist „normaler Mensch“ in diesem Text jedenfalls sinngemäß als „Mensch in gewöhnlicher Verfassung“ im Unterschied zum „Menschen in ungewöhnlicher (z.B. manischer, depressiver etc.) Verfassung“.

verschiedenen Unterbereichen dargestellt wird, wird dieser wesentliche Unterschied zwischen normalen Menschen und hypomanischen Menschen in Abbildung 1 dargestellt. Für die Zwecke dieser Diskussion reicht es aus, die psychologische Person als aus zwei Teilen bestehend zu betrachten, dem inner-personalen System (IPS) und der „Sensomotorik“.

Mit inner-personalem System meinen wir das System, das durch Bedürfnisse, spezifische Wünsche und Ängste der Person in Spannung versetzt wird. Die Motorik, die das inner-personale System umgibt, entspricht dem, was Koffka als „Exekutive“ bezeichnet. Sie umfasst die Funktionen Bewegung, Wahrnehmung und Denken. Die gesamte Kommunikation zwischen der Person und ihrer Umgebung findet über den sensomotorischen Bereich statt. Die Reaktionen eines Menschen auf Umweltreize basieren auf seiner Wahrnehmung dieser Reize; er kann nicht auf sie reagieren, ohne seinen motorischen Bereich als Kanal zwischen dem IPS und der Umgebung zu nutzen. Normalerweise wird der Motorikbereich bis zu einem gewissen Grad vom IPS gesteuert, indem er die Bedürfnisse der Person durch Handlungen oder Sprache zum Ausdruck bringt. Er wird jedoch auch von der Umgebung der Person gesteuert, indem er das Mittel zur Wahrnehmung von Veränderungen in der Umgebung ist, ob die nun in einem erschreckenden Geräusch oder in einem Wechsel von einem sozialen Status zu einem anderen bestehen.

Bei hypomanischen Personen zeigen sich zwei Veränderungen in

Bezug auf die Funktion des sensomotorischen Bereichs:

1. Die sensomotorische Funktion reagiert relativ stärker auf schwächere Reize. Man könnte sagen, dass die Funktionsschwelle niedriger ist als bei einem Menschen in normaler Verfassung. Diese Veränderung wirkt in beide Richtungen, d. h. die sensomotorische Funktion reagiert stärker auf interne wie auch auf externe Reize.
2. Bei hypomanischen Personen wird die sensomotorische Funktion stärker vom IPS und relativ weniger von den fremden, sogenannten objektiven Faktoren in der Umgebung gesteuert. Das heißt, die Person verhält sich eher nach ihren eigenen Bedürfnissen als nach der Art der Umgebungssituation.⁵

Bis zu einem gewissen Grad trifft dies auf alle Menschen zu. Ein und derselbe „objektive“ Reiz oder dieselbe Umgebung ruft bei verschiedenen Personen unterschiedliche Reaktionen hervor, da die „Interpretation“ der äußeren Reize durch

jede Person zumindest teilweise von ihrem momentanen mentalen Zustand abhängt. Vielfältige Belege für diese Aussage liefern die Arbeiten von Rorschach und Beck zum Rorschach-Test, Murrays Arbeiten zur Bildinterpretation und zahlreiche andere experimentelle Studien.

Der Unterschied zwischen einem normalen Menschen und einem hypomanischen besteht darin, dass Letzterer eher dazu neigt, seine Umgebung entsprechend seinen eigenen Bedürfnissen zu interpretieren; mit anderen Worten, er ist zu „realistisch“ (seine Bedürfnisse bestimmen seine Realität). Diese beiden Unterschiede hinsichtlich der Stärke der Barriere zwischen dem sensomotorischen Bereich und dem IPS und der Umgebung sowie hinsichtlich des Grades dieser Art von „Realismus“ sind in Abbildung 1 dargestellt.

In der Versuchssituation verhält sich der Hypomaniker in der Regel sehr prahlerisch. Er behandelt die Versuchsleiterin wie eine wohlmeinende Krankenhausangestellte von



Fotocredit: © pexels - Anastasia Shuraeva

⁵ Man könnte einwenden, dass der hypomanische Mensch nicht unangemessen auf seine Umgebung reagiert, sondern dass sich seine psychologische Umgebung entsprechend seinen eigenen Bedürfnissen verändert und die Reaktion daher psychologisch gesehen durchaus angemessen ist. Unserer Meinung nach sind dies nur verschiedene Arten, dasselbe auszudrücken. Aus technischen Gründen bevorzugen wir die im Text verwendete Formulierung.

geringer Bedeutung und betont seine Bereitschaft, „alles zu versuchen“. Charakteristischerweise beginnt er mit der Arbeit an dem Test, bevor er die Anweisungen verstanden hat. In zwei Fällen begann er, auf irgendwelche Mängel des Tests hinzuweisen, bevor er überhaupt versucht hatte, ihn zu absolvieren. Kommentare wie „Das erscheint mir ziemlich albern“ oder „Ich weiß nicht, was mir das bringen soll“ sind recht häufig. Die Beziehung zur Versuchsleiterin ist in allen Fällen recht gut; der Proband fühlt sich wohl und steht über der Situation, anstatt unter sozialem Druck zu stehen. Mit einer Ausnahme begannen alle unsere hypomanischen Probanden mit der schwierigsten Aufgabe. Dies erforderte keine besondere Entscheidung ihrerseits, denn sie schienen das Gefühl zu haben, dass sie ganz selbstverständlich die schwierigste Aufgabe bewältigen müssten. Oft wird die Wahl von einer Bemerkung begleitet wie „Klar, geben Sie mir die schwierigste“ oder „Ich nehme natürlich die große“.

War der erste Versuch erfolgreich, zeigte keiner dieser Probanden echte Freude oder ein Erfolgserleben, sie verloren vielmehr das Interesse an der Aufgabe. Waren sie jedoch erfolglos, änderte sich das Bild erheblich. Nur einer unserer Probanden erkannte sein Scheitern in dieser Situation offen an, indem er sagte: „Ich glaube, ich habe mich zu sehr beeilt“, aber sogar er sagte zur Versuchsleiterin, als sie ihm am nächsten Tag zufällig auf der Station begegnete: „Warum geben Sie mir keine schwierigen Tests? Die, die Sie

haben, sind mir alle zu leicht.“ Die anderen Probanden dieser Gruppe versuchten normalerweise ihren Misserfolg zu rationalisieren, indem sie die Stifte, Kopfschmerzen oder sogar „Elektrizität in meinen Fingern“ dafür verantwortlich machten. In fast allen Fällen verschoben sie ihre Anspruchsniveau nach nur einer Misserfolg-Erfahrung von einem sehr hohen auf einen sehr niedrigen Wert, die leichteste oder zweitleichteste Stufe. Sie zeigten also keinerlei Widerstand gegen Misserfolg, keinerlei Bemühung, die Standards zu erfüllen, die sie sich selbst gesetzt hatten. In keinem Fall traf ein hypomanischer Proband mehr als zwei Entscheidungen bei einer Aufgabe, unabhängig davon, ob es sich um eine Erfolgs- oder eine Misserfolgsaufgabe handelte. Im ersten Fall zeigte die Person alle Anzeichen von Sättigung;⁶ im anderen Fall befürchtete die Person offenbar, dass wiederholte Misserfolge ihr mühsam aufrechterhaltenes Selbstwertgefühl mindern würden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der hypomanische Proband nicht sehr tief in die Versuchssituation einbringt. Er beginnt mit einer eher anspruchsvollen Aufgabe, senkt aber nach der ersten Misserfolgserfahrung sofort sein Anspruchsniveau. Er trifft nur wenige Entscheidungen und langweilt sich schnell bei den Aufgaben.

Der aufgeregte Maniker

Entgegen unserer Erwartung zögerten die manischen Probanden häufig, die Versuchsleiterin in den

Versuchsraum zu begleiten. Eine Patientin (Nr. 29) beispielsweise lachte und unterhielt sich offenbar fröhlich mit sich selbst. Als die Versuchsleiterin sich ihr näherte, klammerte sie sich an die Krankenschwester und wehrte sich aktiv gegen jeden Kontakt mit der Versuchsleiterin. Beim Verlassen der Station sagte sie „Ich weiß, was los ist, es ist eine Überraschung. Mein Mann ist tot.“ Dabei zeigte sie alle Anzeichen von Angst. Auch beim Betreten des Versuchsraums blickte die Patientin ängstlich von einem Beobachter zum anderen und fragte: „Wollen Sie mich umbringen? Sie werden mich doch nicht umbringen, oder?“ Trotz dieser Anzeichen von Angst war die Probandin in sichtlich aufgekratzter Stimmung. Sie wählte zunächst anspruchsvolle Aufgaben, erzählte in wirrer Weise von lustigen Begebenheiten aus ihrem früheren Leben, machte eine Reihe von Wortspielen und ziemlich guten Witzen über die Versuchsleiterin, stand auch mal von ihrem Stuhl auf, um im Raum herumzutanzten, und lachte häufig.

Bei anderen Probanden äußerte sich die Zurückhaltung gegenüber der Teilnahme an dem Experiment eher in Form von Aggressivität als in Form von Angst. Eine Probandin (Nr. 71) erklärte sich erst dann bereit, die Station mit der Versuchsleiterin zu verlassen, nachdem ihr versichert worden war, dass sie nicht lächerlich gemacht, sondern mit dem Respekt behandelt werden würde, der einer Person ihrer Intelligenz gebühre, und dass sie jederzeit auf die Station zurückkehren könne, wenn sie dies wünschte.

⁶ Karsten 1928. Interessanterweise stimmt unsere Feststellung, dass der insgesamt sensiblere Hypomaniker leichter gesättigt wird, vollständig mit Karstens Ergebnis überein, wonach die Sättigung in zentralen Regionen schneller eintritt als in peripheren. Bei einer Person, bei der das IPS abnormal zugänglich ist, d. h. bei der Ereignisse in der Umgebung das IPS leichter erreichen können, wie dies bei hypomanischen Personen und auch bei dem von Karsten in ihrer Diskussion erwähnten erregbaren Typ von Problemkindern der Fall ist, ist die Aufgabenregion notwendigerweise zentraler und daher leichter zu sättigen.

Das Verhalten der manischen Probanden während des eigentlichen Experiments war keineswegs einheitlich. Das auffälligste Merkmal ihres Verhaltens war eine große Labilität und Variabilität. Sie reagierten auf die Versuchssituation als Ganzes. Die Aufgaben und ihre Erfolge oder Misserfolge dabei waren stets nur ein Teil der Gesamtsituation und nicht unbedingt wichtiger als die Farbe des Kleides der Versuchsleiterin. Ein Grund für die mangelnde Einheitlichkeit

Ein wirklich aufgeregter Maniker ist zu einer solchen Integration seiner verschiedenen Handlungen nicht in der Lage. Jedes Ereignis und jedes Ziel sind von nahezu gleicher Bedeutung, so dass der Proband, während er an einer Aufgabe arbeitet, zunächst wirklich den Wunsch hat, sie innerhalb der vorgegebenen Zeit zu erledigen; eine Sekunde später versucht er zu bestimmen, für welche Initialen die Wege des Labyrinths stehen, wenig später möchte er vielleicht ein Geräusch

Wenn sie das Gefühl hatten, eine Aufgabe nicht bewältigen zu können, was häufig der Fall war, weigerten sie sich oft, sie überhaupt zu versuchen. Dies geschah in der Regel nicht durch eine direkte Ablehnung, sondern indem sie eine andere Aktivität mit dem gleichen Material begannen. So begann ein Proband zu spielen, dass die Stifte Pygmäen seien, die einen Krieg gegen die Weißen führten, ein anderer Proband warf spielerisch die Bretter auf die Versuchsleiterin, und wieder eine andere Probandin beschäftigte sich eifrig damit, Tiere auf die Labyrinth zu zeichnen. Wenn die manischen Probanden auf Misserfolg stießen, versuchten sie meist, diesen nicht als solchen anzuerkennen. Sie rationalisierten oder versuchten, die Aufmerksamkeit der Versuchsleiterin von ihrer Leistung abzulenken. In einigen Fällen verhielten sie sich sogar so, als hätten sie einen Erfolg erlebt. So sagte Proband Nr. 70, der sich nach einem Fehlversuch weigerte, eine andere Wahl zu treffen: „Das ist mir zu einfach.“



Fotocredit: © pexels - Aanastasia Shuraeva

im Verhalten dieser Gruppe von Probanden liegt unserer Meinung nach darin, dass sie nicht in der Lage sind, ihre Aktivitäten über einen längeren Zeitraum hinweg auf ein Ziel auszurichten. Der normale Mensch und die meisten depressiven Patienten können eine Idee, wie z. B. mindestens eine der Aufgaben zu erfüllen oder der Versuchsleiterin zu gefallen, als die wichtigste in einer bestimmten Situation betrachten. Ihre Reaktionen auf die momentanen Ereignisse sind dieser Idee untergeordnet und werden durch sie modifiziert.⁷

imitieren, das er auf der Straße hört, und es ist nur mit Mühe möglich, seine Aufmerksamkeit wieder auf das erste Ziel zu lenken. Die Natur dieses Zustands wird zu einem späteren Zeitpunkt ausführlicher diskutiert werden. Für unseren gegenwärtigen Zweck genügt es, auf eine weitere charakteristische manische Reaktion in der AN-Situation hinzuweisen.

Alle unsere manischen Patienten zeigten deutliche Anzeichen dafür, dass sie in geradezu absurdem Maß Angst vor Misserfolg hatten.

In Bezug auf die topologische Darstellung des Zustands der Person sind die Veränderungen weitgehend dieselben wie bei den hypomanischen Probanden. Die Barrieren zwischen Sensomotorik und Umgebung ist schwächer, d. h., die Person reagiert leichter auf äußere Reize, und die Barriere zwischen IPS und Sensomotorik ist schwächer, d. h., die Person drückt ihre Gedanken und Impulse leichter aus. Das Element der Angst, das in der Versuchssituation einen so prominenten Teil der manischen Reaktion ausmacht, könnte ebenfalls mit dieser erhöhten Sensibilität

⁷ In einer aktuellen Untersuchung wurde festgestellt, dass diese Integration verschiedener Aktivitäten in eine Zielhierarchie, in der ein Ziel dominiert, aber mehrere Unterziele existieren, von grundlegender Bedeutung für die Konstruktivität im Spiel ist. Das Fehlen einer solchen Zielstruktur deutete für diese Forscher auf ein primitiveres oder unreiferes Entwicklungsstadium hin. (Lewin, Dembo und Barker: Frustration and Regression. Noch unveröffentlicht [erschien als Barker, Dembo & Lewin 1941].)

zusammenhängen. Der manische Patient reagiert unterschiedlich auf die verschiedenen Teile seiner Umgebung, und es ist nur logisch zu erwarten, dass er besonders empfindlich auf Verletzungen reagiert, d. h. auf die Möglichkeit eines Misserfolgs. Von noch größerer Bedeutung ist jedoch, dass während einer voll ausgeprägten manischen Episode die Sensumotorik weit stärker vom IPS als von der Umgebung beherrscht wird als dies bei Hypomanikern der Fall ist. Der manische Patient reagiert nur auf diejenigen äußeren Reize, die seinen momentanen Bedürfnissen und Wünschen entsprechen. So haben wir oft festgestellt, dass ein manischer Proband unseren Bemühungen, ihn zur Ausführung der Aufgaben zu bewegen, keinerlei Beachtung schenkt, während er auf viel weniger auffällige Elemente in der Situation, beispielsweise das Geräusch eines am Gebäude vorbeifahrenden Autos, erheblich reagiert.

Zusammenfassend: Das Verhalten von agitierten manischen Patienten in der Versuchssituation ist variabel, labil und unvorhersehbar. Die Probanden verstehen die Anweisungen zwar immer, halten sich jedoch oft aus Angst vor einem Scheitern nicht daran. Neben Hochstimmung treten häufig Aggressivität und Angstreaktionen auf. Die Reaktionen der Probanden werden viel stärker von ihren momentanen Bedürfnissen und Wünschen bestimmt als von den „objektiven“ Gegebenheiten in ihrer Umgebung.

Die Depressiven

Auf den ersten Blick schien es unmöglich, einheitliche Verhaltensmuster bei den depressiven Menschen zu entdecken. Einige wirkten

desinteressiert und apathisch, andere reagierten übermäßig stark auf jedes Element der Situation; einige waren übermäßig gesprächig, andere fast stumm; einige nahmen eher schwierige Aufgaben an, andere sehr einfache. Es wurde deutlich, dass diese Fälle, die aus psychiatrischer Sicht alle zu ein und derselben Gruppe gehörten, tatsächlich eine Vielzahl unterschiedlicher psychologischer Zustände repräsentieren.

Um Ordnung in das Chaos geradezu widersprüchlicher Daten zu bringen, haben wir unsere depressiven Probanden in fünf Untergruppen eingeteilt, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

Motorisch verlangsamte Depressive – Eines der auffälligsten Symptome einer manisch-depressiven Depression ist das, was gemeinhin als „psychomotorische Verlangsamung“ bezeichnet wird. Darunter verstehen Psychiater eine Verlangsamung aller Funktionen von Körper und Geist. Unseren Beobachtungen zufolge kann diese Verlangsamung in zwei Spielarten auftreten, die auf zwei radikal unterschiedliche psychologische Zustände hinweisen.

Die Gruppe der Probanden, die wir als motorisch verlangsamte Probanden klassifizieren, reagiert auf die Versuchssituation in etwa wie folgt: Der Proband leistet keinen Widerstand, wenn er in den Versuchsraum gebracht wird, und zeigt auch kein großes Interesse an der Versuchsleiterin oder den Aufgaben. Sein Gesicht hat einen traurigen und sorgenvollen Ausdruck und ist fast unbeweglich. Alle Bewegungen sind verlangsamt, und der Proband scheint Schwierigkeiten beim Denken zu haben. Wenn er überhaupt spricht, dann mit leiser Stimme und

so wenigen Worten wie möglich. Der Proband kooperiert eher aus Pflichtgefühl als aus Interesse. Seine Entscheidungen und sein gesamtes Verhalten werden offenbar stark vom Gefühl dafür bestimmt, was er tun sollte und was von ihm erwartet wird. Auf die Frage, warum sie trotz ihrer offensichtlichen Abneigung gegen die Aufgaben mehrere Auswahl-Entscheidungen getroffen hätten, antworteten mehrere dieser Probanden: „Man muss es weiter versuchen.“ In dieser Gruppe haben die Probanden keine besonderen Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, sie wissen in der Regel, was sie tun wollen, aber die Ausführung jeder einzelnen Handlung erfolgt sehr langsam. Die Leistung ist in der Regel gleichmäßig und von einheitlicher Geschwindigkeit, im Gegensatz zu der Art von Depression, die als Nächstes beschrieben wird.

Entscheidungsverzögerte Probanden. Wir meinen, dass bei der im Folgenden beschriebenen Gruppe von Probanden nicht die motorische Verlangsamung für die langsame und ineffektive Leistung der Person verantwortlich ist, sondern eine Schwierigkeit, die als „Entscheidungsverzögerung“ bezeichnet werden könnte. Für diese Probanden wird jede kleine Entscheidung, z. B. ob sie der Anweisung folgen und sich auf einen Stuhl setzen sollen, welchen Stift sie ergreifen sollen, ob und wie sie Fragen beantworten sollen, die ihnen die Versuchsleiterin womöglich stellt, zu einem großen Konflikt, und es dauert lange, bis der Proband zu einer Entscheidung gelangt. Wenn sie jedoch wissen, was sie tun wollen, ist ihre Leistung normal schnell. So dauert es charakteristischerweise lange (in extremen Fällen bis zu drei bis vier Minuten), bis die Person überhaupt beginnt, eine Frage zu beantwor-

ten, aber sobald sie den Mund für die Antwort öffnet, kommen die Worte mit normaler Geschwindigkeit oder sogar beschleunigt, in beinahe explosiver Weise. Ebenso kann es Minuten dauern, bis die Testperson sich für einen Weg im Labyrinth entscheidet, aber der Prozess des Zeichnens der Linie erfolgt dann mit normaler Geschwindigkeit. Diese Testpersonen verhalten sich also zögerlich, ruckartig und unregelmäßig.

In extremen Fällen wird die Situation dadurch kompliziert, dass für diese Testpersonen Entscheidungssituationen auftreten, wo für normale Menschen gar keine existieren. Jede Handlung, wie zum Beispiel das Aufstehen vom Stuhl und das Holen eines Bretts von einem anderen Tisch, scheint in eine Vielzahl von Teilhandlungen unterteilt zu sein, wie zum Beispiel Aufstehen, Umdrehen, Losgehen, die Hand nach dem Brett ausstrecken, es ergreifen usw. Jede dieser Teilhandlungen erfordert eine neue Entscheidung. Aus diesem Grund kann eine Entscheidungsverzögerung in schweren Fällen fast wie eine motorische Verzögerung aussehen. In beiden Fällen ist die Ausführung langsam, aber im ersten Fall ist sie ungleichmäßig und ruckartig, während sie im zweiten Fall gleichmäßig und flüssig ist.

Die Personen mit Entscheidungsverzögerung unterscheiden sich von den Personen mit motorischer Verzögerung stark in ihrer Einstellung zum Experiment. Die ersteren sind andauernd angespannt und manchmal sehr negativ eingestellt. Sie sind zutiefst besorgt über die Bedeutung des Experiments und fragen häufig: „Wozu dient das?“, „Was wird das mit mir machen?“ Für sie ist es sehr wichtig, welches Brett sie wählen und was die Ver-

suchsleiterin von ihrer Leistung hält. Oft weinen sie oder wringen nervös ihre Hände. Aus ihrem gesamten Verhalten geht hervor, dass ihnen die Entscheidungssituation äußerst unangenehm ist. Sie versuchen, sie zu vermeiden, indem sie die Krankenschwester oder die Versuchsleiterin um Anweisungen für jede ihrer Handlungen bitten. Mit einer einzigen Ausnahme empfanden alle diese Probanden das Experiment als unangenehm und trafen keine einzige Auswahlentscheidung über die erforderliche Anzahl hinaus.

Die Probanden mit Verzögerung bedeutender Entscheidungen – Bei einigen Probanden wurde beobachtet, dass ihnen bestimmte Entscheidungen ungewöhnlich schwer fielen, während andere Entscheidungen mit normaler Geschwindigkeit getroffen wurden. Es stellte

sich heraus, dass die Entscheidungen, mit denen diese Probanden Schwierigkeiten hatten, diejenigen waren, die für sie in der Versuchssituation von besonderer Bedeutung waren. So konnte es dem Probanden sehr schwer fallen, sich für ein bestimmtes Brett zu entscheiden; hatte er sich aber erst einmal entschieden, nahm er das Brett, brachte es zum Tisch und begann ohne Schwierigkeiten damit zu arbeiten.

Gruppe der sowohl motorisch als auch entscheidungsverzögerten Probanden – Zwischen den beiden oben beschriebenen Extremfällen gibt es eine Vielzahl von Zuständen, die einige Merkmale von jeder dieser Gruppen aufweisen, aber zu keiner der beiden gehören. Tatsächlich fallen mehr Probanden in die gemischte Gruppe als in die reinen Gruppen.

Einige depressive Patienten zeigten Anzeichen einer Verzögerung sowohl im motorischen als auch im Entscheidungsbereich. Alle Probanden, die eine deutlich überdurchschnittlich lange Entscheidungszeit benötigten und deren Leistung langsam und unregelmäßig war, wurden dieser Gruppe zugeordnet.

Die nicht verzögerten Depressiven – Eine recht große Gruppe depressiver Probanden zeigte keine Anzeichen einer Entscheidungs- oder motorischen Verzögerung. Von den normalen Probanden unterscheiden sie sich nur in ihrem mentalen Zustand, d. h. in ihren Gefühlen der Wertlosigkeit und ihrer depressiven Stimmung. Diese Probanden versuchten in der Regel, den Anweisungen zu folgen und der Versuchsleiterin entgegenzukommen, ohne sich jedoch auf die Aufgaben einzulassen. In fast allen Fällen störte jedoch die Erfahrung des Misserfolgs ihre offenbar nur ober-

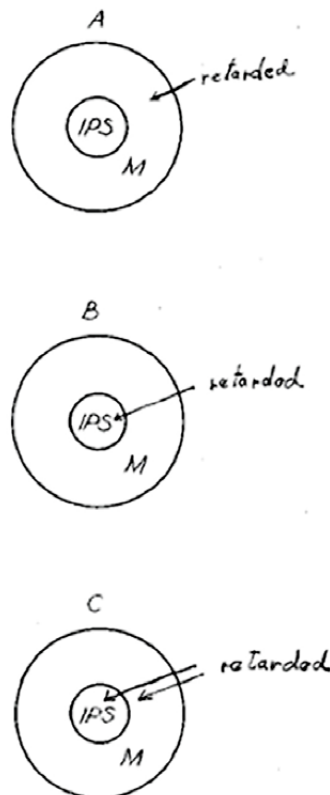


Abb. 2 (Fig. 4 des Originals): Unterschiede zwischen den A = motorisch Verzögerten, B = Entscheidungsverzögerten, C = sowohl motorisch als auch Entscheidungsverzögerten. IPS = Innerpersonale Region, M = Sensomotorik.

flächliche Gelassenheit; sie wurden sehr besorgt und interessierten sich für die Aufgabe. Bei diesen Probanden wurde häufig eine allgemeine Anspannung und Unruhe beobachtet, die manchmal bis zu echter Erregung führte.

Qualitative Verhaltensunterschiede im Zusammenhang mit Unterschieden im psychologischen Umfeld

Das Verhalten der Probanden während des Experiments wurde weitgehend davon bestimmt, welche Bedeutung das Experiment für sie hatte. Die Bedeutung des Experiments war für keine zwei Probanden gleich, da sie von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, die größtenteils außerhalb unserer Kontrolle liegen. Es gab jedoch einige wichtige allgemeine Merkmale der Versuchssituation, die sich als wichtig für das Verhalten ganzer Gruppen von Probanden erwiesen.

Das Experiment als angenehmes Umfeld

Das Experiment wurde von einer beträchtlichen Anzahl von Probanden als angenehm empfunden. Erstaunlicherweise gab es jedoch nur eine manische Probandin, der die Versuchssituation zu gefallen schien, während es eine ganze Reihe depressiver Probanden gab, die offenbar die Aufmerksamkeit, die ihnen in der Experimental-Situation galt, und die Abwechslung vom monotonen Krankenhausalltag genossen.

Beispiel: Probandin 41 – Diese Probandin war eine 28-jährige Frau, die Patientin im Mount Pleasant State Hospital ist. Sie gehört zur Gruppe der motorisch und entscheidungsverzögerten Patienten und war zum Zeitpunkt des Experiments nur mäßig

depressiv. Für sie bedeutete das Experiment eine willkommene Abwechslung vom Krankenhausalltag. Sie interessierte sich mehr für die Aufgaben als für die Versuchsleiterin, obwohl das Verhältnis zu dieser durchweg gut war.

Das Bemerkenswerteste an dieser Probandin war ihre Beharrlichkeit. In beiden Experimenten nahm sie fast alle angebotenen Aufgaben an, unabhängig davon, ob sie Erfolg oder Misserfolg erlebte. Ihr Verhalten und jede einzelne Handlung wurden von zwei Zielen statt nur einem bestimmt:

Das wichtigste Ziel, das sie in Bezug auf die Versuchssituation als Ganzes entwickelt hatte, bestand darin, möglichst lange in dieser Situation zu bleiben. Das zweite Ziel war das der AN-Situation angemessene, nämlich die Aufgaben so gut wie möglich zu lösen. Wenn diese Probandin also nach einem Misserfolg weiterhin ihr Anspruchsniveau erhöhte, wie sie dies fröhlich und beinahe unbeeindruckt tat, schien es zwar, als würde sie abnormal auf Misserfolge reagieren. Tatsächlich war jedoch die negative Valenz weiterer Misserfolge geringer als die negative Valenz einer Unterbrechung und der Rückkehr auf die Station.

Bei dieser Probandin wurde also das gesamte AN-Verhalten, die Anzahl der Entscheidungen wie auch das Anheben und Senken des AN durch die Tatsache getönt und modifiziert, dass die Versuchssituation als Ganzes für sie ein angenehmes Umfeld darstellte.

Das Experiment als unangenehmes Umfeld

Die Reaktionen einer Versuchsperson in der AN-Situation können sich

in ähnlicher Weise, jedoch in umgekehrter Richtung verändern, wenn die Experimentalsituation eine deutlich negative Valenz aufweist.

Probandin 57 ist ein solcher Fall. Auf der Station weigerte sich diese Patientin zunächst, die Versuchsleiterin in den Versuchsraum zu begleiten. Nach einiger Überredung kam sie, aber nur, nachdem ihre Krankenschwester sie auf der einen Seite und die Versuchsleiterin auf der anderen Seite am Arm genommen hatten und ihr mit Nachdruck „beim Gehen halfen“. Auf dem Weg sah die Patientin ihren Arzt und wünschte offensichtlich ein Gespräch mit ihm. Der Arzt sagte ihr jedoch ziemlich barsch, sie solle nicht albern sein und „ihren Test machen“. Dies verstärkte ihre ablehnende Haltung gegenüber dem Experiment, auch wenn sie sich nicht mehr aktiv widersetzte.

Diese Patientin gehört zur Gruppe der Entscheidungsverzögerten. Sie war praktisch stumm und es fiel ihr sehr schwer, den Anweisungen zumindest teilweise zu folgen. Sie wählte eine Tafel aus und arbeitete daran, offenbar nicht, weil sie erfolgreich sein wollte, sondern weil sie sich unter starkem sozialen Druck fühlte, dies zu tun. Sie war bei der Aufgabe zwar objektiv erfolgreich, weigerte sich jedoch entschieden, eine weitere Tafel zu nehmen. Auch hier ist die Unterbrechung nicht auf ihren Erfolg zurückzuführen, sondern auf ihren starken emotionalen Widerstand gegen das Experiment als Ganzes. Tatsächlich ist es in diesem Fall falsch, das Wort „Erfolg“ zu verwenden, da die Probandin kein anderes Ziel hatte, als die Versuchssituation zu verlassen, sodass ihre Leistung nicht das Erreichen eines Zielbereichs bedeutete.

Das Experiment als Mittel zum Zweck

In früheren Diskussionen über die Bedingungen, unter denen ein AN entsteht, wurde manchmal behauptet, dass ein AN nur in Bezug auf Ziele oder Zwecke entsteht, niemals jedoch in Bezug auf Mittel. Unseren Beobachtungen zufolge ist diese Behauptung nicht ohne Einschränkungen zu akzeptieren.

Eine Analyse aller experimentell durchgearbeiteten AN-Situationen zeigt, dass ein AN offenbar in gewisser Weise immer in Bezug auf ein Mittel entsteht. Im Regelfall scheint die positive Bewertung eines Erfolgs auf hohem Schwierigkeitsniveau nicht auf die Freude zurückzuführen, die mit der Ausführung der Aufgabe verbunden ist, sondern darauf, was diese Leistung in Bezug auf den sozialen Status bedeutet. Wir freuen uns, wenn wir ein schwieriges Rätsel lösen können, nicht nur, weil es Spaß gemacht hat, sondern weil diese Leistung uns als „intelligente Menschen“ auszeichnet. In diesem Sinne ist das Erreichen des Ziels ein Mittel zum Zweck, um einen „höheren sozialen Status“ zu erlangen oder „als intelligenter Mensch angesehen zu werden“. Auf der anderen Seite gibt es zweifellos Fälle, in denen aufgrund des Mittelcharakters der Aufgabe kein AN entsteht. Ein konkretes Beispiel veranschaulicht, was wir als wichtigen Unterschied betrachten.

Proband 42 ist ein hypomanischer Patient, der in einem speziellen Iowa State Hospital untergebracht ist. In diesem speziellen Krankenhaus werden Patienten fast ausschließlich im Zusammenhang mit einer Beurteilung ihrer Bewährung in das Verwaltungsgebäude gerufen. Dort soll nun aber das Experi-

ment durchgeführt werden. Er betrachtet das Experiment daher als einen Test, der zumindest teilweise darüber entscheiden würde, ob er für ein Leben in Freiheit geeignet war oder nicht. So wird das Experiment zu einem Mittel, um das Ziel der Entlassung aus dem Krankenhaus zu erreichen. Der Proband bildet sowohl im Labyrinth- als auch im Optimismus-Experiment zunächst ein AN in Bezug auf die Aufgaben aus, gibt diese dann jedoch

Schälwettbewerben, von Winterabenden am Kaminfeuer usw. (Seine Schilderungen verfälschen dabei übrigens seine tatsächlich ziemlich schreckliche Situation zu Hause enorm.)

Die topologische Darstellung dieser Situation sieht in etwa wie folgt aus: Auf der Realitäts-Ebene betrachtet der Proband das Experiment als einen möglichen Weg, um „aus dem Krankenhaus



Fotocredit: © pexels - Cottonbro

unvermittelt auf, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen. Was dem zugrunde liegt, kann nur anhand einer genaueren Analyse der beiden Situationen verstanden werden:

Im Steckbrett-Experiment beginnt der Proband mit der schwierigsten Aufgabe, offenbar in der Annahme, dass er sie bewältigen könnte. Als er scheitert, ändert sich seine Vorstellung von seinen eigenen Fähigkeiten radikal und er wählt die einfachste Aufgabe. Als er erneut scheitert, verliert er sofort jegliches Interesse an den Aufgaben. Es scheint ihm egal zu sein, welche er übernimmt, und es interessiert ihn nur noch wenig, ob er erfolgreich ist oder nicht. Stattdessen beginnt er von seinem Zuhause zu träumen. Er spricht von Maiskolben-

herauszukommen“. Es wird daher in den stark positiven Bereich eingeordnet. Jeder Erfolg bringt ihn diesem vorrangigen Ziel näher, da er glaubt, dass der Erfolg bei der Aufgabe die Eignung zum Verlassen der Einrichtung darstellt. Jeder Misserfolg vergrößert die Distanz zwischen ihm und seinem Ziel. Bei anhaltendem Misserfolg nimmt die experimentelle Situation daher den Charakter einer Barriere an und wird negativ. Der Proband verlässt dann die unangenehme Realitätsebene und flieht in den Bereich der Irrealität des „An-sein-Zuhause-Denkens“. Es ist offensichtlich, dass dies das irreal Korrelat zum realen Bereich „Entlassung aus dem Krankenhaus“ ist. Die Versuchssituation, die Teil des realen Bereichs war, ist jedoch

keineswegs Teil des irrationalen Bereichs. Aus diesem Grund verliert der Proband das Interesse an den Aufgaben und entwickelt kein AN.

Im Labyrinth-Experiment ist die Situation etwas anders. Der Erfolg bei den schweren Labyrinthen wird wieder als Weg zum Verlassen des Krankenhauses angesehen. Als der Proband jedoch scheitert, drückt er Bedauern und Unzufriedenheit aus, wählt aber weiterhin immer schwierigere Labyrinthe, bis er alle verfügbaren Aufgaben erledigt hat. Er tut dies offenbar ohne jeglichen Konflikt und sagt auch der Versuchsleiterin, dass er alle Aufgaben unabhängig von Erfolg oder Misserfolg ausführen würde. Auch hier folgt er nicht den AN-Gesetzen. Tatsächlich kann man nicht sagen, dass seine Entscheidungen ein momentanes AN darstellen, da er nicht das Ziel hat, jede einzelne Aufgabe erfolgreich zu bewältigen, sondern „alle Labyrinthe zu absolvieren“.

Aus topologischer Sicht zeigt sich eine Situation, die sich deutlich von der im Steckbrett-Experiment unterscheidet. Zunächst will der Proband sein Ziel „aus dem Krankenhaus entlassen zu werden“ erreichen, indem er die Aufgaben erfolgreich absolviert. Als ihm dies jedoch nicht gelingt, scheint ihm der Weg zum Zielbereich dennoch nicht vollständig versperrt zu sein. Wenn er die Aufgaben schon nicht erfolgreich bewältigen kann, kann er zumindest seinen guten Willen zeigen, indem er sie alle ausführt und damit seine Bereitschaft betont, jede ihm angebotene Arbeit zu übernehmen. „Ich gebe bei meiner Arbeit nie auf.“ Der Erfolg bei den Aufgaben ist also nur eines von zwei möglichen Mitteln, um sein Ziel zu erreichen. Dies ermöglicht es dem Probanden, die Aufgaben auszuführen, ohne ein AN für sie zu

entwickeln, und dennoch auf der Ebene der Realität zu bleiben.

Aus der obigen Analyse sowie aus vielen anderen Fällen schließen wir, dass ein AN in Bezug auf ein Mittel zum Zweck nur unter den folgenden Bedingungen gebildet wird: wenn der Erfolg bei den Aufgaben das einzige Mittel zum Erreichen eines bestimmten Ziels ist und wenn der Erfolg bei den verschiedenen Schwierigkeitsstufen ein Maß für die Schritte auf dem Weg zu diesem Ziel ist, sodass der Erfolg auf einer höheren Schwierigkeitsstufe einem größeren Schritt in Richtung des Ziels entspricht.

Unterschiede zwischen motorisch verzögerten und entscheidungsverzögerten Probanden

Um die Natur von Erleben und Verhalten der motorisch verzögerten und entscheidungsverzögerten Probanden möglichst gut zu verstehen, untersuchten wir die Umstände des Ausbruchs und des Verlaufs der Erkrankung bei allen unseren Probanden. Wir stellten fest, dass sich bei unseren drei Fällen von Entscheidungsverzögerung die Depression als Reaktion auf einen ganz bestimmten Konflikt in der Umgebung entwickelt hatte. Der Fall von Probandin 52 ist ein hervorragendes Beispiel dafür. Dieses Mädchen entwickelte eine schwere Depression, als es die Entscheidung zu treffen hatte, entweder einen Mann zu heiraten, den es nicht mochte, oder allein ein uneheliches Kind aufzuziehen. Mehr als vier Monate lang war sie krank, erholte sich jedoch nach der Nachricht vom Tod ihres Babys innerhalb von drei Wochen vollständig. Wir sehen dies als schlüssigen Beweis dafür, dass ihre Krankheit in Zusammenhang mit der schwierigen

Konfliktsituation stand, in der sie sich befand, denn sie erholte sich, sobald der Tod des Babys sie von der Notwendigkeit befreite, sich zwischen zwei äußerst unangenehmen Dingen zu entscheiden.

Nicht alle unsere Fälle sind so eindeutig, und im Folgenden geben wir einige weitere Beispiele für Konfliktsituationen, die mit dem Einsetzen einer Entscheidungsverzögerung einhergehen.

1. Eine 34-jährige katholische Frau, die einen Mann anderen Glaubens geliebt hatte und ein Kind von ihm hatte, wurde von ihrer Familie gezwungen, einen katholischen Mann zu heiraten. Sie entwickelte eine Depression, kurz nachdem ihr Mann seine Religion gewechselt hatte und der Kirche beigetreten war, der ihr ehemaliger Liebhaber angehörte. In psychiatrischen Gesprächen erklärte sie, dass sie das Gefühl habe, ihr Opfer sei umsonst gewesen; wenn es für ihren Mann in Ordnung gewesen sei, seinen Glauben zu wechseln, dann wäre es auch für sie in Ordnung gewesen, dasselbe zu tun und den Mann zu heiraten, den sie eigentlich wollte.

2. Ein 21-jähriger verheirateter Mann wurde in eine verantwortungsvollere Position befördert. Kurz vor Ausbruch der Krankheit wurde das Geschäft, in dem er arbeitete, ausgeraubt. Unmittelbar danach wurde der Patient zunächst weniger leistungsfähig und später arbeitsunfähig. Er litt nämlich unter extremer Unentschlossenheit, die so weit ging, dass er fünf Minuten brauchte, um eine einfache Frage zu beantworten. Er war auch absolut unfähig, zu entscheiden, was er essen, welche Kleidung er tragen sollte usw. In psychiatrischen Gesprächen unter dem Einfluss von Natriumamytal berichtete der Patient, dass er als junger Mann selbst Geld aus einem Geschäft gestohlen hatte. Er war nie gefasst wor-

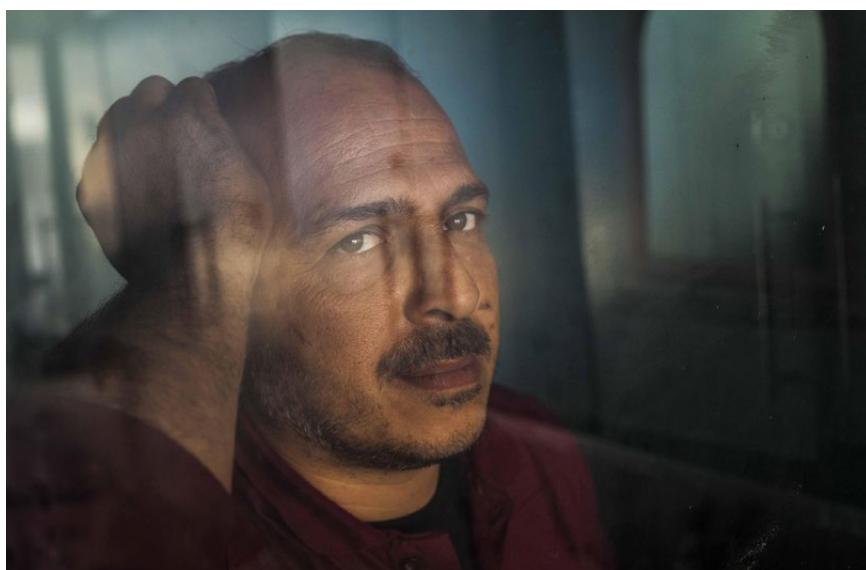
den, aber nun hatte er Angst, dass seine Vorgesetzten davon erfahren und ihn entlassen würden. Der Patient erholte sich sehr plötzlich, von einem Tag auf den anderen, als er für einen Tag seinen Spitalsaufenthalt unterbrechen und seine Frau besuchen durfte.

3. Eine 60-jährige verheiratete Frau entwickelte eine Entscheidungsverzögerung, nachdem innerhalb von drei Wochen die folgenden drei Dinge passiert waren: Ihr Lieblingsbruder beging Selbstmord, ihre Mutter starb unerwartet, und eine Schwester verklagte die Patientin mit der Behauptung, sie habe vor der Versteigerung, die allen Geschwistern zugute kommen sollte, einige Gegenstände ihrer Mutter gestohlen.

Wie aus diesen Beispielen hervorgeht, war die zur Depression führende schwierige Situation nicht immer die Notwendigkeit, eine Entscheidung zu treffen. Extreme Schuldgefühle (wie in Fall 2) oder Reue (wie in Fall 1) oder einfach die Anhäufung von belastenden Ereignissen (wie in Fall 3) können die Krankheit ebenfalls auslösen. In der Vorgeschichte unserer Patienten mit motorischer Verzögerung hingegen wurden keine solchen schwierigen Situationen festgestellt.

Um herauszufinden, ob es sich hierbei lediglich um einen Zufall handelt oder ob wir es mit einem echten Unterschied zu tun haben, haben wir uns zwanzig Fälle von manisch-depressiven Depressionen detailliert angesehen, die nach dem Zufallsprinzip aus einer Liste aller manisch-depressiven Patienten ausgewählt wurden, die 1936 in das Iowa Psychopathic Hospital aufgenommen worden waren. Wir verwendeten nur Aufzeichnungen, die detailliert genug waren, um eine Einteilung in die fünf Arten von Depressionen zu ermöglichen, die wir in unserer Analyse verwendet haben. Zwar ist die

Anzahl der einbezogenen Probanden zu gering und die Methode zur Bestimmung der Art der Verzögerung zu grob, um eindeutige Schlussfolgerungen zuzulassen, aber die Tatsache, dass selbst in einer so kleinen Zufallsstichprobe das Vorhandensein von Umweltkonflikten so eindeutig mit einer bestimmten Art von Retardierung korreliert, deutet stark auf einen kausalen Zusammenhang zwischen diesen Faktoren hin.



Fotocredit: © pixabay - Talipozer

Es könnte interessant sein, die Umstände zu skizzieren, unter denen sich einige der typischen motorischen Entwicklungsverzögerungen entwickelt haben. Proband 31 entwickelte beispielsweise seine erste Depression nach einem Anfall von Grippe und seine zweite Depression zehn Jahre später nach einem leichten Hitzeschlag. Ein anderer Proband entwickelte ganz allmählich eine motorische Verlangsamung, nachdem eine Person, bei der der Verdacht auf Tuberkulose bestand, aus seiner Kaffeetasche getrunken hatte.

Motorische Verlangsamungen treten natürlich nicht nur bei manisch-depressiven Psychosen auf, sondern auch bei verschiedenen anderen psychischen Störungen,

insbesondere bei katatonen Schizophrenie und bei Erwachsenen nach einer Enzephalitis.

Wenn unsere Eindrücke hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem Vorhandensein oder Fehlen von Umweltkonflikten und der Art der Verlangsamung richtig sind, können wir sagen, dass die Entscheidungsverlangsamung psychoneurotischen Mechanismen zur

Bewältigung schwieriger Lebenssituationen zu ähneln scheint, während die motorische Verlangsamung eher einer organischen Erkrankung nahekommt.

Unsere Ergebnisse in Bezug auf einige Theorien zur manisch-depressiven Psychose

Unsere Studie zielte nicht auf die Entwicklung einer Theorie zur manisch-depressiven Psychose ab sondern lediglich darauf, das Wesen der beiden Extreme von Gemütszuständen in einer bestimmten Situation zu vergleichen. Allerdings würde die Übernahme einer der in Teil 1 skizzierten Theorien ein bestimmtes Verhalten unserer Probanden in der AN-Situation erwarten lassen.

Wenn **MacDougalls** Theorie über die Vorherrschaft selbstbehauptender Tendenzen im manischen Zustand und unterwürfiger Tendenzen im depressiven Zustand richtig wäre, müssten wir bei extremer Euphorie und Depression nur sehr wenige Konflikte bei Entscheidungen erwarten, da die den dominanten Tendenzen entgegengesetzten Tendenzen überhaupt nicht aktiv würden. Tatsächlich haben wir je-

sprechen kaum einer Hochstimmung angesichts des Erreichens eines Ziels. Darüber hinaus konnten wir in keinem unserer Fälle eine Situation finden, die einer Wunscherfüllung oder der Erfüllung eines Wunsches entsprechen würde, mit dem Schuldgefühle verbunden waren, bevor sich die Psychose entwickelte. Wir haben stattdessen sowohl in manischen als auch in depressiven Krankengeschich-

die Realität" stimmt sehr gut mit den von uns beobachteten Verhaltensweisen überein. Sie trägt der Angst vor Verletzung Rechnung, der Notwendigkeit ständiger Aktivität in dem Bestreben, der Unzufriedenheit zu „entfliehen“, die in jedem Umfeld herrscht, in dem sich der Patient gerade befindet. Sie berücksichtigt zugleich auch die Euphorie dieser Menschen, die anfangs sehr hohe Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten, die nach der ersten Begegnung mit einem Misserfolg auf ein sehr niedriges Niveau sinkt.

Anlage der Studie und ihre Ergebnisse

Verschiebungen des Anspruchsniveaus unter dem Einfluss von Erfolg und Misserfolg wurden bei 6 Probanden in manischer, 2 in depressiver und 38 in normaler (unbeeinträchtigter) Verfassung gemessen. In einer der Versuchssituationen wählten die Probanden aus einer Reihe von Papier- und Bleistift-Labyrinthen, die nach Schwierigkeitsgrad geordnet waren. In der anderen Versuchsanordnung verwendeten wir zwölf Stecktafeln, die nach Größe gestaffelt waren, und die Probanden mussten bei verschiedenen Arten von Aufgaben unterschiedliche Grade von Erfolg und Misserfolg erleben. Die Wahl einer Aufgabe auf einem bestimmten Schwierigkeitsniveau durch den Probanden wurde als sein momentaner AN angesehen.

Es wurde festgestellt, dass erhebliche Unterschiede im Verhalten während des Experiments mit dem jeweiligen Zustand der Person zusammenhingen. Hypomanische Probanden gingen frei in die Versuchssituation hinein, hatten ein hohes anfängliches



Fotocredit: © unsplash - Carlos N Cuatzo Meza

doch festgestellt, dass das Ausmaß und die Schwere von Konflikten von ganz anderen Faktoren abhängen.

Auch die von **Henderson und Gillespie** aufgestellte Theorie, dass der manische Zustand die Erfüllung eines lange unterdrückten Wunsches sei und die Depression entstehe, wenn mit dem Wunsch starke Schuldgefühle verbunden sind, stimmt nicht mit unseren Beobachtungen überein. Sowohl quantitativ als auch qualitativ haben wir festgestellt, dass manische Patienten enorme Angst vor Misserfolgen haben und alles tun, um solche zu vermeiden. Dies und auch die bei Manikern so häufig anzutreffende Angst und Kampfbereitschaft ent-

ten Situationen der Frustration, übermäßigen Belastung durch die Umwelt und spezifische Konflikte festgestellt.

Wir sehen uns auch nicht in der Lage, die **psychoanalytische Theorie** der manisch-depressiven Psychosen unter dem Gesichtspunkt einer libidinösen Regression auf unsere Studie zu übertragen, da wir bei manisch-depressiven Patienten kein Verhalten beobachtet haben, das als Hinweis auf eine Regression in das orale oder anale Stadium der libidinösen Entwicklung gewertet werden könnte.

William A. Whites Beschreibung der manischen Phase als „Flucht in

AN, waren jedoch sehr labil in der Verschiebung ihres AN in beide Richtungen. Sie schienen sowohl gegenüber Erfolg als auch gegenüber Misserfolg ungewöhnlich empfindlich zu sein. Manische Probanden waren oft zu ablenkbar, um eine Zielvorstellung aufrechtzuerhalten; manchmal weigerten sie sich aus Angst vor Misserfolg, die Aufgaben zu versuchen. Ihr AN war labil, aber in der Regel niedrig, außer bei der ersten Wahl.

Es wurde festgestellt, dass die verschiedenen Zustände, die in psychiatrischen Diagnosen üblicherweise als manisch-depressive Psychose, depressiver Typ, zusammengefasst werden, psychologisch sehr unterschiedlichen Zuständen entsprechen. Verzögerung, eines der Hauptsymptome der Depression, kann zwei Formen annehmen: (1) motorische Verzögerung, die in der Unfähigkeit besteht, motorische Funktionen mit normaler Geschwindigkeit auszuführen, und (2) Entscheidungsverzögerung, die in einer ausgeprägten Schwierigkeit besteht, zu einer Entscheidung zu gelangen, ohne dass dies mit einer entsprechenden Verlangsamung bei der Ausführung der einmal getroffenen Entscheidung einhergeht. Auf der Grundlage unserer qualitativen Beobachtungen wurden die depressiven Probanden in fünf Gruppen eingeteilt: (1) entscheidungsverzögert, (2) entscheidungsverzögert

bei wichtigen Entscheidungen, (3) entscheidungs- und motorisch verzögert, (4) motorisch verzögert und (5) nicht verzögert. Quantitative Messungen der Entscheidungsgeschwindigkeit und der Bewegungsgeschwindigkeit bestätigten diese qualitative Unterscheidung in hohem Maße. Eine Untersuchung der Umstände, die zum Ausbruch der Krankheit führten, und des Krankheitsverlaufs ergab einen ausgeprägten Unterschied zwischen der Gruppe mit motorischer Verzögerung und der Gruppe mit Entscheidungsverzögerung: Die Entscheidungsverzögerung entwickelte sich in fast allen Fällen im Zusammenhang mit einem für die Person zentralen Konflikt mit seiner Umwelt, während in der Vorgeschichte unserer Probanden mit motorischer Verzögerung keine solchen Konflikte mit der Umwelt zu finden waren.

Das Verhalten der Probanden in der AN-Situation hing auch davon ab, welche Bedeutung die Experimentalsituation für sie hatte. Drei wichtige Fälle, nämlich das Experiment als angenehmes Feld, als unangenehmes Feld und als Mittel zum Zweck wurden ausführlich diskutiert.

Beim Vergleich der Manischen mit den Depressiven als Gesamtgruppe (unter Vernachlässigung der verschiedenen Arten der Verzögerung) zeigte sich, dass die Manischen eine größere Mobi-

lität des AN und eine kürzere Entscheidungsdauer aufwiesen. Sie reagieren empfindlicher auf Erfolg und Misserfolg, insbesondere auf Misserfolg, indem sich die Wirkung von Erfolg und Misserfolg direkter in ihrem gezeigten Verhalten und in den Verschiebungen ihres AN widerspiegelt. Die Depressiven mögen gleichermaßen von Erfolg oder Misserfolg beeinflusst sein, aber ihre Entscheidungen scheinen in hohem Maße von Faktoren wie Pflichtgefühl und akzeptierten sozialen Normen (was eine Person „tun sollte“) abzuhängen und sind daher weniger direkt von der Erfahrung von Erfolg und Misserfolg bei den Aufgaben abhängig.

Die Dauer der Entscheidung als Index für die Schwere des Konflikts wurde durch die Tatsache bestätigt, dass für alle Probanden-Gruppen die Entscheidungsdauer bei Entscheidungen, bei denen Schwankungen beobachtet wurden, viel länger war als die Dauer der Entscheidung bei Entscheidungen ohne Schwankungen. Unter den verschiedenen Arten von Verzögerungen waren alle Anzeichen für das Vorliegen eines Konflikts bei den entscheidungsverzögerten Probanden am ausgeprägtesten und bei den motorisch verzögerten am wenigsten ausgeprägt. Die nicht verzögerten depressiven Personen näherten sich der normalen Reaktion stärker als alle anderen Gruppen.

Literatur:

- Henderson & Gillspie (1932): *A Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press.
 Johnson, Winifred Bent (1937/1938): Euphoric and Depressed Moods in Normal Subjects. *Character and Personality*, 1937/6 and 1938/3.
 Karsten, Anitra (1928): Psychische Sättigung. *Psychologische Forschung*, 10, 142–254.
 Lewin, Kurt (1936/1969): *Principles of Topological Psychology*. McGraw Hill. Deutsch 1969: *Grundzüge der topologischen Psychologie*.

- Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber
 Barker, Roger; Dembo, Tamara & Kurt Lewin (1941): *Frustration and regression: An experiment with young children*. University of Iowa Press. <https://doi.org/10.1037/11387-000>
 Lewin, Kurt (1938): *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1037/13613-000>
 MacDougall, William (1926): *Outline of Abnor-*

- mal Psychology*. Scribner's Sons.
 Schilder, Paul (1928): *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*. Nervous and Mental Disease Publishing Company. Stemberger, Gerhard (2010): Dynamische Eigenheiten einer depressiven Symptomatik. *Gestalt Theory*, 32(4), 343–374. <https://www.academia.edu/4234863/>
 White, William A. (1929): *Outline of Psychiatry*. Nervous and Mental Disease Publishing Company.