

Einige Ergebnisse aus meiner psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis und einige Vorschläge zu der Haltung, die der Therapeut dem Patienten gegenüber meines Erachtens einzunehmen hat

YAMANAKA Yasuhiro

1. *Meine Ansichten und Grundhaltungen in Hinblick auf die Psychiatrie*

Ich habe vor ca. 30 Jahren mit psychiatrischen Behandlungen begonnen. Was mir im Laufe meiner Forschung besonders aufgefallen ist, ist die einseitige Betrachtungsweise der bisherigen Psychiatrie wie sie zweifellos in der biologischen Psychiatrie, aber auch in der Psychopathologie anzutreffen ist. Unter "einseitigkeit" verstehe ich, daß um der Genauigkeit und der Wissenschaftlichkeit willen, die Blickrichtung meistens vom Beobachtenden (Therapeut) zum Beobachteten (Patient) verlief. Ich bin mir natürlich bewußt, daß es sehr wohl fortschrittliche Psychiater gab, die begonnen haben, *relatedness*, nämlich der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten oder Psychiatern, gewisse Bedeutung zuzuerkennen. Man denke zum Beispiel nur an den Begriff *Präcoxgefühl* bei RÜMUKE, *Übertragung* bei S. FREUD und C. G. JUNG, *participant observation* bei H. S. SULLIVAN oder an *mutuality* bei D. W. WINNICOTT und KOHUT. Ich erkenne auch durchaus an, daß dieses wenn auch geringe Wissen, das aus dieser Betrachtungsweise gewonnen werden konnte, immerhin dazu beigetragen haben, die Leiden von Geisteskranken und Neurotikern zu verstehen und zu lindern. Meiner Meinung nach muß man aber noch einen Schritt über dies *relatedness* hinaus gehen und danach fragen, wie die Psychiatrie vom Standpunkt des Patienten aussieht, was der Patient sich wünscht.

Ich komme zum Beispiel oft mit Patienten in Berührung, deren Ich extrem schwach entwickelt ist, die kaum über Selbstschutz verfügen und aufgrund eines pathogenen Reizes plötzlich in einen akuten psychotischen Zustand verfallen. In so einem Fall kann man natürlich wie bisher die Diagnose in den Mittelpunkt der Überlegungen stellen, die Untersuchung möglichst objektiv nach strengen diagnostischen Standards durchführen und sicherlich auch Symptome für Schizophrenie in den ungeordneten Äußerungen und im Handeln des Patienten ausmachen und so letztlich mit einiger Sicherheit "Schizophrenie" diagnostizieren. Ich frage mich jedoch, ob dies tatsächlich die einem Psychiater einzige zustehende Perspektive ist.

Ich persönlich nehme in solchen Fällen eine ganz andere Haltung gegenüber dem Patienten ein. Zunächst spreche ich den Patienten möglichst leise an, damit er sich entspannen kann. Während ich ihn weiter beobachte, warte ich darauf, daß er sich irgendwie verbal äußert. Erst wenn dies geschieht, strebe ich ausgehend von den Äußerungen des Patienten eine Stärkung seiner Fähigkeit zum sogenannten *reality testing* an und bemühe mich dabei, auf keinen Fall irgendeine Unsicherheit beim Patienten auszulösen. Solange der Patient sich nicht von selbst äußert, versuche ich, ihn nicht von meiner Seite mit Fragen zu überhäufen, sondern akzeptiere sein Schweigen. Zugleich bemühe ich mich, eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Patient sich erst einmal einfach sicher fühlen, ich aber seine innere Unsicherheit anhand von Blick, Mimik etc. erkennen kann. Um dies gewährleisten zu können, bleibe ich nach Möglichkeit bei ihm bis er sich entspannt hat. In einigen Fällen habe ich meinen Patienten sogar aktiv einen Krankenhausaufenthalt vorgeschlagen, um sie besser abschirmen zu können. Als Ergebnis derartiger Zurückhaltung seitens des Therapeuten konnte in einigen Fällen der Ausbruch der Krankheit vermieden werden und nach einiger Zeit kehrten die Patienten ins Alltagsleben zurück, ohne erkennbare Symptome zu zeigen. Prinzipiell spreche ich bei der ersten Behandlung nicht mit den Begleitern der Patienten, seien es Eltern, Vorgesetzte oder andere, sondern begrüße zuerst die Patienten selber und höre ihnen zu. Falls ich den Eindruck bekomme, daß ein Gespräch mit ihren Begleitern dennoch von Nöten ist, führe ich ein solches, vorausgesetzt, der Patient spricht sich selbst dafür aus.

Dieser Grundsatz kommt nicht nur bei tatsächlichen Fällen von psychischer Erkrankung, sondern auch bei eher alltäglichen Behandlungen, wie Fällen, die ich als *Abschottung (seclusion)* bezeichne, nämlich z. B. bei Kindern, die den Schulbesuch verweigern, zum tragen (darauf komme ich weiter unten noch einmal zurück). Mit dieser Haltung können wir den Patienten, die sich in einer extrem schwachen, extrem unsicheren Position befinden, zeigen, daß sie in uns zumindest einen "letzten Verbündeten" sehen können. Von außen betrachtet erscheint dies als eher trivial, eine geringfügige Zurückhaltung seitens des Therapeuten. Für den Patienten jedoch ist der Unterschied bedeutend. Durch diese Haltung des Therapeuten kann sich beim Patienten das Gefühl entwickeln, dem Therapeuten vielleicht doch vertrauen zu können, ein Gefühl, das er vielleicht zum Anlaß nimmt, sein hartnäckiges Schweigen zu brechen. Deshalb glaube ich, daß diese Haltung für Psychiater und Psychotherapeuten von größter Bedeutung ist. Dadurch können sich zwar die verschiedenen Symptome, mit denen wir konfrontiert werden, auf eine Weise verändern, die eine sogenannte "objektive Diagnose" unmöglich macht. Dies ist aber meines Erachtens zweitrangig.

Nun kann man natürlich auch die Meinung vertreten, daß eine solche, von Vorurteilen bzw. subjektiven Auslegungen des Therapeuten geprägte Vorgehensweise entschieden abzulehnen sei. Demgegenüber vertrete ich die Auffassung, der Therapeut solle im Sinne

einer Ausschließung von Vorurteilen und subjektiven Schlußfolgerungen ein oder zwei Psychometrien einschieben, die er selbst unter stabilen Bedingungen durchführen kann. Da die Kräfte der Patienten gerade bei der ersten Behandlung schnell erschöpft sind, habe ich selbst mit Vorliebe den *Baumtest* nach KOCH oder die *Landscape Montage Technique* nach NAKAI verwendet, um die Patienten nicht unnötig zu belasten. Derartige aktive Ausdrucksweisen ermöglichen eine objektive Korrektur unserer Diagnose, indem wir die im Unterbewußtsein verwurzelten Ausdrucksweisen, die sich nicht auf der Ebene der Symptome manifestieren, allein auf der Ebene des Bewußtseins, nach objektivem Urteil herauslesen können, während wir die Art des Ausdrucks zum Zeitpunkt seiner Genese verfolgen. Wenn die Therapeuten Schwierigkeiten beim Umgang mit Psychometrie haben, sollten sie diese besser kompetenten Experten überlassen. Ich selbst widme mich an meiner Universität fortwährend der Ausbildung von Psychologen, denen man beruhigt vertrauen kann.

2. *Einige Anmerkungen zum Autismus*

Wahrscheinlich wird sich die Mehrheit der verehrten Anwesenden eher mit Erwachsenen-, denn mit Kinderpsychiatrie befassen, dennoch möchte ich diese kostbare Gelegenheit wahrnehmen, um hier im Rückblick auf meine frühere Beschäftigung mit frühkindlichem Autismus nach L. KANNER einige Erfahrungen aus meiner Praxis in der Kinderpsychiatrie vorzustellen.

Wie Sie alle wissen, war ausgehend vom britischen Psychologen M. RUTTER eine Zeitlang die Auffassung vorherrschend, es handle sich beim Autismus um eine kognitive Störung, die eine organische Ursache vermuten lasse. Dieser Auffassung habe ich schon seit 1976 immer wieder vehement in dem Sinne widersprochen, daß — entsprechend meinen zuvor gemachten Ausführungen — auch bei der Herangehensweise an den Autismus eine bestimmte Perspektive und eine grundlegende Zurückhaltung gefordert ist. Ergebnisse einer Diagnose ohne derartige Vorkehrungen, wie objektiv sie auch immer erscheinen mögen, nützen dem autistischen Kind wenig, ja sie erscheinen mir sogar schädlich. Es ist höchst bedauerlich, daß bisher nur wenige bedeutsame Forschungsergebnisse zu derartigen Fragen der Perspektive bzw. Methodik vorliegen. Natürlich finden sich im Anschluß an meine Arbeit von 1976 hervorragende Arbeiten von TASTIN, und auf japanischer Seite von MURASE Yoshiko, ITÔ Ryôko sowie LI Toshiko, doch muß man leider sagen, daß auch sie noch nicht an den Kern des Problems vorgestoßen sind.

Was ich an dieser Stelle unbedingt unterstreichen möchte, ist folgendes : Beispielsweise ist das Symptom der *sameness* sicherlich ein Symptom des Autismus, das schnellstmöglich erfolgreiche Behandlung erfordert (die in Japan gebräuchliche Übersetzung für *sameness*, *dôitsusei hoji*, d. h. wörtlich "Bewahrung der Identität", widerspricht im übrigen der Bedeu-

tung des Begriffs, da solche Patienten ja noch über keine Identität verfügen). Doch bin ich zugleich auch der Meinung, daß es sich dabei um das grenzenlose und zwanghafte, aber vergebliche Bemühen der Patienten handelt, ihr zerbrechliches Ich zu schützen. Solange wir diese Erkrankung unter diesem Blickwinkel betrachten, werden wir unsere Patienten nicht wirklich verstehen können.

Weiterhin bezeichne ich dieses Symptom unter einem anderen Gesichtspunkt auch als *phobia of changing*. Der Wunsch der Patienten, ihre Umwelt dürfe sich um keinen Preis verändern, symbolisiert das unablässiger Wandlung unterworfenene, instabile Innenleben der Patienten und macht damit meines Erachtens letztlich auch ihre Verfassung ansatzweise erkennbar. Es sollte daher leicht nachzuvollziehen sein, daß wir in unserer Praxis unter anderem darauf achten müssen, daß die Patienten ihre eigenen, sicheren Identitäten aufbauen können. Es müssen daher Bedingungen geschaffen werden, unter denen sie nicht mehr als *false self*, nämlich im Autismus, sondern als *true self* leben können.

Dem als *lack of eye contact* bekannten Symptom liegt keine organische Schädigung des Gehirns zugrunde, sondern lediglich eine extreme Furcht davor, Andere könnten durch den Blickkontakt ins eigene Innere eindringen. Daß die Patienten bewußt oder unbewußt Blickkontakt vermeiden, rührt nicht von ihrem "Desinteresse an menschlichen Beziehungen", sondern ist in Wahrheit das Ergebnis ihrer Überempfindlichkeit im Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen.

Auch das als *spinning* bezeichnete Symptom, d. h. ihr Interesse für kreisende Bewegung und ihr Bestreben, Dinge in kreisende Bewegung zu versetzen, gehört natürlich auch zu den Symptomen des Autismus. Doch muß die Frage gestellt werden, warum sie auf diese Weise mit ihrer Umwelt interagieren. Meiner Ansicht nach drückt sich darin ihre Ablehnung des beständigen Wandels der Außenwelt aus: *spinning* bezeichnet zwar fortwährende Bewegung, doch das Zentrum der Bewegung bleibt fixiert.

Für den therapeutischen Ansatz erscheint mir die ernsthafte Auseinandersetzung mit dem unter einem panikartigen Zustand losbrechenden Sturm der Aggression die größte Chance zu bergen, einen ersten wichtigen Wendepunkt für einen Wandel herbeizuführen. Diese Aggression wirklich ernstzunehmen, bzw. noch viel mehr, sich als Therapeut den Schutz des durch die Aggression zum Vorschein kommenden, zerbrechlichen Ich zum Ziel zu setzen, erscheint mir von außerordentlicher Wichtigkeit. Wenn man von einer solchen Position aus die Auseinandersetzung mit dem Patienten kohärent gestaltet, kann es dazu kommen, daß der Patient aus der Schale des Autismus hervorschlüpft. Danach stellt sich dann das Problem der "Umerziehung" des nun völlig schutzlosen zerbrechlichen Ich. Eine Behandlung des Autismus, die diese grundlegenden Stufen nicht durchläuft, erscheint mir nicht erfolgversprechend.

3. *Einige Anmerkungen zu meiner Theorie der Abschottung (Theory of Seclusion)*

1978 habe ich unter dem Begriff *seclusive neurosis* ein neues Konzept der Neurose vorgestellt, das das im heutigen Japan besonders auffällige Phänomen der "Verweigerung des Schulbesuchs" in den Mittelpunkt stellt, aber auch die Apathie, wie sie der amerikanische Kollege WALTERS Jr. und der japanische Kollege KASAHARA für Studenten und Berufstätige dargestellt haben, mit einschließt.

Dieses neue Konzept unterscheidet sich ein wenig von der etablierten Kategorie der Neurose, indem er sich gewissermaßen mit dem der Hysterie verbindet: Er ist vor allem dadurch gekennzeichnet, daß die Patienten selbst den Konflikt, in dem sie stehen, überhaupt nicht erkennen können. Dabei ist kein besonderes Symptom erkennbar, abgesehen davon, daß die Patienten nicht zu Schule gehen können oder wollen. Erst wenn sie zum Schulbesuch gedrängt werden, kommt es vor, daß sie gegenüber ihrer Familie, insbesondere der Mutter gegenüber, gewalttätig werden. Davon abgesehen zeigen die Patienten in der frühen Phase der Erkrankung beim Schulbesuch Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen.

Ich persönlich betrachte dieses "Sich-zu-Hause-einschließen" nicht unbedingt als negativ, sondern vertrete vielmehr die Auffassung, daß dieser Zustand als *Abschottung (seclusion)* zu betrachten ist und, wie ein Insekt in der Phase des Sich-Einspinnens in einen Kokon bzw. der Verpuppung, bewußt geschützt werden muß. Ähnlich wie ich vorher schon im Zusammenhang mit dem Autismus ausgeführt habe (Autismus hierbei im Sinne eines wirklichen psychischen Erkrankung, *Abschottung (seclusion)* dagegen im Sinne einer Neurose), scheint mir auch hier das Behandlungsziel im Aufbau einer sicheren Identität zu liegen. Zur Beschreibung der grundlegenden Mentalität (*basic mentality*) der Patienten erscheinen mir folgende Kriterien geeignet: (1) ein vergrößertes Ego (selbstverständlich als Kompensation des bis dahin erreichten, zu gering erscheinenden Egos); (2) ein stark eingeschränktes Interessengebiet (ich selbst betrachte dies eher als einzigen Kommunikationskanal, um mit solchen Patienten aktiv in Beziehung treten zu können); (3) eine zwanghafte Mentalität; (4) eine Denkweise, die der eigenen Person Priorität zu verschaffen sucht (*ante festum*-Mentalität nach KIMURA Bin); (5) eine verwirrte geschlechtliche Identität (männliche Patienten vermeiden Konflikte — wie von KASAHARA beschrieben — und legen häufig eine mädchenhafte Sanftmut an den Tag, während Frauen amazonenhaft aktiv Auseinandersetzungen suchen).

Den Kernpunkt für das Verständnis dieses Krankheitsbildes sehe ich darin, daß die Patienten "so sehr mit ihrer Innenwelt (nämlich der Bündelung ihrer zerfaserten Identität und dem Aufbau eines sicheren Selbst) beschäftigt sind, daß die psychische Energie, die sie für die Außenwelt aufwenden können, auf ein Minimum beschränkt ist. Deshalb ist es ihnen nicht möglich, Dinge zu tun, die für andere Kinder selbstverständlich sind, wie z. B.

zur Schule zu gehen”.

Meinen Begriff der *Abschottung* (*seclusion*) habe ich in Analogie zur “Abschließung des Landes”, wie sie in der japanischen Geschichte von der Tokugawa-Administration (1603 – 1868) praktiziert wurde, konzipiert: Die Tokugawa-Administration stellte damals, abgesehen von Kontakten zu den Holländern auf der kleinen, künstlichen Insel Dejima bei Nagasaki, jegliche diplomatische Außenbeziehung und Außenhandel unter Verbot. Daher lag Japan zum Zeitpunkt der Öffnung des Landes 1868 in seiner Entwicklung zwar 100 Jahre hinter den westlichen Kolonialmächten zurück, erlebte andererseits jedoch in den 260 Jahren der Abgeschlossenheit im Inneren zwei kulturelle Blütezeiten-die Genroku-Ära (1688 – 1704) und die Bunka-Bunsei-Ära (1804 – 1830)-, in denen die japanische Identität in Gestalt von Teezeremonie, Ikebana, Holzschnittkunst, Kabuki, Haiku-Dichtung etc., auf die wir Japaner international stolz sein können, heranreifen konnte.

Gemäß dieser Analogie habe ich folgende Vorstellung entwickelt: Während sich die Kinder, die den Schulbesuch verweigern, innerlich einschließen (“Abschließung des Landes”), halten sie einen wenn auch engen Kommunikationskanal zur Außenwelt (“Dejima”) offen, versuchen, durch Umlenkung der psychischen Energie ins eigene Innere, eine eigene Identität (“eigenständige, japanische Kultur”) zu erlangen, und behalten diese Abschottung (“Abschließung des Landes”) solange bei, bis ein äußerer Reiz (“Öffnung des Landes auf militärischen Druck der USA”) sie zwingt, sich zu öffnen.

Bis sie so, indem sie durch den engen Kommunikationskanal ihrer beschränkten Interessen, sei es Angeln, Lesen von Geschichtsbüchern, Zeichentrickfilme oder Computer etc., wenn auch nur in geringem Maß mit ihrer Umwelt interagieren, die Basis ihrer Existenz gefestigt und schließlich eine Identität aufgebaut haben, muß der Therapeut sie geduldig begleiten. Was mir in diesem Zusammenhang in den vergangenen zehn Jahren besonders aufgefallen ist, ist die Tatsache, daß es immer schwieriger wird, den Kommunikationskanal, den ich in den meisten der bis dahin behandelten Fällen ausmachen konnte, zu entdecken, d. h. daß Fälle, in denen ein absolutes “Nichts” in den Vordergrund tritt, immer häufiger werden. Es liegt nahe, daß es sich hierbei um eine Parallelentwicklung zur ausweglos erscheinenden Situation der gegenwärtigen Gesellschaft, zur globalen und kosmischen Umweltverschmutzung, sowie zur Veränderung der Verhältnisse im Zusammenhang mit Erziehung und Kultur handelt. Es sei darauf hingewiesen, daß es sich hierbei um eines der dringend zu lösenden Probleme handelt, wenn wir das 21. Jahrhundert der nächsten Generation mit gutem Gewissen überlassen wollen.

4. Stellung und Bedeutung des Malens, des Sandspiels etc., d. h. allgemein bildlicher Darstellung im Bezug auf die Methodik der Behandlung

Im Rückblick auf die vergangenen 30 Jahre muß ich sagen, daß ich mich meinen Patienten

durchweg mittels des Malens, mittels des Sandspiels, Fotografien, Traumdeutung usw., mit einem Wort über die bildliche Darstellung als Behandlungsmethode genähert habe. Bei einigen dieser Methoden habe ich es zu einiger Fertigkeit gebracht und auch einige neue Methoden entwickelt.

Begonnen habe ich dabei mit dem Baumtest, wo ich u. a. auch das Möbius-Phänomen entdeckt habe. Zuvor hatte ich als Vorstufe das sog. funnel shaped apical opening beschrieben. Beides sind Anzeichen für schwach ausgeprägten Selbstschutz, und besonders das erstere ist ein wichtiger Indikator für die brüchige Abgrenzung des Ich (ego boundary), besonders bei Schizophrenie.

In der Folge habe ich dann sowohl bei Gruppentherapien als auch bei Einzelsitzungen das Malen und Zeichnen als Behandlungsmethode eingesetzt und dabei einer Reihe von Entdeckungen gemacht. Zum einen konnte ich zeigen, daß auch mit einem so begrenzten Mittel wie der Maltherapie sogar bei Patienten mit Schizophrenie ein systematischer Wandel herbeigeführt werden kann. Als davon abgeleitete, methodische Ausweitung habe ich danach die Collagetherapie und die *Mutual Scribble Story Making*-Therapie entwickelt (1984) und weltweit erstmalig eine Therapie mittels Fotografien (1977, Verona) vorgeschlagen.

Weiterhin habe ich 1971 mit der Einführung des Sandspiels nach D. M. KALFF (1966) in die Psychiatrie begonnen und mich für seine Verbreitung eingesetzt (die japanische Übersetzung des deutschen Originals von *Sandspiel*, Publikation eigener Arbeiten zu diesem Thema, die Gründung einer wissenschaftlichen Gesellschaft, Herausgebertätigkeit und seit 1996 Vorsitzender dieser gesellschaft). Außerdem habe ich mich parallel dazu der Verbreitung und Weiterentwicklung der *Landscape Montage Technique* nach NAKAI (1969) gewidmet und dabei eine Reihe von Indikatoren entdeckt, wie die Phänomene des "senkrechtgestellten Flusses", des "Flusses ohne gegenüberliegendes Ufer" und der "Verwechslung von Weg und Fluß" und auch bei der Veröffentlichung zweier Publikationen mitgewirkt. Schließlich habe ich mich auch mit Lyriktherapie und deren Praxis befaßt und meine Erfahrungen mit der Anwendung diese Therapie bei Senioren in einer Publikation mit dem Titel *Seelenkunde [Soulology] des Alterns (Oi no sourorogii)* vorgestellt.

Es hat den Anschein, daß sich mein psychiatrischer Tätigkeitsbereich so allmählich in vielerlei Richtungen ausgeweitet habe, doch läßt sich alles, womit ich mich bis jetzt auseinandergesetzt habe unter dem Oberbegriff "bildliche Darstellung" zusammenfassen. In meiner 30 jährigen Praxis habe ich bewiesen, daß gerade die "Bilderwelt" als Brücke zwischen Psyche und Körper bzw. Überbrückung der Trennung psychischer von physischen Symptomen als Königsweg zur Überwindung psychischer Erkrankungen, Neurosen und psychosomatischer Erkrankungen zu bezeichnen ist. So war die Verleihung des Ernst-Kris-Preises 1995 durch die Société Internationale de Psychopathologie de l'Éxpression anläßlich ihrer 14. Vollversammlung an der Harvard University in Boston für

mich eine unerwartete Freude.

Man kann davon ausgehen, daß gerade die Herangehensweise über die Bilderwelt neue Heilungschancen für psychische und eine Vielzahl psychosomatischer Erkrankungen eröffnet.

5. Zusammenfassung

Da meine Redezeit fast erschöpft ist, möchte ich an dieser Stelle das bisher Gesagte noch einmal kurz zusammenfassen.

1. Die herkömmliche Psychiatrie hat die Bedeutung der Beziehung zwischen Patient und Therapeut zugunsten einer Überbetonung von Objektivität und Präzision der Diagnose vernachlässigt. Ein Perspektivwechsel erscheint mir hier dringend erforderlich. Man sollte sogar noch einen Schritt weiter gehen und die Wünsche der Patienten und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in die eigene Betrachtungsweise einbeziehen.

2. Bei der Behandlung des Autismus wird derzeit überwiegend die Verhaltenstherapie angewendet, doch ich glaube, daß diese oder ähnliche Methoden zur Heilung dieser Erkrankung nicht angemessen ist, und noch zu viele Bereiche des Krankheitsbildes im dunkeln liegen. Mir scheint, daß sich erst nach einer Veränderung des Blickwinkels ein grundsätzlich neues Verständnis und neue Chancen für die Heilung dieser Erkrankung ergeben werden.

3. Ferner habe ich meine Meinung zu dem im heutigen Japan immer mehr ansteigenden Phänomen der Verweigerung des Schulbesuchs dargelegt. Ich glaube gezeigt zu haben, daß sich durch die Analogie mit der "Abschließung des Landes" aus der japanischen Geschichte nicht nur ein besseres Verständnis der Erkrankung, sondern auch ein neuer therapeutisch-methodologischer Ansatz ergibt.

4. In meiner 30 jährigen Praxis habe ich beständig versucht, auf die Bilderwelt als Brücke zwischen Körper und Geist einzuwirken, da ich glaube, daß genau hier der Ansatz zu finden ist, der die Patienten aus ihrer psychischen oder psychosomatischen Isolation zu befreien vermag.

Anmerkung:

Der vorliegende Aufsatz wurde anlässlich des "Japanisch-Deutschen Symposiums zum 50 jährigen Bestehen der psychiatrischen Abteilung der medizinischen Fakultät der Universität Nagoya", am 29. Juni 1996 im Hörsaal A des 10. OG des neuen Institutsgebäudes der medizinischen Fakultät der Universität Nagoya nach folgendem einleitenden Grußwort als Vortrag gehalten.

Sehr geehrter Herr Professor Hamanaka,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich beglückwünsche den Fachbereich Psychiatrie der städtischen Universität Nagoya herzlich zum 50 jährigen Bestehen und fühle mich sehr geehrt, daß ich als Absolvent dieses Fachbereichs unserer Alma Mater als einer der vier Podiumsteilnehmer aus Japan und Deutschland zu diesem Symposium eingeladen worden bin.

Vor kurzem hat der Veranstalter dieses Symposiums, Prof. Dr. HAMANAKA Yoshihiko mir die Manuskripte der Vorträge meiner Kollegen Prof. Dr. MÖLER von der Universität München zum Thema "Methodologische Fragen der Psychiatrie/Psychiatrie als empirische Wissenschaft" und Herrn Doz. Dr. med. SPITZER von der Universität Heidelberg zum Thema "Psychopathologische Grundlagenforschung in der Psychiatrie" zugesandt. Da beide Herren grundlegende, methodologische und empirische psychopathologische Probleme diskutieren und auch ich mich seit langem intensiv mit dieser Thematik auseinandergesetzt habe, würde ich Ihnen, meine Damen und Herren, heute gerne einige Ergebnisse aus meiner psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Praxis vorstellen. Ich hoffe, daß ich mit diesen Ansätzen zu unserer späteren Diskussion beitragen kann.

Danksagung

Bei der Übersetzung dieses Manuskriptes ins Deutsche haben Herr HARADA Takeo, Angehöriger der Japanischen Botschaft in Bonn, und Herr Peter HARTMANN, derz. Gastwissenschaftler an der Ritsumeikan Universität, Kyôto, und seine Frau, Hilke HARTMANN, wertvolle Hilfe geleistet, für die ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken möchte.

Literaturverzeichnis

- 1) RÜMKE, H. C.: "Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien". *Nervenarzt*, 29, 49 - 53, 1958.
- 2) RÜMKE, H. C.: "Het kernsymptoom der scizophrenie en het 'praecoxgevoel'". *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneskunde*, 81ste Jaargang, 4516 - 4521, 1941.
- 3) NAKAI, H.: "Ryumuke to purekokkusgefuyûru (Das Präcoxgefühl bei Rümuke)". *Kikan seishin-ryôhô*, 3 (1), 1977.
- 4) FREUD, S.: "Zur Dynamik der Übertragung". *G. W.* VIII, 363 - 374, (1912) 1940.
- 5) JUNG, C. G.: *Die Psychologie der Übertragung*. Zürich, Rascher Verlag, 1946.
- 6) WINNICOTT, D. W.: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press, 1965.
- 7) SULLIVAN, H. S.: *Conceptions of Modern Psychiatry*. William Alanson White Psychiatric Foundation (1940); New York, Norton, 1953.
- 8) YAMANAKA, Y.: "Sôki yôji jiheishô no seishin ryôhô chiryô-ron (Die therapeutische Theorie des frühkindlichen Autismus)". In: Kasahara (Hg.). *Bunretsubyô no seishinbyôri (Die Psychop-*

- athologie der Schizophrenie*). Tôkyô, Tôkyô daigaku shuppankai, 1976.
- 9) YAMANAKA, Y.: "Shishunki naihei (Juvenile Seclusion)". In : Nakai, Yamanaka (Hg.). *Shishunki no seishinbyôri to chiriyô (Die Psychopathologie und Therapie der Pubertät)*. Tôkyô, Iwasaki gakujutsu shuppansha, 1978.
 - 10) YAMANAKA, Y.: "On the Collage-Renk Therapy in a Group of Schizophrenics". *The 14 th International Congress of Psychopathology of Expression and Art Therapy*, Kyôto, 1994.
 - 11) YAMANAKA, Y.: "Crisis and Creativity from the Viewpoint of my own History with Art Therapy". *'94 International Symposium on Psychopathology of Expression and Workshop for Art Therapy*. The Korean Association for Clinical Art, Seoul, 1994.