

Diese Arbeit entstand in meiner Berliner Klinik und fußt auf den dortigen Erfahrungen, in den siebziger Jahren. Wegen der Wirren um den Fortbestand der Klinik habe ich diese Arbeit aus den Augen verloren und erst vor kurzer Zeit in meinen Unterlagen in Form eines Schreibmaschinenmanuskripts wiederentdeckt. Obwohl nicht mehr taufisch, erkennbar an Diktion und Literaturverzeichnis, möchte ich sie der Öffentlichkeit zugänglich machen. Die Rechtschreibung wurde nach dem Scannen angepasst.

Prof. Dr. Peter Ziese, im Jahr 2005

Berlin den 25. August 1978

### **Bedeutung der Arbeit im Bereich "soziale Rehabilitation" bei der stationären psychotherapeutischen Behandlung neurotisch gestörter Patienten.**

Im Folgenden werden uns die Begriffe Arbeit soziale Rehabilitation, analytisch orientierte stationäre Psychotherapie und ihre wechselseitige Einflussnahme beschäftigen. Im Kontext dieser Arbeit bedeutet soziale Rehabilitation Teilaspekt der psycho-sozialen Rehabilitation zur Erreichung einer psycho-sozialen Kompetenz.

Aus dem Gesamtkomplex der sozialen Rehabilitation, die Klärung der sozialen Situation, Erarbeitung von Alternativen sowohl im beruflichen als auch im kommunikativen Bereich umfasst, interessiert uns hier die Arbeitstherapie in der Klinik, ein Konstrukt, das den Sinn hat, die Patienten einer geregelten Tätigkeit zuzuführen. Es geht dabei um Formen der Arbeitstherapie, die vom setting, ihren Wirkungsmechanismen und Zielen ebenso wie der zu beobachtenden Wirkungen auf den einzelnen Patienten als auch die Gesamtpatientengruppe hinterfragt angewandt werden. Einerseits erfüllt die Arbeitstherapie einen Teil der Gesamtaufgabe "soziale Rehabilitation" und andererseits hat sie einen aktivierenden Anteil an der eigentlichen analytisch orientierten Psychotherapie. Gemeint ist hier mit dem Begriff der Arbeit das konkrete Tätigsein, wobei verschiedene Modelle praktikabel erscheinen. Die Notwendigkeit einer derartigen Einrichtung in der stationären Psychotherapie ist sinnfällig, wenn man sich mit der Behandlung chronifizierter Neurosen beschäftigt. Hier finden wir häufig in ganz ausgeprägter Weise nicht nur das Symptom der Arbeitsstörung in all seinen Variationen, sondern wir sehen auch Schwierigkeiten der Zeitstrukturierung, des Sicheinfügens und Anpassens, des emotionalen Spannungsbogens, so dass sich hier das Modell "Arbeit" anbietet, um einen übenden Effekt zu haben. Es ist jedoch nicht zur dieser übende Effekt dabei erstrebenswert, sondern vor allen Dingen der konfrontative. Konfrontativer Aspekt bedeutet, dass der Betreffende in der Zeit des stationären Aufenthaltes nicht in eine reine Versorgungssituation gerät, in der er auf die Oralität regredieren kann bzw. sich auf Grund seiner neurotischen Mechanismen gegen diese Impulse wehrt, sondern das heißt in diesem Zusammenhang Konfrontation mit seinem eigenen Verhalten, in einer zwar nicht der äußeren Realität entsprechenden aber doch realitätsähnlichen Situation, so dass das, was der Betreffende an emotionalem Erleben aus dieser spezifischen Situation mitbringt, von ihm in die Psychotherapie hineingetragen wird. Dadurch gewinnt die stationäre Psychotherapie, deren Hauptaufgabe das Deuten und Bearbeiten intrapsychischer Konflikte auf der Ebene der interpersonalen Konflikte als Zeichen von Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen ist, eine weitere Dimension. Auch die Konfrontation mit sich selbst und anderen im Umgang an realitätsähnlichen Situationen wie z.B. Arbeitsabläufen wird zu lebendigem bearbeitbarem Material.

Arbeiten bedeutet sich einverstanden erklären mit der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit, das beinhaltet nicht nur sich auseinandersetzen mit dem Material, das heißt zunächst einmal: Ich bin damit einverstanden, auf Anweisung eines anderen oder aber in Zusammenarbeit mit anderen

in einem geregelten Zeitablauf bestimmte Arbeitsabläufe zu absolvieren und auf diese Weise Dinge zu tun, die nicht primär lustbetont zu sein scheinen im Gegensatz zur Beschäftigungstherapie, wenn sie permissiv durchgeführt wird. Es bedeutet auch zwanghaftes Sicheinfügen und folgsames überfleißiges Arbeiten auf Anforderung. Hier nun erfolgt die Konfrontation an so verschiedenen Stellen, dass es sich schon lohnt, das im einzelnen genauer anzuschauen. So haben wir einmal auf der ganz oberflächlichen Ebene den Protest gegen ein geregeltes Leben in geregelten Bahnen, dahinter stehen ödipale Ängste, wir finden zwangsneurotische Trotz- und Unterwerfungsreaktionen, erkennen depressive Überforderungsreaktionen, und wir haben nicht selten auch präorale Störungen zu erwarten, die in der Konfrontation mit der Arbeit mobilisiert werden können. So führt die Arbeit zu einer Zuspitzung der interpersonellen Konfliktsituation im Hause letztlich über die Aktualisierung des intrapsychischen Konflikts. Damit haben wir durch eine Intensivierung des intrapsychischen Drucks und daraus resultierend des interpersonellen Konfliktgeschehens auf der Übertragungs-Gegenübertragungsebene bei sinnvoller Bearbeitung eine Therapieform vor uns, die es uns gestattet, chronifizierte Neurosen effizient zu behandeln.

Es sei daran erinnert, dass ein intrapsychischer Konflikt seine Wurzeln in einem sozialen Konflikt in der Familie unter Einschluss der gesellschaftlichen Einflussgrößen und der eigenen Triebhaftigkeit hat. Daraus resultieren spezifische Abwehrmaßnahmen, um den Konflikt unbewusst zu halten. Das wiederum bedeutet Änderungen des Verhaltens, Erlebens und Wahrnehmens. Die Abwehrmaßnahmen in der Neurose hindern Veränderung, da die realistische Wahrnehmung der eigenen Person und ihrer Bezogenheit zum sozialen Umfeld verhindert wird und eine Änderung eine Bedrohung des neurotischen Arrangements bedeuten würde mit der Folge des Auftretens massiver neurotischer Ängste.

Es ist unmöglich, alle Formen neurotischen Sozialverhaltens aufzuzählen, die sekundär Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nehmen. So sollen nur einige, die im stationären Bereich gehäuft auftreten, stellvertretend aufgezählt werden. Es finden sich unter anderen: Rivalisieren, Messen Ausstechen, Agieren Intrigieren, Vermeidung jeglicher Auseinandersetzung, Schüchternheit, Kontaktschwierigkeiten, Macht-Ohnmachtkämpfe Unterwerfung, Radfahrertum, Trotz, Jähzorn, Riesenansprüche, Angst, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu fordern, Passivität, extreme Ehrgeizhaltung Leistungsverweigerung, Tendenz, andere auszunutzen, Permissivität, mangelndes Durchstehvermögen, Selbstbeschädigungstendenzen feindselige Einstellung anderen Menschen gegenüber usw.

Es wird deutlich, dass fast alle intrapsychischen Konflikte zu Störungen im Bereich der Arbeit führen, gleichgültig ob es sich um ödipale, anale, orale oder präorale Konflikte handelt. Jede Form der Arbeitsstörung zeigt spezifische Besonderheiten, die mit dem Zentralkonflikt eng korrelieren.

Eine Einflussnahme auf spezifische Aspekte der Störung z.B. durch eine gezielte Arbeitstherapie, trifft somit den Zentralkonflikt mit den dazugehörigen Abwehrmaßnahmen. Das bedeutet eine Konfrontation im Bereich Arbeit aktualisiert je nach Art und Grad der Stärke unterschiedlich intensiv Abwehr und Konflikt. Hier nun liegt ein wesentlicher Ansatzpunkt für eine intensive stationäre analytisch orientierte durchgeführte Psychotherapie.

Wenngleich die Arbeitstherapie ihre Wirksamkeit in der stationären analytisch orientierten Psychotherapie nicht nur auf dem Bereich "Arbeit" entfaltet, sollen hier einige wesentliche Arbeitsstörungen, die damit ja in direktem Bezug zur Arbeitstherapie stehen, aufgezeigt werden. So gehören hierher einmal die Arbeitsverweigerung, die Unfähigkeit, die Arbeitsleistung zu begrenzen, die fehlende Übersicht über das zu leistende, die Unvertrautheit mit der Tätigkeit, sei es im Denken, sei es die körperliche Betätigung, sei es der Umgang mit den Material.

Weitere Phänomene sind ein mangelndes Durchstehvermögen sowie mangelnde Konzentration auf die Arbeit durch gedankliches Abgleiten in Tagträumereien oder Phantasien konflikthaften Inhalts sowie die Behinderung der Tätigkeit durch Zwangshandlungen. Diesen Phänomenen assoziiert sind solche der sozialen Kommunikation, die am Arbeitsplatz gefordert ist, sei es durch

pathologische Kommunikationsmuster, durch neurotische Ängste oder die Unfähigkeit, soziale Kontakte über einen längeren Zeitraum zu halten bis hin zu der Tatsache, dass bei bestimmten Arbeiten eine kommunikative Vereinzelnung stattfindet, die für bestimmte neurotisch Kranke noch bedrohlicher ist als für psychisch stabile Menschen. Erinnerung sei an andere sekundäre Behinderungen der Arbeitsfähigkeit, wie z.B. durch bestimmte Formen der Phobie oder psychosomatische Manifestationen im Zusammenhang mit der Arbeitssituation.

Der Begriff Arbeit umfasst ein höchstkomplexes Geschehen sowohl auf der phänomenologisch-deskriptiven Ebene als auch - und das soll hier besonders in den Blickpunkt geraten - aus der Sicht ihrer Wurzeln im Bereich der Entwicklung des Menschen, das heißt der Teilbereiche der psychosozialen Entwicklung, die beim erwachsenen Menschen das komplex zusammengesetzte Phänomen Arbeit erst ermöglichen.

Da bei der Arbeit viele psychische Funktionen nebeneinander und im Kontext gefordert sind und beim gesunden Erwachsenen eine Integration in der Gesamtpersönlichkeit erfahren haben, interessiert es nun unter Berücksichtigung der ontogenetischen Entwicklung jene Teil- und Einzelfunktionen im psychischen, psychosozialen als auch im motorischen Bereich zu betrachten, die im Laufe der Entwicklung ihren Beitrag zu der erwachsenen Fähigkeit leisten.

So sind schon ganz frühe Tendenzen bedeutsam für die weitere Entwicklung. Es beginnt wohl mit dem angeborenen Bedürfnis nach Aktivität, der Entstehung einer Vertrautheit mit der Welt, den Phänomenen des Greifens und Manipulierens ebenso wie des Angreifens, Laufenlernens, Ausgreifens, Machens, Tätigwerdens. Auch gehören hierher die Freude am eigenen Körper, die Funktionslust, die Entstehung des Wunsches nach Leistung und Stolz auf die Leistung, die Entfaltung kreativer Fähigkeiten ebenso wie die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls. Auch erwähnt werden muss das Denken als Probehandlungen mit kleinen Quantitäten psychischer Energie, das als lustvolles Geschehen erlebt werden kann.

All diese aufgezählten Entwicklungslinien und -schritte sind eng geknüpft an soziale Beziehungen, das heißt die emotionale Beziehung Mutter-Kind bzw. Eltern-Kind. Störungen im frühen sozialen Bezugssystem des Kindes führen entsprechend zu Entwicklungsstörungen auf einem oder mehreren Teilgebieten, die ihrerseits in der progressiven Entwicklung zum Erwachsenen wiederum Hinderungen bedeuten für ein ungestörtes Weiterentwickeln auch in anderen Teilbereichen. So wird hier die enge Verknüpfung zwischen Störungen im Bereich des emotionalen und sozialen Bezugssystems des Kindes und den daraus resultierenden Entwicklungsstörungen einerseits und den pathologischen Verhaltensweisen in der Erwachsenenwelt deutlich, die sich vorwiegend im sozialen Raum ablesen lassen.

Im Umgang mit der Arbeit werden aus diesem Grunde neben den sozialen Problemen im Hier und Jetzt auch die ehemals sozialen Probleme in der frühen Kindheit, die später internalisiert als intrapsychischer Konflikt ihre Wirksamkeit entfalten und durch eine neurotische Abwehr gegen das Bewusstsein abgesichert sind, konfrontativ erreicht.

Betrachten wir die verschiedenen Funktionen und die damit verbundene Entwicklung des Einzelindividuums, die für eine spätere ungestörte Arbeitsfähigkeit verantwortlich bzw. mitverantwortlich sind, ergeben sich die entsprechenden Störmöglichkeiten aus der familiären Situation des Einzelindividuums, wo durch entsprechende Fehlverhaltenweisen der Eltern Störungen in der Entwicklung des Kindes auftreten können. Wir finden bei unseren neurotischen Patienten häufig Störungen im Bereich der Zeitstrukturierung, einen verminderten emotionalen Spannungsbogen, die Reaktion nach dem Lust- Unlustprinzip sowie die Tendenz, aus der Realität in die Phantasiewelt zu flüchten. Erfolgserlebnisse sind weder im sozialen Bereich noch im Bereich der Arbeit wahrzunehmen, bedingt durch ein rigides Über-Ich mit erheblicher Diskrepanz zwischen erlebter Wirklichkeit und Ideal-Ich-Aspekten und die durch Ge- und Verbote erheblich eingeschränkte Genussfähigkeit. Die fast durchgängig anzutreffende Selbstwertproblematik macht sich ebenso bei der Arbeit wie in den übrigen Lebensbereichen bemerkbar. Es ist leicht einzusehen, dass über den beobachtenden und kontrollierten Umgang mit der Arbeit

konfrontierend spezifische Abwehrmaßnahmen und Konflikte aktualisiert und damit einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können. Das wäre in einer Klinik ohne Arbeitstherapie in dieser Form und Intensität nicht möglich. Schauen wir uns andererseits einmal jene Anteile der Arbeit an, die Befriedigung zu vermitteln in der Lage sind. Hier müssen wir in erster Linie an die weiter oben ausgeführten Entwicklungslinien anknüpfen und uns überlegen, wo, bei welchen Patienten Befriedigung möglich ist. Es gibt bei jedem neurotisch Kranken auch konfliktfreie Persönlichkeitsanteile, mit denen Erfolgserlebnisse durchaus möglich sind. Beim Gesunden ist ja die Arbeit, entsprechende Arbeit vorausgesetzt, befriedigende Selbstverwirklichung, Verantwortung für die für die Familie, stellt ein lustvolles Kämpfen um eigene Bedürfnisse dar und schafft nicht selten befriedigende Sozialkontakte. Anders jedoch bei Patienten mit einer chronifizierten neurotischen Entwicklung. Bei ihnen wird es zunächst darauf ankommen herauszufinden, wo keine Konfrontation mit dem intrapsychischen Konflikt zu erwarten ist. Mir treffen bei unseren Patienten fast regelmäßig konfliktfreie als auch scheinbar konfliktfreie Bereiche an, in denen sie tätig sein, unter Umständen sich auch Befriedigung verschaffen können.

Daraus ergeben sich unsere therapeutischen Möglichkeiten im klinischen Bereich. Wir haben hier zwei Ansatzpunkte im Umgang mit dem Patienten in der Arbeitstherapie: Einmal die Konfrontation und zum anderen das Vermitteln von Erfolgserlebnissen. Konfrontation bedeutet am Konflikt, und Erfolgserlebnisse zu verschaffen, mit konfliktfreien oder scheinbar konfliktfreien Persönlichkeitsanteilen zu arbeiten. Es ist leicht einzusehen, dass beide Möglichkeiten genutzt werden müssen. Einerseits dient die Konfrontation der Aktualisierung intrapsychischer Konflikte, damit der Schaffung genügend brisanten Materials, das einer psychotherapeutischen Aufarbeitung zugänglich gemacht werden kann. Gleichzeitig wird eine Umsetzung gewonnener Erkenntnisse noch während des psychotherapeutischen Geschehens möglich. Zum anderen vermittelt der Umgang mit konfliktfreien Anteilen Befriedigung, schafft einen Gegenpol zu dem regressionsfordernden konfrontativen Auftrag der Arbeit und hilft den Weg zur Realität finden. In diesem Zusammenhang stellen sich Fragen wie z.B.: Wann kann an den Patienten welche Forderung gestellt werden, wie viel Widerstand ist bearbeitbar, wie tief soll und kann der Regressionszustand sein, wie sieht es mit den Erfolgserlebnissen aus, wann treten sie auf, nur bei Teilschritten oder gelingt es Unlust zu ertragen bis am Ende sich der Erfolg einstellt. Es ist wichtig, dass eine intensive Kommunikation mit Feedback zwischen Psychotherapeuten und Arbeitstherapeuten stattfindet.

### **Soziale Betrachtungsweise des Kranken**

Beim neurotisch Kranken finden wir nicht nur intrapsychische, sondern daraus folgend selbstverständlich auch soziale Konflikte als Zeichen einer neurotischen Charakterdeformierung, von Abwehrhaltungen und Übertragungsreaktionen. Diese zeigen sich jedoch nicht nur in der eigenen Familie, sondern auch im weiteren Umfeld so auch am Arbeitsplatz. Der neurotisch Kranke hat auch eine pathogene Wirkung auf sein soziales Umfeld, das heißt auf Partner, Familie, die Kinder, den Arbeitsplatz als auch die engere Wohngegend. Wenn man von einigen spezifischen Neuroseformen absieht, die von Arbeitsstörungen begleitet sind, die den Betroffenen niemals die Arbeit versäumen lassen, sehen wir jedoch in der Mehrzahl der Fälle gehäuft Arbeitsausfälle, die Gefahr des sozialen Abstiegs, einerseits durch die Schwierigkeiten im Berufsleben, andererseits durch gestörte Sozialkontakte. Auch die Gefahr der Dissozialität ist nicht auszuschließen. Häufig bestehen Tendenzen zur Vereinsamung, Neigung zu parasuizidalen oder suizidalen Handlungen. Die soziale Bezugssetzung mit pathologischen Mustern führt zu einer pathologischen Partnerwahl und einem entsprechend gestörten Beziehungsgeflecht. Die Krankheit mit ihrer Beziehungsproblematik lässt auch gestörte soziale Wertnormen entstehen. Wir beobachten Ideologien, Verleugnungen, Projektionen wie auch Reaktionsbildungen passiver und aktiver Art, die wir in bestimmten gesellschaftlichen Strömungen oder Untergruppen wie z.B. Rockertum, Mitgliedschaft in Sekten, politischen Gruppierungen. Häufig sind auch pathologische Versorgungsansprüche. Besonders deutlich werden solche gestörten sozialen Wertnormen auch bei den Heroinabhängigen, die ja auch zu der Gruppe der chronifizierten neurotischen Entwicklungen gehören.

## **Soziologische Betrachtungsweise der Krankheit**

Nach soziologischer Definition ist die Krankheit ein Zustand, in dem das Individuum seine gesellschaftliche Leistung einstellt oder in Gefahr ist, sie einstellen zu müssen oder aber pathologische Leistungen erbringt. PARSONS (1958) arbeitete vier Aspekte der Rolle des Kranken in der Gesellschaft heraus. Der Kranke sei frei von den "normalen" sozialen Rollenverpflichtungen, von der Verantwortung für seinen Zustand. Er habe die Verpflichtung gesund zu werden und sei verpflichtet, fremde (z.B. ärztliche) Hilfe anzunehmen, da Krankheit mit Hilfsbedürftigkeit einhergehe. Für uns ergibt sich die Frage nach der Kausalität der Krankheit. Kommt in der Neurose dem intrapsychischen Konflikt das Primat zu, das bedeutet die biographisch-individuelle Sicht, bei der gerade noch familiäre Einflüsse als mitverursachende Faktoren berücksichtigt werden oder ausschließlich sozialen Konflikten oder drittens handelt es sich um ein psychosoziales Kausalitätsgeflecht, dessen Folge die psychische Krankheit des Individuums darstellt.

Es ist keine Frage, dass die ontogenetische psychische Entwicklung den Kern der späteren psychischen Erkrankung in sich birgt, wobei jedoch beachtet werden muss, dass neben dieser individuellen Sicht die Einflussgrößen gesellschaftlicher Gegebenheiten neben den persönlichen Eigenheiten der Eltern des Kranken eine erhebliche mitbestimmende Teilursache bilden. Berücksichtigen wir in diesem Zusammenhang noch, dass unser psychisch Kranker als Erwachsener in einem sozialen Bezugssystem lebt, das zwar durch seine persönlichen Verzeichnungen durch ihn in pathologischer Weise zu seinen Ungunsten wirksam wird, aber in sich selbst durchaus pathogene Momente beinhalten kann, die zu einer Verschärfung und Zuspitzung des Krankheitsgeschehens beitragen. Daraus resultiert, dass neben dem individuellen Ansatz einer psychotherapeutischen Behandlung der Sozialtherapeutische von großer Wichtigkeit ist, zumal beide sich wechselseitig beeinflussen und eine Bearbeitung der Konflikte in beiden Bereichen einen höheren Grad an Intensität und Erfolgsaussichten beinhaltet. Der Vorwurf einer "Anpassungstherapie" ist in diesem Zusammenhang irrelevant, da nicht an eine Anpassung an vorhandene Gegebenheiten, sondern durch die Konfrontation Bearbeitung intrapsychischer Konflikte mit der Folge von Angstminderung erfolgt, die ihrerseits nun den Kranken befähigt, Konflikte in der gesellschaftlichen Realität, soweit sie nicht durch ihn neurotisch initiiert sind, kritisch anzugehen.

Betrachten wir andererseits die Wirkung des Kranken auf die Gesellschaft, so verursacht er zwar einerseits Kosten durch Arbeitsausfall, Behandlung oder Berentung, er scheint andererseits aber auch der Gesellschaft als notwendiges Ordnungssystem nützlich zu sein, da er als zum Kranken "organisiert" zum Außenseiter mit Sonderrechten und Pflichten wird. Andererseits, wir wissen das, kann auch ein psychisch Gesunder durch spezifische gesellschaftliche Verhältnisse in die Krankheit getrieben werden. Dann dient der Kranke auch als Indikator für gesellschaftliche Verhältnisse, sei es in der konkreten gesellschaftlichen Arbeitssituation oder sei es in den Lebensbereichen, in denen die Familie ihre Wirksamkeit entfaltet oder aber in den durch die gesellschaftlichen Verhältnisse bedingten Lebenssituationen wie Wohnsituation oder gesellschaftlich implizitem Sog zur passiv-orale Konsumhaltung.

## **Soziologische Betrachtungsweise der Arbeit**

Neben vielen anderen Fragen wie z.B. die Rolle der Arbeit für die Gesellschaft, die Beziehung zwischen Gesellschaft und ihren spezifischen Arbeitsplatzverhältnissen usw.. interessieren uns hier vor allem solche der Schichtspezifität der Arbeit, des Stellenwerts der Arbeit, der Beziehung zwischen Arbeitsplatz und psychischer Gesundheit sowie nach sozialer Identität und Arbeitsplatz.

Es besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Sozialprestige der Arbeit ebenso wie zwischen sozialer Schicht und Qualifikationsgrad der Arbeit. Ebenso wichtig ist bei unserer Betrachtungsweise der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht

und quantitativer Sicherung des Lebensunterhaltes sowie der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und qualitativer Gesundheitssicherung des Arbeitnehmers in Bezug auf die Arbeit.

Im Zusammenhang mit dem Stellenwert der Arbeit, der ja neben einem sozialen Aspekt auch eine intrapsychische Repräsentanz beinhaltet, ist es für unsere Betrachtungsweise wichtig, ob die Arbeit nur dem Erwerb Lebensunterhaltes dient oder ob es sich um eine Befriedigung verschaffende Tätigkeit handelt. Bedeutsam ist auch der Anteil der Arbeit am Gesamtleben des Arbeitnehmers, ist doch die Beziehung zwischen Arbeit und Privatleben von erheblicher Bedeutung für die psychische Befindlichkeit des Menschen. Handelt es sich dann bei der Arbeit noch um eine auch für Gesunde vorwiegend frustrierende Tätigkeit, sind die psychosozialen Auswirkungen erheblich.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Möglichkeit der aktiven und gewollten Identifikation mit der Arbeit und der Arbeitsplatzsituation im Gegensatz zum Identifikationszwang aus gesellschaftlichen Bedingungen heraus.

Welche Folgen nun hat eine psychotherapeutische Behandlung im Hinblick auf den Stellenwert der Arbeit? Bedeutet nicht wahrhaftige Psychotherapie auch Bearbeitung jener Konflikte, die sich aus sozialen Zwängen heraus ergeben? Das soll nicht überbewertet werden, denn wir wissen ja, dass ein Großteil des neurotischen Fehlverhaltens seine Wurzel im intrapsychischen Konflikt hat. Die Auflösung dieser intrapsychischen Konflikte wird die Hauptarbeit der Psychotherapie in Anspruch nehmen.

Die Folge dieser psychotherapeutischen Behandlung ist jedoch eine neue, angstfreiere Auseinandersetzung mit den sozialen Gegebenheiten im allgemeinen und auch am Arbeitsplatz. Das Hineinnehmen der Arbeit in die stationäre Psychotherapie bedeutet eine Aktivierung auch dieses Aspektes der Entwicklung des Kranken.

Wenngleich der Hauptakzent der stationären analytisch orientierten Arbeit mit chronifizierten Neurosen auf dem intrapsychischen Konfliktgeschehen liegt, sollte der Gesichtspunkt: Beziehung zwischen Arbeitsplatz und psychischer Gesundheit nicht unberücksichtigt bleiben. Uns allen ist ja das "Passen" einer psychischen Gesamtsituation eines Kranken zu einer bestimmten Arbeitsplatzsituation und Anforderung durchaus bekannt. Es sei in diesem Zusammenhang nur an die Beziehung zwischen Zwangsstruktur und Verwaltungsarbeit erinnert. Aber nicht nur diese Dimension der Beziehung zwischen psychischen Gegebenheiten und Arbeitsplatz, die das Auffälligwerden durch Arbeitsausfall des Kranken verhindern kann, beschäftigt uns, sondern es sollen auch kurz die Anteile der Arbeit gestreift werden, die psychische Schädigungen im Sinne einer traumatischen Neurose hervorrufen können, so, wie in anderen Bereichen der Arbeitsmedizin durch die Arbeit körperliche Schädigungen beobachtet werden. So sei in diesem Zusammenhang an die psychischen Schäden durch pathologische Arbeitsabläufe und Arbeitsplatzsituationen hingewiesen wie sie z.B. durch ein getaktetes Band chronische Arbeitsplatzkonflikte, der Differenz zwischen Wertvorstellung und Wertachtung des Arbeitnehmers, Einflussmöglichkeit des Arbeitnehmers auf den Betrieb wie die Fragen der Mitbestimmung, zu beobachten sind. So tauchen in der psychotherapeutischen Arbeit durch die Konfrontation in der Arbeitstherapie eben auch diese Fragen auf, die zwar zunächst und fast ausschließlich im Dienst der Abwehr stehen, aber in weiteren Verlauf der Therapie ihres neurotischen Rankenwerks entledigt, einen realen Stellenwert erhalten.

So gewinnt während der Behandlung in der Regel auch die Frage der sozialen Identität in Beziehung zum Arbeitsplatz an Bedeutung. Wir wissen ja in die enge Korrelation zwischen Arbeit und sozialer Schicht, ebenso darum, dass eine soziale Identität über die spezifische Arbeit gefordert ist. Das bedeutet Auseinandersetzung mit all diesen Fragen während der psychotherapeutischen Behandlung mit der Folge, dass es zunächst zu einem Verlust dieser "sozialen Identität" kommt. Daraus ergeben sich Gefahren, aber auch Chancen für die Entwicklung des Patienten auf die später noch mehr eingegangen werden soll.

## **Arbeitstherapie in der Klinik**

Soll die Arbeitstherapie im Rahmen der stationären Psychotherapie ihre volle Wirksamkeit entfalten, muss sie integraler Bestandteil des therapeutischen Prozesses sein. Sie kann nicht nebenher und losgelöst von übrigen Geschehen des Klinikablaufes, der Psychotherapie als auch der sich in der Gruppe der Patienten abspielenden Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen gesehen werden. Eine enge Kommunikation zwischen Arbeitstherapeuten und Psychotherapeuten ist ebenso notwendig wie geplantes und gezieltes Einsetzen arbeitstherapeutischer Maßnahmen als auch eine intensive Beobachtung der während der Arbeitstherapie auftauchenden Verhaltensweisen und Äußerungen der Patienten. Grundsätzlich haben wir in der stationären psychotherapeutischen Einrichtung zwei Hauptbereiche, einmal den der Psychotherapie und zum anderen den der sozialen Rehabilitation. Die Arbeitstherapie wird üblicherweise der sozialen Rehabilitation zugeordnet, wobei dieser Ort der Ansiedelung zumindest in einigen wesentlichen Punkten missverständlich ist. So dient die Arbeitstherapie nicht nur der eigentlichen sozialen Rehabilitation, sondern auch der stationären analytisch orientierten Psychotherapie, indem sie eine wichtige Funktion für den psychotherapeutischen Prozess wahrzunehmen hat. Sie nimmt also in Grunde genommen eine Sonderstellung ein als sie einerseits der Psychotherapie und andererseits der sozialen Rehabilitation verpflichtet ist und somit auch ein Bindeglied darstellt, das beide Teilaufgaben in ihrer Wirksamkeit nicht unwesentlich beeinflusst. Sie dient beiden in Sinne der Diagnostik als auch der Therapie.

Soll die Arbeitstherapie effektiv sein, muss gewährleistet werden, dass eine Ausgewogenheit besteht zwischen dem psychotherapeutischen als auch dem arbeitstherapeutischen Anteil. Das bedeutet regelmäßig durchgeführte Arbeitstherapie über mehrere Stunden täglich. Gleichzeitig muss dieses Instrumentarium steuerungsfähig bleiben, um sowohl den Bedürfnissen der Psychotherapie als auch der sozialen Rehabilitation situativ angemessen entsprechen zu können.

Die Teilnahme an der Arbeitstherapie ist verbindlich, Ausweichverhalten der Patienten muss angesprochen, gedeutet und bearbeitet werden.

Als Formen der Arbeitstherapie bieten sich Einzel- und Gruppenarbeit an. Es ist allerdings die Frage, ob Einzelarbeit die Regel sein kann, da der personelle Aufwand immens ist und wesentliche Möglichkeiten, wie sie die Gruppenprozesse in der Arbeitsgruppe bieten, in Fortfall geraten. Außerdem bedeutet Einzelarbeit eine Verwöhnungssituation oder aber die Möglichkeit des Rückzugs. Trotzdem wird es gelegentlich notwendig sein, im Verlauf des therapeutischen Prozesses diese Form kurzfristig zuzulassen. In der Regel jedoch wird die Arbeitstherapie in Gruppenarbeit durchgeführt. Das bietet den Vorteil, dass die Patientengruppe auch in und während der Zeit der Arbeitstherapie miteinander kommunizieren muss, dass die in der Gruppe z.Zt. vorherrschenden Übertragungsreaktionen sich auch in der Arbeitstherapie manifestieren, so dass Ausweichmanöver im Dienste der Abwehr nicht so ohne weiteres möglich sind. Wir gehen ja davon aus, dass sich in der stationären analytisch orientierten Psychotherapie, die in Form von Gruppenarbeit durchgeführt wird, ebenso wie in der Einzelanalyse aus dem intrapsychischen Konflikt ein sozialer Konflikt entwickelt, der sich in Form von Übertragungsreaktionen, eines Übertragungsgeflechtes zwischen den Patienten und den Therapeuten gegenüber verdeutlicht, so dass die im Hier und Jetzt auftauchenden Verhaltensweisen, Haltungen und Phantasien bearbeitet werden können und auf ihren persönlichen biographischen Hintergrund zurückgeführt werden können. Wichtig ist in diesen Zusammenhang, dass auch in der Arbeitstherapie, die ja qua constructionem ein Stück weit die Realität in der Klinik verkörpert, diese Reaktionen sichtbar gemacht, ihre Ineffizienz sowohl auf der realen Ebene für die Arbeit, als auch für die Situation des Patienten verdeutlicht werden kann und der Patient mit dieser konfrontativ zugewachsenen Erkenntnis in die analytisch orientierte Therapie zurückkehrt.

Wie ja aus psychoanalytischen Forschungen bekannt, spielt das Material, mit dem und an dem gearbeitet wird, eine nicht unbeträchtliche Rolle. So bestimmt das Material sowohl qualitativ als

auch quantitativ konfrontative ebenso wie kreative Vorgänge mit. Es ist nicht gleichgültig, ob in der Arbeitstherapie mit Ton, Holz oder Metall gearbeitet wird. Das Material allerdings bestimmt die Organisationsform der Arbeitstherapie in nicht unbeträchtlicher Weise mit, so dass die Auswahlmöglichkeiten begrenzt sind. Wir müssen uns nun überlegen, welche Art der Organisation der Arbeitstherapie den therapeutisch sinnvollsten Effekt bringt. Es bieten sich zwei Formen an, einmal nach dem Muster der Bandarbeit und zum anderen nach dem Modell des handwerklichen Arbeitens. Das bedeutet, entweder hat jeder Patient einen zugewiesenen Platz, an dem er einige wenige Handgriffe immer wieder durchführt oder aber er stellt das Produkt von Beginn bis Ende selbständig her. Die schon auf der realen Ebene und für einen psychisch Gesunden nicht unbedeutenden Unterschiede gewinnen für einen psychisch Kranken erhöhte Relevanz. Auf der Ebene der Gruppendynamik beinhalten diese beiden Organisationsformen erhebliche Unterschiede für jedes einzelne Gruppenmitglied als auch für die Gesamtgruppe und erst recht auf der Ebene der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen, auf der ja im Bereich der analytisch orientierten Gruppentherapie gearbeitet wird. So sind neben den Befriedigung verschaffenden auch die konfrontativen Anteile, die eine Mobilisierung der Abwehr und des intrapsychischen Konfliktes bewirken, unterschiedlich und müssen in ihrer Bedeutung vom therapeutischen Team erkannt werden. Geht es um den Bereich der sozialen Rehabilitation und hier insbesondere um den Aspekt des Durchstehvermögens, oder aber, in Gegensatz dazu um den Bereich der Entwicklung kreativer Fähigkeiten unter Nutzung gesunder Ich-Anteile, stellt sich uns diese Frage nach der Arbeitsorganisation aufs neue.

Wie nun sieht die therapeutische Begleitung der Arbeit aus. Gesagt wurde schon, dass es eine enge Kommunikation geben muss zwischen Arbeitstherapeuten und Psychotherapeuten, dass in gemeinsamen Besprechungen im Gesamtteam das weitere Vorgehen miteinander abgestimmt werden muss. Damit wurde allerdings noch nichts über Haltung und Technik ausgesagt. Der Arbeitstherapeut hat die Aufgabe dafür zu sorgen, gleichgültig welche Organisationsform der Arbeit gewählt wird, dass die Arbeit stetig vorangeht. Er muss Anordnungen geben, Hilfestellung leisten, eine feste Haltung einnehmen und gelegentlich direktiv vorgehen. Das Ganze muss eingebettet sein in eine Haltung wohlwollender Neutralität. Er muss gesunde Ich-Anteile und kreative Fähigkeiten erkennen können. Weiterhin fällt ihm die Aufgabe zu, Vorgänge und Verhaltensweisen anzusprechen, die den Arbeitsablauf stören, ebenso wie er während der Arbeit auftretende Gruppenkonflikte verdeutlichen muss. Nach Rücksprache und in Übereinstimmung mit den Psychotherapeuten wird er bestimmte Haltungen, Handlungen und Äußerungen der Patienten ansprechen oder aber den gemeinsam zu bestimmenden Zeitpunkt abwartend akzeptieren. Auch fällt ihm die Aufgabe zu, gruppendynamisch relevante Vorgänge zu beobachten, Übertragungsreaktionen zu konstatieren, Widerstandsphänomene zu erkennen und dem therapeutischen Team mitzuteilen.

Die Arbeitstherapie sollte so früh als möglich beginnen, um einerseits ihre aktivierende Funktion erfüllen zu können und gleichzeitig Hospitalisierungstendenzen entgegenzuwirken. Allerdings beinhaltet auch das zu frühe Einsetzen der Arbeitstherapie gelegentlich Therapieabbruch oder zu starke Regression, so dass der Zeitpunkt des Beginns von Fall zu Fall besprochen werden muss. Auch muss die Art der Arbeit und Aufgabenbestimmung des Patienten integraler Bestandteil des individuellen Therapieplans sein.

Die Arbeitstherapie bietet die Möglichkeit, auf den Regressionszustand der Patienten steuernd Einfluss zu nehmen. Diese Möglichkeit wächst ihr durch ihre Doppelgesichtigkeit zu. Einerseits holt sie Realität in den Klinikbetrieb hinein, bedeutet sozusagen Realität, verlangt Progression und Bezogenheit auf reale Arbeitsabläufe unter Hintanstellung regressiver Tendenzen. Andererseits wirkt sie als Gruppenarbeit durch den konfrontativen Einsatz regressionsfördernd durch das Entstehen aktualneurotischen Geschehens. Hinzu kommt, dass die Arbeitstherapie in der Lage ist, Erfolgserlebnisse auf der realen Ebene zu vermitteln, so dass auch über diese Möglichkeit Einfluss genommen werden kann auf den Regressionszustand des einzelnen Patienten ebenso wie der Gesamtgruppe.

Man kann also sagen, dass die Arbeitstherapie in einem engen Konnex steht zur Psychotherapie. Beide beeinflussen sich wechselseitig und zeigen ihre Wirkungen auch in der Arbeit des anderen Bereichs im Sinne einer Ergänzung und Förderung.

Wenden wir uns noch einmal der konfrontativen Aufgabe der Arbeitstherapie zu. In Verbindung mit dem übrigen setting trägt sie zu einer Aktualisierung intrapsychischer Konflikte mit Förderung der Externsalisierung eben dieser Konflikte und Darstellung an Mitpatienten und Therapeuten sowie der Institution bei. Dadurch verhindert die Arbeitstherapie - richtig angewandt - das immer wieder befürchtete "Auslaufen" der intrapsychischen Dynamik. Weiterhin bringt sie auch eine Konfrontation mit dem neurotischen Sekundärgewinn, der ja die Behandlung chronifizierter neurotischer Entwicklungen im ambulanten Bereich so ungemein erschwert. Andererseits gestattet sie, dass die Übertragungsreaktionen in der Arbeitsgruppe in die psychotherapeutische Behandlung miteinbezogen werden können. Ein weiterer Vorteil der stationären Arbeitstherapie ist darin zu sehen, dass sie es dem Patienten gestattet, die in der analytisch orientierten Therapie gewonnenen Erkenntnisse bereits während des stationären Aufenthaltes nicht nur im interpersonalen Bereich, sondern auch in Bereich der Arbeit mit ihren vielen Facetten umzusetzen.

Auch ein ich-stärkender Anteil kommt ihr zu. So wird durch die Arbeit ermöglicht, dass gesunde Ich- Anteile mobilisiert werden und dass mit ihnen gearbeitet werden kann. Erfolgserlebnisse stellen sich auch bei der Arbeit ein. Der Patient befindet sich nicht in der Situation, in der er sich als total krank und durchgängig anders erleben muss, sondern er lernt zu unterscheiden zwischen gesunden und Kranken Selbstanteilen, kann so die kranken Selbstanteile besser als ich-fremd erleben und sich selbst differenzierter einschätzen.

Neben den bereits beschriebenen Wirkmechanismen der stationären Arbeitstherapie kommt auch der trainierende Anteil hinzu. So können die Patienten Durchstehvermögen lernen, es wird ihnen möglich, mit den Problemen der Zeitstrukturierung umzugehen, auf der Ebene der Realität und Gruppendynamik wird die Gruppenfähigkeit verbessert in Sinne der Fähigkeit sich in die Gruppe einzufügen, sich an Außenanforderungen anzupassen und zu kooperieren. Die Patienten werden durch die von außen herangetragene Forderung fähig, gegen innere Widerstände mit den eigenen Unlustempfindungen umzugehen, sie werden durch die Arbeit permanent auch an die Realität erinnert. Auch bringt der Zug zur Realität das Fernhalten aus der Phantasiewelt mit regressiven Tagträumen und Phantasien ängstigenden neurotischen Inhalts. Sie entwickeln handwerkliche Fähigkeiten, den Umgang mit ihrem Körper, Überschauvermögen wie auch die Fähigkeit anzuleiten und zu führen.

Es ist müßig zu betonen, dass viele der beschriebenen Aspekte auch geeignet sind, dem Widerstand des Patienten zu dienen. Durch geschultes Personal ist dies jedoch erkennbar und der therapeutischen Arbeit nutzbar zu machen.

### **Sozialmedizinische Betrachtungsweise der sozialen Rehabilitation**

Die soziale Rehabilitation unter Einschluss der Arbeitstherapie in Verbindung mit der analytisch orientierten Gruppentherapie in der Klinik verringert die Chronifizierungstendenzen bei neurotisch Kranken. Durch dieses Instrument gelingt es uns, chronifizierte Neurosen effizienter zu behandeln und die Restschäden zu verringern. Auch verkürzt sich der Klinikaufenthalt. Die hier beschriebene Form der Arbeitstherapie in einer klinisch-psychotherapeutischen Einrichtung bedingt eine Änderung des üblichen Klinikarrangements. Es handelt sich ja nicht mehr um eine psychoanalytisch orientiert arbeitende Klinik im üblichen Sinn, sondern es geschieht eine Entwicklung in Richtung einer eher aktiven Rehabilitation bei psychoanalytisch orientierter Nutzung intrapsychischer und interpersonaler Vorgänge in der Patientengruppe, selbstverständlich unter Einbeziehung der Gegenübertragungsphänomene der Therapeuten. Gleichzeitig bedeutet diese Form der Psychotherapie auch eine Änderung des Status des Patienten, da von Anfang an nicht die Situation einer Versorgungssituation gegeben ist. Er ist aktiver Partner und muss von Beginn an eigene Leistungen zu seiner Gesundung beitragen, die sich nicht auf die Mitarbeit in der analytisch orientierten Situation beschränken.

## **Soziologische Betrachtungsweise der sozialen Rehabilitation**

Ein hier in Frage stehendes Problem ist mit der Psychoanalyse bzw. der analytisch orientierten Psychotherapie eng vergesellschaftet. Erst recht an Bedeutung gewinnt es bei der Behandlung chronifizierter Neurosen sowie Abhängigkeitserkrankter. Es handelt sich dabei um das Problem des Wechsels der sozialen Schicht. Die oft diskutierte Fragestellung: Soll eine psychotherapeutische Behandlung, analytisch oder nichtanalytisch, eine Anpassung des Individuums an sein soziales Umfeld bewirken oder dem Individuum emanzipatorisch Möglichkeiten zuwachsen lassen, sich aus seiner bisherigen sozialen Umgebung herauszuentwickeln, gewinnt hier eine besondere Bedeutung.

Einmal ist darunter das enge soziale Umfeld "Familie" zu verstehen zum anderen aber auch Arbeitsplatz, Freundeskreis, Bildungsstand und Wohnsituation. Es scheint so als sei die Antwort ganz leicht, denn Emanzipation aus bedrängteren Verhältnissen, angstfreiere Entfaltung der Persönlichkeit in besseren wirtschaftlichen, und sozialen Lebensbedingungen scheint erstrebenswertes Ziel. Andererseits bedeutet diese Entwicklung jedoch auch Entstehen neuer Konfliktsituationen, sei es im Familien-, im Freundes- oder Arbeitskreis, zumal nicht jede emanzipatorische Entwicklung sich in die Realität umsetzen lässt. Es soll keineswegs einer "Anpassung" an bestehende soziale Verhältnisse das Wort geredet werden. Es ist auch nicht die Aufgabe der Arbeitstherapie in der Klinik, jemanden wieder an Arbeitsabläufe anzupassen. Wir müssen uns nur der Konsequenzen einer erfolgreichen Therapie, und das besonders bei chronifizierten Neurosen, die eine langjährige soziale Entwicklung, sozusagen eine eigene "Sozialgeschichte" hinter sich haben, bewusst sein. Die Folge einer erfolgreichen Therapie ist mit Sicherheit eine Diskrepanz zur bisherigen Bezugsgruppe als auch zur sozialen Schicht. Der nunmehr behandelte Patient hat zwei Alternativen: Einmal die emanzipatorische Entwicklung aus dem bisherigen Bezugssystem heraus und andererseits andererseits das Verbleiben in seinem bisherigen Lebensbereich mit der Konsequenz, Folgeentwicklungen einzuleiten. Betrifft das die eigene Familie, die ihres "Symptomträgers" beraubt ist, entwickeln sich Desorganisationsgefahren, die von dem nunmehr stabilisierten Familienmitglied kaum aufgefangen werden können und die Notwendigkeit der Therapie der übrigen Mitglieder impliziert. Gelingt die Auseinandersetzung mit der eigenen Position in der bisherigen sozialen Schicht, können von unseren Patienten konstruktive Impulse ausgehen, die sozial positiv zu beurteilen sind. Gelingt jedoch diese Auseinandersetzung nicht, wird bei einem zwangsläufigen Verbleiben müssen in der sozialen Schicht neues Konfliktmaterial entstehen, so dass die Zielrichtung der Therapie klar erscheint. Einerseits muss dem Patienten die Möglichkeit der emanzipatorischen Entwicklung eingeräumt werden, aber andererseits darf nicht versäumt werden, ihn zu befähigen, sich mit seiner nunmehr neuen Rolle und Situation konstruktiv auseinander zu setzen, um seinen eigenen Weg zu finden, sei es, sich aus dem bisherigen Bezugssystem zu lösen oder bei Verbleiben mit den dort auftretenden Konflikten ich-gerecht umgehen zu können.

## **Zusammenfassung**

Die Veröffentlichung befasst sich mit den Bereichen: Arbeit, soziale Rehabilitation, analytisch orientierte stationäre Psychotherapie sowie ihrer wechselseitigen Einflussnahme.

Im Vordergrund stehen Überlegungen, unter welchen Bedingungen die Arbeitstherapie ihre klinische Wirksamkeit optimal entfalten kann, welche neuen Gesichtspunkte sie in die Therapie hineinbringt und welche Konsequenzen sich aus dieser der stationären analytisch orientiert durchgeführten Therapie sowohl für den Klinikbetrieb als auch für den Patienten ergeben.

## Literaturverzeichnis

- Battegay,R: Gruppenpsychotherapie als Behandlungsmethode im psychiatrischen Spital. In: de Schill S.: Psychoanalytische Therapie in Gruppen Klett, Stuttgart, 1971
- Battegay,R., Ladewig,D.: Therapeutische Gruppenarbeit in der stationären Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger. Z.Gruppenpsychother. Gruppendyn. 4, 167-171 (1971)
- Beckmann,P.: Die heile Gesellschaft, erschöpft oder krank? Glock u. Lutz Nürnberg,1975
- Beckmann, P.: Medizin und soziale Organisation vor der Aufgabe der Prävention und Rehabilitation. Die Ortskrankenkasse, H 6-8, 1964
- Beese, F.: Klinische Psychotherapie In: Psychologie des 20.Jh.,Bd. III,1144-1163,Kindler, München, 1977
- Bräutigam, K.H: Arbeitspsychologie und Arbeitssoziologie. Von Decker's Vlg, 1974
- Brocher,T., v. Mering, O., Horn,K. (Hrsg): "Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Kiepenheuer u. Witsch, Köln, 1972
- Bronner, K.,Levi,L.: Stress im Arbeitsleben Musterschmidt, Göttingen, 1973
- Dreizel, A.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft Göttinger Abh. z. Soziologie, Bd 14, Enke, Stuttgart, 1968
- Eliasberg, W.: Über sozialen Zwang und abhängige Arbeit. Almanach d. Psychoanalyse, 1925, 89-108
- Enke,H., Ferchland G.: Analytische Gruppentherapie und deren Soziodynamik in der psychotherapeutischen Klinik In: Preuss, H.G.Analytische Gruppenpsychotherapie. Urban u. Schwarzenberg, München, Berlin, Wien,1966
- Enke,H., Pohlmeier, H.:(Hrsg): Psychosoziale Rehabilitation. Hippokrates, Stuttgart, 1972
- Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft Klett, Stuttgart, 1971
- Harlfinger,H.: Arbeit als Mittel psychiatrischer Therapie Hippokrates, Stuttgart, 1968
- Höfner, E.; Persönlichkeitsstruktur und Arbeitszufriedenheit tuduv. Studien Kulturw. München,1975
- Moser, U.: Psychologie der Arbeitswahl und der Arbeitsstörungen. Tiefenpsychologie, Sozialpsychologie,Schicksalspsychologie. Huber,Stuttgart, Bern,1965
- Parsons, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: Probleme der Medizin-Soziologie Hrsg. von König, R., Tönnemann, M., Westdeutscher Verlag, Köln, 1958
- Preuss, H.G. : Analytische Gruppenpsychotherapie Urban u. Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1966
- Rotter,H.: Die Rehabilitation Alkoholkranker. Luchterhand, Neuwied, 1967
- Schulze,W.: Der Beitrag der Sozialarbeit im Rahmen der multidisziplinären Behandlung. in: Sozialarbeit und Suchterkrankung, Lambertus Verlag, Freiburg, 1973

- Simon, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.  
W.de Gruyter, Leipzig, 1929
- Simmel, E.: Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik  
Int.Z. Psychoanalyse 14,352 - 370, (1928)
- Slavson, S.R.: Analytische Gruppenpsychotherapie, S. Fischer, Frankfurt, 1977
- Strotzka, H.(Hrsg): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen  
Urban u. Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1975
- Strotzka, H.: Neurose Charakter, soziale Umwelt. Geist und Psyche, Psyche,  
Kindler, München, 1973
- Yalom, J.D.: Gruppenpsychotherapie  
Kindler, München, 1974
- Zeit, H.: Methoden und Techniken der Sozialarbeit in der Behandlung  
Suchtkranker. In: Sozialarbeit und Suchterkrankung Lambertus  
Verlag, Freiburg, 1973
- Ziese, P.: Psychoanalyse und Arbeitsmedizin Ärztl. Prax. 93, 3758-3765, 1975
- Ziese, P.: Steuerungsinstrumente in dem komplexen Mechanismus der  
stationären analytisch - orientierten Psychotherapie  
Prax. Psychother. 23, 133-140, 1978

Prof. Dr. med. Peter Ziese  
Nervenarzt, Psychotherapie  
Am Engelshof 5  
50859 Köln