

Nach dem derzeitigen Stand dürfte eine solche Deutung beim Delir mehr Wahrscheinlichkeit für sich beanspruchen können als die bei endogenen Psychosen. Es gibt jedenfalls Trinker, welche mit dem Delir nicht nur einen heillosen Schrecken, sondern auch eine heilsame Wandlung erfahren. Gelingt es, diesen Aspekt wenigstens bei einzelnen in prophylaktischen und psychotherapeutischen Bemühungen weiter zu unterstützen und zu vertiefen, so würde es sich gelohnt haben, das alkoholische Delir in seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang und Sinngehalt, wenn auch in oft tragisch später Verkettung, zu betrachten.

Literatur. BENEDETTI, G.: Die Alkoholhalluzinosen. Stuttgart: Georg Thieme 1952. — BILZ, R.: Trinker. Stuttgart:

Ferdinand Enke 1959. — BONHOEFFER, K.: Der Geisteszustand des Alkoholdeliranten. Klinische Untersuchungen. Breslau: Schletter'sche Buchhandlung (Franck u. Weigert) 1898. — BRÄUTIGAM, W.: Z. Psychother. med. Psychol. 9, 146 (1959). — HÄFNER, H.: Schuldleben und Gewissen. Stuttgart: Ernst Klett 1965. — HELBIG, H.: Nervenarzt 33, 221 (1962). — HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Basel-Stuttgart: Benno Schwab & Co. 1956. — KOLLE, K.: Psychiatrie, 5. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1961. — KRANZ, H.: Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) S. 355 (1960). — LUSTIG, B.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 28, 575 (1960). — MATUSSEK, P.: Süchtige Fehlhaltungen. In: Handbuch für Neurosenlehre, Bd. II, S. 188. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg. — SCHEID, W., u. A. HUBER: Dtsch. med. Wschr. 83, 2193 (1958). — WIESER, S.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 30, 169 (1962). — WYSS, R.: Klinik des Alkoholismus. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, S. 265. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.

Aus der Universitätsklinik für psychische und Nervenkrankheiten Göttingen (Komm. Direktor: Prof. Dr. F. DUENSING)

Grundzüge einer konditional-genetischen Psychopathologie am Beispiel der experimentellen Psychose*.

VON HANS CARL LEUNER

Eine größere Anzahl voneinander unabhängig arbeitender psychiatrischer Untersucher konnte zeigen, daß die experimentelle Psychose mit den sog. Halluzinogenen oder Psychotica Lysergsäurediäthylamid (LSD-25)***, Psilocybin*** und Mescaline eine außerordentliche Hilfe bei der Psychotherapie von Neurosen, Psychopathieformen und psychotischen Grenzzuständen darstellt (alle drei Substanzen haben trotz unterschiedlicher Molekülstruktur und differenter Dosierung ganz analoge psychopathologische Wirkungsbilder, vgl.³⁷). Wenn vielleicht auch die ersten Berichte noch als Täuschungen enthusiastischer Außenseiter hätten abgetan werden können, liegen doch nunmehr im Schrifttum über 40, zum Teil klinisch sehr gut fundierte Arbeiten vor, wie die von ARENDSSEN-HEIN¹, CHANDLER und HARTMANN¹⁴, LANGNER u. KEMP³³, von HURST²⁴ et al., COHEN u. EISNER¹⁵, MARTIN⁴³ und SANDISON, SPENCER u. WHITELAW^{50, 51}, zu denen sich unsere eigenen langjährigen Erfahrungen gesellen^{35, 38}. In dem von uns vor reichlich 2 Jahren an der Göttinger Universitäts-Nervenklinik abgehaltenen Symposium konnte eine Europäische Statistik von über 600 behandelten Fällen zusammengetragen werden. — Dieser Umstand ist um so erstaunlicher, als BERINGER⁶, ein Kenner der von ihm sog. „Modellpsychose“, in seinen klassisch gewordenen Mescalineversuchen vergeblich nach Inhalten mit typischen neurotischem Verdrängungsmaterial fahndete. Er äußerte in seiner bekannten Monographie über den Mescalinebrauch: „Bei der Verarmung an aktiven Vorstellungsabläufen und gedanklicher Leistung im Zustand der Selbstüberlassenheit (während des Mescalinebrauchs) hätte man gerade annehmen sollen, daß nun die gestaute Masse des Verdrängten sich mit besonderer Macht des Bewußtseins bemächtigen würde. Von einer sichtbar gewordenen Dynamik des Unbewußten kann hier aber nicht gesprochen werden.“

* Nach einem Vortrag, gehalten auf der Jahrestagung der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie 1961 in Lausanne und vor der Dänischen Psychiatrischen Gesellschaft in Kopenhagen am 27. I. 62; Teilergebnis aus der Monographie: Die Experimentelle Psychose³⁷.

** Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

*** Delysid®, Indocybin®, Sandoz AG Basel.

In der Tat schien die zentrale psychopathologische Frage, die sich der Psychiatrie angesichts der experimentellen Psychose durch LSD-25 stellt, von STOLL⁵⁴ und später BECKER³ u. a. hinreichend beantwortet, wenn sie die LSD-Psychose den exogenen Reaktionstypen BONHOEFFER^{10, 11} zuordneten. Hier stellt sich für den Psychiater das Problem, inwiefern einer exogenen, d. h. toxischen, Hirnschädigung eine therapeutische Wirkung zugeschrieben werden kann. Diese Frage wendet sich geradezu an die Prämisse, unter der seinerzeit BONHOEFFER^{10, 11} die allgemein anerkannten exogenen Reaktionstypen aufgestellt hat. Im Gegensatz zu den wenig erfolgreichen Bemühungen von KRAEPELIN²⁹ und BERINGER⁶, die aus der experimentellen Psychose Einblicke in die Eigenart einer Persönlichkeit zu gewinnen hofften, stellte BONHOEFFER^{10, 11} die relative *Einförmigkeit der Symptomatologie exogener Psychosen* in den Vordergrund als ein überindividuelles psychopathologisches Geschehen. Die genannten breiten klinischen Erfahrungen einer Psychotherapie mit Hilfe von Halluzinogenen sprechen nun aber dafür, daß die Symptome und Erlebnisweisen der experimentellen Psychose zweifellos eminent persönlichkeitspezifisch sein müssen. Erlaubt doch — wie wir heute wissen — ihre genaue Beobachtung Aussagen über gewisse Seiten der Persönlichkeit, die mit anderen Mitteln bis dahin überhaupt nicht möglich waren. Wir haben uns also mit dem Problem dieses eigentümlichen Widerspruchs zu befassen.

Wenn sich die Beringersche⁶ Auffassung als unzutreffend erweist, scheint eine reine psychoanalytische oder komplexpsychologische Untersuchung der experimentellen Psychose nahe zu liegen. Ihre Phänomene müßten sich dann als unmittelbare Projektionen des Unbewußten erweisen. Wenn wir eine solche Interpretation auch im therapeutischen Einzelfall vornehmen, kann sie uns im Rahmen des hier in Frage stehenden allgemeinen *psychiatrischen Problems* nicht befriedigen.

Gewisse Erlebnispassagen der experimentellen Psychosen, wie die nicht seltenen optischen Visionen, etwa des Oneiroides im Sinne von MAYER-GROSS⁴⁴, sind psychoanalytischer Auslegung noch am ehesten

zugänglich. Die verstehende Sinndeutung stößt aber bei allen anderen Symptomen, etwa dem katatonen Stupor, der katatonen Erregung, dem Mutismus, bei schweren depressiven Einbrüchen und langen Ketten sinnloser Aneinanderreihung von fragmentarischen Erlebnisfetzen oder gar bei den Depersonalisationsphänomenen an ihre Grenze. Hier werden wir offenbar wieder auf die klassische deskriptive Psychopathologie, auf die Phänomenologie im Sinne von JASPERS²⁶ zurückverwiesen. Sie unterscheidet bekanntlich zwischen verstehbarem Seelenleben bei abnormen seelischen Erlebnisreaktionen und unverstehbaren Phänomenen der Psychose, die nur beschreibbar und einteilbar sind und als etwas Letztes, nicht auf die Person Rückführbares gelten. Die Phänomene der Psychose seien nur aus dem ominösen Prozeß, etwa der Schizophrenie, oder aus der Toxinwirkung, etwa von LSD oder Psilocybin, erklärbar. Diese Position ist zwar inzwischen von der Daseinsanalyse BINSWANGERS⁷, den Versuchen der Psychotherapie Schizophrener etwa von SECHÉHAYE⁵³, BENEDETTI⁴, CHR. MÜLLER⁴⁶, WINKLER⁵⁸ u. a., angegriffen worden. Die Auffassung der klassischen Psychopathologie gehört aber noch heute zum theoretischen Rüstzeug in der psychiatrischen Klinik, und eine Psychotherapie mit Hilfe der Halluzinogene wie LSD und Psilocybin steht mit ihr in deutlichem Widerspruch, ja kann theoretisch geradezu als Obskurität erscheinen. Mit anderen Worten, die Empirie der Therapieerfolge kann mit der herrschenden Lehre nicht in Einklang gebracht werden. — An dieser Stelle nun setzte unsere eigene psychopathologische Arbeit ein in der Absicht, eine Brücke zu schlagen zwischen der klassischen Phänomenologie und der Psychotherapie mit Hilfe der *Psychotica*.

Unsere Erfahrungsgrundlage ist die Beobachtung von mehr als 200 experimentellen Psychosen an 11 Versuchspersonen. Die Dosierung betrug bis zu 700 γ , so daß extrem psychotische Symptome wie katatone Zustände u. a. zu sehen waren. Alle Erlebnisse und Symptome wurden vom Arzt protokolliert und genauestens mit der aus der Psychotherapie der Versuchspersonen eingehend bekannten Biographie in Beziehung gesetzt. Sie wurden später ergänzt durch etwa 1200 rein aus therapeutischen Gründen durchgeführte LSD- und Psilocybin-Sitzungen bei Neurosen an mehr als 90 Patienten³⁷.

Ich werde mich aus Zeitgründen bei der Darstellung unserer Ergebnisse nur auf *einige wesentliche Positionen* beschränken müssen. Eine ausführliche und mit vielen Beispielen belegte Untersuchung finden Sie in der Monographie über „Die experimentelle Psychose“³⁷.

Lassen Sie mich zunächst die Grundpositionen umreißen, von denen aus wir uns dem genannten Problem genähert haben. — Wir können auf die klassische Phänomenologie nicht verzichten, die die einzelnen Phänomene genau unterscheidet und definiert, was etwa unter Illusion, Pseudohalluzination und Halluzination verstanden werden soll. Die von uns vollzogene grundsätzliche *methodische Wendung* liegt aber im folgenden:

1. Wir können diese Phänomene der Psychose nicht als etwas Letztes, nicht weiter Rückführbares anerkennen, sondern sehen in ihnen nur bloße äußere Erscheinungen von etwas, das sich keineswegs darin

selbst zeigt, vielmehr verbirgt sich im Grunde das dahinter, was es psychologisch oder psychopathologisch zu suchen gilt. Die klassischen psychopathologischen Phänomene sind oft eine Fassade, die die relevanten Zusammenhänge verdeckt. Das ist stark vereinfacht die Anwendung der Lehre von den Phänomenen des Philosophen HEIDEGGER²³, im Gegensatz zu der von JASPERS²⁶ aus dem Jahre 1913. Auch THEODOR LIPPS⁴⁰ sah in der Phänomenologie im Jasperschen Sinne nur eine Vorstufe der Erkenntnis, die allein der Materialsammlung und -ordnung dienen kann.

2. Sehen wir völlig von der Isolierung der Phänomene in der Art von JASPERS²⁶ ab und wenden uns einer *Betrachtung der zusammenhängenden Erlebnispassagen und Entwicklungen* zu, d. h. wir setzen die in der von JASPERS selbst so genannten statischen Phänomenologie völlig vernachlässigte *Dimension der Zeit* wieder in ihr Recht. Wir untersuchen die Phänomene der Psychose in ihrem Ablauf und die Veränderungen der Erlebnisganzheiten und seelischen Funktionen. Damit werden wir gleichzeitig zum 3. Moment unserer methodischen Neuorientierung geführt. Während in der klassischen Phänomenologie allein die formalen symptomatischen Äußerungen registriert werden — in der Absicht, zu einer Diagnose zu gelangen —, wenden wir uns wieder ganz entschieden der *Erlebnisanalyse* des Patienten zu, d. h. wir verfolgen genauestens, was der Patient in seinen Halluzinationen erlebt, was er fühlt, welche Gedanken sich ihm aufdrängen und welche Körpersensationen er beobachtet, und zwar auch dann, wenn sie dem Betrachter zunächst unverständlich und völlig sinnlos erscheinen.

4. Schließlich untersuchen wir die Erlebnisinhalte und kontinuierlichen Erlebnisketten — eben als die äußeren Erscheinungsweisen von etwas, was dahinterstehen muß — nach den sie *verursachenden Kräften*, den *herrschenden Funktionen* und den genetischen *Bedingungen*. Wir vermeiden dabei bewußt den überdehnten Begriff der Dynamik, der uns allzu leicht in psychoanalytische Denkschemata hineinführt, sondern kennzeichnen unsere Methode als eine *konditional-genetische Psychopathologie*. Dabei greifen wir auf die Studien zur *Affektpsychologie* bei EUGEN BLEULER^{8, 9} und die Konzeption der späteren Berliner *gestaltpsychologischen Schule* unter KURT LEWIN³⁹ zurück. Das damit im einzelnen Gemeinte wird aus dem Folgenden deutlich werden.

Damit wende ich mich nun der Untersuchung der experimentellen Psychosen selbst zu und schreite vom Bekannten und Vertrauten allmählich zum immer mehr Fremdartigen und Unverstehbaren vor.

Bekanntes, ja zum Teil überaus vertrautes Erlebnismaterial der experimentellen Psychosen begegnet uns in der oneiroiden, also traumhaften Erlebnisform der Halluzinose. Die Betroffenen erfahren optische Inhalte in *einem kontinuierlichen szenischen Bilderfluß mit sinnentsprechender emotionaler Beteiligung in einer gewissen Analogie zur normalpsychologischen Erlebnisweise*. Hinsichtlich dieser Funktionen des psychotischen Erlebens besteht also eine Ähnlichkeit mit dem Normalerleben, allerdings mit dem Unterschied, daß es sich um Phantome handelt. Wir bezeichnen diese *szenische Erlebnisform der experimentellen Psychosen* deshalb als „*quasi-normal*“. Ihr

stellen wir die später zu beschreibende „*extrem-psychotische*“ *Erlebnisweise* gegenüber³⁷. Das Beispiel einer quasi-normalen Passage schildert REKO⁴⁹ aus einem Mescalinausgang:

„... so griff ich nach dem Wesen (dem Teufel). Ich schlug zu... Dann beim Kamin in der Ecke hatte ich ihn. Brust an Brust rangen wir, bis wir beide stürzten; und fester preßte sich die Gestalt, bis die Umklammerung nachließ. Ich drückte dem Unhold meine freierwerdende linke Hand in den Rachen, daß meine Faust seinen Schlund schloß. — Seine Macht über mich schwand, ich fühlte mich frei... Noch einmal griff ich hin. Ich faßte etwas Schleimiges, wie ein ungeheurer Krake. Dann zog eine Wolke am Mond vorbei, und es wurde ganz finster im Zimmer. Der Körper des Phantoms hatte sich in weißlich-ballige Nebel zersetzt, die wie Wolkenlämmer dem offenen Fenster zuweideten...“

Der Aspekt des kontinuierlichen Bewußtseins- und Erlebnisstromes der quasi-normalen Form läßt sich, *cum grano salis*, auch auf die in der LSD-Psychose häufigen *nicht-optischen Erlebnisweisen* übertragen. Diese lassen sich einteilen in:

1. *stimmungserfüllte Erlebnisweisen* und 2. *leibliche Erlebnisformen*. Die letzteren lassen sich als Halluzinationen im Bereich der Somatopsychie WERNICKES⁵⁷ interpretieren. Das folgende Beispiel aus dem LSD-Rausch einer jungen Frau soll den kontinuierlichen, ganzheitlichen Erlebnischarakter demonstrieren:

„... große Hohlräume entstanden in meinem Körperinnern immer dann, wenn mir die Erkenntnis dämmerte, daß etwas an mir falsch war. Die Hohlräume fielen wieder zusammen, wenn diese Erkenntnis mein Besitz wurde. Ich empfand eine zunehmende nervöse und gefühlsmäßige Empfindlichkeit, die sich so lange steigerte, bis ich jeden Nerv in meinem Kopf verspürte. Dort empfand ich 3 Etagen und befand mich selbst in einem dieser etagenweise gebauten Hohlräume, die Ausläufer nach Art von Krallen ausstülpten. Jede einzelne von ihnen fiel wieder zurück, wenn ich mich in sie versetzen konnte, d. h. in jede einzelne hineinkroch, wobei ich große Mühe hatte.“

Schließlich kennen wir 3. *eine instinkt- und triebgebundene Erlebnisweise* und 4. *Passagen mit sog. Altersregressionen*, den „age regressions“ der amerikanischen Forscher, in denen frühe Kindheitsremiszenzen im Sinnentrug realistisch wiedererlebt werden (BAROLIN², KLINE u. HAGGERTY²⁸, SCHNECK⁵², ERIKSON u. KUBIE²⁰).

Es lag nahe, die quasi-normale optische Erlebnisweise mit dem *Traum* auf der einen und mit *hypnagogen Visionen* auf der anderen Seite in Beziehung zu setzen. Die *Beziehungen zum Traum* sind sehr einfach: die Inhalte der szenischen Halluzination setzen sich nicht selten in Nachträumen fort und umgekehrt. Die *Beziehungen zu den hypnagogen Visionen* konnten wir durch reiche klinische Erfahrungen mit einem psychotherapeutischen Verfahren studieren, dessen Technik auf der Erzeugung hypnagoger Visionen beruht, nämlich dem von uns entwickelten *experimentellen katathymen Bilderleben*³⁴. Die dabei vom Arzt angeregten und gelenkten hypnagogen Visionen haben die Funktionen des Traumes. Ihre traumanalogen symbolhaften Darstellungen der emotionalen Komplexe des Neurotikers eignen sich ganz ausgezeichnet zur Psychotherapie. Das haben auch KRETSCHMER³⁰ im Bildstreifendenken, BRACHFELD¹² im „Erweckten Tagtraum“ und DESOILLE¹⁹ in „Rêve éveillé“ gezeigt. Eine vergleichende Untersuchung ergab nun, daß die quasi-normale optische Erlebnisweise des LSD-Rausches in phänomenologischer und funktionaler Hinsicht den hypnagogen

Visionen durchaus homolog ist. Diese Homologie erstreckt sich darauf, daß der Patient mit allen seinen Sinnesqualitäten und emotional völlig im Bereich der Trugwahrnehmungen lebt, trotzdem aber immer weiß, daß er sich in einem artifiziellen Zustand befindet. Dabei läßt sich eine Reihe weiterer, hier im einzelnen nicht nennbarer typischer funktionaler Homologien herausarbeiten. Zu ihnen gehört auch die Beobachtung, daß bei beiden archetypische Symbole im Sinne von C. G. JUNG²⁷ vorkommen. Die damit unmittelbar erwiesene Bezogenheit der szenischen Halluzinose auf das Unbewußte der Person wird durch weitere 2 Phänomene unterstrichen, die beide bei Haschisch und Mescaline kaum gesehen wurden und so vor Entdeckung der LSD-Psychose fast unbekannt waren.

1. Halluzinierte Gegenstände, vor allem aber Tiere oder Monstra wie große Kraken, Spinnen usw. lassen die Physiognomien naher Angehöriger wie Vater, Mutter oder Großmutter aus der früheren Kindheit erkennen.

2. Die erwähnte Erscheinung der Altersregression: Der Berauschte empfindet sich körperlich zu einem Kinde entsprechenden Alters geschrumpft, erkennt sich in der Kleidung dieser Zeit und erlebt eine Szene, die oft auch objektiv einer Realsituation der frühen Kindheit entspricht. Selbst sein Denken und Handeln sind eingeschränkt wie bei einem Kind. So rekapitulierte eine 32 Jahre alte Versuchsperson einen objektiv bestätigten, psychotraumatisch sehr bedeutsamen Krankenhausaufenthalt aus dem 2. Lebensjahr:

„Ich erfaßte Einzelheiten und wußte, daß Schwestern um mich sind. Ich konnte sie nicht leiden. Immer mußte ich im Bett bleiben und durfte nicht spielen. Man setzte mich aufs Töpfchen, obgleich ich kein Bedürfnis hatte. Ich empfand meine körperliche Unbeholfenheit. Ich war tolpatschig, und Dinge glitten mir beim Spiel aus den Händen. Ich spürte auch körperlich, wie ich auf dem Topf saß, und hatte dazwischen wieder Angst, ins Bett gemacht zu haben. — Ich konnte nicht immer voll erfassen, was vor sich ging. Ein Gefühl des Unbehagens und der Angst, voll Fremdheit und Verlassenheit, herrschte vor. Ich weinte nicht, sondern fühlte mich erstarrt und passiv einem Zwang ausgeliefert.“

Die LSD- und Psilocybinliteratur ist voll ähnlicher Schilderungen. In homologer Weise werden sie auch bei hypnagogen Visionen gesehen, wie mein ehemaliger Mitarbeiter BAROLIN², ferner SCHNECK⁵² gezeigt haben.

Zusammenfassend ergibt sich also, daß die szenische Halluzinose bzw. die *quasi-normale Erlebnisform* der experimentellen Psychosen in höchstem Maße neurotisches Komplexmaterial der Person bis hin zu den Remiszenzen psychisch traumatisierender Ereignisse zutage fördert.

Wie steht es damit nun aber bei der *extrem-psychotischen Verlaufsart*? Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß der Erlebnisstrom des Rausches im Gegensatz zum quasi-normalen Ablauf unterbrochen ist, also z. B. sinnlose Bruchstücke von Trugwahrnehmungen hintereinandergereiht sind und die Affekte und Emotionen, statt integriert zu sein, dissoziiert und abgespalten erlebt werden. Vergleichbare Extremform ist die Sprunghaftigkeit und Abgehacktheit der schizophrenen Zerfahrenheit und das *dereistische Denken* BLEULERS⁹. — In gesteigerter Form erfahren die Bewußtseinsinhalte eine völlige Stagnation und Dissoziation. Vergleichbare Extremform ist das katatone

Syndrom. Hier muß ich einschalten, daß diese Phänomene im allgemeinen erst unter höheren Dosen auftreten, die bei der Therapie vermieden werden sollten³⁷.

Um die Frage der Beziehungen der genannten extrem-psychotischen Symptome zur Persönlichkeit zu untersuchen, bedarf es eines größeren methodischen Aufwandes als bei der quasi-normalen Form. Ich hoffe, es wird mir gelingen, Ihnen trotz der nur kurzen zur Verfügung stehenden Zeit die Zusammenhänge einigermaßen überzeugend zu skizzieren. Dabei gehe ich zuerst von dem *Beispiel einer fragmentierten Halluzinose* mit noch relativ deutlich erkennbaren symbolischen Inhalten aus und schreite vom Einfachen zum Komplizierten fort. Im Anschluß daran werden wir die völlig unverständlichen Erscheinungen, z. B. die Katatonie, unter konditionalgenetischen Gesichtspunkten untersuchen, um dann zu endgültigen Schlußfolgerungen zu gelangen.

Das *Beispiel* stammt von einem 21 Jahre alten Medizinstudenten, der an einer schweren Neurose litt. Die Biographie war aus einer vorangegangenen, jedoch erfolglosen psychoanalytischen Behandlung bekannt. — Auf dem Höhepunkt des LSD-Rausches ist der junge Mann hochgradig gespannt und innerlich erregt. Er halluziniert einen riesenhaften Kraken, der ihm stundenlang gegenüber sitzt und dessen Anblick ihn mit Ekel und Angst zugleich erfüllt. Gelegentlich *sitzt der Patient selbst in dem Maul des Monstrums* und spürt dessen Zähne am eigenen Rücken. Etwa 1 Std später hat der Patient Schmerzen im Unterleib, die sich, wie er wiederholt äußert, wie *Geburtswehen* darstellen. Dann wieder ist er unansprechbar, stark kataton gespannt, von seinem Erleben völlig okkupiert und von der Umwelt abgeschaltet. Nach einer weiteren halben Stunde sieht er statt des Kraken eine *große Röhre* vor sich, aus der ihm etwas ins Gesicht spuckt. Es ist das Monstrum, das jetzt aus der Röhre heraus will und allmählich weiter nach vorn rutscht. (Interpretationen werden keine gegeben.) Als der junge Mann aufgefordert wird, den Kraken aus der Röhre herauszuziehen, zieht er statt an den Armen des vor ihm liegenden Phantoms an seinen eigenen Haaren. Die blauen Augen des Ungeheuers erinnern ihn an eine in seiner Kindheit einflußreiche *Tante*, von der wir später noch hören werden. Nach längerem Schweigen preßt er, als wolle er *Stuhl lassen*. Im gleichen Moment spuckt der Krake eine Feder aus, die sich in der Luft in den Namenszug des Patienten verwandelt. Kurz darauf ertönt im Nebenraum realiter das Geräusch vom *Schüren der Heizung*. Der junge Mann ruft, er habe das Gefühl, in seinem Leib ausgekratzt und gesäubert zu werden. Dann ist er wieder stark gespannt, ohne Inhalte und für längere Zeit nicht ansprechbar. Plötzlich visioniert er dann den Kopf eines frisch geborenen *Säuglings*, der schreit und dem eine Milchflasche gegeben wird.

Rein *phänomenologisch* haben wir also das Nebeneinander ganz heterogener psychotischer Erscheinungen vor uns: abnorme Leiberlebnisse, haptische und optische Halluzinationen, die oft Leibhaftigkeitscharakter haben, sowie Affektillusionen. — Aus Gründen, die ich wegen der Kürze der Zeit — trotz ihrer Bedeutsamkeit für das Verständnis unseres Vorgehens — nicht erläutern kann, gehen wir davon aus, daß die über viele Stunden von starker innerer

Erregung und Mutismus unterbrochenen Erlebnisfragmente im Sinne der Gestaltpsychologie ein *ganzheitliches thematisches Feld* darstellen. Daraus ergibt sich die Konsequenz, die einzelnen *Bruchstücke* als *Teile eines einheitlichen Ganzen* aufzufassen, die nur aus später zu erklärenden Gründen voneinander getrennt sind. Versucht man das herrschende Thema zu verbalisieren, so könnte etwa formuliert werden: „Herausbeförderung von etwas, d. h. eines Kraken, aus einem Rohr unter wehenartigen Schmerzen, verbunden mit innerer Reinigung und dem Auftauchen eines frisch geborenen Knaben. Alles weist hinsichtlich der Funktion auf einen Geburtsvorgang hin (Geburtswehen, das Vorausschieben in einer Röhre und das Erscheinen eines Säuglings), der leicht verschlüsselt ist. Der Krake ist dabei einerseits eine Metapher der blauäugigen Tante, andererseits aber identifiziert sich der junge Mann selbst mit ihm (er zieht den halluzinierten Kraken aus dem Rohr, als er sich an den eigenen Haaren zieht). Das Symbol vom Kraken ist also mehrfach determiniert, wie wir es von Traumsymbolen kennen. Es entspricht auch ganz dem magisch-mythischen Denken, wie es z. B. A. STORCH bei Schizophrenen untersucht hat, daß das Subjekt mit dem halluzinierten Objekt verschmilzt (der Krake rutscht durch die Röhre, als der Patient wehenartige Schmerzen verspürt). Unter tiefenpsychologischem Aspekt könnte diese ganze psychotische Erlebnisspassage auch als eine *Wiedergeburtsthematik* aufgefaßt werden. Dafür sprechen das anfängliche Im-Maul-des-Phantoms-Sitzen als ein Hinweis auf das „Verschlungenwerden“ und die Affektillusion beim Schüren der Heizung, die als „innere Reinigung“ empfunden wird. Die mythologische Wiedergeburtssymbolik ist aus dem psychotherapeutischen Individuationsprozeß bei C. G. JUNG²⁷ geläufig. Dabei soll hier weniger eine tiefenpsychologische Erfahrung oder Theorie impliziert werden, aus der freilich die sinnlos fragmentarische Passage besonders gut verstehbar wird, sondern ich möchte die methodische Wendung von der isolierenden Betrachtung der Phänomene und Erlebnisbruchstücke zu einer ganzheitlichen Feldbetrachtung veranschaulichen. Die bisher streng getrennt beobachteten Einzelphänomene werden dabei — um es zu wiederholen — Teile eines Gesamtthemas, wie es die Ganzheitspsychologie KRÜGERS³² oder die von CONRAD^{16, 17} in die Psychiatrie eingeführte Gestaltpsychologie mit GURWITSCH²² gezeigt haben. Auf diese Weise gelingt es relativ leicht, auch in den fragmentarischen, scheinbar völlig unverständlichen und sinnlosen Erlebnisformen der experimentellen Psychosen die symbolischen Abbildungsvorgänge der Person, analog wie bei der szenischen Halluzinose, bei hypnagogischen Visionen und im Traum, wiederzufinden³⁶.

Ich wende mich nun einem Beispiel mit ganz ausgeprägten extrempsychoischen Erlebnisweisen zu, die durch katatone Stuporen, katatone Erregungen, dissoziierte Affekte und ebenfalls sinnlos aneinandergereihete Erlebnisbruchstücke charakterisiert sind. Hier führt uns wiederum erst eine *Ganzheitsbetrachtung* zu Einsichten in die seelischen Zusammenhänge. Die Untersuchung des psychotischen Erlebnissfeldes wird uns darüber hinaus erlauben, wichtige dynamische Momente abzuleiten, um *genetische Faktoren* für die Entstehung der nun völlig unverständlichen extrempsychoischen Passagen aufzudecken.

In der 8. Sitzung des gleichen 21 Jahre alten Medizinstudenten werden 400 γ per os verabreicht. — Nach anfänglichen vegetativen Sensationen liegt der junge Mann affektiv stark gespannt, mutistisch und unansprechbar auf dem Bett. Mit den Fingerspitzen macht er eigenartige, stereotype, den Mund betastende Bewegungen. Er wirkt ausgesprochen kataton und hat, wie er nachträglich versicherte, keinerlei Bewußtseinsinhalte. Als der Arzt das Zimmer verlassen will, preßt er hervor, daß er nichts anderes als starke Wut und zugleich Angst fühle. Offenbar besteht eine starke Affektambivalenz. Nach 1½ Std kommen erste kognitive Inhalte, bezeichnenderweise wieder in ambivalenter Form: er fühle sich geküßt und gleichzeitig von Händen geschlagen, eine Fülle fast wie im Verwirrheitszustand durcheinander wirbelnder psychotischer Eindrücke setzt ein, die nicht beschrieben werden können. Aus dieser heftigen Überschwemmung mit nicht faßbaren Inhalten treten dann schließlich gewisse Bruchstücke faßbar und prägnanter hervor: seine Tante steht nackt vor ihm und neben ihr ein Soldat. Dann folgen Bildfetzen eines brennenden Christbaumes, eines Schlauches, der zu einem männlichen Glied wird, Zähne tauchen vor ihm auf, ein Mädchen erzählt von Geschlechtskrankheiten, ein geschminkter Mund erscheint, der Patient riecht ein erotisch erregendes Parfum und sieht sich dann als 8jähriges Kind Hand in Hand mit der genannten Tante spazierengehen. Dabei fühlt er sich ausgesprochen geborgen. Er kommentiert, daß diese kindlichen Beziehungen zu der attraktiven blonden Tante eine „erotische Liebe“ gewesen seien. Nach einer Pause neue sinnlose Bruchstücke: er hört Geräusche, als läge er in einem Blechsarg, ein Schrei der Mutter ertönt, er fühlt sich gelähmt, ein schimpfender Mann steht vor ihm, und er befindet sich in einem Badezimmer, ohne daß er einen Sinnzusammenhang erkennen könnte.

Ich lasse hier einen weniger bedeutsamen Teil des Protokolls aus, der sich mit dem ausschweifenden Lebenswandel der Tante befaßt, den der Patient längst vergessen hatte. Der dauernd schweigend gegenwärtige Arzt fragt nun unvermittelt, ob diese innige Liebe zur Tante früher einmal verletzt worden sei. Darauf zuckt der Patient heftig zusammen, gerät wiederum in einen *katatonen Stupor*, stößt seltsame Töne aus, schweigt und bleibt unansprechbar. Einige Zeit später kann er unter dem Einfluß eines starken Affektes stammeln, er habe das Gefühl, es müsse sich um eine „explosionsartige Situation“ handeln, er habe starke Angst. Wenige Zeit später: im ganzen Körper bestehe das Empfinden eines heftigen Erschreckens, es brenne im Kopf, und er höre einen Schrei der Mutter. Nach kurzer Zeit berichtet er, daß er soeben eine *Kindheitsreminiszenz* durcherlebt habe. Dabei handelt es sich offenbar um eine quasi-normale szenische Erlebnispassage. Sie stellt — wie sich bald zeigt — das eigentliche Thema des ganzen thematischen Erlebnissfeldes der viele Stunden dauernden Psychose mit ihren heterogenen Anteilen dar. Er berichtet: Mit 8 oder 9 Jahren habe er ohne Wissen der Eltern gemeinsam mit der geliebten blonden Tante gebadet. Die Schrecksituation habe nun darin bestanden, daß Vater und Mutter plötzlich im Badezimmer erschienen, ihn an den Haaren herausgerissen und heftig geschlagen hätten.

Dieses Beispiel eines extrempsychotischen Verlaufes läßt sich sowohl unter *inhaltlich-thematischem* als auch unter *formalem Aspekt* untersuchen. Beim inhaltlichen Aspekt gehen wir — wie schon gezeigt — wieder davon aus, daß alle Bruchstücke die Teile eines thematischen Feldes darstellen. Sein zentrales Thema wird erst aus der quasi-normalen Erlebnispassage am Ende des Feldes, hier die Szene vom Bad mit der Tante, deutlich. Diese für den Knaben ausgesprochen erotische Situation erfährt ihre Unterbrechung durch den brutalen Eingriff der Eltern. Mit ambivalentem Affekt stehen Erotik und Strafe einander *kontrastrisch* gegenüber. Bereits in dem ersten kognitiven Inhaltsbruchstück des psychotischen Erlebnissfeldes mit dem noch relativ diffusen Gefühl, geküßt und zugleich geschlagen zu werden, hatte sich nach Abklingen des Stupors diese Grundstruktur bereits offenbart.

Die zwischen diesem Initialerleben und der ganzheitlichen Badeszene *halluzinierten Bruchstücke* haben mehr oder weniger deutlichen erotischen bzw. sexuellen Inhalt. Auch die szenische Reminiszenz des Bades am Ende wurde zunächst, in Bruchstücke aufgelöst, vorweggenommen, ohne daß der junge Mann den Zusammenhang hier schon erkennen konnte. Das Brausegeräusch in der Badewanne z. B. mißdeutete er vielmehr als „Blechsarg“, das Entdecktwerden durch die Eltern und die Strafe erschienen zunächst nur als eine emotionale Anmutung in den Äußerungen „explosionsartige Situation, starke Angst“ und später genauer als „Schrei der Mutter“. Versucht man hier die dem gesamten Erlebnissfeld zugrunde liegende *thematische Struktur* zu verbalisieren, so würde sie etwa lauten: „Erotische Liebe ist bei Schreck und Strafe verboten.“ Diesem Grundthema sind, gewissermaßen als einer *Determinanten des ganzen Erlebnissfeldes* der Psychose, seine Teile und Erlebnisbruchstücke zugeordnet (Abb. 1).

Der formale und funktionale Aspekt dieses in vieler Hinsicht modellhaften Ablaufes soll in einem Diagramm (Abb. 1) veranschaulicht werden. Die einzelnen Ablaufstufen der Psychose nach der Einnahme von LSD heben sich relativ markant hervor: Am Anfang steht der *katatone Stupor* mit starker innerer Gespanntheit und Erregung; hier fehlen psychotische Inhalte vollständig, und alle Trugwahrnehmungen sind noch blockiert. Im Anschluß daran folgt als erster Erlebnisinhalt ein *dissoziierter Affekt*; er besteht in einer Ambivalenz zwischen Angst und Wut. Die erste echte Trugwahrnehmung stellt sich dann bald darauf ein und hat in Form der *Anmutungsqualität* „geküßt und zugleich geschlagen werden“ ebenfalls ambivalenten Charakter. In ihr teilt sich das Grundthema des ganzen folgenden psychotischen Erlebnissfeldes schlaglichtartig mit. Dann schließt sich die längere Passage der *fragmentarischen optischen Halluzinose* an, bis das Erleben schließlich in die *quasi-normale* szenische Reminiszenz vom Bade mit der Tante mündet. Eine derartige konstituierte Ablaufkette ist — eine entsprechend hohe Dosierung des Mittels vorausgesetzt — keineswegs selten. Für unsere Betrachtung ist der *Abbau der übersteigerten inneren Reizproduktion* das wichtigste Charakteristikum. Wir sprechen deshalb von dem *lytischen Prozeß*. Der am Anfang des lytischen Verlaufes stehende *Stupor* (als völlig inhaltloser

Zustand) läßt sich bei näherer Untersuchung als die Übersteuerung der Gleichzeitigkeit zweier ambivalenter Affekte, hier von Wut und Angst, herausarbeiten (Abb. 2). Sie paralysieren sich gegeneinander in einer — wie wir es genannt haben — *Simultanambivalenz*. Die 2. Abbildung will diese Verhältnisse verdeutlichen. Dabei ist charakteristisch, daß sich die sinnlose Erregung nach einiger Zeit langsam auflöst und aus der simultanen eine sukzessive Ambivalenz wird, indem sich langsam einmal der eine, dann wieder der andere Affekt stärker aufbraucht, so daß der *kontrastliche* Affekt in den Vordergrund tritt (Abb. 2).

Aus diesen Gegebenheiten wird deutlich, daß der Grad der inneren (oft nicht motorischen) Erregung am Anfang des lytischen Verlaufes ein besonders hoher ist. Der Patient liegt hochgradig gespannt da, hat eine Tachypnoe und Tachykardie, schwitzt stark, ist stuporös gehemmt und von der Umgebung abgeschaltet. Wir bezeichnen diesen Zustand als die *dynamische Übersteuerung des psychischen Systems durch die innere Reizproduktion des Toxins*. Die freiwerdende innere Erregung kann sich nun durch das Durchleben und Durchleiden langsam aufbrauchen (wieder Abb. 1). Hier liegt also offensichtlich der Mechanismus des acting out, der affektiven Abreaktion, vor. — Noch etwas anderes kommt hinzu. Der Grad der psychotischen Erregung steht in umgekehrtem Verhältnis zum Grad der Differenziertheit der Erlebnis-inhalte. Also: je größer die Erregung, desto höher ist auch der Grad der *psychischen Entdifferenzierung*. In der Phase der höchsten dynamischen Übersteuerung sind motorische Phänomene wie Stupor, stereotype Bewegungen oder Hypermotilität die einzigen psychischen Äußerungen. Sie können nach PLOOG^{47,48} als Übersprunghandlungen im Sinne der Instinktlehre oder mit KRETSCHMER³¹ als motorische Schablonen aufgefaßt werden. Sie stellen nach BENTE⁵ und WIESER⁴ einen *Regreß auf onto- und phylogenetisch frühe Matrixformen der Motorik*, auf motorische Erbkoordinationen (LORENZ^{41,42}) dar*. Die Entdifferenzierung nimmt unter dem langsamen Aufbrauch der übersteuernden Energie allmählich ab.

Auch zur Zeit des *dissoziierten Affektes* und der ersten Anmutungsqualitäten besteht noch ein höheres

* Der Rückgriff auf hirnpfysiologisch frühe Funktionsformen ist in der Psychopathologie vor allem in den auf JACKSON²⁵ fußenden Arbeiten des französischen Psychiaters H. EY²¹ und früher schon von MONAKOW⁴⁵ neben anderen vertreten worden.

Maß psychotischer Erregung. Selbst auf mittlerem Niveau ist die Übersteuerung noch für die Fragmentierung der Inhalte, also auch für das assoziative und dereistische Denken, verantwortlich. Ihr Minimum hat sie beim Wiederauftauchen von kontinuierlichen Szenen der Trugwahrnehmungen erreicht, also im Bereich des quasinormalen Erlebens.

Aus diesen hier nur kurz skizzierbaren Zusammenhängen wird deutlich, daß für die Entstehung extrem-psychotischer Symptome, etwa des katatonen Syn-

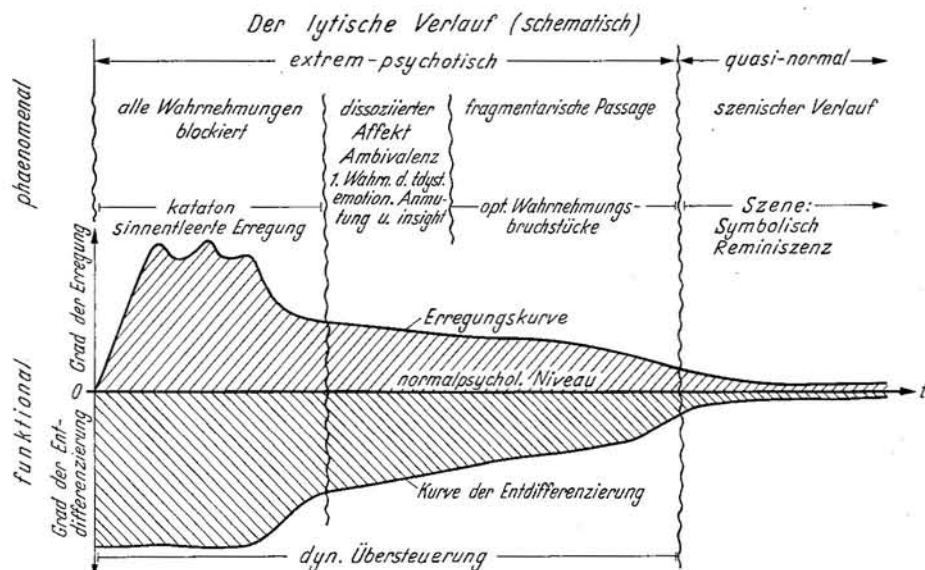


Abb. 1. Verhältnis der Erregung zur Entdifferenzierung

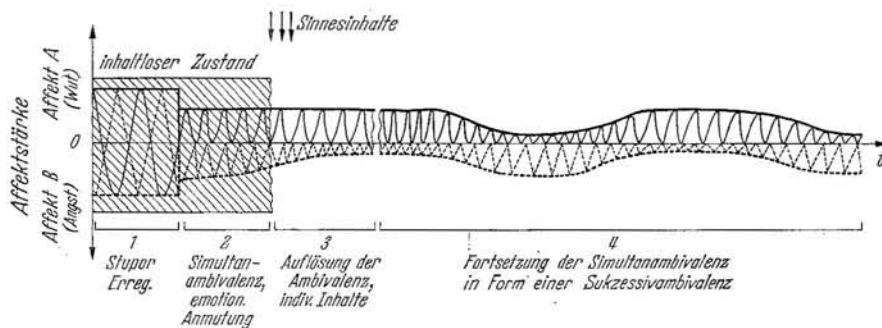


Abb. 2. Auflösung eines Stupors

droms, des dissoziierten Affektes und des dereistischen Denkens, die dynamische Übersteuerung des psychischen Systems verantwortlich zu machen ist. Mit anderen Worten, die Ursache dafür, daß wir statt der quasi-normalen Erlebnisform des gemächlich dahinfließenden Oneiroides in der experimentellen Psychose eine unverständbare, bisher nur der deskriptiven Phänomenologie zugängliche Symptomatik beobachten, scheint ihren Grund in einer Überschwemmung des psychischen Systems mit hochgespannter affektiver Erregung — häufig ambivalenter Art — zu haben. Die Psyche kann diese energetische Übersteuerung nicht in der ihr adäquaten Weise, also im kontinuierlichen Bewußtseinsstrom, verarbeiten. Der entdifferenzierende Regreß auf frühe Erbkoordinationen nach Art der genannten motorischen Schablonen oder Instinktabläufe ist dagegen viel besser geeignet, größere Erregungsbeträge in kurzer Zeit aufzubreuchen.

Als Ursache für die dynamische Übersteuerung müssen wir 2 Faktoren anschuldigen: a) die *Dosis* des Halluzinogens, b) das Vorliegen entsprechend affektgeladener *dynamischer Systeme* bzw. emotional-affektiver Komplexe im Sinne von BLEULER^{8, 9}, KRETSCHMER³⁰ u. a. bei der individuellen Person.

Die *Dosisabhängigkeit der Übersteuerung* ist einfach dadurch erkennbar, daß sie unter niedriger Dosierung ausbleibt, während bei hohen Dosen (immer relativ in bezug auf die subjektive Ansprechbarkeit) extrem-psychotische Symptome zahlreicher sind. Sie treten aber nicht zufällig irgendwann auf; ein kataton Stupor oder eine katatone Erregung z. B. haben jeweils einen ganz individuellen Stellenwert im Rahmen des gesamten Motivgefüges der biographisch gesetzten Prägungen. Diese individuelle Position der katatonen Formalsymptome, besser der dynamischen Übersteuerung, verdient, besonders festgehalten zu werden. Sie wird in unserem Beispiel an jener Stelle deutlich, an der auf die Frage an den Patienten, ob die Liebe zur Tante verletzt worden sei, plötzlich ein *weiter stuporöser Zustand* mit Stereotypen auftritt. Förmlich, als sei ein Schlüssel in das für ihn passende Schloß gesteckt worden, trifft die Frage in das unbewußte Motivationssystem des jungen Mannes. Als der Stupor dann später abklingt, stellt sich die Anmutung ein, es müsse sich um eine „explosionsartige Situation handeln“. Darin offenbart sich — als dissoziierter Affekt vorausseilend — die Stärke der affektiven Erregung. Sie findet ihre biographische Klärung aber erst in der anschließend wiedererweckten Bestrafung. — Diese rein psychische Auslösung des katatonen Symptoms wird ermöglicht auf dem Hintergrund eines konstanten Toxinspiegels: Toxinwirkung und biographischer Affektkomplex gemeinsam führen erst zu jener dynamischen Übersteuerung des psychischen Systems, die als katatone und andere extrem-psychotische Symptome erscheint.

Wenn die Übersteuerung solche biographische Komplexstrukturen aus der Latenz heraushebt wie in unserem Beispiel, „geküßt und zugleich geschlagen werden“, gewinnen sie eine das ganze psychotische Erlebnisfeld steuernde Potenz. Von ihr werden nicht nur alle wesentlichen Teile des thematischen Feldes bestimmt, sondern auch äußere Reize werden in der Art von Affektillusionen umgewertet und damit in die Feldstruktur eingegliedert. Diese und andere Beobachtungen mußten zu der Auffassung führen, daß die hintergründigen dynamischen Systeme der Person den Charakter von starken *Steuerungssystemen* haben. Ein besonderer Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme sind Fälle, in denen gewisse Symptome nach Abschluß der experimentellen Psychosen nicht wie üblich zurücktreten, sondern noch Tage nach Abschluß der Sitzung die emotionale Situation im Alltag bestimmen. Hier sind die in der Psychose hochaktivierten Steuerungssysteme noch weiterhin wirksam geblieben.

Beispiel: Eine Versuchsperson hatte im LSD-Rausch während einer Altersregression ins 4. Lebensjahr ihre Erstickenfallsfälle einer Keuchhustenerkrankung nochmals durchlebt. Am Tage nach dem LSD-Rausch und am darauffolgenden litt sie weiter unter Anfällen eines zwanghaften, trockenen, oft über Viertelstunden anhaltenden quälenden Hustens, der immer wieder durch Unruhe auf der Station ausgelöst werden konnte.

Eine andere Versuchsperson, ein junger Mann, erlebte im Rausch die Überlegenheit der eigenen Mutter in allen Dingen

der Lebensführung der elterlichen Gast- und Landwirtschaft. Wegen des vermeintlichen eigenen Ungnügens entwickelte sich noch während der LSD-Sitzung eine schwere depressive Verstimmung. An den darauffolgenden 4 Tagen blieb eine fast endogen anmutende Verstimmung mit einem Vernunftsgründen nicht zugänglichen Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Minderwertigkeit bestehen, das Anlaß zu Suicidgedanken war.

Auch psychogene Körpersymptome können durch Aktivierung eines steuernden Systems hervorgerufen und im Alltag unterhalten werden.

Ein 39jähriger Akademiker mit einer bis dahin recht guten Vita sexualis erlebte im LSD-Rausch mehrmals optische Inhalte, die ganz unzweideutig ein Kastrationsmotiv darstellten: ein Hengst hatte ein verdorrtes Membrum, ein anderer ein abgeschnittenes Glied. Im Anschluß daran bestand eine über Wochen anhaltende Impotentia coeundi.

Erst die *Fortsetzung der LSD-Serie* ließ in beiden Fällen die sich aus der experimentellen Psychose fortsetzenden Symptome wieder verschwinden.

Wiederholt man die experimentelle Psychose mit LSD oder Psilocybin, so fällt auf, daß in jedem neuen Rausch die Inhalte unmittelbar an das Thema der vorhergehenden Sitzung anknüpfen. Daraus kann geschlossen werden, daß das jeweils steuernde System aus der Fülle aller möglichen seelischen Inhalte eine strenge Selektion trifft. Zugleich wandert das *zentrale Thema des Feldes* allmählich von einer Sitzung zur anderen. Das Steuerungssystem scheint seine determinierende dynamische Potenz durch das Durchleben und Durchleiden (acting out) langsam zu verlieren, um neuen steuernden Systemen und damit neuen Inhalten des Erlebnisfeldes Platz zu machen. Mit anderen Worten, eine Art von *Katharsis* im Sinne von BREUER u. FREUD¹³ scheint einzutreten, oder das gespannte dynamische System des Steuerungsvorganges scheint sich im Sinne von K. LEWIN³⁹ zu sättigen. Auf diesem Prinzip beruht offensichtlich auch die Wirkung einer Psychotherapie unter Halluzinogenen.

Betrachten wir diese Erfahrungen vom Aspekt der Person, so hat es den Anschein, als würden aus der Fülle aller möglichen Innenerlebnisse des Gesamtbestandes der Person jeweils nur jene zum Inhalt der Psychose gemacht, die dem Thema des toxisch aktivierten dynamischen Komplex- bzw. Steuerungssystems entsprechen. Die Regeln, nach denen sich in der Psychose die Teile des thematischen Erlebnisfeldes assoziieren, können an dieser Stelle nicht näher erläutert werden. Formal walten Gesetzmäßigkeiten der Gestaltpsychologie, genetisch dagegen herrschen gespannte Systeme nach Art von Bedürfnisspannungen, Tätigkeitsbereitschaften u. a. Trotz der scheinbaren Sinnlosigkeit und Unverstehbarkeit der *extrem-psychotischen Passagen* finden wir also ein *Ordnungsgefüge*, dessen genaue Analyse uns im Einzelfall wieder auf die *verstehbare*, die traumartige Erlebnisform der szenischen, *quasi-normalen Passage* führt. Wenn dem so ist — und wir haben viele Hinweise für die Richtigkeit dieser Annahme —, so wären in den dynamischen *Steuerungssystemen* jene *Radikale der Person* zu erkennen, die BERINGER⁶ und die Forscher der 20er Jahre unter dem Aspekt einer lediglich Eigenschaften beschreibenden Charakterologie in der experimentellen Psychose vergeblich gesucht haben. Denn die Steuerungssysteme sind biographisch determinierte, schicksalhaft gewachsene dynamische Strukturen und haben offensichtlich charakterprägende Bedeutung.

Zur Zeit ihrer Entstehung, etwa in der Kindheit, haben sie jene *dynamische Restspannung* behalten, die im LSD-Rausch, möglicherweise als Affektambivalenz, wieder bewußt wird und sich in Reminiszenzen oder symbolisch ausdrückt, d. h. unter der Aktivierung des Halluzinogens in mehr oder weniger verzerrter Form erneut in das Erlebnisfeld tritt, gleichzeitig aber auf Entspannung durch Rekapitulation des Erlebens mit seiner Katharsis, Durchleben und Durchleiden, drängt. Darin wäre die psychotherapeutische Hilfe der Halluzinogene theoretisch zu suchen. — Rein formal sind die Symptome der Übersteuerung, etwa das katatone Syndrom, als psychopathologische Phänomene freilich nicht weiter zurückzuführen oder zu deuten. Nur genetisch (im Sinne der Übersteuerung) können sie erklärt und ihrer Beziehung zum jeweiligen Erlebnisthema erkannt werden. Ähnlich wie etwa Lachen und Weinen nicht weiter zu reduzieren sind als bare Erscheinungsweise, sind sie trotzdem verankert im Motivgefüge der Personen und haben einen ganz individuellen, durchaus verstehbaren Stellenwert.

Damit komme ich zu *unserer Ausgangsposition zurück*. Die exogenen Reaktionstypen von BONHOEFFER^{10, 11} wurden unter rein formalem Aspekt aufgestellt. Als Formalsymptome sind sie auch bei der experimentellen Psychose überindividuell und uniform. Sie verlieren deshalb ihre Bedeutung für die klinische Diagnostik nicht (abgesehen von neueren Bearbeitungen, etwa von WEITBRECHT⁵⁶, nach denen ihre Spezifität angezweifelt wird). Die engen Beziehungen zur Person sind jedoch darin zu erkennen, daß jedes der Symptome seinen individuellen Stellenwert besitzt und der regressive Ausdruck von biographisch determiniertem Konfliktmaterial ist. Wenn also die Symptomausprägung zwar überindividuell ist, bestimmen die sonst hintergründigen individuellen Dispositionen, d. h. die genannten Steuerungssysteme, die Inhalte und die formale Symptombildung, etwa das hic et nunc eines katatonen Stupors, einer Erregung, einer depressiven Reminiszenz in der experimentellen Psychose.

Ich bin damit am Ende meiner Ausführungen. Wenn man *zusammenfassend* versucht, Vergleiche anzustellen zwischen den konditional-genetischen Verhältnissen bei den Symptomen der experimentellen Psychose und der geläufigen Psychodynamik bei Neurosen, die wir ja mit Hilfe der Halluzinogene zu behandeln gelernt haben, findet sich eine höchst eigenartige *Homologie*. Als typisches Beispiel sei noch einmal der Stupor genannt. Phänomenologisch sind der rein psychogene Affektstupor — etwa der Examensstupor — und der katatone Stupor der experimentellen Psychose unvergleichbar. Ihre *genetischen Grundbedingungen* sind aber die gleichen: im Affektstupor von Primitivreaktionen finden wir — ebenso wie im katatonen Stupor — die simultane Ambivalenz einander paralysierender Affekte, ihre Stärke führt — wenn auch im psychogenen Bereich geringer als in der experimentellen Psychose — zu einer dynamischen Übersteuerung. Prüft man die übrige Symptomentstehung der experimentellen Psychosen unter dem Aspekt dieser dynamischen Homologie, so läßt sich — vereinfacht formuliert — folgendes finden: Die Psychodynamik der Person in der Neurose erfährt unter Einfluß der Halluzinogene

eine Aktivitätssteigerung unter Zurückdrängung der realitätsgetreuen Außenwahrnehmung. So lange die dynamische Übersteuerung ein niedriges Niveau beibehält, bleibt das psychotische Erleben im Rahmen eines kontinuierlichen Bewußtseinsstromes quasi-normal, d. h. dem Traum analog.

Unter höherer Dosierung, oder wenn besonders hochgespannte dynamische Systeme biographischen Ursprungs vorliegen, kann die innere psychische Reizproduktion das Ausmaß einer von der Psychose nicht mehr verarbeitbaren Übersteuerung annehmen. Der Bewußtseinsstrom wird dann durch die Ausbildung der extrem-psychotischen Phänomene unterbrochen. Diese können als ein Versuch der Psyche betrachtet werden, mit Hilfe der ihnen eigenen erregungsaufbrauchenden, regressiven, motorischen und instinktartigen Eigenschaften die übersteuernde Energie schnell abzuleiten bzw. zu vernichten.

Anders ausgedrückt: Auch die toxische Erlebnisüberhöhung und formale Verzerrung bis zur totalen Unkenntlichkeit der Individualität in der experimentellen Psychose können nicht darüber hinwegtäuschen, daß sich die experimentelle Psychose des gesamten Bestandes latenter, streng individuell und biographisch gewachsener Dispositionen bedient und dabei gerade jene dynamischen Strukturen freisetzt, die sonst verborgen bleiben, ja häufig längst zu festen Strukturen des Charakters erstarrt sind.

Literatur. ¹ ARENDSSEN-HEIN: Referat, gehalten auf dem Europäischen Symposion für Psychotherapie unter LSD-25, Göttingen 1960, und auf der „Conference on Hallucinogenic Drugs and their Psychotherapeutic Use“ vor der Royal Medico-Psychological Association, London 15. 2. 61. Amsterdam: Elsevier Publishing Company 1963. — ² BAROLIN, G.: Z. Psychother. med. Psychol. 11, 77 (1961). — ³ BECKER, A. M.: Wien. Z. Nervenheilk. 2, 402 (1949). — ⁴ BENEDETTI, G.: Psyche (Stuttgart) 9, 23 (1955). — ⁵ BENTE, D., u. ST. WIESER: Msehr. Psychiat. Neurol. 125, 13 (1953). — ⁶ BERINGER, K.: Monogr. Neurol. u. Psychiat. H. 49 (1927). — ⁷ BINSWANGER, L.: Drei Formen mißglückten Daseins. Verstiegenheit, Verschrobenheit, Manieriertheit. Tübingen 1956. — ⁸ BLEULER, E.: Z. Psychiat. 76 (1921). — ⁹ BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1949. — ¹⁰ BONHOEFFER, K.: Berl. klin. Wschr. 1908. — ¹¹ BONHOEFFER, K.: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. In: ASCHAFENBURGS Handbuch der Psychiatrie. Leipzig u. Wien 1912. — ¹² BRACHFELD, O.: Z. Psychother. med. Psychol. 4, 79 (1954). — ¹³ BREUER, J., u. S. FREUD: Studien über Hysterie. 1895. — ¹⁴ CHANDLER, A. L., and M. A. HARTMANN: Arch. gen. Psychiat. 2, 286 (1960). — ¹⁵ COHEN, S., and B. G. ETSNER: Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) 81, 615 (1959). — ¹⁶ CONRAD, K.: Dtsch. Z. Nervenheilk. 158, 344, 372 (1947); 159, 132, 188 (1948); — Arch. Psychiat. Nervenkr. 179, 502 (1948); 180, 54 (1949); — Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 63, 141 (1949). — ¹⁷ CONRAD, K.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 25, 56 (1957). — ¹⁸ DAVY, A.: Chemische und physiologische Untersuchungen über das oxydierte Stickgas und das Atmen desselben. Lemgo 1814. — ¹⁹ DESOILLE, R.: Le rêve éveillé en psychothérapie. Paris 1945. — ²⁰ ERIKSON, M., and K. KUBIE: Psychoanal. Quart. 10, 583 (1941). — ²¹ EY, H.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 20, 195 (1952). — ²² GURWITSCH, A.: Psychol. Forsch. 12, 277 (1929). — ²³ HEIDEGGER: Sein und Zeit, 8. Aufl. Tübingen: Niemeyer 1957. — ²⁴ HURST, L. A., H. REUNING, A. J. VAN WYK, H. S. CROUSE, P. J. BOOYSEN and G. NELSON: Experiences with D-lysergic acid diethylamide. A symposium. Medical Ass. of South Africa, 19th Annual Scientific Meeting, Pretoria 1955. — ²⁵ JACKSON, H.: Selected writings. London 1932. — ²⁶ JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, 5. Aufl. Berlin-Heidelberg 1948. — ²⁷ JUNG, C. G.: Symbole der Wandlungen, 4. Aufl. Zürich: Rascher 1952. — ²⁸ KLINE, N., and F. HAGGERTY: J. clin. exp. Hypnos. 1, 18 (1953). — ²⁹ KRAEPELIN, E.: Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Jena 1892. —

³⁰ KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie, 11. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1956. — ³¹ KRETSCHMER, E.: Arch. Psychiat. Nervenkr. 190, 1 (1953). — ³² KRUEGER, F.: Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953. — ³³ LANGNER, F. W., and M. D. KEMP: Quart. Bull. Pinebluff Sanit. 1, 3 (1956). — ³⁴ LEUNER, H.: Z. Psychother. med. Psychol. 5, 185, 233 (1955). — ³⁵ LEUNER, H.: Psychotherapie in Modellpsychosen. In E. Speer, Kritische Psychotherapie. München: Lehmann 1959. — ³⁶ LEUNER, H.: Med. exp. 2, 227 (1960). — ^{36a} LEUNER, H., u. H. HOLFELD: Psychiat. Neurol. 143, 379—391 (1962). — ³⁷ LEUNER, H.: Die experimentelle Psychose. Berlin-Göttingen-Heidelberg: J. F. Springer 1962. — ³⁸ LEUNER, H.: Psychotherapy with hallucinogenics; clinical report with special reference to the revival of emotional phases of childhood. Referat auf der „Conference on hallucinogenic drugs and their psychotherapeutic use vor der Royal Medico-Psychological Association, London 15. 2. 1961. Amsterdam: Elsevier Publishing Company 1963. — ³⁹ LEWIN, K.: Psychol. Forsch. 7, 330 (1926). — ⁴⁰ LIPPS, TH.: Vom Fühlen, Wollen und Denken. Leipzig 1926. — ⁴¹ LORENZ, K.: Z. Tierpsychol. 5, 235 (1943). — ⁴² LORENZ, K.: Dtsch. med. Wschr. 1953 II, 1500, 1600. — ⁴³ MARTIN, A. J.: Int. J. soc. Psychiat. 3, 188 (1957). — ⁴⁴ MAYER-GROSS, W.: Selbstschilderung der

Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform, psychopathische klinische Untersuchung. Berlin: Springer 1924. — ⁴⁵ MONAKOW, C. v., u. R. MOURGUE: Biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie. Stuttgart u. Leipzig 1930. — ⁴⁶ MÜLLER, CHR.: Psyche (Stuttgart) 9, 350 (1955/56). — ⁴⁷ PLOOG, D.: Nervenarzt 28, 18 (1957). — ⁴⁸ PLOOG, D.: Angeborenes Verhalten in endogenen Psychosen. In: Psychiatrie und Gesellschaft. Bern 1957. — ⁴⁹ REKO, V. A.: Magische Gifte. Stuttgart 1949. — ⁵⁰ SANDISON, R. A., A. M. SPENCER and J. D. A. WHITEHEAD: J. ment. Sci. 100, 491 (1954). — ⁵¹ SANDISON, R. A., and J. D. A. WHITEHEAD: J. ment. sci. 103, 332 (1957). — ⁵² SCHNECK, J. M. G.: J. gen. Psychol. 86, 183 (1955). — ⁵³ SECHERHAYE, M.-A.: Die symbolische Wunscherfüllung. Bern-Stuttgart 1955. Ref. Psyche (Stuttgart) 9, 930 (1956). — ⁵⁴ STOLL, W. A.: Schweiz. Arch. 60 (1947). — ⁵⁵ STORCH, A.: Das archaisch primitive Erleben und Denken der Schizophrenen. Berlin 1922. — ⁵⁶ WEITBRECHT, H. J.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 25, 41 (1957). — ⁵⁷ WERNICKE, C.: Grundriß der Psychiatrie, 2. Aufl. Leipzig 1906. — ⁵⁸ WINKLER, W. TH.: Bericht über den Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung bei einer an Katatonie leidenden Patientin. In: Intern. Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie. Lausanne-Basel-New York: Karger 1957.

Allgemeine Gestaltung des psychiatrischen Krankenhauses als Mittel der Therapie

Ein Erfahrungsbericht aus Java

VON EBERHARD KLUGE

Der Einfluß der Umwelt, besonders der zwischenmenschlichen Beziehungen auf psychotische Menschen ist lange bekannt. Psychotherapie, neuere philosophische sowie soziologische Ansätze haben weitere Möglichkeiten eröffnet. Zusammenfassende Darstellungen der letzten Zeit über die Einrichtung und den Betrieb des psychiatrischen Krankenhauses haben ausführlich darauf Bezug genommen (BARUK; FREEMAN, CAMERON u. MCGHIE; FREUDENBERG; PANSE; SCHULTE; SMITH; W. H. O.-Report u. a.).

Trotzdem ist in dieser Hinsicht die Betreuung psychotischer Menschen in der Breitenpraxis der Welt vielfach noch recht unzureichend. Eine wesentliche Rolle spielt oft ein Mangel an materiellen Voraussetzungen, qualifiziertem Personal und an Ärzten. Diese Voraussetzungen zu reformieren, ist eine viel diskutierte Aufgabe, deren Dringlichkeit offenkundig ist. Andererseits wird der Psychiater in vielen Fällen gut daran tun, im Interesse seiner Patienten klarzusehen, daß die Verhältnisse, unter denen er arbeiten muß oder ein Teil derselben, in absehbarer Zeit leider nicht zu ändern sind. In dem vorliegenden Beitrag ist unter anderem berücksichtigt, wie auch bei begrenzten Möglichkeiten eine Verbesserung der psychiatrischen Krankenbetreuung im anfangs angedeuteten Sinn angestrebt werden kann.

Die Arbeit wurde durchgeführt unter fremdländischen Verhältnissen. Wir meinen aber, daß in manchen Punkten Analogien zu europäischen Gegebenheiten bestehen. Außerdem ist es vielleicht für den dortigen Leser von Interesse, etwas über moderne Bestrebungen der indonesischen Psychiatrie, in deren Rahmen unsere Arbeit ermöglicht wurde, zu erfahren¹.

I.

Eine kurze Skizzierung der allgemeinen Verhältnisse des psychiatrischen Krankenhauses, aus dem die vorliegende Arbeit berichtet, sei vorangestellt.

¹ Auch an dieser Stelle sei Herrn Dr. SALEKAN, Chef der Abteilung für Mental Health im Gesundheitsministerium der Republik Indonesien, dem unter anderem alle psychiatrischen Krankenhäuser Indonesiens unterstehen, gedankt für die Förderung der vorliegenden Arbeit.

Das psychiatrische Krankenhaus „Kramat“ umfaßt rund 1100 Betten. Meist ist es überbelegt, da es für die stationäre psychiatrische Therapie der rund 20 Millionen starken Bevölkerung von Mitteljava vorgesehen ist, zusammen mit vier weiteren psychiatrischen Regionalkrankenhäusern mit insgesamt rund 900 Betten, die bei Schwierigkeiten oder Überfüllung Patienten in unser Zentralkrankenhaus verlegen.

Am Rande sei erwähnt, daß umfassende Bestrebungen durch das Gesundheitsdepartement von Indonesien (Dr. SALEKAN) eingeleitet sind, um die psychiatrische Betreuung außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser entscheidend zu verbessern und neu aufzubauen. (Vor- und Nachtherapie, Socialworker, ambulante Psychosenbehandlung ohne stationäre Aufnahme, Behandlung psychotischer Patienten im Allgemeinkrankenhaus usw.) Auch an diesen Bestrebungen ist unser Krankenhaus aktiv beteiligt.

Das hier geschilderte Krankenhaus liegt etwa 400 m hoch, zwischen Reisfeldterrassen, umrahmt von drei Vulkanen in je 20—30 km Entfernung, von denen jeder über 3000 m hoch ist. Die Patienten sind in Einzelpavillons untergebracht zu je 50 Patienten, die in der Park- und Gartenanlage der Anstalt verteilt liegen. In besonderen Gebäuden befinden sich die Verwaltung und die Betriebe für die Arbeitstherapie: Landwirtschaft, Reismühle, Weberei, Teppichfabrikation, Batikerei, Schlosserei, Schnitz- und Holzwerkstatt, Nähstube, Werkstatt für Papierarbeiten u. a. In dem Gesamtbetrieb arbeiten rund 500 Arbeiter und Angestellte, davon 4 Ärzte und 300 Pflegepersonen².

Die 1100 Patienten bestehen zum größten Teil aus der einheimischen Bevölkerung Mitteljavas, 1—2%, etwa entsprechend dem prozentualen Anteil der Gesamtbevölkerung, sind chinesischer und (gering) arabischer Abstammung. Dementsprechend ist die Hauptsprache javanisch, ferner indonesisch. Die Gesamtzahl der Aufnahmen beträgt jährlich rund 300 Patienten.

² Den Herren Dr. R. M. SRIJONO NOTONEGORO, Dr. LIE HAN GIAUW und Dr. THE SIE TIAT sei auch hier unser Dank ausgesprochen für ihr großes Interesse und ihre Mitarbeit. Ebenso danken wir allen anderen Mitarbeitern des Krankenhauses, besonders dem leitenden Pfleger PAK SOEHARTO und der leitenden Pflegerin BU SOEMIRAH.