

9. Theoretische und praktische Aspekte der Schizophrenie-Psychotherapie¹

Von L. WURMSER (Basel und Baltimore)²

Einleitung

Die folgenden Ausführungen sollen eine Übersicht über manche der heute aktuellen und didaktisch bedeutsamen Seiten der Psychotherapie schizophrener Patienten in einer der weiteren Forschung dienlichen Einteilung geben. Einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben sie nicht, da aus dem heute bereits sehr weiten Gebiet nur die mir am wichtigsten scheinenden Punkte herausgehoben wurden. Andere Untersucher würden wohl eine völlig andere Auswahl treffen.

Das Folgende ist auch nicht als eine Anhäufung von Einzelmeinungen, also von historischem Wissensgut, gedacht. Die Erfahrungen vieler Forscher und damit eine Reihe von Theorien und Methoden sind Teile einer Wissenschaft, die zwar eines «Organon» noch mangelt, aber nicht ständig bei einem unfruchtbaren Dogmenstreit stehenbleiben kann.

Die Frontlinie der Forschung in der Psychotherapie läuft durch die Schizophrenie. Vieles ist geklärt, vieles noch rätselhaft. Wir werden uns mit folgenden Fragen auseinanderzusetzen haben:

- I. Ist die Psychotherapie sinnvoll, wenn eine Erkrankung weitgehend oder vollständig erbbedingt ist?
- II. Was sind psychodynamisch und formal die grundlegenden Vorgänge in der Schizophrenie?
- III. Wie können wir uns in das psychotische Erleben einfühlen?
- IV. Welche Grundformen psychotherapeutischen Vorgehens gibt es?

I. Heredität und Psychotherapie

Daß Erbfaktoren in der Genese der Schizophrenie eine sehr große Rolle spielen, geht am überzeugendsten aus den Untersuchungen von *Franz Kallmann* hervor: Die Konkordanz bei zweieiigen Zwillingen beträgt 14,7%, bei eineiigen 85,8%! Mit dieser Feststellung ist aber das Problem nicht gelöst.

¹ Nach Vorträgen am 10. und 17. Mai 1962 in der «Gesellschaft für Schicksalstherapie» (*L. Szondi*) in Zürich.

² Sheppard-Enoch Pratt-Hospital, Towson 4, Md., USA.

Einmal ist es sicher nicht so, daß man annehmen könnte, daß nun «die» Schizophrenie zu neun Zehnteln aus erblichen und zu einem Zehntel aus Umweltfaktoren bestünde. So gibt es sicher verschiedene Gruppen von Schizophrenien, bei denen der Grad der erblichen Belastung stark variiert: Auf Grund der Zwi lings- und Familienuntersuchungen scheinen später Beginn, günstiger Verlauf, paranoide Symptomatik beim Einzelfall für einen viel geringeren Einfluß der Erbllichkeit zu sprechen als früher Beginn, frühes soziales Versagen und rasches Absinken sowie katatone oder hebephrene Symptomatik (*D. Rosenthal, J. Nerv. Ment. Dis. 1959/129*).

Es ist heute auch allgemeine Ansicht, daß, obgleich es sich bei der Schizophrenie um ein «rezessives» Gen handelt, damit weder eine Wirkungslosigkeit des Gens bei Heterozygoten noch die Krankheit selbst als eine von außen her nicht zu verändernde, starre Größe aufgefaßt würde. *Kallmann* vermutet, daß die verschiedenen Formen der Phänotypen von Art und Grad der konstitutionellen Abwehrreaktionen abhängen, die gegen die genspezifische Verletzlichkeit gegenüber belastenden (stressful) Erlebnissen mobilisiert werden können. Weiter wurde von verschiedenen Forschern (zum Beispiel *Slater*) beobachtet, daß jeweils bei den beiden eineiigen Zwillingen der Ausbruch der Krankheit zeitlich ziemlich variiert, so daß selbst bei Konkordanz der Beitrag nicht-hereditärer Faktoren wenigstens für das Erkrankungsalter und damit wohl auch für die Auslösung beträchtlich sein muß.

Daß es überhaupt eine Diskordanz sowohl in bezug auf die Erkrankung als auch auf den Verlauf bei eineiigen Zwillingen gibt, spricht dafür, daß die Umwelteinwirkungen von zwar wechselnder, sicher aber von Bedeutung sind.

Bei der Auswahl der Kranken für die Psychotherapie nach prognostischen Gesichtspunkten sollten also präpsychotische Persönlichkeit, bisheriger Verlauf der Krankheit und Ausmaß der erblichen Belastung berücksichtigt werden.

An der Disposition zur schizophrenen Erkrankung kann zwar durch die Psychotherapie, zu der wir auch die den Genotropismus berücksichtigende Psychagogik zählen, nur wenig geändert werden, wohl aber an der Erkrankung selbst. Nach Ansicht *Arietis* werden durch die Psychotherapie, im Gegensatz zu den organischen Behandlungsmethoden, die Grundkonflikte, die zur Störung führten, beseitigt, die psychopathologischen Verhaltensweisen korrigiert und den Regenerationskräften der Weg geöffnet. Was das Entscheidende dabei ist: Die Psychotherapie ist heute, wenn richtig und rational durchgeführt, häufig erfolgreich, auch ohne unterstützende medikamentöse Behandlung.

Arietis empfiehlt in manchen Fällen die Kombination von medikamentöser und Psychotherapie: «Die medikamentöse Therapie vermindert die Angst und macht die Patienten dem zwischenmenschlichen Kontakt zugänglicher.»

ein
vo:
ha:
zus

Sc
we
19.
in
im
Fo
der
Je
leis
Sze
suc
ger
Ge
Sze
nie
zise
nac
ner
rur

We
bes

doc
keit
von
Nat
die
ihre

in c
:
eine

Auch in unserer Erfahrung bedeutet die sorgfältige Anwendung von Psychopharmaka eine unschätzbare Hilfe. In vielen Fällen scheint uns die Kombinationsbehandlung von differenzierter und intensiver Psychotherapie, spezifischer medikamentöser Behandlung¹ und späterer sozialer Wiedereingliederung die Methode der Wahl darzustellen und sich oft zu bewähren, wo die einzelne Therapieform versagt hat.

II. Die Schizophrenie-Konzeptionen

Den radikalsten Angriff auf Begriff und nosologische Umgrenzung der Schizophrenie führt *Thomas S. Szász* in einem geistreichen und bedenkenswerten Aufsatz («The Problem of Psychiatric Nosology», Am. Journ. Psych. 1957/114, Seite 405); er vergleicht sie mit dem Scheinproblem des «Äthers» in der Physik. Der Begriff Schizophrenie ist ein scheinbar alles erklärendes, im Grunde aber nichtssagendes Wort, ein «Panchreston», das den weiteren Fortschritt, die Auswertung der bereits vorliegenden Erfahrungen, nur hindert. Jeder meint zu wissen, was die Schizophrenie ist, und keiner weiß es. Jeder empfindet die heute üblichen nosologischen Kategorien als lästig und leistet ihnen doch Lippendienste. Man denkt nicht daran, so schreibt *Szász*, daß unsere psychiatrischen Diagnosen von ganz verschiedenen Untersuchungssituationen herkommen und mit den verschiedensten Methoden gewonnen wurden: von der Klinik, der psychoanalytischen Praxis, vom Gericht usw. Statt globaler Betrachtungs- und Zugangsweisen fordert *Szász* begrenzte, dafür aber soziologisch und methodologisch besser definierte Angriffspläne für spezifische Probleme. So müssen wir zuerst die präzise Natur der Phänomene, die wir zu klassifizieren trachten, ihrer Herkunft nach bezeichnen: soziales Verhalten oder Übertragungserscheinungen können wir zum Beispiel nicht mit anatomischen oder chemischen Hirnveränderungen umschreiben – und umgekehrt.

Wir werden im folgenden so altmodisch sein und die kopernikanische Wendung *Szászs* noch nicht mitmachen. Auch *Arieti*, heute vielleicht der beste Kenner der Schizophrenie, widerspricht ihm:

«So viel auch im schizophrenen Syndrom unklar, inkonstant, zufällig ist, gibt es doch einen mehr oder weniger homogenen Kern, der uns die schizophrene Persönlichkeit als solche zu erkennen erlaubt und uns zu bestimmten Schlußfolgerungen führt, von denen immerhin einige einen praktischen Wert besitzen. Die Tatsache, daß die Natur dieses Kerns noch nicht voll oder unwidersprochen bestimmt ist, weist zwar auf die Unvollständigkeit der Lehre von der Schizophrenie hin, beweist aber noch nicht ihre Falschheit.»

Arieti definiert die Schizophrenie wie folgt:

«Schizophrenie ist eine spezifische Reaktion auf einen extremen Angstzustand, die in der Kindheit begonnen hat und später im Leben durch psychologische Faktoren

¹ Am besten hat sich bei unseren Fällen das Trifluoperazine (Stelazine) bewährt, da es eine stark antipsychotische Wirkung aufweist, ohne störende Nebenwirkungen zu verursachen.

reaktiviert wurde. Die spezifische Reaktion besteht im Vorherrschen seelischer Mechanismen, die niedrigeren Integrationsstufen angehören. Weil das Ergebnis eine Regression, nicht aber eine Integration auf niedrigeren Stufen darstellt, kommt es zur Störung des Gleichgewichts, die eine weitere Regression bewirkt.» (Am. Handbook.)

L. Bellak faßt die Schizophrenie nicht als Krankheitseinheit, sondern als Syndrom schwerer Ich-Störungen auf, das von einer Reihe von Faktoren somatischer und psychischer Herkunft bewirkt werde. Die spezifische Ich-Schwäche wäre nur die letzte gemeinsame Strecke. (J. Nerv. Ment. Dis. 1955/121, Seite 60.)

Bereits *E. Bleuler* vermutete, daß es sich bei der Schizophrenie nicht um eine Krankheitseinheit handelt (vgl. auch die neuerdings in dieser Zeitschrift, Band 89, S. 359, erschienene Arbeit von *M. Bleuler*, *M. Müller* und *G. Schneider*). – Wir beabsichtigen nicht, in dieser Arbeit Gruppen «schizophrener Erkrankungen» herauszulösen, obwohl uns dies als Ziel für die spätere Forschung vorschwebt. Wir möchten im folgenden lediglich Grundlagen für eine möglichst breite Erfassung der schizophrenen Phänomene in der Therapie suchen.

Eine wirkliche Aufgliederung der Schizophrenie müßte die folgenden vier nosologischen Kriterien, wie sie sich in der historischen Entwicklung herausgliedern lassen, berücksichtigen: 1. die Gliederung nach phänomenologischen Gesichtspunkten: die Beschreibung von Symptomgruppen; 2. der spontane Verlauf: die Längsschnittbetrachtung; 3. die den Phänomenen zugrunde liegenden unbewußten und vorbewußten «Mechanismen»: die Tiefenpsychologie; 4. das spezifische Ansprechen auf therapeutische Interventionen (somatische wie psychotherapeutische). Das fünfte Kriterium, die Ätiologie, ist heute noch nicht zugänglich; fast alle diesbezüglichen Angaben sind fragwürdig und zum guten Teil spekulativ.

Wir werden uns hier im wesentlichen auf das 3. und 4. Kriterium (und dieses letztere nur andeutungsweise) beschränken, die indessen, allein genommen, für eine nosologische Differenzierung nicht genügen werden.

Wenden wir uns nun den Grundgesetzen schizophrenen Geschehens zu: Die Psychoanalyse hat den Zugang nicht allein zu den Neurosen, sondern – trotz der Skepsis *Freuds* – auch zu den Psychosen geöffnet. Manche der Fälle *Freuds* würden heute als Schizophrenie diagnostiziert. Schon 1913 («Das Interesse an der Ps'a», VIII) konnte *Freud* schreiben: «Überall, wo bisher nur die bizarrste Laune zu walten schien, hat die ps'a Arbeit Gesetz, Ordnung und Zusammenhang aufgezeigt oder wenigstens ahnen lassen, insofern diese Arbeit noch unvollendet ist.»

Wir beschäftigen uns im folgenden zunächst mit den besser bekannten psychodynamischen, hernach mit den formalen Störungen.

A. Die Psychodynamik

Wir wollen hier unter Psychodynamik nicht nur die triebtheoretischen Gesichtspunkte, die Lehren von den Konflikten zwischen den Trieben und den Abwehrmechanismen, zusammenfassen, sondern allgemeiner die wirkenden Kräfte und Spannungen untersuchen.

Während die Neurose einen Konflikt zwischen Ich und Es darstellt, ist die Psychose ein Konflikt zwischen Ich und Realität. Überall dort, wo die Realitätsprüfung zusammenbricht, nicht nur einfach eingeschränkt ist, können wir von Psychose sprechen. Diese Umgrenzung hat, da sie allein auf fragwürdigen quantitativen Unterscheidungen beruht, ihre Mängel; sie genügt nicht. Ein Neurotiker kann wesentlich weniger realitätsadäquat handeln und urteilen (selbst wenn wir von der hysterischen Psychose absehen) als zum Beispiel ein chronisch Paranoid¹. Wir können folgende Wirkfelder der Psychodynamik unterscheiden:

1. Die intrapsychische Dynamik.
2. Die psychischen Beziehungen zum Körper (das Körperbild).
3. Die psychischen Beziehungen zu den Mitmenschen (die interpersonellen Vorgänge).

1. Die intrapsychische Dynamik

Freud stellt in seiner grundlegenden Arbeit über den Fall Schreber («Ps'a Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia [Dementia paranoides]» VIII, 1911) bei der Entwicklung des Paranoids folgende Stufen fest:

1. Es liegt eine Fixierung im Narzißmus und in den homosexuellen Triebstörungen vor.
2. Die homosexuellen Wünsche werden verdrängt.
3. Der Welt wird die Libidobesetzung entzogen (Weltkatastrophe) und dem eigenen Ich zugeführt; es erfolgt die Regression von der sublimierten Homosexualität zum Narzißmus.
4. Es kommt zu einem Wiederaufbau der Welt, und zwar in Form der Wahnbildung; die Objekte werden wieder besetzt; die Libido wird aber, nach dem Ausdruck *Freuds*, dem ursprünglichen Liebesobjekt oder seinem Ersatz «mit negativem Vorzeichen als Marke der stattgehabten Verdrängung» zurückgeführt.

Diese Libidoverschiebung (wir können heute vielleicht genauer von der Verschiebung von «Partizipationsenergie» sprechen)² wird von *Freud* als

¹ Vgl. *S. Freud*: Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. 1924 (Band XIII).

² Alle diese «Energie»-Begriffe sind als rein metaphorisch aufzufassen, was häufig übersehen wird; *R. Holt* und *L.S. Kubie* wiesen in den letzten Jahren eindringlich auf diesen methodologischen Irrtum hin.

Projektion bezeichnet; er hatte diesen Begriff bereits 1896 in seiner Arbeit «Weitere Bemerkungen über die Abwehrneuropsychosen» (I) erstmals gebraucht. Den Unterschied zwischen der Paranoia (heute: dem Paranoid) und der Dementia praecox (den andern Formen der Schizophrenie) sah *Freud* vor allem darin, daß bei der letzteren die Regression «nicht nur bis zum Narzißmus, der sich in Größenwahn äußert, sondern bis zur vollen Auflösung der Objektliebe und Rückkehr zum infantilen Autoerotismus» führt. Für die Gruppe der Schizophrenien wäre mithin nach *Freud* spezifisch, daß den Objekten der Außenwelt die Libidobesetzung entzogen und dem eigenen Ich zugeführt wird. Bei der dabei eintretenden Triebentmischung würden sich die Destruktionstrieb intensivieren (*Nunberg*). An die Stelle von Liebe tritt Haß (Abwehr des Triebziels, nicht des Triebobjekts). Ist beim Paranoiden (und Paranoiker) der Abwehr der Homosexualität eine besondere Rolle zugedacht, so sind bei den übrigen Formen Verneinung und Destruktion ganz vorherrschend. Eine wichtige Rolle wird dem Mechanismus der Verkehrung ins Gegenteil beigemessen: Das Schauen wird zum Beschaut- und Belauschtwerden (*Nunberg*).

Auf die große Bedeutung, die die Dynamik von Introjektion und Projektion in der Konzeption von *Melanie Klein* spielt, werden wir im Abschnitt über das Körperbild zurückkommen. Wir sind aber noch nicht so weit. Wie *Bychowski* betont, scheinen in der intrapsychischen Dynamik Schizophrener frühe, nicht integrierte Introjekte besonders wichtig zu sein. Introjizierte Imagines werden in der Krankheit wieder externalisiert und gruppieren sich um wirkliche Personen. Zwischen diesen letzteren und dem Ich entwickeln sich Reaktionen, die Wiederholungen ursprünglicher Beziehungen zwischen dem frühkindlichen Ich und seinen hauptsächlichlichen Objekten darstellen. Diese inneren und sekundär wieder äußern Objekte werden mit heftigsten Aggressionen bekämpft, ohne daß es gelänge, die verinnerlichten Objekte zum Verschwinden zu bringen. «Die Versuche, das Objekt auszulöschen, können von dem Versuch abgelöst werden, es durch ein noch mächtigeres introjiziertes Objekt zu ersetzen. Dann kann der Wunsch, das ursprüngliche Objekt zu zerstören, zu innerer intensiverer Selbstzerstörung führen, so daß aus dem Agieren schließlich selbstzerstörerische Akte werden.» Das Hin und Her von Zerstörung des Introjektes und dessen Wiederaufrichtung (denn der Verlust des verinnerlichten Liebesobjektes ist unerträglich) vermag viele Erscheinungen zu erklären. Ähnlich stellte ja auch *Szondi* das stete Hinein und Hinaus von Introjektion und Projektion beim Schizophrenen fest. Wir werden dies später an einem praktischen Beispiel kennenlernen. (*G. Bychowski*: «Der Kampf mit den Introjekten», *Psyche* 1959/13, Seite 524.)

Szondis Ich-Analyse bedeutet einen großen Schritt vorwärts in der

psychodynamischen Erforschung der Schizophrenie: Neben die strukturelle Konzeption von Es – Ich – Über-Ich tritt die erweiterte dynamische Konzeption der vier verschiedenen Triebbereiche. Dem Ich als Struktur wird nun eine besondere, von den übrigen Triebkräften und Triebkonflikten primär autonome Dynamik zugeordnet, nämlich der Gegensatz der Kräfte der Egodiastole und der Egosystole (der partizipativen und der stellungnehmenden Strebungen). Der Zentralkonflikt bei den Psychosen wird im Bereich der Ich-Triebe, nicht mehr in der Genitalität, in der Analität oder der Oralität, auch nicht einseitig im Abwehrbereich des Ich gesucht. Eine bestimmte Funktion, zum Beispiel die ertümliche Partizipation (Projektion) oder die Introjektion (Narzißmus) wird übermächtig, sei es aus konstitutionellen, sei es aus Umwelts- oder sei es aus organischen (zum Beispiel toxischen, traumatischen) Gründen, und damit eine Integration nicht mehr möglich.

Eine besondere Stellung nehmen dabei die Spaltungsvorgänge ein. Hier scheint mir *Szondis* zweite bedeutende Leistung in der dynamischen Konzeption der Schizophrenie zu liegen. Wir müssen uns dabei im klaren sein, daß wir nicht ohne weiteres Spaltungs- und Abwehrmechanismen einander gegenüberstellen können. Die Spaltungsautomatismen werden, ob zwar präformiert und bei jedem Menschen vorhanden, bei manchen sehr stark, bei andern sehr schwach sein, sich dann, ausgelöst durch schmerz- und angstvolle Erlebnisse, einzuspielen beginnen und mehr und mehr Erlebnisse einbeziehen. Die Spaltungsvorgänge werden also zur Angstabwehr eingesetzt, auch wenn sie autonomer Herkunft sind.

Von besonderer Bedeutung ist dabei, meiner Ansicht nach, ferner die Auffassung von den komplementären Funktionen: Haben wir zum Beispiel die Introjektion und die Projektion zusammen «vorne» sichtbar, so müssen wir die Destruktion und den Größenwahn als dazu polare Strebungen vermuten. Der Einfluß dieser Einsichten und Hypothesen auf die Schizophreniebehandlung läßt sich heute noch nicht absehen, da bisher leider noch kaum Versuche in dieser Richtung unternommen wurden.

Nicht dem dynamischen, sondern wohl eher dem «Gestalts»-Gesichtspunkt zugehörig dürfte *Szondis* Annahme sein, daß dem schizophrenen Verhalten eine bestimmte Ganzheit von Veränderungen sowohl struktureller (in Ich, Es und Über-Ich) wie topographischer (Durchbrechen vorbewußter Vorgänge) und dynamischer Art zugrunde liegt. Dieser Ganzheit, dieser «Gestalt» wird der Begriff einer bestimmten Erbfigur, eines «Ahnens», zugesprochen. Es wird angenommen, daß die Heraushebung dieses Komplexes von Verhaltensmustern, eben der «Ahnensfigur», die eine Vielzahl von seelischen Funktionen umfaßt, von großer Fruchtbarkeit sein könnte.

Das Erleben von Zeit und Raum, das von der objektlosen frühesten Stufe der primären Liebe, der Urpartizipation, her bestimmt ist, wird besonders

von *M. Bálint* untersucht. Die Elemente, die grenzenlosen Substanzen (wie Luft, Milch, Wärme, «freundliche Weite») und das Individuum durchdringen einander. Es gibt noch keine Grenzen und Konturen, die erst durch die Begegnung mit den widerständigen Objekten geschaffen werden, so wie die Strahlen und parapsychologischen Wirkkräfte der Schizophrenen alle Grenzen überwinden.

Es scheint mir, daß sich die Forschungen *C.G. Jungs* in einem ähnlichen Raum – wenngleich mit völlig andern Begriffen – abspielen. *Jung*, der es als erster 1903 unternommen hatte, die Psychodynamik der Schizophrenie zu erforschen, nahm an, daß sich die schizophrenen Symptome durch Abspaltung und Verdrängung von Komplexen erklären lassen. Der Kranke sucht in der Introversion alle seelischen Kräfte auf diese Komplexe zu konzentrieren und die Persönlichkeit mit dem Komplex von der Realität loszulösen und zu isolieren. («Zur Frage der psychologischen Typen», 1913.) In dieser Introversion (*Freud* spricht beim gleichen Vorgang von Narzißmus) zeigen sich die Größen-Phantasien in Form von Bildern (Archetypen) von kollektivem Symbolwert. Da gerade diese ungestalteten und archaischen Inhalte des Vorbewußten (ich glaube nicht: des Ubw) von besonderer Faszination sind, führen sie – nach der Ansicht *Jungs* – zum Zerfall der Persönlichkeit des Kranken («Psychologie der Übertragung», 1946). Hier dürfte die weitere Erforschung des Vorbewußten (*L.S. Kubie*: «Psychoanalysis and Scientific Method», *J. Nerv. Ment. Dis.* 1960/131) und damit der Entstehung und Wirkung der Symbole weiterführen.

Es ist vielleicht nicht ganz korrekt, wenn wir uns in diesem Überblick über die Psychodynamik auch mit den Theorien *H. Hartmanns*, der sich vor allem auf strukturelle und ökonomische Erwägungen stützt, befassen; doch haben wir ja schon anfangs den Begriff weiter genommen, als es dem dynamischen Gesichtspunkt *Freuds* entspräche.

Die Ansichten *Hartmanns*, des heute wohl führenden Exponenten der klassischen Ps'a, lassen sich wie folgt zusammenfassen (siehe «Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia», *The Ps'a Study of the Child*. Vol. VIII. Seite 177): Es können drei ätiologische Hauptgruppen unterschieden werden:

1. Störungen der Triebssphäre: Hier wurde bereits früher, besonders von *M. Klein*, die Fixation im oral-aggressiven Stadium festgestellt. Ferner vermutet *Hartmann* eine hereditäre Störung im Sinne der Bisexualität.

2. Die Konflikte mit der Außenwelt (frühe traumatische und andere Umweltseinflüsse).

3. Störungen der Ich-Funktionen: a) Die Vorläufer der Abwehrmechanismen, nämlich die primitivsten Hemmungsapparate, Teile der primär autonomen Ausrüstung des Ich, sind defekt (siehe *Freud*: «End-

lich
wie
Gr
nar
wa
ges
nis

(vg

das
auf
sag
flu
des
ger
wir
del
vor
Sti
ph
rer
we
vor
ins
die

gu:
(di
geg
un
sin

no-
ph
Gr

Ieh
Tot
Bü
auc

liche und unendliche Analyse»). Die ursprünglichsten Gegenbesetzungen, wie Aufschieben der Entladung und Reizschutz, scheinen aus hereditären Gründen mangelhaft zu sein. Infolge dieser angeborenen Defekte ist namentlich die Neutralisation, das heißt der Übergang von freier zu verwandelter, nicht mehr direkt triebhafter Energie (Libido und Aggression), gestört. Wegen der Schwäche der Neutralisation werden die Abwehrmechanismen, die besonders der neutralisierten Aggressivität bedürfen, brüchig.

b) Nicht-hereditäre Ich-Schwäche infolge organischer Schädigungen (vgl. auch *L. Bellak*).

Freud vermutete, daß mit dem Rückzug der Libido von den Objekten auf das Ich (*Hartmann* zieht den Ausdruck «Selbst» bei diesem Vorgang vor¹) automatisch die Ich-Funktionen, zum Beispiel die Realitätsprüfung, versagen. *Hartmann* erweitert diese Hypothese, indem er den schädlichen Einfluß des Rückzuges der libidinösen Energie nicht allein der Überbesetzung des Selbst zuschreibt, sondern der Überflutung des Ich und der objektgerichteten Ich-Besetzungen mit nicht neutralisierter Libido: so wird die Selbstbesetzung sexualisiert (daher das magische Denken und Handeln). Die Ich-Funktionen (zum Beispiel die synthetischen) sind abhängig von neutralisierter Energie. «Die Labilität der Neutralisation oder deren Störung ist eine fundamentale Eigenschaft der Ich-Störung in der Schizophrenie.» Da die Fähigkeit des Schizophrenen, Aggressionen zu neutralisieren, vermindert ist, sind die Abwehrfunktionen des Ich viel schwächer und weniger dauerhaft. Es überwiegen Abwehrprozesse, die einen geringeren Grad von Neutralisation erfordern: Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil, Projektion, vor allem aber die Ablösung der Libido, während die Verdrängung eine viel geringere Rolle als in den Neurosen spielt.

Die Folge der Neutralisationsstörungen liegt nicht allein in der Schädigung der Abwehr, sondern zugleich auch in der Vermehrung der Triebstärke (durch Entneutralisierung), die sowohl gegen außen als Destruktivität wie gegen das Selbst, als Selbstzerstörung, zum Beispiel in Ich-Fragmentierung und -Aufsplitterung in Erscheinung tritt (*Klein, B. Rank*); Folgen davon sind die formalen Störungen.

Ohne die Gegenbesetzungen kann sich das Ich weder gegenüber dem Es noch gegenüber der Realität abgrenzen, so daß es zu der bekannten schizophrenen Fusion von Selbst und Welt und von Es und Ich kommt und die Grundsichten der Prüfung der äußeren und inneren Realität einbrechen.

¹ Dies im Sinn einer Abgrenzung zwischen dem ursprünglichen phänomenologischen Ich-Begriff: der Sphäre des «Selbstgefühls», des Bewußtseins der eigenen Identität und Totalität (nun «das Selbst»), gegenüber dem eigentlich analytischen Ich-Begriff: einem Bündel bestimmter (defensiver, integrativer, rezeptiver und exekutiver) Funktionen. (Siehe auch Anmerkung Seite 446.)

Dazu kommt, daß je mehr freie Aggression, desto mehr Konflikte vorkommen und desto geringer die Fähigkeit ist, mit ihnen fertig zu werden. Ferner ermöglicht der Neutralisationsprozeß erst dauerhafte Gegenbesetzungen und damit konstante Objektbeziehungen. Das schizophrene Ich vermag daher auch mit den gewöhnlichen Frustrationen (den narzißtischen Kränkungen) nicht fertig zu werden. Umgekehrt gilt auch: Je besser die Objektbeziehungen, desto eher werden stabile Abwehrformen gebildet. Die entneutralisierte Aggression und die dadurch bewirkten Konflikte mit der Umwelt wirken auf die Bildung des Über-Ich ein: Die Neutralisierungsstörung gilt daher nicht allein für die Funktionen des Ich, sondern auch für das Über-Ich, das deshalb auf niedriger Stufe organisiert, integriert und differenziert ist, besonders leicht wieder nicht neutralisierte Aggressionen abgibt und von besonders archaischen Introjektionen geprägt ist (*Nunberg, Wexler*).

Die *Federns*che Konzeption der Besetzung der Ich-Grenzen (der Grenzen des Ich-Gefühls) mit Libido und Aggression bringt dynamisch nichts Neues gegenüber der klassischen Analyse; hingegen sind seine ökonomischen Erwägungen von erheblicher Bedeutung. Nach *Federn* ist das Ich des Schizophrenen ärmer, nicht reicher an Energie, namentlich an Libido. Da die Grenzen ungenügend scharf sind, fluktuieren die Inhalte zwischen Ich und Außenwelt, zwischen Es und Ich¹.

Überblicken wir die bisher dargestellten Bereiche, sehen wir ein, daß es in der Erforschung der intrapsychischen Dynamik durch die tiefenpsychologischen Schulen noch keine umfassende und befriedigende Theorie für die Schizophrenie gibt. Es genügt, soweit wir heute wissen, nicht, die Inhalte der psychotischen Produktion und die wirkenden Kräfte zu verstehen, obgleich dies unerläßliche und erste Voraussetzung ist. Die formalen Charakteristika der psychotischen Handlungen, Affekte und des Denkens lassen sich indes noch nicht befriedigend mit der psychoanalytischen Theorie verknüpfen (vgl. *D. Rapaport*: «Die Struktur der ps'a Theorie», Seite 137, 141/142).

Wir können aber dieses Kapitel der intrapsychischen Dynamik nicht beenden, ohne einen Blick über die Grenzen der Tiefenpsychologie hinaus zu werfen. Von einem ganz andern Ausgangspunkt her haben deutsche Kliniker das Wesen der Schizophrenie zu erfassen versucht. *K. Conrad* stellte anhand seiner Untersuchung von 107 Einzelfällen eine Phasengesetzlichkeit innerhalb des einzelnen schizophrenen Schubs heraus:

¹ Kritisch ist hier anzumerken, daß die *Federns*che Konzeption bald von einem phänomenologischen Ich (dem Ich-Gefühl), bald wieder von einem Ich im Sinne der ps'a Instanzenlehre spricht.

(K. Conrad: «Die beginnende Schizophrenie».) Die erste Phase bezeichnet Conrad als Trema (Lampenfieber), eine leichte Spannungserhöhung mit Einengung des psychischen Feldes. Sie kann sich als Angst, Schuldgefühl, Depression, als Unruhe, Angetriebenheit, als Gefühl, ausgeschlossen zu sein, ausdrücken und wird oft als depressive oder manische Phase verkannt.

Im Übergang zur zweiten Phase, der Apophanie (der Phase der «Offenbarung»), setzt ein abnormes Bedeutungsbewußtsein ein: bei den Außenweltswahrnehmungen wird bei jedem Ding die «Wolke von Wesenseigenschaften», eine Fülle von Assoziationen, freigesetzt (Wahnwahrnehmungen). Es kommt zu Personenverkennungen auf Grund physiognomischer Ähnlichkeiten, zu Gefühlen der Ohnmacht und der Allmacht, zum agglutinierenden Denken und zu abnormen Körpersensationen. Das Wichtigste der Apophanie ist indes die Anastrophé («Rückwendung»): «ich habe das Gefühl, als drehe sich alles um mich», die Gefangenschaft im eigenen Ich, der «Reflexionskrampf», das Empfinden, der passive Mittelpunkt der ganzen Welt zu sein. Apophanie und Anastrophé gehören zusammen wie Objekt und Subjekt, Gegenstand und Ich. Dies erklärt auch die gewaltige, bisher viel zu sehr vernachlässigte Überempfindlichkeit des Schizophrenen für die Wirkungen der Umwelt – die der Psychotherapie eine große Bedeutung verleiht.

Auch der seelische Innenraum wird oft von der Apophanie ergriffen (Eingebungen, Gedankenausbreitung, Gedankenlautwerden und Stimmenhören). «Die Scheidewand zwischen Welt und Ich ist durchlässig geworden.»

Diese Phase der Apophanie würde wohl von Federn, auf den Conrad nicht Bezug nimmt, als Abbau der Besetzung der Ich-Grenzen gegen außen oder gegen innen beschrieben.

Nach dieser zweiten apophänen (paranoiden) folgt die dritte, die apokalyptische Phase. Von entscheidender Bedeutung ist, daß die paranoide Form gesetzmäßig durchlaufen werden muß, damit die katatone (apokalyptische) Form erreicht werden kann. Die Phänomene der zweiten Phase steigern sich hier radikal zu Vernichtungs- und Vergottungserlebnissen, zur völligen und alle Zusammenhänge sprengenden Freisetzung der Wesenseigenschaften (eine «dämonische Wolke von Assoziativem oder Qualitativem»), zu einer Flut von Bildern und Gestalten, zu einer traumähnlichen Lockerung, zum Zerrissenwerden des Körpergefühls und des Ich (gemeint des seelischen Ich). Die Katatonie wird also durchgehend als eine Vertiefung der in der paranoiden Form vorherrschenden Erlebnisse aufgefaßt.

Die vierte Phase ist die der Konsolidierung; es kommt zur kopernikanischen Wendung: aus der Ich-Bezogenheit der Anastrophé zurück zur Weltbeziehung. «Der Überstieg ist wieder möglich geworden», der Kranke ist wieder instande, sich in das Gefühlsleben und Denken der Menschen hineinzuversetzen.

Im Gegensatz zu diesem vierphasischen Ablauf zeichnet sich im Hintergrund eine Dauerveränderung ab, die sich als Residualzustand, als Verlust der Spannkraft, des inneren Antriebs, zeigt. *Conrad* spricht von der Reduktion des energetischen Potentials, der spezifischsten schizophrenen Veränderung. Sie äußert sich in Entschlußunfähigkeit, Konzentrationschwäche, Gleichgültigkeit.

Diese ausgezeichnete phänomenologische Analyse verzichtet von vornherein auf die Erforschung der den Erscheinungen zugrunde liegenden Kräfte. Das gleiche gilt für die in manchem an die schicksalsanalytischen Ansichten erinnernde Konzeption *Janzariks*, die Zykllothymie und Schizophrenie einem umfassenderen Ablauf einordnen will und die Grundsituationen so beschreibt: 1. die dynamische Reduktion in der Depression, 2. die dynamische Expansion in der Manie, 3. die dynamische Unstetigkeit in den paranoiden Psychosen (das Übermächtigwerden des Begegnenden, das Verfallen an diese als unheimlich-bedrohlich erlebte Übermacht, somit der Gleichgewichtsverlust zwischen Innenraum und Welt) und 4. die dynamische Entleerung im schizophrenen Defekt (das richtungslose Erlahmen, der Weltverlust).

2. Die psychischen Beziehungen zum Körper (das Körperbild)

Wir vernachlässigen meist die Rolle, die das Verhältnis, das wir selbst zu unserem Körper haben, spielt. Es ist sicher philosophisch fragwürdig, aber empirisch zulässig, wenn ich sage: Der Körper gehört zu unsern ersten Objekten. Er ist ein Liebes- und ein Haßobjekt. Er ist ein Objekt unserer Wünsche, unserer Ängste und unserer Schmerzen. Mit dem Erlebnis der Zunge, der Lippen und der Haut sind bekanntlich die Erlebnisse der ursprünglichen Geborgenheit und der Enttäuschung und des Mißtrauens verbunden, mit dem Erlebnis der Beherrschung der analen Muskulatur die Erfahrung von Autonomie, Scham und Zweifel, mit dem Erlebnis der Körpermuskulatur und der Fortbewegung Aggression, äußere Gefahr und Schmerz, aber auch die Bewältigung der Schwierigkeiten und die Sicherheit. Das ist wohl bekannt und wurde zuletzt wieder von *Erikson* zusammengestellt.

Die Ps'a hat im Beginn die Rolle des Körperlichen ganz in den Vordergrund gestellt, obwohl bei *Freud* weder der Begriff des Körperschemas noch der des Körper-Ich (soweit mir bekannt ist) vorkommen. Auch wurde die Entwicklung des Ich in engem Zusammenhang mit der Fähigkeit, die Grenzen zwischen eigenem Körper und der Umwelt zu erkennen, gesehen. Besonders beachtet wurde aber bekanntlich die eigentümliche Bedeutung,

die gewisse Körperzonen in der seelischen Entwicklung besitzen. In der spätern Entwicklung traten, soweit wir aus der Literatur ersehen, diese Funktionen als Erlebnisse des eigenen Körpers hinter den innerpsychischen Vorgängen an Wichtigkeit zurück. Man sprach zwar weiterhin von Analität, Oralität, Genitalität, ohne aber deren Rolle in der Erfahrung des Körpers weiter zu erforschen; es wurde mehr Gewicht auf die Untersuchung der Strukturen (Es, Ich, Über-Ich) gelegt. (In ähnlicher Weise wurde auch die Erforschung der topographischen Beziehungen: Ubw, Vbw und Bw infolge der Strukturuntersuchungen vernachlässigt.) Erst in den letzten beiden Jahrzehnten wandte sich die Aufmerksamkeit wieder mehr und mehr diesem Gebiet zu, das sowohl für die Untersuchung der Psychopathologie der Psychosen wie auch ganz allgemein für die Psychologie der Symbolbildung von großer Bedeutung sein dürfte.

Als erster Psychoanalytiker hat, soviel ich weiß, *P. Schilder* versucht, durch Erforschung des Körperschemas und seiner Störungen nicht nur bei Hirnkranken, sondern auch bei Normalen, Neurotikern und Psychotikern weiterzukommen. («Entwurf zu einer Psychiatrie auf ps'a Grundlage», 1925.)

Eine erste Beobachtung ist nun die, daß zwei bestimmte Phänomene, nämlich die Projektion oder Halluzination und die Introjektion oder Appersonierung, ein bestimmtes Körpererlebnis, nämlich die Unbestimmtheit der Körpergrenzen, voraussetzen. Darauf wird die Hypothese aufgestellt: Diese Zone der Unbestimmtheit, in der Außenwelt und Körper sowie die einzelnen Objekte der Außenwelt nur ungenügend voneinander abgegrenzt sind, ist um so breiter, je weniger Identifizierungen vorkommen; denn «durch die Identifizierungen hindurch gewinnt die Außenwelt erst ihre endgültige Form» (*Schilder*). Durch die Identifizierungen werden die Ich-Triebe gebündelt, integriert. Diese Zusammenfassung wird in Krankheitsfällen nicht aufrechterhalten. An die Stelle eines hochentwickelten tritt ein viel primitiveres Ich; es treten neue, primitivere Identifizierungen ein, die nicht mehr unter dem straffen Zwang der Außenwelt stehen. Die Grenzen zwischen Körper und Welt sind verwischt.

Folgen wir nun weiter *Schilder*: Er nimmt wie die übrigen Ps'a an, daß auch bei der Schizophrenie erlebnismäßige oder konstitutionsmäßige Fixierungen vorliegen (in bezug auf die Konstitution: «Die Analyse betont jedoch ausdrücklich, daß auch in diesem Fall sich die Konstitution in bestimmten Erlebnissen geäußert haben müsse»), und zwar, daß eine Fixierungsstelle im Bereich des magischen Erlebens, im Bereich des Narzißmus zu suchen sei, auf einer Stufe, wo Körper und Welt nicht scharf voneinander differenziert sind. Eine weitere Fixierung liegt im Oralsadismus. Er vermutet aber auch Regressionen auf viel urtümlichere, nur phylogenetisch faßbare Stufen, so wie sie sich in den katatonen Symptomen sichtbar ausprägen.

Kehren wir zur Fixierung auf der Stufe des Narzißmus zurück, so finden wir zwar die meisten Ideal-Iche (Formen des Lust-Ich) nicht mehr besetzt; jener Teil des Ideal-Ich, welcher durch seinen Willen die Welt zu regieren glaubt, bleibt indes besetzt. Die Grenzen zwischen Ich und Welt erscheinen aufgehoben. Der Körper wird in der Außenwelt gesehen (Teile des Körpers erscheinen als Halluzination), und umgekehrt kann auch die Welt in den Körper hineindiffundieren¹.

Ferenczi machte in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, daß das kleine Kind in jedem Ding seine Organe und deren Tätigkeiten sieht, also seine eigenen Körpererlebnisse projiziert. Ausgebaut wurde nun diese Konzeption von *M. Klein*. Sie vermutet die wesentlichen Entwicklungsschritte in den ersten Lebensmonaten und nimmt überdies an, daß der Beginn des Ödipus-Konfliktes (und dies im ersten Lebensjahr) unter der Vorherrschaft des Sadismus erfolge. Objekt des Sadismus ist der Mutterleib, der in der Phantasie mit allen Waffen, nämlich den Exkrementen, angegriffen wird: «Die Exkremente werden in der Phantasie in gefährliche Waffen verwandelt – das Nässen einem Schneiden, Stechen, Brennen, Überschwemmen, die Stuhlstange Angriffswaffen und Geschossen gleichgesetzt.» Später werden die Angriffe versteckter, die Exkremente wandeln sich zu vergifteten Stoffen. Im Mutterleib werden aber ebenso gefährliche Substanzen: der Penis des Vaters, die Exkremente, die Kinder, die eßbaren Stoffe, die alle einander äquivalent sind, vermutet und befürchtet. Den sadistischen Angriffen auf den Leib der Mutter folgt die Angst vor der Strafe beider Eltern auf dem Fuß. Die Introjektion dieser Angstobjekte, die ursprünglich ja selbst Projektionen eigener Wünsche sind, geben die archaischen Kerne des Über-Ich. Auch der eigene Körper wird so zu einer Quelle tiefster und überwältigender Ängste: Stuhl, Urin, Penis werden, nach *M. Klein*, in der Phantasie des kleinen Kindes auch als gefährlich für es selbst erlebt. «Die früheste Abwehr des Ich richtet sich gegen den eigenen Sadismus und das angegriffene Objekt als Gefahrenquelle und trägt noch einen gewaltsamen, von dem Mechanismus der Verdrängung abweichenden Charakter.» Dieser Abwehr dienen frühe Identifizierungen mit dem angegriffenen Objekt, die zu einer absoluten Unfähigkeit zu jeder Aggression (zum Beispiel Abneigung gegen das Zerbeißen von Nahrung), zum Erlöschen des Beißtriebes und zum Rückzug in eine autistische Welt führen. «Den ersten, die gewaltsamen Angriffe beinhaltenden Abschnitt der Phase der Höchstblüte des Sadismus habe ich als die Fixierungsstelle für die Dementia praecox, den zweiten, die vergiftenden Angriffe beinhaltenden und unter der Vorherrschaft der urethral- und analsadistischen Triebregungen ste-

¹ Vgl. auch *A. Storch*.

henden Abschnitt dieser Phase habe ich als die Fixierungsstelle der Paranoia kennengelernt.»

Die aggressiven Phantasien gegen die Eltern führen zu paranoiden Ängsten vor ihnen. Die gehaßten und gefürchteten Eltern werden introjiziert und im eigenen Körper erlebt. Typisch für die paranoide Position ist, daß das Objekt, das als äußerer und innerer Verfolger auftritt, die böse versagende Brust ist und daß die Ängste dieser Position aus den ersten drei Lebensmonaten stammen. Es handelt sich um zerstückte, um Teilobjekte, die mit den Exkrementen gleichgesetzt werden. Projektion und Introjektion in stetem Hin und Her sind die beherrschenden Abwehrformen (Psyche XIV, Seite 242). Die Stoffe, die das später paranoide Kind aufnimmt, könnten, als gefährliche Objekte, sein Inneres zerstören. Das Objekt wird auf gefährliche Stücke reduziert, und diese Stücke erscheinen ihm als eine Vielheit von Verfolgern. *Klein* beobachtete Phantasien, «in denen das Subjekt Objekte in sein Inneres, das als eine Höhle mit gefährlichen Ungeheuern und dergleichen angesehen wurde, lockte – sie durch List einverleibte, um sie im Innern zu verderben» (Psyche XIV, Seite 256). Der Prozeß dieser Verinnerlichung bildet die Grundlage für die Entwicklung der psychotischen Positionen.

Die Schilderungen *M. Kleins* werden durch viele Erfahrungen bestätigt¹ (s. u.), obgleich, wie *Bellak* kritisch ausführte, sie ihre Beobachtungen zu sehr verallgemeinert zu haben scheint.

Eine interessante Ergänzung dieser Ausführungen bilden die Beobachtungen der Gruppe von *M. Mahler*. Sie schreibt von der Psychotherapie psychotischer Kinder: «Wir fanden in manchen Fällen, daß die Anerkennung, Aufnahme und die Freude am eigenen Stuhl gleichzeitig mit der Wiederaufnahme des Ich-Pronomens einherging, als ob die Anerkennung des Kotballens, der im Körper drin gewesen und aktiv ausgepreßt worden war, helfe, die Körper-Selbst-Identität herzustellen: das bin ich. Ich machte dies, aber es ist nicht ich.» (Am. Handbook, Seite 831.)

Noch mehr Gewicht als alle bisher erwähnten Autoren legt *G. Pankow* auf die Bedeutung des Körperbildes für die Schizophrenieforschung: Der Körper wird in der Psychose als gespalten erlebt, in Teile, die an die Stelle des Ganzen treten können. Die Gesamtfunktion des Körpers ist vieldeutig. So wie der Spaltungsprozeß im Weiterleben drei Stufen durchläuft (ähnlich der Apophanie, die *Conrad* beschreibt), spielt sich dies auch im Körperbild ab: 1. Objekte, Teile gewinnen zuerst eine bestimmte Bedeutung für den Patienten; 2. die Form wird selbst zum Zeichen, das handelt; die Bedeutungsdynamik verwandelt sich in Handlung; 3. der Patient selbst beginnt – ge-

¹ Vgl. dazu die ausgezeichnete, viel zu wenig beachtete Schrift *L. S. Kubies: «The Phantasy of Dirt»* (1937), die meines Erachtens beste Darstellung der mit den Körperfunktionen, dem Körperinnern und der Ausscheidung verknüpften Vorstellungen.

trieben von den Zeichen – zu handeln. Der Körper selbst wird als gespalten erlebt. Ein Beispiel: Eine Patientin modelliert ein brennendes Haus. Sie sagt dazu: «Das Innere ist von den Flammen aufgezehrt. Zurück bleibt ein hohles und leeres Gehäuse. Ich bin das Haus. Was ist das Feuer?» – In diesem Beispiel ist es die Spaltung zwischen Form und Inhalt: Der Inhalt wird als verloren erlebt. Die Psychotherapie geht darauf aus, das zerfallene Körperbild wieder aufzubauen. Der Weg führt über die Wiederfindung eines bisexuellen Körperbildes zur Anerkennung des unisexuellen Körpers, die an eine «Situation zu dritt» gebunden ist. Viele Bilder in Traum, Phantasie und Halluzination können als Symbole für den Körper aufgefaßt werden. So symbolisiert die zerbrochene Statue bei einer andern Patientin den Bruch ihres eigenen Körperbildes in Kopf (Bewußtsein) und Resttorso (körperliche Wünsche). Von den Repräsentanzen des Restkörpers gehen die bösen Ausstrahlungen der Verfolger aus. In einem andern Fall wird das Innere des eigenen Körpers im Gesicht eines Fremden gesehen; der Bruch ist zwischen Unterleib und Gesicht (*G. Pankow*: Dynamische Strukturierung in der Psychose).

Wo der Inhalt fehlt, fehlt das Belebende. Da auch der Psychotiker die Welt nach seinem eigenen Bilde sieht, haben in seiner Realität alle Objekte etwas Maschinenhaftes, Unmenschliches – gleich seinem eigenen Körperschema. Das eigene entseelte, aggressionsgesättigte Ich-Bild wird auf diese Objekte übertragen; diese, lebendig geworden, werden nun zu Verfolgern (*M. Mahler*: Psyche XV, Seite 298).

3. Die interpersonellen Vorgänge

Die psychodynamischen Konzeptionen von *Sullivan*, *Hill*, *Fromm-Reichmann*, *Benedetti* und teilweise auch *Arici* legen übereinstimmend ein besonders großes Gewicht auf die zwischenmenschlichen, die Du-Erlebnisse. Da *Sullivans* Konzeption von besonders großem Einfluß war, dürfte es auch für uns von Interesse sein, kurz darauf einzugehen. Er spricht von drei Formen der Erfahrung: der prototaktischen, der parataktischen und der syntaktischen. Die ursprünglichste Form, die prototaktische, besteht in augenblicklichen Erlebnissen, in denen man sich selbst noch nicht als von der übrigen Welt getrennt empfindet. Es handelt sich um ein grenzenloses, «kosmisches» Erleben (vgl. auch *E. Weiß*, «ego-cosmic phase»). Auf der zweiten Stufe, beim parataktischen Erleben, ist diese ursprüngliche undifferenzierte Ganzheit des Erlebens zerbrochen, doch sind die einzelnen Stücke miteinander nicht in logischer Form verbunden, sondern, so wie in Träumen und Mythen, in symbolischer, assoziativer Art, zum Beispiel das schlechte Ich, das gute Ich, die gute Mutter, die böse Mutter – als getrennte Ganzheiten.

Die dritte, die syntaktische Stufe, ist die, bei der eine «consensual validation», das heißt eine Übereinstimmung der eigenen Wahrnehmungen und Begriffe mit denen der Umwelt erzielt wird. Die Verbindungen geschehen nach den Gesetzen der aristotelischen Logik.

Wird in den frühen zwischenmenschlichen Beziehungen kein normales Selbstsystem (das gute Ich, das schlechte Ich und das Nicht-Ich) aufgebaut, kommt es später immer wieder zu parataktischen, verzerrten Deutungen der Umwelt und zu zunehmendem Verlust der «consensual validation», damit aber zur Unfähigkeit, die Angst zu bewältigen. Der abgespaltene Bereich des Selbstsystems, das Nicht-Ich, bricht in der Panik durch und gewinnt in symbolischer Form Gestalt und Gewalt. (Ausgehend von diesen drei Erfahrungsmodi, die auch beim normalen Erwachsenen parallel laufen, versucht eine Gruppe von Forschern: *Kantor, Winder, Garnezy, Rodnick* und andere, eine neue Theorie und Einteilung der Schizophrenie nach Regressionsstufen.)

H.F. Searles aus der Schule *Frieda Fromm-Reichmann*, einer der führenden Schizophrenietherapeuten, betont die tiefe Liebe des Kindes zu seiner Mutter und hält sie auch pathogenetisch für weit wichtiger als Haß, Furcht und Schuld. Er deutet die schizophrene Erkrankung «als das vom Kind aus Liebe dargebrachte Opfer seiner eigenen Individualität zugunsten der Mutter». Der Kranke hat also nicht allein das immer wieder beschriebene Bedürfnis, Liebe zu empfangen, sondern auch das Bedürfnis, Liebe zu geben. Der Therapeut muß daher auch selber empfangen können. Er muß bereit sein, sich in seinem kranken Teil vom Patienten helfen zu lassen.

Von einer ganz andern Seite her wird der gleiche Aspekt, eben der der mitmenschlichen Beziehungen, untersucht. *T. Lidz* fand bei seinen in großem Stil durchgeführten Forschungen der Familien Schizophrener besonders interessante Familieneigentümlichkeiten, die die ursprünglichen Erfahrungen des Kranken geprägt haben: Unzufriedenheit und Spannung beherrschen alldurchdringend, aber nicht aufdringlich, versteckt vor Umwelt und ihnen selbst, die Eltern. Statt gegenseitigen Vertrauens, Anvertrauens und Zusammenarbeitens bestehen Rivalität, Unterhöhnung des Wertes des andern, Drohung mit Trennung, Beanspruchung der Hilfe der Kinder gegen den andern. Jeder Partner ist enttäuscht vom andern. «Der Mann sieht die Frau als mißtrauische und verächtliche Person, die auch als Mutter versagt. Die Frau ist enttäuscht, weil sie in ihrem Ehemann nicht die Vaterfigur findet, die sie gesucht.» Häufig sind die Eltern tatsächlich getrennt. Oder es besteht in der Ehe ein «schiefes», hinkendes Verhältnis: die Mutter ist dominierend, nörgelnd und feindselig und gibt dem Kinde keine Möglichkeit, sich zu bestätigen; der Vater aber ist abhängig, weich, zu schwach, um dem Kinde zu helfen; das Umgekehrte kommt seltener vor.

Die «schizophrenogene» Mutter, von der man auch schon gesprochen hat, wird häufig als überängstlich und überbesorgt (overprotective), im Grunde aber als feindselig, abweisend, kühl und distant geschildert. Sie ist unfähig, sich selbst dem Kind zu geben; sie versucht es zwar, weiß aber nicht, wie sie es machen soll.

Arieti fand bei ähnlichen Untersuchungen, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Mutter in den frühen Jahren des Kranken entweder extrem abweisend oder extrem ängstlich war (Am. Handbook).

Auch *L. B. Hill* fiel die Sonderart der Mütter schizophrener Patienten auf, und zwar die Konzentrierung und Intensität gewisser fixierter Einstellungen und Charakterzüge: ihre unterschwellige, alles durchdringende Angst, ein konstantes «Schuldbewußtsein», ihr Mißtrauen gegenüber andern, fremden Menschen, das Vermeiden unmittelbarer Intimität, ihre ungewöhnlich starke Tendenz zu Sauberkeit und Anstand, die Verneinung und Abspaltung der unangenehmen Aspekte der Realität. Diese Mütter sind emotionell ausgehungert, suchen verzweifelt nach jemandem, an den sie sich binden können und demgegenüber sie ebenso ihre Märtyrerrolle spielen oder über den sie eine Kontrolle ausüben können. Die Beziehung dieser Mütter zu ihrem Kind ist dadurch gekennzeichnet, daß sie das Kind, das später einmal schizophren wird, «in einer vernichtend überfordernden, besitzenswollenden Überliebe lieben». Die vom Leben enttäuschte, von ihrer eigenen Erziehung her den Männern und der Sexualität feindselig gegenüberstehende Frau läßt das Kind zum «naturgegebenen Rezipienten all ihrer enttäuschten und verzweifelten Objektsuche werden» und stattdes es «mit magisch vollkommenen Qualitäten aus, an die sie nun eine sehr intensive und fordernde Liebe richtet». Für diese mystische Partizipation ist es nötig, daß das Kind «immer ein Kleinkind bleibt, das in extremem Maße abhängig, auf sie eingestellt und im Bedarf ihrer Liebe ist . . . Je mehr das Kind älteren Individuen ähnlich wird, um so mehr wird es ein Opfer des von der Mutter verinnerlichten Verbotsystems, das sich gegen die Intimität mit einer wirklichen und objektiv getrennten Person richtet.» Die Mutter liebt «übermäßig, ausschließlich und mit unbezweifeltem Anspruch ein Baby . . . das ihr eigenes privates Phantasiegeschöpf ist». Die Liebe ist also nicht allein übermäßig, sondern auch konditionell: der Bedingung kann das Kind nur genügen, wenn es auf die Verwirklichung seiner eigenen Persönlichkeit verzichtet. «Abgesehen von einem Opfer, das er zur Erhaltung der Mutter zu bringen hat, glaubt der Schizophrene an keinerlei Möglichkeit einer Selbstverwirklichung.»

Lidz beschreibt den Vater als in seiner Männlichkeit unsicher; er benötige große Bewunderung, um seine erschütterte Selbstachtung zu stützen; er neige nicht selten zu paranoidem, irrationalen Verhalten und sei – gleich seiner Ehefrau – den Gefühlen und Bedürfnissen anderer unzugänglich (vgl. auch *J. Rosen*, Seite 71).

(Eine andere Untersuchung [*M. Berg* und *Cohen*, *J. Nerv. Ment. Dis.* 128] ergab bei einer Gruppe von 40 Schizophrenen eine weit höhere Zahl von Trennung in der frühen Kindheit von der Mutter [14] als bei einer gleich großen Gruppe von Neurotikern [2].)

Zusammengefaßt: Es besteht «ein schreckliches Ausmaß von Konflikt, Spannung und Angst», und zwar nicht nur in den ersten drei Jahren des Lebens des Kindes, sondern auch später. Wo Befriedigung, Sicherheit und

Vertrauen fehlen, herrscht die *Angst*; und der Angst wird von allen Autoren in der psychodynamischen Erklärung der Schizophrenie die entscheidende Rolle zugewiesen. Das Du kann nicht angenommen werden, da es zu bedrohlich, Träger von zuviel Angst ist. Hier liegt (nach *Arieti*) der Beginn der schizophrenen Spaltung: in diesem Nicht-Annehmen des Du oder des sozialen Selbst, jenes Teiles des Ich, der ursprünglich von den andern stammt: «dies Du neigt dazu, desintegriert zu bleiben oder dissoziiert zu werden wie ein Fremdkörper, der wieder leicht in Form von Projektion und Halluzination ausgeschieden werden kann» (Am. Handbook).

So bekommt das Kind eine viel losere Beziehung zur Sprache der Umgebung (Verformung der Wort-Bedeutungen); die Verdrängungen werden unsicher. So bleibt oder wird aber auch das Bild der «bösen Mutter» oft sehr leicht wieder bewußt. Da sich das Kind von beiden Eltern zurückgewiesen fühlt, hat es Schwierigkeiten, sich mit einem Geschlecht zu identifizieren und bleibt in seiner Geschlechtsrolle unsicher. Da es kein Vertrauen introjizieren kann, ist seine Selbstachtung gering. Es ist unfähig, eine Rolle zu übernehmen und schwankt in seiner Selbstidentität. Die Unzuverlässigkeit der Eltern macht die Abwehrmaßnahmen und Anpassungsversuche wirkungslos.

Bateson wies in diesem Zusammenhang auf den «double-bind type» der Beziehung hin: «Der künftige Patient erhält, namentlich von seiner Mutter, eine Botschaft in zwei oder mehr logischen Bedeutungen, die so miteinander verbunden sind, daß sie einen schmerzlichen Konflikt auslösen . . . , es ist eine Art Spiel der Mutter, so daß das Kind verdammt ist, wenn es dies tut, und verdammt, wenn es dies nicht tut¹. Es weiß nicht, auf welche der Botschaften zu antworten.» Zum Beispiel: Das Kind schreit, die Mutter geht zu ihm. Ihr erster Impuls ist, das Kind loszuwerden, vielleicht es zu töten; aber ihre Gefühle veranlassen sie, Liebe oder Annahme vorzutäuschen. Das Kind fühlt den ursprünglichen Impuls und die geheuchelte Liebe (die Doppelbindung) und wird verwirrt und ängstlich¹.

Nebenbei wäre hier auf die kindliche Schizophrenie hinzuweisen. Aus konstitutionellen Gründen oder unter besonders schlechten Umweltsbedingungen treten die entsprechenden – sonst für die Schizophrenie Erwachsener – typischen Störungen bereits in den ersten Lebensjahren auf. *Mahler* unterscheidet zwei Hauptformen, den kindlichen Autismus (*Kanner*) und die symbiotische Psychose (*Mahler*). Die erste Form, die autistische, wird als stärker regressiv betrachtet als die zweite, die symbiotische, die vorwiegend partizipativer Art ist. Typisch für die kindlichen Psychosen ist, daß die Unterscheidung zwischen belebten und unbelebten Objekten dahinfällt. Die Realität wird verändert oder ausgeschaltet. Das Gefühl der Ich-Identität, namentlich auch in bezug auf das Körper-Ich (Körperbild), ist gestört.

¹ All diesen Untersuchungen kann vorgeworfen werden, daß sie zu wenig kritisch diese Befunde mit denen in den Familien von nicht-schizophrenen Patienten und von Gesunden vergleichen.

In der autistischen Form zieht sich das Kind völlig auf sich zurück; es scheint, als wäre es blind und taub. Es gibt der Mutter weder mimische noch gestische Antwort. Hingegen klammert es sich an leblose Objekte an. Alle Quellen äußerer Reize werden weghalluziniert¹.

Die symbiotische, wie gesagt, weniger regressive Form, ist durch Wutausbrüche, Panikanfälle und durch fieberhafte Versuche gekennzeichnet, «die Allmacht-Phase der Mutter-Kind-Verschmelzung des ersten Lebensjahres wieder herzustellen und zu verewigen, eine Phase, in der die Mutter eine immerbereite Verlängerung des Selbst war, immer ‚seiner Majestät, dem Baby‘, zu Diensten und Verfügung». Diese symbiotische Form in ihrer dauernden Trennungs- und Vernichtungsangst geht häufig über in die primitivere erste Form, in die autistische Psychose.

Mahler und *Geleerd* beschreiben auch benignere und weniger auffällige Fälle. Bei dieser Borderline-Form der Schizophrenie fehlen, im Gegensatz zu den ersten beiden, Halluzinationen. Hingegen ist die Toleranz für Versagung herabgesetzt; es bestehen Unreife, Ungleichförmigkeit der Entwicklung, unkontrollierbare Impulsivität mit heftigen Affektausbrüchen, schwere Stimmungsschwankungen, schwache Beziehungen neben einer Fülle von neurotischen Zügen, wie Phobien, Zwängen usw. Bei der leichtesten Enttäuschung ziehen sie sich in ihre Phantasiewelt zurück.

Wir können das Thema der Psychodynamik nicht verlassen, ohne auf eine Gruppe von Therapeuten hingewiesen zu haben, die sich ein besonderes Verdienst um die Erforschung der interpersonellen Bezüge und des Weiterlebens erworben haben: die verschiedenen Richtungen der Daseinsanalyse, die sich, nicht wie *Jung*, den «freundlichen Weiten» der Bilderwelt, sondern denen des In-der-Welt-Seins zuwandten.

Die verschiedenen daseinsanalytischen Richtungen sind einer Verfestigung ihrer bei Einzelfällen gewonnenen Erkenntnisse in einer Theorie und Struktur abhold (wogegen freilich stichhaltige philosophische Einwände zu erheben wären). Der wesentliche Beitrag der Daseinsanalyse liegt darin, daß auf das Ganze des Erlebens geachtet und dies in künstlerischer oder philosophischer Form erfaßt wird: Zeit, Raum, Umwelt, Mitwelt, Leib werden vom Schizophrenen bekanntlich sehr häufig verändert erlebt.

Die Daseinsanalyse, die, wenngleich sie nicht oder kaum mehr davon spricht, in der *Husserl'schen* Epoché gründet, richtet sich auf Abstrakta: Weiblichkeit, Kind ichkeit, Mütterlichkeit, Nähe und Ferne, auf die «Weltentwürfe» – so wie sie sich besonders in mitmenschlichen Bezügen (in der «Begegnung») ausdrücken.

¹ Diese Gruppe wird von *L. Kanner* bekanntlich als konstitutionell aufgefaßt und von der Schizophrenie abgesondert.

L. Binswanger umschrieb in seinem Schizophreniebuch das Schreckliche, Verfolgende «als eine aus dem Gefüge des Gesamtdaseins ausgebrochene Daseinsmacht». Aus der «Verstiegenheit» des Daseins, der Überwältigung durch eine Leidenschaft, wird die «Verweltlichung» des Daseins: die Umwandlung der atmosphärischen Unheimlichkeit des Schrecklichen in die Heimlichkeit der Feinde. So wird das Schreckensthema (wie bei andern Wahnformen andere Themata) beim schizophrenen Verfolgungswahn verabsolutiert. Kommunikation und Freiheit sind aufgehoben.

Beiläufig gesagt: Ich glaube, daß auf Grund der heutigen Forschungen der Fall Ellen West, den *Binswanger* schildert, nicht mehr der Schizophrenie zugezählt werden darf. Bei dem Syndrom von Anorexia mentalis, Entfremdungspsychose, schwerer Depression und einer Reihe von hysterischen Symptomen (sogar mit einzelnen Halluzinationen) scheint es sich um eine deutlich von der Schizophrenie unterschiedene, wohl eher der malignen Hysterie zugeordnete (wenn nicht überhaupt eigenständige) Krankheitsgruppe zu handeln, die auf intensive Psychotherapie überraschend gut anzusprechen scheint (vgl. meine Arbeiten über die Entfremdungspsychose).

In bezug auf die Beiträge der Daseinsanalyse zu unserm Thema sei ferner auf die eindrücklichen Schilderungen *G. Benedettis* und *P. Matusseks* hingewiesen (vgl. auch *W. Bräutigam*, *Chr. Müller*, *M. Siirala*).

*

Überblicken wir, was wir in der Psychodynamik gefunden haben, müssen wir *Arieti* recht geben, wenn er sagt: So unerläßlich und wertvoll die psychodynamischen Studien auch sind, werden wir doch durch sie dazu verleitet, in jedem schwerer gestörten Menschen, ob Kind oder Erwachsenen, einen Schizophrenen zu sehen. Gewisse formale Kriterien sind notwendig, um das Syndrom abzugrenzen. So wenig wir das, was wir bis jetzt beschrieben haben, als widersprüchliche Auffassungen einander gegenübergestellt wissen möchten, sondern als verschiedene Aspekte, als eine Fülle von modernen Einsichten über Pathogenese und Dynamik der Schizophrenie auffassen, die alle wohl in jeder einzelnen Psychotherapie von Nutzen sein könnten, so wenig also ist das Folgende als im Gegensatz zum Bisherigen oder als nur von akademischem Interesse zu betrachten.

B. Die formalen Störungen in der Schizophrenie

In den letzten Jahren scheinen die formalen Störungen wieder vermehrte Aufmerksamkeit gefunden zu haben. Bekanntlich war es in erster Linie *E. Bleuler*, der den diagnostischen Wert der formalen Abnormitäten betonte. Ich zitiere aus seinem Hauptwerk, einer der Grundschriften der Psychiatrie

(«Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien» im «Handbuch der Psychiatrie» von *Aschaffenburg*, 1911):

«Die Grundsymptome werden gebildet durch die schizophrene Störung der Assoziation und der Affektivität, durch eine Neigung, die eigene Phantasie über die Wirklichkeit zu stellen und sich von der letzteren abzuschließen (Autismus)...»
 «In jedem Fall besteht eine mehr oder weniger deutliche Spaltung der psychischen Funktionen: Ist die Krankheit ausgebrochen, so verliert die Persönlichkeit ihre Einheit; bald repräsentiert der, bald jener psychische Komplex der Person. Die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Komplexe und Strebungen ist eine ungenügende oder geradezu fehlende; die psychischen Komplexe fließen nicht mehr wie beim Gesunden zu einem Konglomerat von Strebungen mit einheitlicher Resultante zusammen, sondern ein Komplex beherrscht zeitweilig die Persönlichkeit, während dessen andere Vorstellung- und Strebungsgruppen 'abgespalten' und ganz oder teilweise unwirksam sind. Auch die Ideen werden oft nur zum Teil gedacht und Bruchstücke von Ideen werden in unrichtiger Weise zu einer neuen Idee zusammengesetzt. Sogar die Begriffe verlieren ihre Vollständigkeit, entbehren eine oder mehrere, oft wesentliche Komponenten; ja sie werden in manchen Fällen nur durch einzelne Teilvorstellungen repräsentiert.»

«Die Assoziationsfähigkeit wird... oft nur durch Bruchstücke und von Ideen und Begriffen bestimmt.» «Die Assoziationen verlieren ihren Zusammenhang.»

«Die Stärkegrade der Gefühlsreaktionen auf verschiedene Erlebnisse stehen in keinem richtigen Verhältnis zueinander, und zwar kann die Intensität von vollständig fehlender Gefühlsäußerung beim einen Gedankenkomplex bis zur übertriebenen Affektreaktion beim andern schwanken. Auch können die Affekte qualitativ abnorm erscheinen.»

Ferner ist die Ambivalenz in Intellekt, Affekt und Willen (letzteres als Ambitendenz bezeichnet) charakteristisch.

Neben diese beiden Gruppen von Primärsymptomen: die Denkstörungen (Zerfahrenheit) und Affektstörungen (Parathymie), tritt als dritte die Störung des Ich-Empfindens (Depersonalisation) in Phänomenen wie Transivitivismus, Appersonierung.

Auch *Freud* untersuchte bestimmte formale Eigentümlichkeiten der psychischen Vorgänge beim Schizophrenen:

1. Der sich im Unbewußten abspielende und in der Schizophrenie wenig verhüllte Primärprozeß ist gekennzeichnet durch Verschiebung und Verdichtung. Identifizierung und Projektion sind Sonderformen der Verschiebung und zählen auch zum Primärvorgang. In der Schizophrenie unterliegen, wie im Traum, die Worte dem Primärvorgang, also Verschiebung und Verdichtung.

2. Der abstrakte Sinn eines Wortes oder Gedankens wird in etwas Gegenständliches umgewandelt; anders ausgedrückt: Die Worte werden wie Dinge gebraucht, werden verdinglicht, ähnlich, wie der Traum einen Gedanken oder etwas Gehörtes in ein Bild verwandelt. Ein Beispiel. Ein Mädchen klagt: «Die Augen sind nicht richtig, sie sind verdreht.» (Grund: Ihr Geliebter ist ein Augenverdrehler, er hat ihr die Augen verdreht.) (*Freud*, «Das Unbewußte» X, 1913; ferner: *Nunberg*: Allgemeine Neurosenlehre.)

A. Storch und *Eilhard von Domarus*, die beide in den zwanziger Jahren eine Reihe von Schriften den Erlebens- und Denkstörungen bei der Schizophrenie gewidmet haben, sind leider heute in psychotherapeutischen Kreisen kaum bekannt. Ähnlich steht es mit dem 1944 erschienenen, von *J. S. Kasanin* herausgegebenen Sammelband: «Language and Thought in Schizophrenia», der eine ganz ausgezeichnete Übersicht über das Thema der formalen Störungen bietet.

Ich folge nun den Zusammenfassungen *Arietis* über dieses auch für die Therapie, wie wir sehen werden, sehr wichtige Thema. Er unterscheidet vier Hauptgruppen formaler Störungen:

1. Die Konkretisierung des Begriffs: Er meint damit nicht nur dasselbe wie *Freud* mit der Rückkehr vom sprachlichen zum sachlichen, vornehmlich bildhaften Denken und Wünschen – nicht nur wie *Kurt Goldstein*, der im schizophrenen Prozeß den Ausdruck eines Rückzuges auf das Konkrete sah, sondern mehr: Er schildert die Erlebnisse, die der Patient auf seinem Weg vom abstrakten Niveau zur Wahrnehmungswendung eines Begriffes (perceptualisation of the concept) durchschreitet, als ein (teilweise) aktives Geschehen. Zuerst befindet sich der Kranke in einem Zustand von Angst; eine für andere Menschen nicht besonders bedeutsame Situation erregt in ihm einen Sturm von Gefühlen, von Verzweiflung und Panik. Dann versetzt er sich in die «Horch-Stellung». Er erwartet, etwas Nachteiliges, Bedrohliches zu hören. Und erst an dritter Stelle tritt dann die akustische Halluzination ein. – Dies gilt aber nicht allein für die Entstehung der akustischen Halluzinationen: Der Patient sucht zunächst nach Beziehungen, die seine Stimmungen rechtfertigen: ein Opfer zu sein, Objekt einer weltweiten Feindseligkeit. Aus dieser «Beziehungshaltung» entsteht der Beziehungswahn.

Viel) Wahnideen werden als Konkretisierungen vergangener oder gegenwärtiger Gefühle oder Situationen betrachtet, die nicht auf abstraktem Niveau ertragen oder erlebt werden können. Es fällt einem Schizophrenen leichter, zu erkennen, daß seine Frau sein Essen vergiftet, als daß sie sein Leben vergiftet. Oder: er verbreite einen üblen Körpergeruch, statt: er denke übel von sich wegen seiner homosexuellen Wünsche. Der Wahn, andere kontrollieren seine Gedanken, ist eine Umsetzung des Gefühls, daß seine Eltern früher sein Leben und seine Denkweise zu bestimmen versuchten (*Arieti*: Arch. Gen. Psych. VI. 1962).

2. Das sogenannte paläologische (oder paralogische) Denken: Der Schizophrene regrediert auf eine frühere Stufe der Rationalität und operiert nicht mehr mit der generell gültigen, aristotelischen Logik. Ich zitiere von *Domarus*: «Der Oberbegriff enthält den Unterbegriff teilweise in sich: gewisse Indianer sind schnell; die Hirsche sind schnell: gewisse Indianer sind Hirsche.» «Während die normale Person Identität einzig auf Grund identischer Subjekte annimmt, setzt der paläologisch Denkende die Identität auf Grund identischer Prädikate» (*Arieti* loc. cit.).

Normal heißt es: Sokrates ist ein Mensch = 1. Prämisse; 2. Prämisse: Alle Menschen sind sterblich. 3. Schritt, die Folgerung: Sokrates ist sterblich. Das Subjekt der größeren Prämisse (alle Menschen) enthält das Subjekt der kleineren Prämisse (Sokrates).

Demgegenüber geht die Schlußfolgerung beim Schizophrenen: Maria war Jungfrau – ich bin Jungfrau – ich bin Jungfrau Maria. Die Identität des Prädikates der beiden Prämissen (Jungfrau) ergibt für den Paläologiker die Identität der beiden Subjekte (Maria = Ich). Ein anderes Beispiel berichtete mir eine Kollegin: Ein chronisch Schizophrener schimpft aufgeregt auf die «ähnlichen Dreiecke». Grund: Jemand hatte gefunden, er und sein Vater seien sich ähnlich. Die Angst vor der eigenen Aggression gegenüber dem despotischen Vater ließ Vater und Dreiecke anhand des Begriffes der «Ähnlichkeit» zu vertauschbaren (identischen) Substantiven werden. Gegen die Dreiecke vermochte er nun zu schimpfen.

So wird jede Analogie oder Ähnlichkeit zur Identität, vorausgesetzt, die Identität ist der Stimmung, den geheimen Wünschen und Ängsten des Kranken angepaßt. Dasselbe para- oder paläologische Denken wirkt ja auch in den Träumen oder in archaischen Formen der Religion, zum Beispiel in der Kabbala. Dies «Prinzip von *von Domarus*» erhellt den Primärvorgang der klassischen Metapsychologie.

3. Desymbolisierung und Desozialisierung: Der Schizophrene neigt dazu, die introjizierten sozialen Symbole und Rollen zu verlieren und sie mit primitiveren zu vertauschen. Es besteht entwicklungsmäßig eine Hierarchie von Symbolen: zuunterst sind die Zeichen, Teile von Objekten oder Situationen, die für die ganzen Subjekte oder Situationen stehen («Ausschlag» für «Masern»).

Dann kommt das Bild: das Individuum behält ein inneres Bild für die vergangene Wahrnehmung des Objektes; das Bild kann wieder externalisiert werden.

Die höchste Stufe nehmen die Wortsymbole ein, die die soziale Funktion der Verständigung haben; die Wortsymbole werden von vielen Menschen miteinander geteilt. Zum Wortsymbol gehört zunächst die Bezeichnung für die Sache, die es meint (und ist so in magischer Nähe zum Ding), dann die Verbalisation (der Wortklang) und drittens die weitere, umfassendere Bedeutung (nämlich: «Mama» heißt nun nicht nur «diese Mutter», sondern «jede Mutter»). Die normale Entwicklung besteht in einer ständigen Entwicklung neuer Symbole und Rollen. Der Schizophrene aber durchläuft den Prozeß in umgekehrter Richtung. Immer mehr gehen die üblichen Symbole verloren. Zuerst werden diejenigen Symbole für das Selbst (für Körperbild, Selbstachtung und Ich-Identität) verworfen, die von andern, von außen stammen. Es handelt sich also um die uns bereits von *Bychowski* her bekannte Rückgabe (und Projektion) der introjizierten Haltungen an die ursprünglichen Träger oder deren Ersatzfiguren. «Der Patient projiziert nun auf symbolische Eltern diejenige Einstellung sich selber gegenüber zurück, die

er nun ablehnt.» Aus dem Du der Eltern wurde das Über-Ich (zu dem auch das Selbstbild des bösen Kindes gehört), und dies wird nun zum Verfolger.

Ferner verliert er die Kraft zur Aufrechterhaltung der übergeordneten Begriffe (reduction of the connotation power), also für die Abstraktion. Wörtliche Bedeutung (denotation) im konkreten Sinn und Wortklang gewinnen die Oberhand. (Ebenso *H. Hartmann* 1953, Seite 183.)

4. An die Stelle der mechanischen Kausalität (jede Ursache hat eine Wirkung) tritt im paläologischen Denken in vielen Erfahrungsbereichen die teleologische Kausalität (Dinge geschehen infolge bestimmter Absicht). «Jeder Akt, jedes Ereignis geschieht, weil es gewünscht oder gewollt wird entweder durch die Persönlichkeit selbst, die eine Erklärung sucht, oder durch eine andere Person oder durch etwas, was personifiziert wird. An die Stelle einer physikalischen tritt die psychologische Erklärung: die notwendige Ursache jedes Ereignisses ist ein Willensakt.»

Diese psychologische Kausalität gibt es in zwei Formen: in der projizierten (die äußeren Ereignisse als Ausdruck der psychologischen Intention) und in der introjizierten: die Katatonie ist die Vermeidung von Handlungen, um die Panik, die mit der gewollten Handlung verbunden ist, zu beseitigen, eine Flucht vor dem Willensakt, um Angst und Schuld zu entrinnen. Er kann nicht wollen – und darum nicht handeln. («Wenn ich nicht will und nicht handle, geschieht nichts Gefährliches¹.»)

Soweit unsere Ausführungen über die wichtigsten Bereiche der heutigen Forschung. Wir betrachten dies unser Vorgehen, daß wir nämlich den Fetischen der gegenwärtigen Psychologie: den Namen von Personen und Schulen, Reverenz erwiesen haben – nicht als *art pour l'art*; der Zweck ist vielmehr ein praktischer und liegt in der Vorbereitung des Folgenden:

Je mehr Zusammenhänge wir nämlich kennen, desto mehr verstehen wir den einzelnen Kranken. Je besser wir ihn verstehen, desto eher gelingt eine Therapie. Ob aber das rationale Verstehen, dem wir bis jetzt gefolgt sind, für die Therapie genügt, ist eine Frage, der wir uns bald zuzuwenden haben.

III. Wie können wir uns in das psychotische Erleben einfühlen?

Bekanntlich nimmt die klassische Psychiatrie die Einfühlbarkeit zum Ausgangspunkt, um die psychischen Erkrankungen einzuteilen. Die Grenzen des Sich-Einfühlens wurden aber schon längst durch die Psychoanalyse der Neurosen verrückt. Selbst das Psychotische wirkt auf uns, wenn wir in der

¹ Diese vier Kategorien sind von *Arieti* zum Teil *E. Cassirers* Theorie des mythischen Erlebens (im zweiten Band der «Philosophie der symbolischen Formen») entnommen.

Introspektion unsere eigene Tiefe erlebt haben, inhaltlich nicht mehr so fremd, und die als solche nicht einfühlbaren «Mechanismen» befinden sich in uns wie in den Geisteskranken, wenngleich die Stärke ihrer Wirkung so anders ist, daß wir mit unserer Einfühlung nur sehr langsam vorankommen.

Ich möchte mich jetzt mit drei uns zugänglichen Erlebnissen beschäftigen, die der Erfahrung der Psychose am nächsten kommen: der panischen Angst, dem schöpferischen Arbeiten und dem medikamentösen Rausch. Allen dreien ist ein Sich-Aufdrängen von Assoziationen in bildkräftiger, archaischer Gestalt gemeinsam; in wilder Flucht und mit sinnlicher Lebhaftigkeit und Intensität eilen sie vorbei. Die Vorstellungen unterliegen den Gesetzen des Primärprozesses: Verdichtung, Verschiebung, Konkretisierung.

1. Die Angst: Wie eine schwarze Wand tritt sie vor uns, überwältigend, erstickend. Wir fühlen uns ausgeliefert. Die Enge erdrückt uns. Sie fällt wie eine Guillotine ins Genick, sie packt einen wie der Griff eines Vogels im Nacken. Die Gedanken fliegen vorüber, ohne Steuerung. Man fühlt den inneren Zerfall, das Auseinanderbrechen der Persönlichkeit. Alles ist fremd, die ganze Welt wirkt bedrohlich. Das Gefühl unendlicher Einsamkeit und Entfremdung begleitet die Angst.

Wir sehen die Desintegration der Persönlichkeit, die Dissoziation der Gedanken und Gefühle, die Derealisation, damit den Verlust jeder menschlichen Beziehung. Das Bewußtsein, der Sekundärvorgang, ist machtlos vor dem Ansturm des Affektes. Im Zentrum steht das Erleben der Ohnmacht, des Ausgeliefertseins. Wer Angst hat, verfällt den Mechanismen, eben jenen unheimlichen Formen der inneren Abläufe, die als uneinfühlbar gelten.

Das Ausgeliefertsein ist aber der Zwilling des Allmächtigseins. Der magischen Gewalt der Images im Vordergrund entspricht die magische Gewalt des Selbst im Hintergrund.

Das Gefühl der Verlassenheit, des Abreißens jeder Partizipation begleitet Ohnmachtsgefühle und Allmachtswunsch und damit auch den unorganisierten Affekt der Angst. Etwas anderes ist natürlich die Ursache der Angst, das, wovor wir – bewußt oder unbewußt – Angst haben: vor dem Gewissen, vor der Triebhaftigkeit, vor der Verstümmelung, vor der bedrohlichen Nähe, vor dem Zusammenbrechen der inneren Ordnung, vor äußeren Gefahren. Bezeichnend ist aber, daß die Angst schwindet, sobald das Alleinsein aufhört, sobald eine wirkliche Beziehung hergestellt wird. Das Erleben der Angst öffnet manche Tore für das Verständnis des psychotischen Erlebens.

2. Das schöpferische und das rauschhafte Erleben sind nahe verwandt. In beiden ist es jedoch nicht das Ausgeliefertsein, die Ohnmacht, sondern deren Kehrseite: die Allmacht, die Inflation, das Erleben der Größe und

Weite, das Überflutetwerden durch die eigene Innerlichkeit, die das Erleben bestimmt. Im schöpferischen Erleben sinken die Mauern zwischen Innen und Außen. Alles Äußere erhält neue Bedeutsamkeit, Sinnträchtigkeit, wirkt beseelt, sprechend. Die Phantasie drängt sich in farbigen Bildern und mächtigen Gefühlen vor und überfließt die Grenzen der Wirklichkeit. Räume und Zeiten, Inhalte und Formen werden, nur scheinbar beliebig, tatsächlich aber nach den Gesetzen einer andern, inneren Welt, vertauscht, verschoben, verwandelt. Die in rascher Folge auftauchenden Assoziationen werden geformt nach dem Urbild anderer Gestalten, die sich selber wieder wandeln und entwickeln. Was Wunsch ist, wird Wirklichkeit, Vorstellung wird Abbild, das Flüchtige wird fest. Da jede Allmacht endet, folgt dem Erreichen des Ideals Ernüchterung und Trauer.

Gemeinsam mit dem Psychotischen ist wiederum die Entfesselung der Assoziationen: jedes Ding setzt wie in der apophänen Phase der Schizophrenie (*K. Conrad*, vgl. *P. Matussek*, *G. Pankow*) eine Wolke von Bedeutungszusammenhängen frei. Das primäre Lust-Ich, die Allmacht der Phantasie, versucht sich durchzusetzen. Die Stellungnahme, die oft wie Schaufel und Asche im Schnee wütet, ist sekundär: wie in der Krankheit als Wahn, Halluzination und katatonies Symptom, so hier in der Kunst als Gestaltung, Formung, Verzicht und Ordnung.

3. Der medikamentöse Rausch: Der Rausch, eine Form des akuten exogenen Reaktionstyps, ist wegen des Zusammenschrumpfens und der Aufhebung der Realitätsprüfung selbst eine Form psychotischen Erlebens. Obwohl wir von unserem eigentlichen Thema abkommen, gestatte ich mir, näher auf die Erfahrungen in der Modellpsychose einzugehen. Ich möchte kurz den Selbstversuch mit einem sogenannten halluzinogenen Mittel, dem mexikanischen Pilzgift *Psilocybin*, schildern, da hier im Modell gewisse Phänomene des schizophrenen Erlebens hervorgerufen werden. Das Erleben ist erschütternd durch die Erfahrung, welche elementare Gewalten in uns selbst schlummern, überwältigend durch die Unwiderstehlichkeit und Intensität.

Eine halbe Stunde nach der peroralen Einnahme von 6 mg des Mittels traten erste vegetative und seelische Symptome auf: Unsicherheit, Schwindel, Schläfrigkeit, leichte Übelkeit. Einige Minuten später trübte sich das Bewußtsein rasch. Die vorüberhuschenden Gedanken und Gefühle waren kaum mehr zu erfassen. Wahrnehmung der Außenwelt und des Körpers, Gedanken und Gefühle waren völlig entfremdet. Unruhe durchzuckte wie Feuer den Körper. Wellen von brüllenden Löwenköpfen wogten in der Vorstellung an, Elefanten jagten mit hoherhobenen Rüsseln vorbei. Eine rasche rhythmische Musik klang auf, riß wieder ab. In schwarzen Lokalen herrschte eine leere Fröhlichkeit. Das Gefühl der Willenlosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertheit verlor allmählich seinen Unlustcharakter; die anfängliche Angst schwand. Alles tanzte, wirbelte, jubelte, flitzte vorbei.

«Eine Hast: alles rast, verdämmert, versinkt, ist verschlungen. Die Gedanken drängen und fliehen, nichts ist zu halten. Die wildesten Assoziationen fliegen dahin, unbeaufsichtigt wie Drachen, wie Schlangen durch die Luft. Jede äußere Wahrnehmung, jeder einzelne Gedanke setzt eine Wolke, einen Wirbel von Assoziationen frei, die nicht mehr artikulierbar sind. Japanische Drachenköpfe und Krokodile reißen die Mäuler auf. Eine bisher unbekannte Freßgier läßt einen alles Eßbare, das in der Nähe ist, verschlingen. Das Hilfe- und Anklammerungsbedürfnis ist groß.»

Fassen wir die Erlebnisse dieser ersten Phase zusammen: Bei totaler Entfremdung und starker Herabsetzung der Bewußtseinsklarheit zeigt sich eine Fülle oraler Erlebnisse: Freßgier, Anklammerungs- und Hilfsbedürfnis, eine submanische Fröhlichkeit, hemmungsloses Lachen, Gedankenflucht; die Zeit wird gerafft, sie verfliegt, und dabei ist es, als würden Unzeiten vergehen.

In der zweiten Phase des psychotischen Erlebens nimmt allmählich die Entfremdung von Gedanken und Gefühlen ab, während die Entfremdung von Wahrnehmung und eigenem Körper (zum Körper-Ich gehört auch der Wille) weiterhin erhalten bleibt; die partizipativen Erfahrungen treten, neben den weiter bestehenden oralen, stärker hervor. Sie sind teils inflationärer Art, teils in Form der Urpartizipation.

«Es ist eine Ekstase unter roten Masken. Wogen, die sich übereinandertürmen und brechen, eine unmenschliche elementare Welt von Bewegung, Tieren, Fratzen. Man ist in einem Meer, das wogt – und alles bin ich. Der andere ist weit, fern, fremd. Ich bin das hungrige Kind, das nach Hilfe schreit. Die Abwehr bricht zusammen, die Strukturen sind aufgehoben. Das Zeitgefüge bricht ein; es gibt kein Gehäuse mehr. Man treibt im Strom, man ertrinkt, ohne es als unangenehm zu empfinden. Wie die inneren Strukturen, so fallen auch die äußeren Grenzen dahin: wenn ich schreibe, so geschieht das nicht mehr außerhalb von mir. Alle Grenzen sind eingerissen: ich überflute die Umwelt. Die Vorstellungen werden sofort zu Bildern. Die Wünsche werden in der Phantasie, kaum gedacht, befriedigt; alle sind zutiefst regressiver Natur: Liegen, Lachen, Fressen. Das Bild der Mutter, des Gestilltwerdens taucht auf. Die Allmacht des Kindes, alles haben zu wollen, alle Wünsche sofort als erfüllt zu erleben. Ein Alles-Umschlingen, Alles-Umarmen, Alles-Fressen, eine All-Lust primitiver Gewalt. Jede Realität wirkt klotzig neben der Ekstase, in der alle Sehnsucht nach Geborgenheit erfüllt ist. Die ganze ödipale Situation, die Kastrationsangst, alles Genitale, Anale, Schuld – das alles existiert nicht. Was besteht, ist orale Lust, Versöhnung, Harmonie, Glück, Frieden, Licht, eine Lust im ganzen Körper, ein Dämmer von Körperlosigkeit, Wohligkeit und Mütterlichkeit: die Mütter in den Höhlen der Sehnsucht, der Geborgenheit. Das Über-Ich ist ganz weg, vom stellungnehmenden Ich ist nur ein Stummel übrig; es ist das reine Lust-Ich. Keine Personen, keine Geschehnisse, keine Gespräche, nur ein Wogen von urtümlichem Glücksgefühl, das thalassische Gefühl reiner Innerlichkeit, Grenzenlosigkeit und Ekstase.»

Am Schluß dieser zweiten Phase ist die Entfremdung willentlich, durch einen Ruck zu durchbrechen und kann das Realitätsgefühl wieder hergestellt, zugleich aber auch das Glück, das Überfluten der Wahrnehmungen mit Sinnlichkeit, zurückgeholt werden.

Diese Begeisterung, dieses Sich-Verschmelzen ist eine Lustbefriedigung, wie sie im realen Leben niemals möglich ist. Es ist wie ein Geschenk aus

einer andern, archaischen Wirklichkeit, die angst- und schuldfrei ist. Es ist dieses Stück realer Befriedigung, deren bewußtes Erleben und Nachwirken in einer dritten Phase therapeutisch wirksam werden dürfte. Diese dritte Phase, die mehrere Tage dauert, ist die bewußte Verarbeitung des Erlebten.

Nach Ablauf der Ekstase, das heißt etwa vier Stunden nach Einnahme des Mittels, bleiben eine leichte Entfremdung und eine leichte Depression bei der Rückkehr in den grau nieselnden Alltag. Was aber dauernd nachwirkt, ist das bewußte Durchleben eines Stücks zutiefst verdrängter Affektivität und Triebhaftigkeit, das Gegenwärtighaben dieses Gefühls beseeligender Grenzenlosigkeit und des Verbunden- und Verschmolzeneins mit allen Dingen.

Gewisse Aspekte dieses toxischen Zustandes entsprechen schizophrenem Erleben: das Einssein mit der Umwelt und damit die Regression auf die urtümlichste oral-narzißtische Stufe, erst in der teils nativen, teils projektiven Form oral-aggressiven Ergreifens und gierigen Verschlingens, dann in Form oral-passiven urpartizipativen Verfließens und Sich-geborgen-Fühlens. Jedes Objekt setzt eine Wolke von Assoziationen, die unverzüglich eine Art Realitätscharakter gewinnen, frei. Obgleich bei mir diese Wolke von Bedeutungen, Bildern, Gefühlen und Sinnlichkeit im Rahmen der Vorstellung verblieb, ist der Schritt von da zur eigentlichen Halluzination gering.

Man wird sicher sofort bemerken, daß der Schizophrene zwar wohl auf dieser Entwicklungsstufe des Erlebens steht, daß aber doch ganz entscheidende Erfahrungen völlig anders sind: was im Rausch als Glück und Lust erlebt wird, taucht bei ihm als angsterregend, als Katastrophe, als Verfolgung, als Wahn und Halluzination auf. Ferner ist die Geschwindigkeit des Ablaufs der Einfälle typisch für die manische, nicht die schizophrene Psychose.

Diese Einwände sind richtig. Während im Rausch die Regression auf das reine Lust-Ich (Ideal-Ich) erfolgt, wird in der Schizophrenie die Regression auf die Störung eben auf dieser Stufe erfahren. Man könnte auch sagen, daß hier die Entfesselung, die Entneutralisierung namentlich der aggressiven destruktiven Energien, dort aber die Entneutralisierung vorwiegend der libidinösen, partizipativen Kräfte erfolge.

Das Gemeinsame mit der Schizophrenie – und damit das für den Zweck, den wir uns heute gesetzt haben, Taugliche – liegt in der Erfahrung der fast völligen Aufhebung der Grenzen. Alles Äußere ist in mir, sinnlich und beseelt; alles Innere ist Welt und Wirklichkeit. Wir sprachen früher von der «Zone der Unbestimmtheit» (*P. Schilder*), die beim Körpererleben des Schizophrenen verbreitert sei. Auch hier ist nicht sicher, was innen und was außen ist; Introjektionen und Projektionen wechseln miteinander ab.

Weiter gewinnen durch die Abschwächung der bewußten und der vorbewußten Abläufe die unbewußten Prozesse, die den Regeln des Primärprozesses gehorchen, die Oberhand. Wie bei der Schizophrenie, sind die Vorstellungen konkret; «es findet eine Reduktion des Begrifflichen und Abstrakten zum Konkreten, Wahrnehmungsmäßigen (perceptual) statt» (*Arieti*). Strukturell ausgedrückt, sind Über-Ich und Ich so reduziert, daß gewisse Einzeltriebe ungesteuert und unverfälscht zutage treten.

Es ist vielleicht aufgefallen, daß die hier geschilderten Erlebnisse Ähnlichkeiten besitzen mit denen, die von der nicht medikamentös ausgelösten Ekstase in der Mystik beschrieben werden; dabei wird freilich meist Gewicht darauf gelegt, daß außer dem Partizipationsbedürfnis alle Triebe zum Erlöschen gebracht werden. (Vgl. zum Beispiel *R. Rolland: Ramakrishna; Vivekânanda: Raja Yoga; Plotin*; die Erzählungen von *R. Jizhak Lurja*; die chassidischen Erzählungen.)

IV. Die Technik der Schizophrenie-Psychotherapie

A. Grundsätzliche Erwägungen

In meinem Referat über die therapeutischen Eingriffe in der Psychotherapie («Deutung, Parameter und Modifikation») habe ich auf die grundsätzliche Bedeutung, die in der Psychoanalyse der Einsicht zugemessen wird, und auf die Schlüsselpositionen, die daher dem die Erkenntnis fördernden Eingriff der Deutung und Konstruktion zukommt, hingewiesen¹. Ich habe die Worte *H. Hartmanns* erwähnt, der den Deutungs Vorgang als einen wissenschaftlichen Prozeß begreift, in dem nicht allein verschüttete, sondern auch bisher nie gewußte Zusammenhänge aufgeklärt werden. («Ich-Psychologie und Anpassungsproblem» Seite 55). Aus dem berühmten Satz *Freuds*: «Wo Es war, soll Ich werden» (XV Seite 86) wird auf den Primat der Vernunft geschlossen, einen Primat, der freilich nicht einem billigen Rationalismus und Intellektualismus das Wort redet, sondern im Dienste der Aufklärung und Erhellung steht wie die ganze Wissenschaft seit *Bacon*,

¹ «Die Entwicklung der letzten Jahrhunderte im Abendland ist getragen vom Kampf des Geistes der Kritik, der Wissenschaft, der Vernunft gegen die Autorität, die Tradition und damit die Religion (*Löwith*). Die Ps'a ist völlig dieser Bewegung der Skepsis gegenüber allem Autoritativen und damit dem durch kritische Besinnung und wissenschaftliche Sachlichkeit bedingten «Fortschritt» verpflichtet. Der Kampf der Ps'a gegen alle Formen von Suggestion, also aller autoritativen Einwirkung und Beeinflussung und ihr Kampf für alle Formen der kritischen Unterscheidung, der Aufklärung, der analytischen Erkenntnis ist nur auf dem Hintergrund dieses großen Geschehens zu begreifen und zu werten. In den letzten 160 Jahren brachen immer wieder philosophische Strömungen durch, die dem Ressentiment und dem Widerspruch gegen das Primat der Vernunft galten: romantische, irrationalistische, vitalistische, mystische Bewegungen aller Art bäumten sich auf gegen die unheimliche Macht der Vernunft, der Ratio; an dem Triumphzug der Wissenschaft vermochten sie nichts zu ändern.»

Descartes und *Kant*, einen Primat, der die Gegenspieler der Vernunft: die Triebe, die Gefühle, das Unbewußte, nicht unterdrückt und verachtet, sondern sie in einer Weise zur Geltung kommen läßt, daß die ganze Forschungsarbeit der Psychoanalyse während Jahrzehnten mit Hohn und Spott belegt worden ist. Analyse ist das ständige Hin und Her zwischen Vernunft und Gefühl, Ich und Es, Vorbewußtem und Unbewußtem.

Das Gleichgewicht ist aber völlig anders, ob es sich nun – um die beiden Extreme zu nennen – um eine traumatische Neurose oder aber um eine Psychose handelt. Steht der Prozeß der Stellungnahme, der Einsicht, der Bewußtwerdung in der Therapie der Hysterie oder der Phobie ganz im Vordergrund – entsprechend dem vorherrschenden Abwehrmechanismus der Verdrängung –, so gilt dies schon bei der Zwangsneurose und der Charakterneurose viel weniger; das intensive affektive Durchleben in Form des Agierens wird, je tiefer die Störung (zum Beispiel je stärker das konstitutionelle Element) ist, desto wichtiger. Im Gebiet der Psychosenbehandlung vollends gibt es Schulen, die dem Element der Bewußtwerdung keinen Wert, dem Partizipativen die Allgemeinherrschaft zuteilen wollen.

Sicher ist zunächst folgendes: Der Psychotiker weiß um seine partizipativen Störungen. Er selbst spricht von seiner Einsamkeit, von seinem Hunger, von der Erkaltung der «Welt».

Er benennt oft selber die Mechanismen, die sein Erleben beherrschen: Introjektion und Projektion, Identifikation und Negation. Aber es hilft ihm nichts; die Angst, das Verletztsein, die Verlassenheit, die der Erkrankung pathogenetisch (nicht ätiologisch) zugrunde liegen, bleiben bestehen. Die übliche tiefenpsychologische Therapie muß also den Akzent vom Erkenntnisvorgang weg auf den Erlebnisvorgang verschieben.

Eine andere Formulierung für das gleiche ist: Die Versagungsspannung, die dem Kranken zugemutet werden kann, ist beim Psychotiker weit geringer als beim Neurotiker. Ist sie hier nötig, um den Prozeß der Genesung voranzutreiben, sind dort Ersatzbefriedigungen oder besser: Nachholbefriedigungen anscheinend unerläßlich, um den therapeutischen Prozeß überhaupt erst zu ermöglichen. Diese Befriedigungen liegen vornehmlich im Bereich der Partizipation. Befriedigungen in andern dynamischen Bereichen, zum Beispiel oraler, genitaler, aggressiver Art, scheinen zwar nicht sekundärer Bedeutung zu sein, aber doch nur im Zusammenwirken mit partizipativen Erlebnissen zu wirken: zum Beispiel Angriff als Zeichen der Liebe, Gefüttertwerden als Zeichen der Geborgenheit.

Es gibt keine wirksame Psychotherapie ohne Partizipation; die mitmenschliche Bindung, die tiefe Beziehung, ist Voraussetzung für jede psychische Einwirkung. Doch können wir hier, je nach Form und Art der

therapeutischen Partizipation, vier Grundformen der Methode erkennen (unabhängig von der Art der zu behandelnden Krankheit): 1. die Analyse der Übertragung, 2. die Suggestion, 3. die gemeinsame Regression und 4. die Ekstase.

Was verstehen wir darunter?

1. Die Analyse der Übertragung: Entsprechend dem wissenschaftlichen Erkennen und der Skepsis wird im therapeutischen Prozeß (soweit dies möglich ist) ein rationales Erfassen und Bearbeiten der in der Partizipation ablaufenden Erlebnisse angestrebt.

2. Die Suggestion: Entsprechend den nicht-wissenschaftlichen Faktoren des Glaubens an eine Autorität läuft das Wirken in der Partizipation ab: a) ohne Reflexion auf das Wesen der Beziehung; b) unter Zuführung von Kraft und Macht durch die Seinsmacht der Autorität, die von außen her Ordnung und Struktur verleiht, wobei c) das Ich des Patienten nur rezeptiv, passiv ist.

3. Die gemeinsame Regression: Das gemeinsame Agieren der Partizipation: a) auf der Triebebene in Form von Füttern, Spielen, Ringen, Zeichnen, Tanzen, Stammeln; b) auf der Ich-Ebene in Form gemeinsamer Phantasie und Symbolisation.

4. Die Ekstase: Die mystische oder rauschhafte Verschmelzung in der Ekstase, bei der alle Ordnungen, Strukturierungen, Begrenzungen dahinfallen, jede innere wie äußere Stellungnahme entfremdet und aufgehoben ist.

Es wurde sicherlich bemerkt, wie von 1 bis 4 die Stellungnahme ab-, das partizipative Element an Intensität zunimmt. Bei der Übertragungsanalyse wird die Stellungnahme vom Patienten laufend ausgeübt, immer wieder ergriffen, ihm immer wieder vom Therapeuten übergeben. Bei der Suggestion behält der Therapeut die Stellungnahme und überläßt sie dem Patienten nicht. Bei der gemeinsamen Regression ist die Stellungnahme selbst auf einer paralogischen, urtümlichen Stufe, wenn sie überhaupt auftritt, ebenso in der vierten Form.

Wenden wir uns nun nach diesen grundsätzlichen Erwägungen den Methoden der Schizophrenie-Psychotherapie zu!

B. Das Vorgehen

Die erste Frage, die sich vielleicht aufdrängt, ist die, ob es verschiedene Methoden je nach Einzelfällen gibt. Ist denn nicht anzunehmen, daß eine ganz andere Methode zum Beispiel bei einem schwer «Dementen» vonnöten ist als bei einem völlig geordneten chronisch Paranoiden? Leider gibt es noch keine befriedigende Antwort darauf. Vielleicht werden wir aber

auf Grund der weiteren Ausführungen einer Antwort doch etwas näher kommen. Tatsache ist, daß mit den verschiedenen eben erwähnten Grundformen, meist sogar in Kombination, gearbeitet wird, und zwar offenbar oft mit Erfolg. Wir werden uns bei der Einteilung der Therapieformen von jenen Grundtypen leiten lassen.

1. Die analytische Gruppe: Hier werden wir alle jene Methoden zusammenfassen, in denen das Deuten besonders auch der Übertragungsbeziehung einen hervorragenden Platz einnimmt. Auf Grund der theoretischen Modelle, die wir skizziert haben, ist nun eine Übersicht über das übliche Vorgehen der einzelnen Richtungen leichter.

Ich stelle die meines Erachtens beste und umfassendste Methode, nämlich die *Arieti's*, an den Anfang. Er unterscheidet bei der Psychotherapie drei Teile (die sich zeitlich auch überschneiden können): 1. Die Herstellung einer Beziehung des Vertrauens zwischen Patient und Arzt, die als tiefe Ich-Du-Beziehung (*Buber*), eben als Partizipation, aufgefaßt wird. Der Arzt muß dem Kranken das Gefühl geben, daß er an ihn und an seine menschliche Möglichkeit glaubt. Daraus geht die eminente Rolle der Gegenübertragung hervor (was übrigens fast alle Schizophrenie-Therapeuten, besonders *Rosen*, *Fromm-Reichmann* betonen). Zu dieser ersten Phase nach *Arieti* gehören aktive, intensive therapeutische Intervention, allgemeine Sicherheit und Ermutigung, um die Furcht zu beseitigen, die sich bei jeder zwischenmenschlichen Beziehung des Schizophrenen automatisch erhebt. Da die Angst vor der Versuchung, vor der Nähe und vor der damit verbundenen Enttäuschung beim Schizophrenen (und Schizoiden) gewaltig ist, scheint mir hier das wichtigste und schwierigste Problem der ganzen schizophrenie-therapeutischen Praxis zu liegen. Die ganze Kunst der Psychosentherapie besteht darin, die richtige Distanz und Nähe im richtigen Augenblick zu erfüllen (während Forscher wie *Matussek* und *Benedetti* aus diesem Grunde eine äußerst vorsichtige, zurückhaltende Technik empfehlen, unternehmen es andere, wie *Rosen*, in schroffem Gegensatz dazu, gerade diese Panik zu provozieren und zu durchstoßen). Die Deutungen sollen, wie *Arieti* weiter ausführt, knapp sein, in Form vielmehr beiläufiger Bemerkungen und angemessener Kommentare als detaillierter Deutungen oder Konstruktionen erfolgen; tiefere Deutungen können erst später gegeben werden. *Arieti* empfiehlt in der ersten Phase auch, nicht-verbale Beziehungsformen, wie Handhalten, Zusammenwandern, zu verwenden, um dem Patienten das zu geben, was er zuvor nie in genügender Menge gehabt hat («nutritional», nicht «supportive»). (Vgl. auch *Sechehaye!* zum Beispiel Seite 103.)

Der zweite Teil der Therapie besteht in der Vermittlung von Einsicht in sein vergangenes und gegenwärtiges Leben und in die Art und Weise

seines Handelns. Es werden hier, entsprechend der Grundkonzeption, zwei Formen von Deutungen unterschieden: solche, die die formalen Störungen betreffen und solche, die sich auf die Psychodynamik beziehen. Durch die Deutung soll sich der Kranke selbst die Werkzeuge erwerben, um an sich zu arbeiten, denn in der tiefen therapeutischen Beziehung, die vorauszusetzen ist, ist der Kranke im Grunde bereit, seine Symptome – genauer: die Formen seiner bisherigen Abwehr – aufzugeben. Ein Beispiel: Man macht den Patienten darauf aufmerksam, daß er dann Stimmen hört, wenn er erwartet, welche zu hören. Er muß nun lernen, sich bei dem Akt des Sich-in-Horchstellung-Versetzens zu ertappen und sich darin zu üben, sich vor den Halluzinationen zu bewahren. Das gleiche gilt für die Beziehungsidee, für die Wahnstimmung, für die Veränderung der zeitlichen Beziehungen und für die paläologischen Konstruktionen.

Erst später wird es möglich, auch die Inhalte, also die Psychodynamik zu deuten. Hier gibt *Arieti* die Deutungen vor allem im Sinne der interpersonellen Konflikte oder deren Folgen.

Der dritte Teil der Therapie, der parallel neben den andern hergeht, besteht in der aktiven Anteilnahme des Therapeuten am Leben des Patienten: Zu Anfang der Therapie bestehen diese Interventionen, vor allem in beschützenden Handlungen, während später der Patient erwartet, Aufgaben von praktischer und künstlerischer Art zuerteilt zu erhalten, an denen er weiter zu wachsen vermag. Umgekehrt wünscht auch der Kranke am Leben des Therapeuten teilnehmen zu können; es sollen daher seine Fragen nach dem Leben des Therapeuten nicht abgewiesen, sondern ehrlich beantwortet werden. Vorübergehend kommt es zu einer Introjektion der Figur des Therapeuten. In der Schlußphase soll dies dem Patienten gedeutet und diese Einverleibung bekämpft werden, damit die Individualität des Patienten seiner eigenen Entwicklung zu folgen vermag (S. *Arieti*: «Psychotherapy of Schizophrenia», Arch. Gen. Psych. VI, 1962).

Arieti gibt für die Gestaltung der ganzen Therapie noch weitere Ratschläge: Die Couch soll nicht benützt werden, da der Kranke meist die physische Nähe braucht. Wenn er es wünscht, darf er auch herumwandern oder mit abgewandtem Gesicht uns gegenüber sitzen (um so die Angst vor der zugleich erschten Nähe zu meistern). Es sollte jeden Tag eine Sitzung von im allgemeinen etwa 40–45 Minuten Dauer stattfinden; gewöhnlich erträgt der Patient erst in späteren Phasen länger dauernde Sitzungen (dem gegenüber geht bekanntlich *Rosen* bis zu 16 Stunden pro Tag!). *Arieti* rät dringend, die Stunden nicht zu verlängern, besonders auch dann nicht sie über die abgemachte Zeit hinaus zu erstrecken, wenn der Kranke, wie dies sehr häufig der Fall ist, zu spät kommt, um den Therapeuten zu testen. Der Kranke braucht Grenzen (limitations) und Disziplin, um Ordnung in sein verwirrtes Leben zu bringen. Es empfiehlt sich ferner, schizophrenen Patienten eher Nachmittags- und Abendstunden einzuräumen, da sie am Morgen meist kaum zur Mitarbeit fähig sind (so auch *Federn*; dies deckt sich auch mit unseren Erfahrungen).

Man soll möglichst keine Fragen stellen, da Fragen vom Patienten als Eindringen in seine Privatsphäre und als Versuche, ihm etwas wegzunehmen, erlebt werden und er mit Angst, Feindseligkeit und Verstärkung der Symptome reagiert. Diese Technik, keine Fragen zu stellen, gehört zum Schwierigsten der Psychosentherapie, da sie unserer übrigen psychiatrischen Tätigkeit zuwiderläuft.

Wie gewinnt man dann Kontakt mit dem sich sträubenden oder stummen Patienten? Man kann über neutrale Themata sprechen; oder man drückt seine Sympathie und sein Verständnis dafür aus, daß der Patient aus Angst nicht zu sprechen vermag. Häufig ist es aber besser, das Schweigen mit dem Kranken zu teilen und nicht zu versuchen, es zu brechen (so auch *Bálint*).

Manchmal ist es auch nötig, daß sich zwischen den einzelnen Sitzungen ein therapeutischer Helfer des Patienten annimmt (so auch *Federn, Rosen* und andere).

Wir können uns nun begnügen, von den übrigen Autoren ergänzende Hinweise aufzunehmen.

L. Bellak, der zweite führende Kenner der Schizophrenietherapie, geht davon aus, daß der Patient das vom Therapeuten lernen soll (zum Beispiel an Ich-Funktionen), was er von seinen Eltern nie gelernt habe oder wo eine konstitutionelle Schwäche seiner inneren Organisation vorliege. Da bei jedem Kranken, seiner Ansicht nach, spezifische und von andern verschiedene Ich-Funktionen gestört sind, muß die Strategie individuell und spezifisch geplant werden: So muß bei Infantilen, Willensschwachen der Aufbau eines Kontrollapparates angestrebt werden. Demgegenüber soll man mit einem Paranoiden die historischen Komponenten seiner Wahrnehmungstäuschungen durcharbeiten (nämlich die Bedrohung durch die Eltern, den Haß des Patienten auf sie, und wie die Persönlichkeitsgrenzen vor dem Ansturm der Angst, Furcht und Feindseligkeit zusammenbrechen). Am besten geht man dabei aus von Gegenwarts- und Übertragungserlebnissen. Wie *Arieti* schlägt *Bellak* vor, der Patient solle lernen, die «Signale» von Angst und Feindseligkeit, die den Verlust von Ich-Grenzen einleiten, zu erkennen (zum Beispiel die Entfremdung), die Situation für sich selbst zu analysieren und so die darauffolgende Verzerrung zu vermeiden. Von intakten Ich-Funktionen aus (vor allem den autonomen, wie Intelligenz, Gedächtnis, grober Wahrnehmung) soll die Persönlichkeit wieder aufgebaut, zum Beispiel die Begriffsbildung in der intensiven menschlichen Beziehung mit dem Therapeuten gelernt werden.

Ähnlich spricht *L. B. Hill* von der Stützung des realitätsorientierten Ich und *Frieda Fromm-Reichmann* davon, daß wir «Botschafter der Realität», «ambassadors of reality» (*Racamier*) sein und uns immer an den erwachsenen

Teil der Persönlichkeit wenden sollen, gleichgültig wie verwirrt der Kranke ist; der Patient soll der Angst gewahr werden und dessen, wie er sie abwehrt.

Die frühen Introjekte von ganzen oder von Teilobjekten (guter Brust, böser Brust) werden namentlich von der *Klein*-Schule und von *Bychowski* gedeutet. Auf die Deutungen *Rosens* werden wir erst später zurückkommen.

E. Glover weist darauf hin, daß die Übertragungsdeutungen weniger auf die oberflächlicheren und offensichtlicheren Übertragungsphantasien als auf die symbolischen Verhüllungen der Übertragung zu achten haben. Er modifiziert die abwartende Technik, indem er 1. die Analyse in eine bestimmte Richtung leitet und unmittelbare Widerstände zugunsten von tieferen Störungen vernachlässigt, 2. aktive Maßnahmen der Ich-Kontrolle trifft und 3. gelegentlich die Sprechzimmersituation aufgibt.

P. Federn, einer der ersten Schizophrenietherapeuten, rät dazu, die neurotischen Abwehrformen, namentlich die Verdrängung, zu verstärken. Das Ziel ist für ihn, das Bewußte wieder unbewußt zu machen: «Wo Ich war, soll Es werden.» Er empfiehlt daher, nicht mit dem Patienten selbst eine vollständige Anamnese aufzunehmen, nicht die freien Assoziationen zu verwenden noch die positive Übertragung aufzulösen. Man soll den Kranken nicht in infantile Ich-Zustände drängen. Gut ist es, die aktuellen Konflikte zu vermindern. Ferner soll der Therapeut jederzeit bereit sein, dem Patienten nicht nur zu festgesetzten Stunden Hilfe zu gewähren, sondern wann immer seine affektive Spannung es verlangt (ebenso *I. Bieber* in *A.H. Rifkin*).

Während man fast einhellig der Ansicht ist, daß die Haltung des Therapeuten die des intensiv beteiligten, warmen und interessierten Begleiters sein müsse, damit «die Mauer des autistischen Rückzuges und der schützenden Feindseligkeit» durchbrochen werden kann (*G. Bychowski* in *A.H. Rifkin*), wird auch immer wieder betont, daß die Regressionsneigung nicht unterstützt werden soll. Zu Recht bemerkt *S. Fisher* (in *A.H. Rifkin*), nichts könne die Kranken mehr in Wut versetzen, als wenn sie wie Kinder und mit Herablassung behandelt werden; andererseits sind freilich die Aufgaben der Reife so angstbeladen, daß auch sie erst spät in der Therapie angepackt werden können.

Aus der Erkenntnis heraus, daß auf der Stufe der tiefen Regression die Worte unzuverlässig und schädlich sein können, schlägt *M. Bálint* vor, den Patienten in gewissen Phasen frei agieren zu lassen, namentlich sein Schweigen geduldig und ohne Deutungen zu ertragen, da das Zerstören des Schweigens, selbst wenn die Deutung noch so korrekt ist, gerade die Ebene der «Grundstörung», auf der Objekte überhaupt noch nicht existieren, verfehlen läßt (vgl. auch *A. Bonnard*, *Psyche* XV, Seite 292). Zu der für die Therapie in der tiefen Regression notwendigen «Atmosphäre» gehört Dul-

dung und Achtung des Agierens des Kranken in der Analyse. Erst später kann die Bewußtwerdung und Deutung ansetzen.

G. Pankow, die den Zugang zur Dissoziation von Ich und Welt durch den Bruch im Körperbild sucht, verwendet Zeichen, Modellieren und eine modifizierte Form des autogenen Trainings als Hilfsmittel. In den äußeren Gestalten, zum Beispiel im Plastilin-Modell, wird die Spaltung des Körperbildes allmählich überwunden.

L. Szondi spricht von der «Methode der vertauschten Köpfe»: Da in jedem Menschen eine Reihe von Existenzmöglichkeiten vorhanden sind, muß alles unternommen werden, damit sich die günstigste zu verwirklichen vermag. Kein Kranker ist einfach in eine Krankheitskategorie: Schizophrenie, Zykllothymie, zu pressen; in jedem stecken gesunde oder wenigstens weniger kranke Existenzformen, die eingesetzt werden sollten. Der Patient muß darauf aufmerksam gemacht werden, wie er seine krankhafte Existenzform in eben der Weise wie seine kranke Mutter, sein Onkel oder ähnlich lebt. Diese Identifizierung mit einem Verwandten, mit einem Ahnen wird durchgearbeitet und dabei die Möglichkeit einer sozial wertvolleren Verwirklichung eben dieser krankmachenden Ansprüche aufgedeckt (so wie *Rosen* zum Beispiel die genesenen Schizophrenen als seine besten Helfer bei der Psychotherapie anderer Kranker bezeichnet); oder aber, es wird auf die komplementären, nicht gelebten Persönlichkeitsteile hingewiesen, deren Realisierung weniger gefährlich ist. Gegen die Gefahren des Paranoids wird der Zwang (zum Beispiel die anankastische Einhaltung religiöser oder wissenschaftlicher Tabus) eingesetzt, gegen die massive Destruktivität und Selbstentwertung die sozial positive Introjektion von Wissen und Können, gegen die schrankenlose Identifizierung Ordnung und Klarheit.

Szondi wirft daher (ich glaube, zu Recht) vielen Therapeuten (wie *Rosen*, *Benedetti*, *Sechehaye*) vor, daß sie einseitig fast nur das infantile Stück der Persönlichkeit behandeln, ohne aber die viel wesentlichere zugrunde liegende Spaltung zu beheben und das wirklich abgespaltene Stück zu heben.

Eine sehr gute Schilderung des Therapieverlaufs, auch technischer Probleme, findet sich im Handbuchartikel *P. Matusseks* (Hb. d. Neurosenlehre). Sie deckt sich in vielem mit den Darlegungen *Arietis*. Mit besonderer Subtilität wird die Problematik von Nähe und Ferne berücksichtigt.

2. Suggestive Elemente treffen wir in den meisten Formen von Schizophrenie-Psychotherapie an, ob wir nun an *Arietis*, *Bellaks* und *Szondis* Aufforderungen denken, die noch erhaltenen Funktionen zu üben und die Vorstufen der Halluzinationserlebnisse beherrschen zu lernen, oder ob wir auf *Frieda Fromm-Reichmann* hören, die Deutungen in möglichst bestätigender Form zu geben. Selbst *Glover* scheint nicht ganz ohne sie auszu-

kommen. Die Suggestion, das Kind des Glaubens, ist in unserer glaubensfremden, wissenschaftshörigen Zeit verpönt und abgelehnt (so wenn *Glover* den Grad der Suggestion als Ausmaß der Abweichung von der psychologischen Wahrheit bemißt). Suggestion ist zwar nicht Analyse, aber das heißt nicht, daß sie ohne Wert sei¹. Ihre Gefahren liegen darin, daß eine radikale Therapie auf diesem Wege kaum je durchzuführen sein wird und daß das Ich des Patienten auf die Dauer eher geschwächt als gestärkt wird, so daß es zu unendlichen Bindungen, nicht Heilungen kommt.

Die bekannteste Form der suggestiven Therapie ist diejenige, die das Hauptgewicht auf die Bestätigung legt. Von besonderer Wucht ist die Suggestivwirkung in der Therapie von *Rosen*, auf die wir aber doch erst im dritten Abschnitt eingehen wollen, da das regressive Gegenagieren bei seiner Methode noch ausgesprochener ist.

Hingegen gehört die Arbeitsweise *Benedettis* vor allem der letzten Jahre meiner Ansicht nach vorwiegend in diese zweite Gruppe. Er umschreibt sein Vorgehen wie folgt («Entwicklung der Psychotherapie Schizophrener», *Ztschr. Psychother.*, März 1962): «1. Stärkung des kranken Ichs durch dauernde Bestätigung seines Wertes, durch Verteidigung seiner verkannten Ansprüche, durch symbolische Erfüllung bestimmter Grundbedürfnisse bei starker Regression, durch aktive Infragestellung all jener inneren und äußeren Instanzen, unter denen der Kranke zu leiden hatte . . . 2. Vorsicht in der Widerstandsanalyse, sogar ‚Pflege‘ jener Widerstandshaltungen, die der Kranke nötig hat, um mit uns existieren zu können» (das gleiche trafen wir bereits bei *Federn*, bei *Szondi* und anderen) . . . «3. eine besondere Art des Deutens . . . : weniger reduktiv-genetisch . . . auf Angst erregende Komplexe . . .»; es werden «vielmehr in der Präsenz . . . die in ihr implizite enthaltenen finalen konstruktiven Aspekte . . .» gedeutet (vgl. *Jung*). Daß hier auch die Elemente der gemeinsamen Regression eine große Rolle spielen, sei nur erwähnt (besonders gilt dies für die ersten Jahre seiner Forschungen). Hingegen werden die analytischen Deutungen, außer denjenigen Aspekten der Psychodynamik, die interpersoneller Herkunft sind, nur äußerst sparsam und ganz überwiegend in «aufbauendem» Sinn verwendet.

Eine völlig andere, aber nicht minder wichtige Form suggestiven Vorgehens scheinen mir die spezifische Arbeitstherapie (*H. Simon*, *F. Manz*, *E. Kretschmer* und andere) sowie alle Formen der Psychagogik zu sein, die ja das Hauptrüstzeug der Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie darstellen.

¹ So stellt sich zum Beispiel die durchaus ungelöste Frage, ob wir mit dem oft derogativen Begriff der «Suggestion» nicht das weite Gebiet der notwendigen «Substitution» verdecken. Auch hier mag es sich wieder erweisen, wie Clichés und mythische Begriffsüberdehnungen die wirksamsten Fallgruben der Forschung werden.

3. Gemeinsame Regression. Die beiden bekanntesten Methoden der Schizophrenie-Psychotherapie, die *Rosens* und *Sechehayes*, die einen eigentlichen Durchbruch bewirkten, bedienen sich vornehmlich dieses Instrumentes.

Besonders interessante Probleme bietet der umstrittene *John N. Rosen*. Sein (wie *Sechehayes*) Grundprinzip besteht darin, daß der Therapeut die Welt der Psychose unmittelbar als Handelnder betritt. Er geht (wie zum Beispiel auch *H. Schultz-Hencke*) direkt auf die verhüllten Inhalte los und versucht sie auf ihre Wurzeln in der Oralität zurückzuführen. Ich-psychologische Erwägungen spielen eine geringe Rolle. «Psychotiker leben unmittelbar unter dem Schatten der Brust» (Seite 8).

Rosen bleibt aber nicht bei Deutungen, sondern fordert, daß der Therapeut ein liebender, allmächtiger Beschützer und Spender, eine idealisierte Mutter für den Patienten werde (als Antidot gegen die böse Mutter).

Beispiele: Ein Patient will den mächtigsten Energie-Schaffer erfinden. Der Therapeut: «Wie kannst du die Muttermilch in deinen Mund schaffen?» Patient: «Meine Mutter dachte, ich brauche immer Ferien.» Therapeut: «Alles, um dich loszuwerden.» – Einem Mädchen, das wähnte, gestohlen zu haben und deswegen verfolgt zu werden, wird gesagt: «Wenn deine Mutter es dir nicht geben wollte, hast du völlig recht, es zu stehlen.» Magische Gesten, Versicherungen, er, *Rosen*, sei früher auch selbst verrückt gewesen, gehören zu dieser oft phantastischen, immer zutiefst eindrücklichen Form des Psychodramas. Zum Beispiel: Er versichert einem Patienten, er, *Rosen*, sei eine allmächtige Figur, Herr über Leben und Tod, sei aber entschlossen, diese Macht nur für sein Leben einzusetzen. Vor Patienten, die sich als Christus und als Heilige Dreieinigkeit wähnen, kniet er nieder. In späteren Phasen wird durch *Reductio ad absurdum* («Ist das nicht schon der vierte Jesus Christus, der heute hierher gekommen ist?»), durch Aufforderungen, ihre absurden Wünsche einmal real zu befriedigen (zum Beispiel in einem Kleidergeschäft alles für sich zu reklamieren), durch direkte Ermutigung, den Therapeuten anzugreifen, und durch direkte Befehle, wieder zu halluzinieren – durch all das die Rückkehr zur Realität beschleunigt.

Nach Abklingen der Psychose wird eine regelrechte Analyse angeschlossen.

Rosen ist sehr umkämpft: *W.A. Horwitz*, *P.H. Hoch*, *L.S. Kolb* und *Ph. Polatin* (A Study of Cases of Schizophrenia Treated by "Direct Analysis", Am. J. Psych. 1958, 114/780) behaupteten auf Grund von Nachuntersuchungen, daß die «Direkte Analyse» kein dauerndes therapeutisches Ergebnis erzielte. Von vielen wurde *Rosen* deswegen heftig geschmäht und geradezu der Fälschung seiner Katamnesen geziehen.

Arieti betont demgegenüber, daß *Rosen* zweifellos mindestens vorübergehende Ergebnisse erzielt habe. *Kubie* lobt *Rosens* Mut und seinen tapferen Kampf gegen viele Vorurteile der Analytiker (Vorurteile, die sich zum Beispiel gegen so altbewährte Mittel wie Belohnung und Bestrafung richten) oder gegen den Fetischismus, den die «orthodoxe» Psychoanalyse mit der «Zeit» treibe: «Die Psychoanalytiker scheinen nie realisiert zu haben, daß, wenn

Freuds Funde richtig sind, es möglich sein sollte, in einem Augenblick Veränderungen zu erzielen, die so tief sein können wie solche, die in zehn Jahren Analyse erreicht werden.» «Wenn *Rosens* Werk nicht mehr bewirkte, als uns aus unserer Selbstgefälligkeit aufzurütteln, selbst wenn es niemals jemanden geheilt hätte, wäre es unschätzbar.» Trotzdem erkennt *Kubie* auch die Risiken einer derartigen Behandlung: *Rosen* übernimmt die Rolle einer Gottheit. Wir sind aber keine Götter. Immerhin: «Vielleicht kann das Bild eines Zerstörungsengels aus dem Geist des Psychotikers wirklich nur dadurch verbannt werden, indem ihm das Bild eines Engels von Licht und Leben gegenübergestellt wird.» (*L.S. Kubie*: Rezension von *A.E. Schefflen*: «A Psychotherapy of Schizophrenia: Direct Analysis». J. Nerv. Ment. Dis. 133/1961, Seite 362.)

K. Eissler nennt die *Rosensche* Therapie eine unspezifische Unterstützung in den akuten Phasen, *E. Glover* eine reine Gegenübertragungstherapie, die im Grunde lediglich suggestiver Natur sei (ähnlich *C.G. Schulz*).

Die Arbeiten von *Mme Sechehaye* dürften so bekannt sein, daß ich mich kurz fassen darf. Ihre symbolische Darstellung der Psychodynamik und ihre symbolische Wunscherfüllung entsprechen einer Regression auf die magisch-narzißtische Stufe, auf der die urtümlichen oralen, sadistischen, analen und genitalen Erlebnisse nicht in nativer, sondern in bildhafter, eben symbolischer Form gestaltet werden können.

So stellen die Äpfel die Brust dar; der kleine Affe, Moses und Ezechiel sind Ich-Symbole; das Bad ein Symbol für das Recht auf Genuß, die «Fülle» ein solches für die Eifersucht auf die Geschwister, der Tiger für die orale Aggressivität. Die eigentlichen symbolischen Wunscherfüllungen schließen sich an: Das grüne Zimmer für die Rückkehr in den Mutterleib, der Luftballon für die dauernde Anwesenheit der Mutterbrust, das Besorgen der Puppenkinder für die Introjektion der Mütterlichkeit, die Anerkennung der «Goldstücke» im Nachtgeschirr für die Analität.

Die symbolische Form wird gewählt, da einerseits eine direkte Wunscherfüllung wegen der heftigen Schuldgefühle und Angst nicht möglich, andererseits eine nur verbale Deutung nicht genügend direkt ist. Auch hier wird wieder sichtbar, welche Kunst es bedeutet, die jeweils richtige Nähe und Distanz zu finden.

Natürlich kommt es auch hier zu suggestiven Eingriffen, zum Beispiel: «Was sie (die Stimmen) sagen, ist wahr, aber es sind schwache Stimmen. Höre die meine, wie sie viel stärker ist! Mama befiehlt, denn nur sie hat das Recht dazu ...» (Seite 45).

Ein ernsthafter Einwand gegen diesen auch heute noch repräsentativsten, da am besten geschilderten Fall der Schizophrenie-Psychotherapie, wurde von *K. Conrad* («Die beginnende Schizophrenie») erhoben, nämlich der, es handle sich bei *Renées* Krankheit gar nicht um eine Schizophrenie, sondern

um eine schwere, maligne Hysterie. Ich muß gestehen, daß mich seine Argumente nicht völlig überzeugten, obgleich sie die Ansicht, es handle sich um eine Schizophrenie, schwer erschütterten. Eine weitere diagnostische Klärung scheint mir dringend erforderlich. Die große Leistung Mme *Sechehayes* würde auch in dem Fall, daß *Conrad* recht bekäme, nicht geschmälert, wohl aber die theoretische Bedeutung dieses Versuchs.

Eine weitere Sonderform ist das Psychodrama (*J.L. Moreno, S. Lebovici* und andere): Die Erlebnisse, die Ängste und Wünsche des Kranken werden gespielt. Meist werden sie durch andere Therapeuten, die als Hilfs-Ich (auxiliary egos) unter der Regie des Haupttherapeuten agieren, zusammen mit dem Kranken selbst dargestellt. Aus dem Rollenspiel wird lebendige Wirklichkeit und Gegenwart, in der sich der Patient wandelt.

Ein weit fragwürdigeres Beispiel gemeinsamer Regression ist die Psychosentherapie, wie sie von *C.A. Whitaker* und *Th.P. Malone* («The Roots of Psychotherapy», 1953) vorgeschlagen und beschrieben wurde; hier wird das reine, gemeinsame Agieren ohne jede Stellungnahme und Deutung als Therapie verstanden. Im Kernstadium der «kurzen Tiefentherapie», wie dies genannt wird, besteht eine gemeinsame Psychose von Therapeut und Patient, die durch gemeinsames Phantasieren erzwingen und eingeleitet werden kann. Das Erleben wird dann zu einer nicht-verbalen, geteilten Erfahrung der Phantasie. Jede Realität ist ausgeschaltet. Der Therapeut phantasiert mit dem Patienten und deutet, wenn überhaupt, höchstens seine eigenen Phantasien, Fehlleistungen und krankhaften Züge. Ohne Schonung muß er seine eigenen «Patienten-Vektoren» mit ins Spiel bringen und sie vom Patienten, der zum Therapeuten wird, behandeln lassen. Die Patienten werden geschaukelt, gefüttert, angegriffen, je nach «Notwendigkeit».

Zu Recht lehnen *A. Wolf* und *E. Schwartz* (*Am. Journal of Psychiatry*, 1957, Seite 670) dies Vorgehen als unwissenschaftlich, antipsychoanalytisch und antirational ab.

Überblicken wir, ehe wir zur letzten übergehen, diese drei Grundformen der Methodik, so müssen wir nochmals wiederholen, daß sie in praxi immer wieder kombiniert werden, wobei aber die Gewichte jeweils sehr verschieden verteilt sind. Können wir nicht annehmen, daß sie für verschieden stark regredierte Patienten und verschieden stark regressive Situationen bestimmt und entsprechend auszuwählen sind? Daß zum Beispiel der geordnete Paranoide am besten mit der vorwiegend analytischen Methode, der völlig dissoziierte und autistische Patient hingegen zunächst mit präverbalen, symbolischen Handlungen, wie Tanzen, Musizieren, Spielen, der angstgehetzte, an Liebe förmlich ausgehungerte Kranke vorwiegend mit suggestiver Bestätigungstherapie behandelt werden muß? Ist es nicht vielleicht überdies so, daß die meisten Kranken während der Therapie verschiedene Regressionsstufen durchmachen, die entsprechend diesen Grundformen möglichst flexibel behandelt werden müssen? Ich glaube, daß die Anregung *Bellaks*, spezifische Therapieformen für bestimmte Schizophrenieformen zu schaffen, und ebenso die Aufforderung *Szondis*, je nach den andern vorhandenen

Existenzformen Methode und Ziel der Therapie zu wählen, eine dringende Zukunftsaufgabe ist. Auch ist zu vermuten, daß die Therapieform nicht allein je nach dem einzelnen Patienten und der jeweiligen therapeutischen Situation variiert werden soll, sondern daß die Wahl auch sehr von der Persönlichkeit des Therapeuten abhängig sein wird – obwohl man sich, dies ist meine Meinung, vor dem therapeutischen Relativismus und Subjektivismus hüten muß, der meint, die verschiedenen Erfahrungen, Theorien und Methoden einfach mit der seelischen Verschiedenheit der einzelnen Forscher schon genügend erklärt zu haben.

4. Von der vierten Möglichkeit, der Therapie auf der objektlosen Stufe in der Ekstase, kann ich kaum Beispiele geben. Was wir vorhin von *Whitaker* und *Malone* hörten, führt gewiß schon recht nahe an diese Schicht reiner Partizipation heran.

Was ich als Erfahrungen im Psilocybin-Versuch schilderte, erscheint mir als das Modell für diese letzte Gruppe intensivster Regression. Wir haben auch von *Bálint* gehört, daß es Situationen in der Analyse gebe, in denen der Patient bis auf diese Stufe, die der Grundstörung, auf der alles nur «Atmosphäre», «freundliche Weite», konturlose Substanz ist und die Vermischung von Subjekten und Umwelt stattfindet, regrediert. Ich vermute auch, daß das, was *Jung* mit dem Erleben der «Archetypen» anstrebt, etwas Ähnliches bedeutet.

Hingegen frage ich mich, ob nicht die Beschwörungszeremonien der Vergangenheit in diese Gruppe zu zählen sind. Ein suggestives Vorgehen, die Austreibung des bösen Geistes, vermag sich unter Umständen, die ich gleich noch beschreiben werde, zu einer mystischen Einwirkung von gewaltigster Erschütterung, Faszination und Verwandlung zu steigern (ähnlich wie sich ja die gewöhnliche ärztliche Suggestion zur Hypnose, also zu einem Trancezustand vertiefen kann). Wenn wir uns zwischen den beiden Polen von Kritik und Glauben bewegen, finden wir uns bei diesen Phänomenen ganz beim einen Extrem, beim unbedingten, unkritischen Glauben, dem Sich-Hingeben und Sich-Auflösen in einer umfassenden Geborgenheit.

Ich schildere kurz die Austreibung des Dibbuk im östlichen Judentum. Man betrachtet den Geisteskranken als von einer herrenlosen, heimatlosen Seele besessen, die sich dem Opfer angeheftet hat (Dibbuk ist das Ankleben). Die Seele des Verstorbenen ist mit einem schweren religiösen Verbrechen (zum Beispiel Totenbeschwörung, Behexung, Austritt aus dem Judentum) belastet, das sie nicht zur Ruhe kommen läßt. Nun tritt der Gerichtshof, das Beth Din, zusammen, dessen Autorität so groß ist, daß es kraft des Gesetzes selbst Gott vorzuladen vermag. In einem verdunkelten Raum werden schwarze Kerzen angezündet; alle Anwesenden sind mit Totenkittel und Gebetsmantel angetan. Unter den Klängen des Schofars, des Widderhorns, wird der frem-

den Seele mit dem schweren Fluch gedroht, der sie aus dieser und aus jener Welt bannen soll. (Persönliche Angaben von *I. Werczberger* und *A. Zulicki*.)

In dieser mystischen Präsenz, der Aufhebung der üblichen zeitlichen, räumlichen und logischen Maßstäbe (bei Aufrechterhaltung gewisser magisch wirksamer Formen) begegnen wir Elementen wieder, die wir schon vorhin beschrieben haben.

Daß diese Austreibung des bösen Geistes bei Besessenen, wenigstens zeitweise, gewirkt hat, scheint mir wahrscheinlich; hingegen handelte es sich dabei wohl meist um Hysterikerinnen, nicht um Schizophrene.

V. Beispiele und Schlußgedanken

Da die befriedigende Schilderung eines Falles zur Zusammenfassung der gewonnenen Elemente zuviel Raum einnähme, möchte ich aus meinen Erfahrungen einige besonders eindruckliche Einzelheiten herausgreifen.

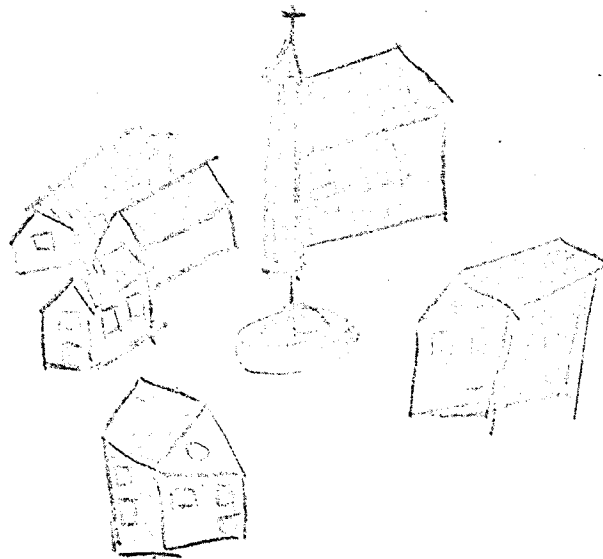


Abb. 1

1. Ein 31-jähriger, seit 5 Jahren unter einem chronischen Paranoid leidender Student bringt eines seiner ersten Bilder (Abb. 1). Er sagt dazu: «Ein Haus hat keine Fenster. Das bin ich zwischen den Eltern. Das ist, weil ich so verschlossen, so in mich zurückgedrängt bin. Ich mußte mich flüchten in die Halluzinationen. Ich hatte kein anderes Rückzugsgebiet; dann kamen die Halluzinationen.» (Ich: Die Halluzinationen waren also ein Schutz?) «Nein, das nicht. Ich zog mich also zurück, so daß ich nichts anderes mehr machen konnte, als Halluzinationen zu bekommen. Es war eher die

Angst vor der Außenwelt. Ich war so schweigsam.» (Und zwar sind Sie zwischen ihren Eltern so ohne Fenster.) «Der Kirchturm ist ein Sarg. Vor dem Tod meines Vaters habe ich so Angst. Das wird mir einen wahnsinnigen Schock versetzen. Ich möchte auch sterben, ich habe Sehnsucht nach Erlösung. Ich gab mich viel mit dem Tod ab; er hat mich gedeckt, hat sich in mich eingeschlichen, ebenso der Erzengel Michael. Ich schwang das Schwert, und dann fühlte ich mich durch den Erzengel gedeckt... Die Verbindung hier zwischen Brunnen und Kirchturm ist merkwürdig.» (Was ist der Brunnen?) «Das ist vielleicht durch Zufall so.» (Vielleicht ist es das sprudelnde Leben. Sie stehen zwischen Vater und Mutter, vor dem großen Gegensatz von Leben und Tod.) «Das sprudelnde Leben, das wollte ich vorhin auch sagen.» (Der Brunnen, «das lebendige Wasser», steht im Zentrum und sticht durch die Farbe heraus.) «... Ich möchte das Bild zerreißen, ich bin dumm, faul und gefräßig... Ich werde von den Eltern gehindert, Kontakt mit der Außenwelt zu nehmen. Sie stehen mir davor. Ich muß noch immer wie ein kleines Kind gehorchen. Die Mutter ist furchtbar herrschsüchtig. Ich sage zu allem Ja und Amen. Ich möchte Ruhe, Ruhe, Ruhe haben. Ich möchte das kleine Kind sein, das man hegen und pflegen kann... Ich durchlebe jetzt meine glücklichsten Kinderjahre.»

Was können wir hier deuten? Wie man sieht, beschränken sich die Deutungen des Patienten und von mir selbst ganz auf die interpersonellen Beziehungen, zum Beispiel auf deren Ambivalenz. Für Übertragungsdeutungen, die in diesem Zusammenhang möglich wären, war es noch zu früh. Das Körperbild: die Abspaltung des Animalischen und Vegetativen (der aggressiven Muskulatur und des Penis wie der empfangenden Bereiche) vom eigenen fensterlosen, toten Körper ist hier ebensowenig deutungsreif wie die intrapsychischen Vorgänge: die Aggression, das Männlich-Tödliche, das lebenssprudelnde Weibliche, der Autismus und die Negation.

2. Ein Beispiel nun für die Deutung der intrapsychischen Vorgänge, nämlich der Diffusion und damit der Verschiebung (Intro- und Projektion). Im Erlebnis der Halluzination spielt das Begriffspaar «Decken» und «Abdecken» die Hauptrolle: Er fühlt sich von großen Männern, vom Vater, vom Regierungsrat, von Chruschtschow «gedeckt», so daß er wie ein «Zwiebelmensch» deren Persönlichkeit in sich trägt (siehe Abb. 2).

Durch ein Loch im Bauch oder durch die Augen saugt er diese mächtigen Gestalten in sich ein. Das «Decken» ist also eine Konkretisierung des Erlebnisses der Introjektion. Im Bild: «Ich habe ihre Stärke aufgesogen und habe keine Halluzinationen mehr. Es ist so, wie der Rabbi (gemeint ist der Prophet Elia) sich auf das tote Mädchen legte, es deckte und wieder belebte. So sauge ich die kräftigen, starken Menschen auf.»

Dem gegenüber können eine Reihe übler Mächte: die Freimaurer, die Juden (er selbst und damit auch seine Eltern sind Juden), die Polizei ihn «abdecken»; sie sind «hellhörig» auf ihn, verurteilen ihn zu Tode, verdächtigen ihn des Mordes an einer Frau. Dies ist die Objektivierung, die Projektion der eigenen Selbstvorwürfe und der aggressiven Regungen.

Hier hat die intrapsychische Deutung den Sinn, die Bewegung nach innen, nämlich der starken, mächtigen, guten Kräfte, und die Bewegung nach außen, der bösen, vernichtenden, verurteilenden Mächte, aufzuzeigen. Wir müssen den Patienten wieder erziehen, um zu sehen: was ist innen und was ist

außen, ihm darstellen, wie er das Böse nach außen, das Gute nach innen verlegt, wie er also ständig die Grenzen zwischen Ich und Welt überschreitet. Von hier aus geht der Weg weiter: «Warum müssen Sie die Grenzen zwischen Innen und Außen verletzen? Aus Angst, schwach und schlecht zu sein.»

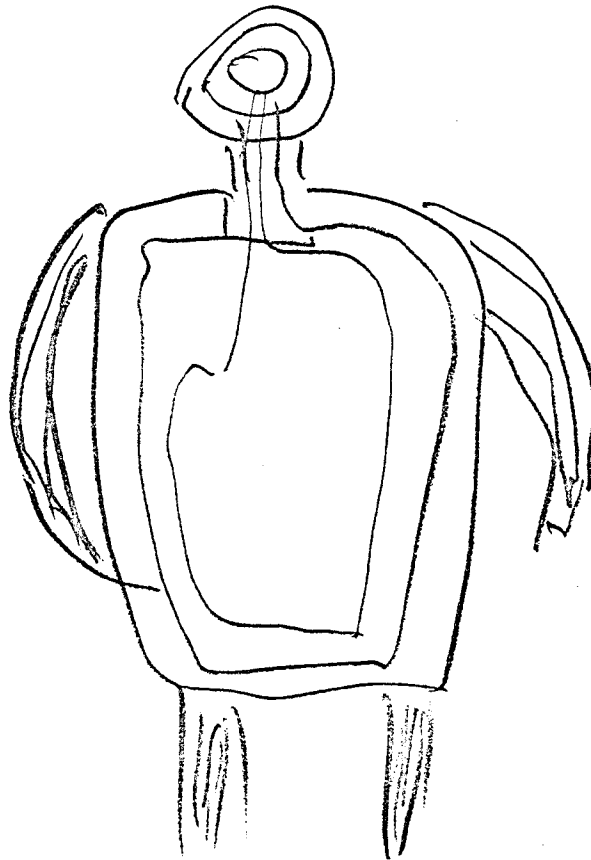


Abb. 2

Und hier kommt das Agieren und Gegenagieren, eben die reale Stärkung, Stützung und Bestätigung des Patienten (das, was gewisse Schulen als einzige Therapie vorschlagen) und zugleich die Erziehung dazu, wieder die Grenzen zu achten. Hier gab sich die Gelegenheit für eine psychodramatische Intervention: Der Kranke wurde veranlaßt, sich im Spiel mit dem Staatsanwalt, von dem er sich verfolgt fühlte, zu identifizieren und eine «Anklageschrift» gegen seine eigene Person zu verfassen. Dies hatte den Sinn, eine Reintegration der projizierten Inhalte zu erleichtern – innerhalb der tragenden

therapeutischen Beziehung. (Bei diesem Spiel, das wir der Methode der gemeinsamen Regression zuordnen, kam es in der Tat zu einer Verminderung der Verfolgungsideen.)

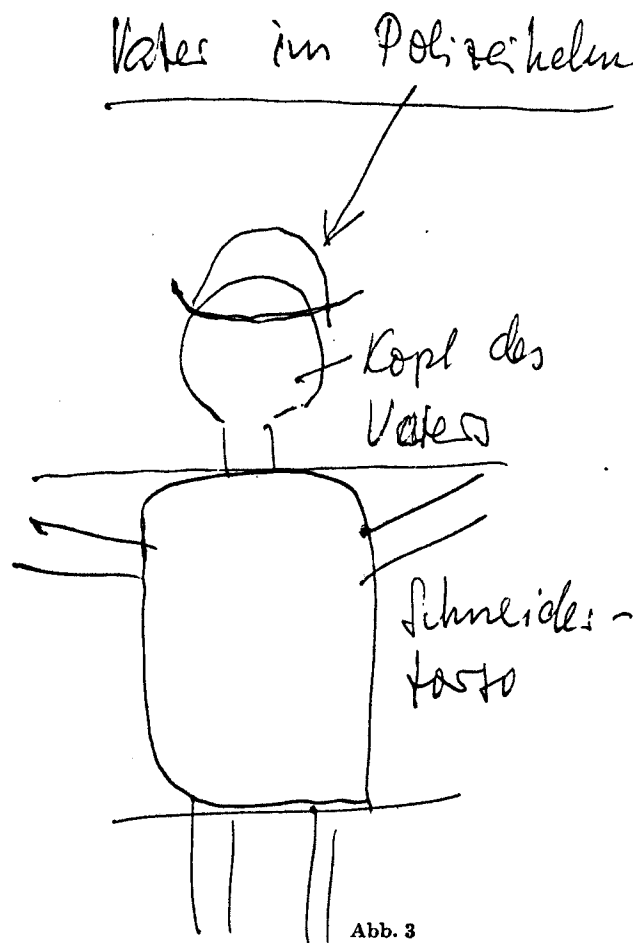
3. Die Deutung des Körperbildes: Der erwähnte Patient erlebt ein «Loch» im Bauch, in dem er die Stimmen, besonders aber die Motoren-geräusche hört. Es ist «wie ein Torsionsstab» in seinem Bauch, der sich dröhnend dreht. Durch die «Deckung», also die Introjektion mächtiger Instanzen (des Todes zum Beispiel), kann er das Loch zudecken. Natürlich ist es das Loch der Liebe, ist es die ganz archaische Beziehungsform, wie sie sich auf der Ebene der unbelebten Motoren (vgl. *M. Mahler*) abspielt. Aber dies genügt nicht. Weiter führt folgendes: Er ist damit die Frau mit dem aufgerissenen Bauch, die den Angriff des Mannes fürchtet und ersehnt – also der von *Freud* ins Zentrum gerückte Wunsch nach dem homosexuellen Angriff, der verdrängt und mit negativem Vorzeichen projiziert wird. Die Verfolger dringen in ihn ein. Er spürt dies als Summen durch den ganzen Körper, als eine Form von Wollust, die er Angstlust nennt. In einer noch tieferen Schicht sind es die vernichtenden Waffen außerhalb und innerhalb des Körpers: die Stuhlstange, von der er von sich aus sagt, er erschieße mit ihr die Mutter oder Chruschtschow (also wieder die Übermächte). Die tiefste Ebene in diesem Körpererlebnis scheint mir aber die der Verschiebung, der Diffusion, nämlich im Körpererleben, der Zone der Unbestimmtheit zu sein: hier, im Loch, fließen Innen und Außen grenzenlos ineinander über, verschmelzen sich ohne Konturen.

4. Eine umfassende Deutung: Zu Beginn der Erkrankung träumte ihm, er sehe den Kopf des Vaters auf einem Schneidertorso mit Polizeihelm; diese Gestalt drehe sich nach ihm (Abb. 3). Hier haben wir die Möglichkeit, alle drei bisher betrachteten Deutungsmöglichkeiten anzuwenden.

Ich deutete: «Der Polizeihelm ist Ihr böses, schlechtes, grausames Gewissen, der Kopf Ihre arme schwache Person, passiv wie der Vater, der Torso Ihre sinnliche, triebhafte Seite, die essen will, aber leblos, abgeschnitten ist. Alles ist mechanisch, entseelt, starr. Die Gestalt ist in drei ganz disparate Stücke zerfallen, die nicht mehr zusammengehören: Aus Ihrem Gewissen werden die Verfolger, die Polizisten, die Staatsanwaltschaft. Aus dem schwachen Ich, aus Ihrer Persönlichkeit, die, wie der Vater, ohnmächtig der bösen Mutter gegenüber steht – ‚Ermorde ihn doch‘ (so sagte die Mutter dem Sohn im Streit, er solle den Vater ermorden) –, wird Ihre Ohnmacht vor der Magie der Parapsychologie, der Freimaurer, der Juden – letztlich der Eltern. Und aus Ihrem Körper, dem Essenwollen, der Sexualität, der gesunden Aggression, des Kontakts, wird ein lebloses, abgespaltenes, autonomes Ding, eine Kloake, in die alles hinein- und aus der alles herauskommt.» Darauf antwortete er: «Ich war vor Schreck gelähmt, starr, bei den vielen Schocks und Enttäuschungen. Ich meinte, ich sei ein lebendiger Leichnam ... ich hörte die Toilette rauschen in meinem Bauch ... die Mutter war eine böse Frau.»

Hier haben wir Körperbild, interpersonelle und intrapsychische Thematik ineinander gedeutet. Parallel dazu sind die formalen Störungen deutbar:

die Konkretisierung («das Decken» für die Introjektion, «das Abdecken» für die Projektion), das Verschmelzen der Objekte miteinander (Freimaurer = Detektiv = Vater), die Magie (die eigene und fremde Willensbeherrschung der Naturvorgänge).



*

Ich habe das Gefühl: In der Schizophrenie-Psychotherapie liegt das Gold auf der Straße. Je mehr Bezugspunkte, desto mehr Zusammenhänge, damit desto mehr Ordnung in unsere Erfahrungen und um so mehr Verständnis für und zusammen mit dem Kranken.

So zeigte mir dieser Tage eine Kollegin (*Miriam Linder*) einen völlig andern Bezugspunkt auf, nämlich den Rahmen der Zeit, der historischen Kontinuität. Was *Freud* beim Einzelnen unternommen: die Einordnung von Erlebnissen in den geschichtlichen Zusammenhang eines Lebens, können wir hier im kollektiven Rahmen, auf der Ebene der geschichtlichen Zeit, als weiteres Schema benützen.

So klagte ein Patient (von *M. Linder*): er sei ohne Schalen; deshalb gehe alles, was übel sei, so tief in ihn ein und bleibe dann in ihm. Deshalb seien auch alle Übel der Zeit so in ihn eingedrungen. Einer seiner schrecklichsten Gedanken sei immer gewesen, er sei der «Ewige Deutsche», analog dem «Ewigen Juden», müsse unsterblich durch die Zeiten wandern als Schreck und Greuel und schleppe das ganze Dritte Reich mit sich. Deshalb habe er vor Deutschland Angst. Auf die Melodie «O Haupt voll Blut und Wunden» schrieb er ein Gedicht «O Land der bleichen Knochen». Er gehöre dorthin und doch wieder nicht, fürchte sich davor und sei ohne Boden. – Wie er nun das Büchlein von Gudrun Tempel: «Deutschland, aber wo liegt es?» liest, empfindet er plötzlich eine ungeheure Befreiung und Erleichterung: «Andern ging und geht es ebenso wie mir.» Er kann sich plötzlich mit einem Ganzen identifizieren und einen Sinnzusammenhang sehen.

Ich glaube, daß zum Beispiel auch *Jung*, auf der Ebene der Bilder, etwas Ähnliches suchte: den umfassenden Sinnzusammenhang, die Geborgenheit und Heimat. Und was ist die therapeutische Beziehung anderes? Nur hier kann es zur Reduktion der Angst vor den Übermächten: dem Bösen, dem Guten, der Ohnmacht und der Allmacht, der Schuld, der Verworfenheit und der Begnadung kommen. Die Gemeinschaft ermöglicht erst die Erziehung zum Menschlichen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit versucht, einen Überblick über die wichtigsten Modelle zu geben, die die dynamischen und formalen Merkmale der Schizophrenie ordnen. Den aufgestellten Modellen, die bestimmten Gruppen von Phänomenen mehr oder weniger gerecht werden, entsprechen zum Teil weit differierende Methoden der Schizophrenie-Psychotherapie; es ist möglich, auch hierin bestimmte Grundformen zu sondern.

Nach einer kurzen Darlegung der Rolle der Heredität und der Somatotherapie werden folgende Gruppen von theoretischen Konzeptionen unterschieden:

A. die psychodynamischen Theorien: 1. die intrapsychische Dynamik (*Freud, Jung, Szondi, Hartmann, Bálint, Federn, Bychowski, Conrad, Janzarik*); 2. die psychischen Beziehungen zum Körper: das Körperbild (*Schilder, Ferenczi, M. Klein, G. Pankow*); 3. die interpersonellen Vorgänge (*Sullivan, Hill, Fr. Fromm-Reichmann, Lidz, Arieti, Bateson, Mahler, L. Binswanger, Benedetti, Bräutigam*).

B. die formalen Störungen in der Schizophrenie (*E. Bleuler, S. Freud, von Domarus, Arieti*); entsprechend *Arietis* Einteilung, die sich vor allem auf die Theorien von *Domarus* und *E. Cassirers* stützt, werden kurz 1. die Konkretisierung des Begriffs; 2. das paläologische Denken; 3. die Desymbolisierung und Desozialisierung und 4. die teleologische Kausalität beschrieben.

Ein kurzer Zwischenabschnitt ist der Einfühlung in das psychotische Erleben gewidmet. Als Beispiele werden die panische Angst, das schöpferische Erleben und der medikamentöse Rausch (Selbstversuch mit Psilocybin) geschildert.

Der folgende, vierte Hauptabschnitt gruppiert verschiedene Techniken der Schizophrenie-Psychotherapie. Es werden prinzipiell vier mögliche Grundformen der Methode unterschieden, je nach Form und Art der therapeutischen Partizipation (im Hinblick auf den Anteil der bewußten Stellungnahme im therapeutischen Prozeß): 1. die analytischen Methoden (*Arieti, Bellak, Fromm-Reichmann, Searles, Glover, Federn, Pankow, Szondi*); 2. die vorwiegend suggestiven Methoden (*Benedetti*); 3. die Methoden der gemeinsamen Regression (*Rosen, Sechehaye, Whitaker, Malone*); und 4. die (hypothetische) Methodenform der therapeutischen Ekstase.

In einem abschließenden Kapitel werden einige Beispiele erwähnt; es wird angedeutet, welche Bedeutung eine nicht einfach eklektische, sondern synthetische Kombination der verschiedenen Modelle und Gesichtspunkte und damit der möglichen Methoden für eine flexible, umfassende Schizophrenietherapie besitzt, wenn sie sich der Persönlichkeit des Patienten und des Therapeuten, aber auch der einzelnen Phase der Therapie anpassen soll.

Résumé

Dans ce travail on tente de donner un aperçu sur les modèles les plus importants qui ordonnent les caractéristiques dynamiques et formelles de la schizophrénie. Des méthodes de psychothérapie de la schizophrénie, partiellement très diverses, correspondent aux modèles établis qui suffisent plus ou moins à certains groupes de phénomènes; il est possible, là encore, de classer certaines formes fondamentales.

Après une présentation brève du rôle de l'hérédité et de la thérapeutique somatique, les groupes de conceptions théoriques ci-après sont analysés:

A. les théories psycho-dynamiques: (*Freud, Jung, Szondi, Hartmann, Bálint, Federn, Bychowski, Conrad, Janzarik*), 2. les rapports psychiques avec le corps: Körperbild (*Schilder, Ferenczi, M. Klein, G. Pankow*), 3. les rapports interindividuels (*Sullivan, Hill, Fr. Fromm-Reichmann, Lidz, Arieti, Bateson, Mahler, L. Binswanger, Benedetti, Bräutigam*);

B. les troubles de la forme dans la schizophrénie (*Bleuler, Freud, von Domarus, Arieti*), selon la classification d'*Arieti* qui s'appuie aussi sur les théories de *von Domarus* et *E. Cassirer*, sont brièvement décrits 1. la concrétisation de la notion, de l'idée, 2. le mode de penser paléologique, 3. la désymbolisation et désocialisation et 4. la causalité téléologique.

Un court chapitre intermédiaire est réservé à la compréhension de l'aventure psychotique. Comme exemple, on trouvera la peur panique, la sensation créatrice, l'ivresse médicamenteuse (auto-observation avec la psilocybine).

Le quatrième chapitre (principal) groupe différentes techniques de psychothérapie de la schizophrénie. On y distingue essentiellement quatre formes fondamentales de méthodes possibles, selon la forme et le genre de participation thérapeutique (en fonction de la part de prise de position consciente dans le processus thérapeutique): 1. la méthode analytique (*Arieti, Bellak, Fromm-Reichmann, Searles, Glover, Federn, Pankow, Szondi*), 2. les méthodes essentiellement suggestives (*Benedetti*), 3. les méthodes de la régression commune (*Rosen, Sechehaye, Whitaker, Malone*) et 4. la forme de méthode (hypothétique) de l'extase thérapeutique.

Dans un chapitre final, quelques exemples sont cités; on y indique quelle importance il faut attribuer à une méthode qui ne soit simplement une combinaison éclectique, mais qui soit au contraire une synthèse des divers modèles et opinions ainsi que des méthodes possibles pour un traitement flexible et complet de la schizophrénie, si elle doit s'adapter non seulement à la personnalité du patient et du médecin traitant, mais aussi aux diverses phases du traitement.

Summary

Generally, our intent has been to comprehensively survey the most important dynamic and formal models of the schizophrenic process, as well as the methods of psychotherapy of psychotics. We have differentiated the theoretical constructs of the schizophrenic process and of the psychotherapies of schizophrenia into general broad categories. After a short explication of the part played by the hereditary factors and of somatotherapy in the discussion of schizophrenia, we make the following groupings of theoretical concepts:

A. The Psycho-Dynamic Theories: 1. Pertaining to theories of intra-psychic dynamics (*Freud, Jung, Szondi, Hartmann, Bálint, Federn, Bychowski, Conrad, Janzarik*). 2. Pertaining to theories regarding the body-image (*Schilder, Ferenczi, M. Klein, G. Pankow*). 3. Theories of interpersonal processes (*Sullivan, L. B. Hill, Fromm-Reichmann, Lidz, Arieti, Bateson, Mahler, L. Binswanger, Benedetti, Bräutigam*).

B. The Formal Disturbances in Schizophrenia: the theories of *Bleuler, Freud, v. Domarus, Arieti* were discussed. *Arieti's* framework which is influenced mainly by the formulations of *v. Domarus* and *E. Cassirer*, is used.

We briefly describe: 1. Concretization. 2. Paleological thinking. 3. Desymbolization and Desocialization. 4. Teleological Causality.

Discussed also is the therapist's comprehension of the psychotic experiences. Panic, the creative experience, and an experiment using psilocybin, an hallucinogen, are used as examples.

In the fourth chapter we attempt to categorize different types of the psychotherapy of schizophrenics. Four general methods are differentiated. The groupings are made on the basis of the role which the conscious insight plays within the therapeutic process: 1. The analytic method (*Arieti, Bellak, Fromm-Reichmann, Searles, Glover, Federn, Pankow, Szondi*). 2. The mainly suggestive methods (*Benedetti*). 3. The method of common regression (*Rosen, Sechehaye, Whitaker, Malone*). 4. The hypothetical method of therapeutic "ecstasy".

In the final chapter some examples are described in an attempt at synthesis of the different views regarding the organization of schizophrenic process. It is proposed to elaborate a psychotherapy for treatment of psychotics appropriate to the personality of patient and therapist and flexible as to the phases within the individual treatment.

Literatur

- Arieti S.: Schizophrenia. Im American Handbook of Psychiatry (S. Arieti et al.) 1959. – Arieti S.: Psychotherapy of Schizophrenia. Archives of General Psychiatry VI (1962). – Bálint M.: The regressed patient and his analyst. Psychiatry 23, 231–243 (1960). – Bálint M.: Angstlust und Regression. Stuttgart 1960. – Bateson G. et al.: Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science, Bd. 1, Nr. 4 (1956). – Bateson G.: Schizophrenic Distortions of Communication in: Whitaker C. A.: Psychotherapy of Chronic Schizophrenic Patients. Boston 1958. – Bellak L.: Toward a Unified Concept of Schizophrenia. Journ. Nerv. Ment. Dis. 121, 60 (1955). – Bellak L.: The Treatment of Schizophrenia and Psychoanalytic Theory. J. Nerv. Ment. Dis. 131, 39 (1960). – Benedetti G.: Psychotherapie einer Schizophrenen. Psyche 8, 1 (1954). – Benedetti G.: Psychotherapie eines Schizophrenen. Psyche 9, 23 (1955). – Benedetti G.: Entwicklung der Psychotherapie Schizophrener. Zeitschr. f. Psychotherapie, März 1962. – Berg M., B. B. Cohen: Early Separation from the Mother in Schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 128, 365 (1959). – Binswanger L.: Schizophrenie. Pfullingen 1957. – Bleuler E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen, im Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg 1911. – Bleuler M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1949. – Bleuler M., G. Benedetti, H. Kind, F. Mielke: Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941. Darmstadt 1960. – Bleuler M.: Schizophrenieartige Psychosen und Ätiologie der Schizophrenie. Schw. Med. Wschr. 92, 87 ff. – Bleuler M., M. Müller, G. Schneider: Probleme der Schizophrenie im Versicherungsrecht. Schw. Arch. Neur. Psych. 89, 359 (1962). – Bonnard A.: Über pathologische Funktionsweisen aus der Vorstufe des Körperlebens. Psyche 15, 292 (1961). – Bräutigam W.: Psychotherapie in anthropologischer Sicht. Stuttgart 1961. – Buber M.: Dialogisches Leben. Zürich 1947. – Bychowski G.: Der Kampf mit den Introjekten. Psyche 13, 524 (1959). – Cassirer E.: Philosophie der symbolischen Formen, 3 Bände. Darmstadt 1956–1958. – Conrad K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart 1958. – von Domarus Eilhard: Das Denken und seine krankhaften Störungen (1929). – Erikson E. H.: Kindheit und Gesellschaft. Zürich 1957. – Federn P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Bern 1956. – Freud S.: Gesammelte Werke. London 1948. – Fromm-Reichmann Fr.: Intensive Psychotherapie, Grundzüge und Technik, Stuttgart 1959. – Glover E.: The Technique of Psychoanalysis. London 1955. – Hartmann H.: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart 1960. – Hartmann H.: The Mutual Influences in the Development of Ego and Id. The Psychoanalytic Study of the Child 7, 9 (1952). – Hartmann H.: Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia. The Psychoanalytic Study of the Child 8, 177 (1953). – Hill L. B.: Der psychotherapeutische Eingriff in die Schizophrenie. Stuttgart 1958. – Holt R. R.: Beyond Vitalism and Mechanism: Contribution to a Discussion of "Psychic Energy" (nicht publ.). – Horwitz W. A. et al.: A Study of Cases of Schizophrenia Treated by "Direct Analysis". American Journ. of Psychiatry 114, 780 (1958). – Janzarik K. W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Berlin 1959. – Jung C. G.: Zur Frage der psychologischen Typen. Bd. 6 der Ges. Werke. Zürich 1913. – Jung C. G.: Die Psychologie der Übertragung. Bd. 16 der Ges. Werke (1946). – Jung C. G.: Wandlungen und Symbole der Libido. Zürich 1912. – Kallman F.: The Genetic Theory of Schizophrenia. An Analysis of 691 Schizophrenic Twin Index Families. Am. J. Psych. 103, 309 (1946). – Kallmann F.: The Genetics of Mental Illness, im American Handbook of Psych. 191 (1959). – Kanner L.: Autistic Disturbances of Affective Contact. Nerv. Child 2, 217 (1943). – Kantor R. E., C. L. Winder: The Process-Reactive Continuum. A Theoretical Proposal. J. Nerv. Ment. Dis. 129, 429 (1959). – Kasanin J. S. et al.: Language and Thought in Schizophrenia. Berkeley 1944. – Klein M.: Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich-Entwicklung. Psyche 14, 242. – Klein M.: Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. Psyche 14, 256. – Klein M.: Über das Seelenleben des Kleinkindes, einige theoretische Betrachtungen. Psyche 14, 284. – Klein M.: Die Psychoanalyse des Kindes. Wien 1932. – Kraemer R.: Psychotherapie bei Psychosen. Handbuch der Neurosenlehre (V. Frankl et al.) 4, 367 (1959). – Kubie L. S.: The Phantasy of Dirt. The Psychoanalytic Quarterly 6, 388 ff. (1937). – Kubie L. S.: The Fallacious Use of Quantitative Concepts in Dynamic Psychology. The Psychoanalytic Quarterly. XVI, 4, 507 ff. (1947). – Kubie L. S.: The Distortion of the Symbolic Process in Neurosis and Psychosis. J. Am. Psychoanalytic Ass. I, 1, 59 (1953). – Kubie L. S.: Psychoanalysis and Scientific Method. Journ. Nerv. Ment. Dis. 131, 495 (1960). – Kubie L. S.: Rezension von A. E. Scheflen: A Psychotherapy of Schizophrenia "Direct Analysis". J. Nerv. Ment. Dis. 133, 362 (1961). – Kubie L. S.: Psychoanalyse ohne Geheimnis. Hamburg 1956. – Lidz T. et al.: The intra familial environment of schizophrenic patients. Am. Journ. of Psych. 114, 241 (1957). – Löwith K.: Vorlesung Weltgeschichte und Welt. 1961/62. – Mahler M. S. et al.: Severe Emotional Disturbances in Childhood Psychosis, in American Handbook of Psych. 816. – Mahler M. S.: Entdifferenzierung der Wahrnehmung

und psychotische Objektbeziehung. *Psyche* 15, 298 (1961). – *Matussek P.*: Psychotherapie bei Schizophrenen. *Handbuch der Neurosenlehre* 4, 385 (1959). – *Matussek P.*: Der schizophrene Autismus in der Sicht eines Kranken. *Psyche* 13, 641 (1959). – *Moreno J. L.*: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart 1959. – *Müller Chr.*: Über die Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen. *Psyche* 9, 350 (1955). – *Pankow G.*: Die dynamische Strukturierung in der Psychose. Bern 1957. – *Rapaport D.*: Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart 1961. – *Risikin A. H.* et al.: Schizophrenia in Psychoanalytic Office Practice. New York 1957. – *Rosen J. N.*: Direct Analysis. New York 1953. – *Rosenthal D.*: Some Factors Associated with Concordance and Discordance with Respect to Schizophrenia in Monozygotic Twins. *J. Nerv. Ment. Dis.* 129, 1 (1959). – *Schilder P.*: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Wien 1925. – *Scholem G.*: Die jüdische Mystik in ihren Hauptströmungen. Zürich 1957. – *Schultz-Hencke H.*: Das Problem der Schizophrenie. Stuttgart 1952. – *Schulz C. G.*: Identität und Genesungsprozeß im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung. *Psyche* 15, 532 (1961). – *Searles H. F.*: Positive Gefühle in der Beziehung zwischen dem Schizophrenen und seiner Mutter. *Psyche* 14, 165 (1960). – *Sechehaye M. A.*: Die symbolische Wunscherfüllung. Bern 1955. – *Siirala M.*: Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit. Göttingen 1961. – *Slater E.*: Genetical Causes of Schizophrenia Symptoms. *M Schr. Psych. Neurol.* 113, 50 (1947). – *Storch A.*: The Primitive Archaic Forms of Inner Experiences and Thought in Schizophrenia. New York 1924. – *Sullivan H. St.*: The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York 1953. – *Szász Th. S.*: The Myth of Mental Illness. New York 1961. – *Szász Th. S.*: The Problem of Psychiatric Nosology. *Am. Journ. of Psych.* 114, 405 (1957). – *Szondi L.*: Triebpathologie. Bd. I. Bern 1952. – *Szondi L.*: Triebpathologie. Bd. II: «Ich-Analyse». Bern 1956. – *Szondi L.*: Heilwege der Tiefenpsychologie. Bern 1956. – *Szondi L.*: Schicksalstherapie (in Vorbereitung). – *Weiß E.*: The Structure and Dynamics of the Human Mind. New York 1960. – *Whitaker C. A., Th. P. Malone*: The Roots of Psychotherapy (1953). – *Wolf A., E. Schwartz*: Reason and Unreason in Psychotherapy. *Am. Journ. of Psychiatry* 116, 670 (1958). – *Wurmser L.*: Über die Entfremdung, in Beiheft der Schweiz. Zeitschr. f. Psychologie und ihre Anwendungen 96. Bern 1962. – *Wurmser L.*: Vorläufiger Bericht über die Psychoanalyse eines Falles von Entfremdungspsychose (1960) (Vortrag nicht publ.). – *Wurmser L.*: Deutung, Parameter, Modifikation in Psychoanalyse und Schicksalsanalyse (1962) (do.). – *Wurmser L.*: Ein schizophrener Muttermörder «Kriminalistik» (1958). – *Wurmser L.*: Die Bedeutung *L. Szondis* für die Psychiatrie. Festschrift *L. Szondi*, Szondiana V, 314ff. (1963). – *Wurmser L.*: An Anonymous Syndrome (nicht publ.) 1963.

Adresse des Autors:

Dr. L. Wurmser, 4 Edgeclift Road, Towson, Baltimore 4, Md., USA