

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 11 (1955)

Heft: 1-2

Artikel: Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie Schizophrener

Autor: Benedetti, G.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-307213>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich – Direktor: Prof. M. Bleuler

Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie Schizophrener¹

Von G. Benedetti

Es gibt eine traditionelle Richtung der klinischen Psychiatrie, welche in erster Linie auf die formelle psychopathologische Beschreibung, Abgrenzung und diagnostische Einordnung der psychischen Krankheitsphänomene hinzielt. Sie hat auf klinischem Gebiete Großes geleistet – unter anderem die schizophrene Symptomatologie in ihren verschiedenen Aspekten erschöpfend geschildert. Diese psychiatrische Denkweise versuchte das Wesen des schizophrenen Krankheitsgeschehens als Manifestation eines einheitlichen Krankheitsprozesses zu erfassen. Gewisse Symptome wären die spezifischen Zeichen des schizophrenen Prozesses. In der klinisch notwendigen Gegenüberstellung von Geisteskrankem und Geistesgesundem erscheint das schizophrene Denken bekanntlich zerfahren, bizarr, verschroben, qualitativ grundsätzlich verschieden vom normalen Denken; die Affektivität ist steif, unmoduliert, inadäquat, leer, läppisch, die Persönlichkeit zerrissen, zwiespältig, depersonalisiert. Diese Anschauungsweise führt zu einer klaren, ausgezeichneten Objektivierung von Krankheitsbildern, gleichzeitig trägt sie aber gewissermaßen zu der Isolierung des Schizophrenen bei. Das mitmenschliche Anliegen, welches sich in der Krankheit meldet, wird als psychopathologisches Symptom etikettiert und kann dann als unmittelbar ansprechende Not nicht mehr ganz erfahren werden. Spricht z. B. ein Schizophrener jeden Anwesenden als «Vater» an, so wird das leicht als eine «Einengung des Sprachvermögens, des Wortschatzes» diagnostiziert; bleibt man befriedigt bei dieser Feststellung, so ist damit eine Wand errichtet zwischen dem Anspruch des Kranken und dem Gehör des Arztes.² Nicht nur die Ausdruckswelt des Patienten, sondern

¹ Auf das verbindlichste verdankt sei der durch Herrn Prof. *Bleuler* vermittelte finanzielle Beitrag der Rockefeller-Stiftung, der diese Forschung ermöglichte.

² Gegen den Mißbrauch solcher Etikettierungen lehnt sich *Klaesi* auf, wenn er z. B. von einem Hebephrenen, der die stereotype Gewohnheit hatte, allen Leuten, die auf die Abteilung kamen, «Geld» (Papierfetzen) auszuteilen, schreibt: «Sicher blöd genug – und es stand denn in den Krankenblättern die seit Jahr und Tag stereotype Wendung: „Teilt Geld aus, teilt immer gleich hebephren Geld aus.“ Und doch war es nicht hebephren,

auch unsere Möglichkeit, ihn anzuhören, ist dann eingengt. Dem Arzt aber, der sich durch einen Anruf des Kranken, selbst wenn er vorerst sinnlos schiene, aufgefordert fühlt, sich an den Ort zu begeben, der in der Welt des Kranken noch eine Bedeutung, einen Realitätswert hat (der z. B. auf den Anruf mit einer väterlichen Gebärde antwortet), kann sich ein Gesicht des Leidens offenbaren, das dem neutralen, «objektiven» Beobachter verschlossen bleibt. Der Kranke beginnt z. B. zu weinen, oder er schreit, er fürchtet sich vor dem ihm leibhaft erscheinenden Vater; der Blick auf ferne Kindheitstage eröffnet sich, Kindheit wird wieder erlebt, manchmal halluzinatorisch als unmittelbare Gegenwart, die jedoch eine andere, durch die Person des Arztes bedingte Weise des Begegnens einschließt. Die Krankheit hört also in dieser Betrachtungsweise auf, Phänomen an sich zu sein; man wird an das Wort *Sullivans* erinnert, daß an der Entstehung geistiger Störungen nicht eine Einzelpsyche, sondern mehrere Personen beteiligt sind, daß psychisches Leiden eine «interpersonale», zwischenmenschliche Erscheinung ist.

Es gibt also neben der deskriptiven auch eine psychologisch gerichtete Tradition der klinischen Psychiatrie. Diese nahm ihre Anfänge vor bald 50 Jahren gerade auf dem Schizophreniegebiet mit dem Werk *E. Bleulers* und *C. G. Jungs* in unserer Klinik; sie beginnt mit der Einsicht, daß erscheinungsbildlich schizophren anmutendes Verhalten nicht nur bei klassischen Schizophrenien, sondern stellenweise auch bei reaktiven Psychosen, im Rahmen gewisser neurotischer Entwicklungen, sowie in physiologischen Zuständen – wie z. B. bei starker Ermüdung, bei starken Affekten, im Traum – vorkommen kann. In dieser Anschauung ist die Bemühung spürbar, dem schizophrenen Kranken seine Zugehörigkeit zum *verständlichen* menschlichen Dasein nicht abzusprechen, und ihn das auch spüren zu lassen. Schon diese Haltung hat psychotherapeutische Bedeutung; sie entspricht einer Aufforderung an den Kranken, sich in unsere Sprach- und Sinngemeinschaft zu begeben.

Die psychologische Anschauungsweise fragt, in einem gewissen Abstand von der traditionellen, formell beschreibenden Psychopathologie, nicht nur nach den krankhaften psychischen Abweichungen, sondern vor allem nach den Motiven, Zielsetzungen und Absichten schizophrenen Ausdrucks; sie begnügt sich z. B. nicht mit der Feststellung, daß der Gedankengang zerfahren und überhaupt kaum auf ein Denkziel gerichtet ist, sondern sie stellt dabei die Frage, was die scheinbare Ziellosigkeit

bedeutete es doch alles andere als Isoliertheit und Abkehr, denn er wollte *etwas geben ...*» Eine Wendung im Krankheitsverlauf geschah dadurch, daß der Arzt das Geschenk dankend entgegennahm. Der Patient war außer sich vor Erstaunen, und hier konnte ein psychotherapeutisches Gespräch beginnen.

im Dasein des Kranken bedeutet, also letzten Endes die Frage nach einem Ziel. Sie beschränkt ihre Aufgabe nicht auf die sorgfältige Beobachtung und Darstellung der «inadäquaten», «uneinfühlbaren» Verhaltensweisen, sondern sie fragt vielmehr, was uns der Kranke mit einem solchen Verhalten sagen oder verbergen will, warum er es so sagen muß und ob er sich unter anderen Umständen bei geeigneter Neugestaltung der zwischenmenschlichen Situation auch anders ausdrücken könnte. Sie stellt letzten Endes auch die Frage nach den mitmenschlichen Voraussetzungen des krankhaften Kommunikationsverlustes. – Diese Betrachtungsweise, diese Art, Probleme zu stellen, gibt dem schizophrenen Kranken eine neue Chance, Mensch zu sein; wenn sie allerdings kritiklos und schablonenhaft gebraucht wird, läuft sie Gefahr, in schizophrenes Verhalten bloß angenommene, erdichtete Lebensinhalte hineinzudenken.

Hier läßt sich oft der Einwand hören: Es mag lehrreich sein zu erforschen, wie sich der innere Lebenshorizont des Menschen in der Schizophrenie verändert. Aber Lebenskonflikte sind nicht nachweisbar die wesentliche Ursache schizophrener Erkrankungen; sie könnten ebensogut als ein Ausdruck derselben aufgefaßt werden; die Psychotherapie darf also nicht als eine kausale Behandlung der Schizophrenie betrachtet werden. – Bleiben wir im Rahmen strengen Kausal Denkens, so ist dieser Einwand kaum widerlegbar: freilich ist die Ätiologie der Schizophrenie in Dunkel gehüllt; und keine Psychotherapie wird wahrscheinlich die Frage beantworten können, warum sich menschliche Konflikte im gegebenen Falle durch eine schizophrene Psychose ausdrücken mußten. Findet man doch ähnlich schwere Konflikte auch bei Nicht-Schizophrenen. Nun ist gerade die für die somatologische Medizin geltende Kategorie der Kausalität auf dem ganzen Gebiet der Psychotherapie kaum *streng* anwendbar. Wir können nur Bedingungen feststellen. Ist etwa die Frage der Neurosenwahl beantwortbar? Wissen wir etwa, warum unter äußerlich ähnlichen Belastungen der eine Mensch an einer Zwangsneurose, der andere dagegen an einer Phobie oder an einer endokrinen Störung erkrankt und ein dritter scheinbar gesund bleibt? Und gibt es überhaupt eine psychologische Behandlung, welche heilt, indem sie «psychische Ursachen» in derselben objektiven Weise erfaßt und beseitigt, wie man einen Tumor entfernt oder eine spezifische Infektion bekämpft? Liegt das Wesen der Psychotherapie nicht vielmehr im Versuch, vorhandene, noch unentwickelte Lebensmöglichkeiten des Kranken zu erschließen und ihnen zur Entfaltung zu helfen? Freilich sind den Entfaltungs- und Heilungsmöglichkeiten Schizophrener konstitutionell bedingte Grenzen gesetzt, Grenzen wahrscheinlich biologischer wie auch psychischer Art; die Erfahrung der letzten 10 Jahre zeigt aber, daß selbst innerhalb dieser Grenzen ein Gebiet für die psychotherapeutische Arbeit offen bleibt.

Die psychologische Behandlung setzt – wie die Erfahrungen der meisten Forscher nahelegen, die sich, wie *Sullivan, Rosen, Fromm-Reichmann, Sechehaye, Schultz-Hencke, Boss* in den letzten zwei Jahrzehnten mit dem Problem befaßt haben – einige wesentliche Bedingungen voraus: vor allem die Möglichkeit, daß tragfähige Beziehungen Arzt und Patienten verbinden, und die Gestaltung einer gemeinsamen Ausdrucksform in Wort und Gebärde, einer Sprache namentlich, die dem Kranken verständlich ist, seinem Symboldenken entspricht und innere Wirklichkeiten berücksichtigt, welche die Vernunftssprache des Erwachsenen in

logischen Zusammenhängen nicht weitgehend zu erfassen vermag. Folgendes Beispiel aus unserer klinischen Praxis soll zeigen, wie sich das Anliegen des Kranken in einem abstrusen Symbol, in einem zunächst absurd anmutenden Wahneinfall verbirgt, dem man jeglichen Sinn absprechen möchte, und daß es in der Therapie möglich wird, dieses Anliegen anzuhören.

Eine schizophrene Patientin erklärte einmal kategorisch, sie werde die zwei im Wirtschaftsbetrieb der Anstalt arbeitenden Pferde einem Großgrundbesitzer verkaufen. Die Pferde gehörten jetzt ihr. Darüber befragt, war sie gesperrt. Die bizarre Äußerung erfolgte abrupt, unvermittelt, als fertiger, «primordialer» Wahneinfall, auf den keine weiteren spontanen Assoziationen oder Auslegungen folgten. Eine stundenlange analytische Untersuchung auf Grund einer bereits vorhandenen therapeutischen Übertragung ermittelte schließlich folgende verständlichen Zusammenhänge:

Die Patientin fühlte sich in ihrer Krankheit und ihrer sozialen Lage hilflos und «verloren wie ein Tier», über das andere verfügen und daraus «Kapital schlagen» können. Sie habe ja niemanden auf der Welt (ihre Familie war in der Tat völlig zerrissen), «man könne mit ihr machen, was man wolle». Sie habe sich deshalb in die hilflosen Tiere eingefühlt, und es schaudere sie im Zoo beim Anblick der dort eingesperrten Tiere. Auf ihrem letzten Spaziergang habe sie dann die zwei Anstaltspferde den Karren ziehen sehen. Sie meinte, die schönen Tiere gehen wegen der schweren Arbeit zugrunde und niemand merke es. Hier sei kurz erwähnt, daß ein Hauptsymptom der Psychose in einer sozial als Faulheit imponierenden Indolenz und Gleichgültigkeit gegenüber allen Alltagspflichten bestand. Die Patientin galt in ihrer Familie jahrelang als faul, rücksichtslos und ausnützend. In der schizophrenen Indolenz drückte sich das Bedürfnis der Kranken aus, parasitenhaft auf Kosten ihrer äußerst liebesarmen Eltern zu leben und durch solche Ausnützung doch zu ihrem Vorteil zu gelangen und zu bekommen, was sie nie als Liebesgeschenk erhalten durfte. Sie hatte sich oft als Kind mit Bananenschalen ernährt, die sie auf der Straße fand, währenddem der alkoholische Vater sein Geld in Wirtschaften vertrank und die schizoide Mutter im Bett lag und nicht kochte. «Sich zur Arbeit zwingen» bedeutete für diese Kranke einen Verzicht auf ihren parasitenhaften und doch dringlichen Lebensanspruch, auf ihren Widerstand; es bedeutete eingespannt werden in eine sinnlose und ausnützende Arbeitsmaschine. «Ich bin wie ein Rädchen in einer unübersichtlichen, mich verschlingenden Maschine.» «Dann scheint es mir, wie wenn ich für die anderen da wäre, für die anderen leben müßte und nicht für mich, wie wenn ich nichts gelten würde.» Sie legte ihre Zukunftshoffnungen auf einen phantasiierten «steinreichen Mann», der, wie im Märchen, sie befreien und heiraten, d. h. den Wert, das Existenzrecht ihrer Person anerkennen würde. Vor allen realen Menschen fühlte sie sich wertlos und ohne jegliches Existenzrecht, wiewohl sie dieses zerschmetternde Empfinden hinter einer Maske der Arroganz zu verbergen suchte. «Es sieht so aus, wie wenn ich voller Fehler wäre, ständig meine Fehler sagen und alle anderen Menschen als fehlerlos behandeln müßte.» Nun kommt die Identifikation mit dem Tiere, das aus seinem Arbeitsjoch befreit und einem steinreichen, beschenkenden und ernährenden Großgrundbesitzer anvertraut werden sollte. Sie gab den Pferden Zucker zum Essen, sie, die früher eine lange Zeit zuhause aus Schuldgefühlen, welche durch die Faulheit und innere Aggression bedingt waren, wenig gegessen hatte und stark abgemagert war. Sie kam sich häßlich wie eine Eule vor und hatte den Wunschtraum, selber ein solches Tier zu betreuen und bei dessen Anblick zu weinen. Sie entdeckte also im Tiere die innere Kreatur, die sie im destruktiven Selbsthaß einsperrte und vernichtete (sie haßte z. B. ihren Namen, wollte einen anderen bekommen, wollte ihr Gesicht im Spiegel nicht anschauen). Wie Kinder manchmal in autistischer Ausschaltung der Wirklichkeit phantastische Zukunftspläne entwerfen und im Spiele als Realität erleben, so wollte sie das Märchen spinnen, sie würde eine Villa am See haben, dort den (schwachsinnigen, ver-

sorgten) Bruder, die Pferde, die Armen betreuen. Da sie aber auf Grund so vieler früherer Erfahrungen die Mitteilung derartiger autistischer Phantasien für aussichtslos und gefährlich hielt («Die anderen schütteln den Kopf und nehmen mir die Möglichkeit, daran zu glauben; dann hat man mir alles genommen, dann komme ich mir wie eine Maus vor, die man zertreten könnte»), verschwieg sie die lebendigen Zusammenhänge und Hintergründe; unter dem Druck des jeweiligen Affektes kamen dann die einzelnen Brocken ihres Romanes als abstruse, uneinfühlbare Wahneinfälle, als «primordialer Wahn» hervor.

Ein zweites Beispiel:

Ein schizophrener Kranker litt u. a. unter der Vorstellung, daß von ihm eine tödliche magnetische Kraft auf die anderen ausstrahlen würde. Viele Menschen in seiner Nähe hätten deswegen Unfälle erlitten, insbesondere an den Fingern. Der Kranke verspürte starke Schuldgefühle und bezichtigte sich des Verbrechens. Eine Insulinkur hatte diese bei voller Besonnenheit schleichende Schizophrenie vorderhand nicht beeinflußt. Im Laufe einer mehrmonatigen Psychotherapie, die zu einer weitgehenden Auflösung der Psychose und zur Wiederaufnahme der Arbeit führte, ließen sich die Wahneinfälle des Kranken in ihrer Entwicklung erklären. Wir fassen hier nur einige wichtigere Aspekte der verständlichen Krankheitsdynamik zusammen:

Der Patient war von jeher ein schüchterner, selbstunsicherer, gehemmter Mann. (Auf die lebensgeschichtlichen Hintergründe der Charakterstruktur gehen wir hier nicht ein.) Er fand bei seinen Mitmenschen schwerlich Anschluß, dagegen entwickelte er eine herzliche Beziehung zu einem ebenfalls schüchternen und gehemmten Knaben. Diesem gegenüber konnte er sich endlich frei ausgeben, ja er kam sich in diesem Verhältnis zu einem viel jüngeren, hilfloseren und aus ungünstigen Familienverhältnissen stammenden Knaben als eine Art Beschützer vor. Er brachte z. B. dem jungen Freunde Esswaren; aus der ursprünglichen Zuneigung wuchs eine sinnlich zärtliche Beziehung, in der es schließlich zur mutuellen Onanie kam. (Man beachte, daß den Fingern in der Gefühlswelt des Kranken ein wichtiger instrumentaler Stellenwert zufiel.) Der Patient wurde dabei von einem Mitarbeiter ertappt und scharf getadelt. Der sensitive, selbstunsichere, ehrgeizige, um seine soziale Ehre ängstlich besorgte Mann konnte sich von diesem Schlag innerlich kaum erholen. Schließlich verdrängte er die Angelegenheit, die ihm erst in der Therapie wieder voll bewußt wurde. Einige Monate nach jenem peinlichen Zwischenfall (dem übrigens die zärtliche Freundschaft des Kranken, eine wichtige Durchbruchstelle seines autistischen Gefühlslebens, zum Opfer fiel) ereignete sich ein Arbeitsunfall: der Kranke, Schmied von Beruf, schlug dem «wissenden» Mitarbeiter unversehens mit dem Hammer zwei Finger ab. Obschon man die Sache als Arbeitsunfall ad acta legte, wurde der Kranke die ängstliche Erwartung nicht los, daß man ihn wegen seines Hammerschlages gerichtlich anklagen könnte. Allzu gut ahnte er, daß die «hypnotische Macht», die ihn zu jenem Angriff verführt hatte, eigenen gespaltenen Strebungen des Hasses und der Rachesucht entstammte. Er wurde vor ein inneres Gericht zur Rechenschaft gezogen. Er wechselte die Arbeitsstelle; überall verfolgte ihn aber die Angst, es gebe «Mitwisser», die ihn anklagen könnten. Diesen fügte er dann im Wahn denselben Schaden zu, der dem wirklichen einzigen Mitwisser einmal wirklich zuteil geworden war: alle verlören seinetwegen die Finger, die Hände (nachdem er bei einer onanistischen *Manipulation* ertappt worden war), was seine Schuld freilich ins Unermeßliche steigerte. (Daß dieser Lebensepisode eine pathogene Bedeutung erst auf dem Grund einer dementsprechend strukturierten Lebensentwicklung zukam, sei hier nur beiläufig erwähnt.) Die Möglichkeit, in der Psychotherapie seine «entwertende Homosexualität» als Durchbruchstelle des eigenen autistisch verpanzten Lebens zu erkennen und seine abgespaltenen aggressiven Regungen als eigene Not wahrzunehmen und durchzuarbeiten, half ihm viel in seiner weiteren Entwicklung.

Diese – hier nur summarisch zusammengefaßten – Beispiele zeigen, wie man schizophrene Kranke verstehen kann. Man glaube jedoch nicht,

ein solches mitmenschliches Verständnis werde vom Kranken ohne weiteres als eine Befreiung, als Möglichkeit eines neuen Ausblickes erlebt! Ganz im Gegenteil; der Patient reagiert auf unsere Zeichen und Worte des mitfühlenden Verstehens zunächst fast immer mit hartnäckigem Festhalten an seinem Wahn, an seinen Stereotypen, an seiner Hebephrenie; mit Undankbarkeit, mit der Klage, wir würden ihn verfolgen, ihn mit unseren blöden Deutungen plagen, hypnotisch beeinflussen und erst recht krank machen. Der Patient fühlt sich in seinem Wahn sicherer als in den Anfängen einer noch fragwürdigen, oft die (in der Übertragung unermesslich werdenden) psychotischen Wünsche enttäuschenden und ihn unangenehm verpflichtenden Kommunikation. Dort, wo wir den Kranken verstehen wollen, bekommen wir als Dank seinen Haß zu spüren. Ja, selbst Schizophrene, die vor der Psychotherapie zurückgezogen, harmlos, ganz unaggressiv wirkten, beginnen nun zu hassen. Nicht selten wirkt sich eine solche Situation klinisch als eine Verschlimmerung der Krankheit aus, was den Arzt auch sozial belastet. Kein Wunder, wenn er hier noch weniger als in der Neurosentherapie blosser «Spiegel seiner Kranken» (nach dem *Freudschen* Ausdruck) bleiben kann. *Kuetyemeyer* spricht treffend von der «sengenden Nähe der Psychose», die sich dem Arzt offenbart: «... Diesen Eindruck unfäßlicher Bosheit, der einen immer wieder zu überwältigen drohte, wenn man wirklich sich mit ihr einließ und der mit einem natürlichen Begriff der Krankheit nicht zu vereinigen war.» «Es verwandelt sich gleichsam die passive Verslossenheit in eine aktive, angreifende. Das Gesicht der Krankheit muß sich verschlimmern. Nichtsdestoweniger steckt etwas anderes dahinter, ist das die Art, wie die Verslossenheit sich löst.» – Mitten in unserem Anliegen, den Kranken zu helfen, spüren wir nicht ohne Befremden, daß wir selber hie und da vom Affekte unserer Schizophrenen bewegt, ergriffen werden; daß sich z. B. der Zorn in uns regt oder sogar der Wunsch, den selbst unsere physische Sicherheit bedrohenden Kranken von uns weg, in eine Zelle, in eine Dauerschlafkur zu schieben. Der Schizophrene zehrt am Innenleben seines Psychotherapeuten, und das Problem der Beziehungen zum Kranken gestaltet sich in der Begegnung vielschichtiger und dramatischer als nach dem freundlichen Spruch *Esquirols*: «Il faut aimer les aliénés, pour être digne et capable de les servir.»

Der Begriff des affektiven Kontaktes erscheint durch solche Erfahrungen in einem neuen Licht. Die frühere Frage lautete: kann man einen affektiven Kontakt mit der narzistischen Psyche des schizophrenen Kranken überhaupt herstellen? *Abraham* meinte, der Schizophrene sei keiner Übertragung fähig, seine Libido sei auf der autoerotischen Stufe konstitutionell fixiert, völlige affektive Leere würde ihn von uns trennen.

– Im Rahmen der heutigen medizinischen Anthropologie beginnt man anders zu denken. Wir meinen heute – um es ganz kurz zu sagen – die Krankheit entscheidet sich erst in mitmenschlichen Beziehungen und geht diesen nicht voraus. Wir sind keine außerhalb dieser Situationen stehenden neutralen Beobachter; unser Standort bestimmt auch die Weise, wie wir die Krankheit erfahren und wie sich die Krankheit selber entwirft; wir können also nicht objektive Phänomene unabhängig von unserer Stellungnahme zum leidenden Mitmenschen registrieren. Der affektive Kontakt erscheint mir nicht als eine Art Rezept, das man anwenden oder nicht anwenden kann. *In einem affektiven Kontakt stehen Arzt und Kranke immer*, auch wenn sie sich dessen nicht bewußt sind, auch wenn der eine Krankheitssymptome bloß aufzählt und nebeneinanderreihet und der andere sich in seiner läppischen Demenz abkapselt. Dann entsprechen der Autismus des Kranken und jener des Arztes einer abwehrenden Haltung und deswegen einem mehr oder weniger skotomisierten, verneinten affektiven Kontakt. Der schizophrene Autismus, ja selbst die schizophrene Demenz werden heute von manchem Autor als abwehrende Reaktion des Kranken auf einen ihn überwältigenden affektiven Kontakt angesehen³, auf einen Kontakt namentlich, den der Patient nicht über sich verfügend im Selbstvollzug übernehmen kann und deswegen als fremde, ihn verfolgende, ihm aufgezwungene Macht erlebt.

Der Verfolgungswahn ist z. B. im Grunde genommen oft auf Menschen gerichtet, zu denen der Kranke ein tiefes Kontaktbedürfnis entwickelt hat, vor dem er sich jedoch fürchtet. Auch die für die Schizophrenie so kennzeichnenden Depersonalisationsgefühle stehen mit dem Erleben des mitmenschlichen Kontaktes im engsten Zusammenhang. Ein schizophrendes Mädchen sagte mir, sie könne nicht mit Menschen, die ihre Sympathie wecken, in eine soziale Beziehung treten, ohne sofort von der Überlegenheit und Selbständigkeit des Partners überwältigt und fast erstickt zu werden und damit das Gefühl der eigenen Selbstidentität zu verlieren. Sie werde dann beeinflußt. Sie möchte dem Partner ebenbürtig entgegentreten, sie fühle sich jedoch jedem seiner Worte und Gebärden hilflos ausgeliefert. Eine Maske des kalten und leeren Stolzes und der affektlosen Gleichgültigkeit war die Reaktion auf dieses Erleben und der erste Schritt zur schizophrenen Demenz.

In schwereren, fortgeschrittenen Fällen drückt sich die Not der Kranken durch eindrucksvolle Symbole aus: eine Patientin klagte, sie bekomme das Gesicht eines jeden Menschen, der auf die Abteilung trete, sie verliere sich stets an die anderen und könne

³ So schreibt z. B. O. Lingjaerde: «Wir dürfen vielleicht die meisten Psychosen unter dem Gesichtswinkel des allgemeinen Anpassungssyndromes betrachten. Wenn Menschen emotionellen Spannungen ausgesetzt werden, die ihnen unhaltbar und unerträglich scheinen, reagieren sie auf diese Situation nach gewissen Voraussetzungen. Einige reagieren mit Aggression, andere mit Retraktion, Depression oder Angst, wieder andere mit ernstlicheren Syndromen: Stupor, Delirium oder «Schizophrenie». – Die Demenz, deren wesentliches psychopathologisches Kennzeichen eine geschwächte Instinktreaktivität ist, bietet dem Kranken Schutz gegen die unerträglichen Anpassungsschwierigkeiten im Kampf ums Dasein.»

niemand sein. Solche Kranke leiden unter dem Gefühl, von ihrer Mitwelt gleich Wachs geformt, umgemodelt, geleitet, ständig beeinflußt zu werden; jeder Blick, jedes Wort, jede Gebärde, ein leises Kopfschütteln, ein Lächeln, ein Rat, eine Frage und selbst die stumme Anwesenheit des anderen bedrohen sie, bedeuten ihnen eine schwerwiegende Änderung des inneren Zustandes, des Selbstbewußtseins; sie fühlen sich davon entwertet, sie müssen sich auf jenen Blick, jenes Wort, jene Anwesenheit ausrichten, ohne im Fluß des Erlebens sie selber zu bleiben, einen selbständigen Schwerpunkt in polarer Spannung zur inneren Wandlung bewahren zu können. So fühlen sie sich stets in einem durchgreifenden Wandel begriffen, in dem kein leitender Faden mehr Gestern, Heute und Morgen verbindet (die Zerfahrenheit erscheint selber als ein Ausdruck dieser Daseinsweise auf der Ebene des Denkens); die Kranken werden sich selber fremd, sie fühlen sich nun in den Kleidern, in den Schuhen eines zweiten, dritten Menschen, von ihm unterscheidbar. Sie hören zufällig dessen Stimme, und nun bekommen die eigenen Gedanken denselben Ton; «man macht mich immer anders, wenn man mich anschaut, ich möchte doch ich selber sein, ich kann nicht tausend Menschen sein ...»; «wer bin ich denn, bin ich die Mutter der Juden, der Verstoßenen, bin ich die Mutter Gottes oder die Natur oder der Teufel? Niemand darf ich sein, nirgendwo bleiben ...». Das sind Äußerungen von verschiedenen Kranken und scheinen wie aus einem Munde zu stammen. In diesem Zusammenhang verstehen wir, was *Sullivan* meint, wenn er – im Gegensatz zu jenen frühern Psychoanalytikern, die dem Schizophrenen jegliche Übertragungsfähigkeit absprachen – sagt, *alles* beim schizophrenen Kranken sei Übertragung.

Solche gesteigerte Übertragungsfähigkeit des Kranken kann ebenso im Dienste der Krankheit wie auch der Therapie stehen. Ein entsprechendes Depersonalisationserlebnis war bei einer Patientin in der Übertragungsspannung das erste Zeichen der Besserung: sie konnte und sie wollte sich nicht mehr von mir unterscheiden, sie meinte, dieselben Haare, dieselben Augen wie ich zu haben; sie fand sich erst im Psychotherapeuten wie ein Kind im Wesen der Mutter. (Vielleicht ist das negative Depersonalisationsgefühl das kranke und verzerrte Spiegelbild dieser vermißten positiven Möglichkeit: der Kranke muß sich an seine Mitmenschen verlieren, weil er, selber ein Kind, sich nicht in einem mütterlichen Wesen finden kann.)

Wir versuchen auf Grund dieser Erfahrungen und Überlegungen eine tiefere Einsicht in das Wesen des affektiven Kontaktes zu gewinnen. Affektiver Kontakt erscheint mir als eine Möglichkeit, beim Arzte und beim Kranken, füreinander offen zu sein. Beim Arzte heißt das die Bereitschaft, sich dem unerhörten, rücksichtslosen Anspruch des schizophrenen Menschen, seinem Unsinn und selbst seinem tätlichen Angriff nicht zu verschließen. In einer früheren Krankengeschichte schrieb ich: Wenn möglich sollen menschliche Arme, nicht der Gurt, die Narkose, die Isolierzelle den Tobenden festhalten. Die Gewaltausbrüche eines meiner Kranken kulminierten eines Morgens in einem Toben, das kein Ende nehmen wollte. Ich rief drei Pfleger zu Hilfe, und es gelang mit Mühe, den Tobenden (der in der Übertragung seinen Vater zerstören wollte) derart festzuhalten, daß er sich eine Zeitlang nicht mehr bewegen konnte. Ich streichelte ihm dabei die Stirne. In seinem benommenen Zustand erlebte er die Situation so, als ob ihn ein mächtiger Vater plötzlich in der Hand hätte. Später sagte er: «Als Sie mich so festhielten, spürte ich den Glauben in meinen Leib kommen.» Das Erlebnis war eine Wende im Krankheitsverlauf.

Affektiver Kontakt meint beim Arzte schließlich die Möglichkeit, vor manchem eigenen beunruhigenden Affekt nicht zu erschrecken, die Auseinandersetzung mit dem Kranken also als gemeinsames Anliegen bis zur letzten Konsequenz zu tragen. Wie oft spüren wir mitten in einer solchen Auseinandersetzung z.B. Regungen des Zornes, und wir beneiden den klinisch tätigen Kollegen, der in sicherer Ruhe seinem Wissensgegenstand gegenübertritt und – in der Entfernung – mildere Gefühle zum selben Patienten spüren darf!

Beim Kranken meint anderseits «affektiver Kontakt» ein Risiko, das nicht jeder Schizophrene auf sich nehmen kann. Es bedeutet die Gefahr, ja die Wahrscheinlichkeit neuer, schwerer mitmenschlicher Spannungen und Entscheidungen, deren Ausgang höchst ungewiß ist; die Vorgeschichte solcher Kranker ist voller Auseinandersetzungen, die immer wieder einen für den sensitiven und anspruchsvollen Kranken ungünstigen Verlauf hatten, zu noch größerer Isolierung, Enttäuschung und Entwertung führten.⁴ Sehr oft werden unsere Deutungen, unsere Zeichen des Verstehens vom schizophrenen Kranken überhört: als ob sich dieser vor der Brücke fürchtete, die zu ihm geschlagen wird. Er muß sich ja fürchten. Der Autismus bietet ihm eine zwar sehr magere Erfüllung seiner Ansprüche; aber diese autistische Lösung, so unbefriedigend sie auch ist, erscheint ihm oft viel günstiger als die Wiederaufnahme eines mit unzähligen Enttäuschungen, Unsicherheiten und Ängsten belasteten Zwiegespräches. Wie leicht erfaßt der Kranke in seiner nahezu grenzenlosen Selbstentwertung jedes Wort des Partners als eine Entwertung, zumindest als eine Bedrohung.

Eine Schizophrene wünschte seit langem eine Kunstaussstellung zu besuchen; das Angebot des Arztes, mitzugehen, erfüllte sie mit Angst: man wolle ihre Fähigkeiten, ihr Kunstverständnis prüfen und sie dann auslachen. Oder: sie erkrankt an einem (harmlosen) körperlichen Leiden; der Arzt beeilt sich nicht, dies ihren Angehörigen mitzuteilen; das ist nun eben schon der Beweis, daß man sie nicht ernst nehme, ja gar nicht beachte. Man schickt sie in eine Poliklinik zur körperlichen Untersuchung, «weil sie ein armes, wertloses Mädchen sei, sonst hätte man für sie einen privaten Arzt gerufen. Man könne ja mit ihr machen, was man wolle, man schicke sie herum.» In der autistischen Absperrung treten solche Ängste und Klagen weniger auf, weil dort die mitmenschliche Beziehung überhaupt keine Bedeutung mehr hat und unkommunikative Wunschphantasien den inneren Horizont ausfüllen. Wie viel günstiger müssen solche autistischen Wunschphantasien dem hilflosen Kranken erscheinen im Vergleich zu der ständigen Gefahr, von einem Partner, auf den man sich verlassen möchte, verraten oder

⁴ *Sullivan* schildert die hebephrene Abwehr treffend wie folgt: "The hebephrenic, deteriorated patient is far from 'empty' of reverie processes and practical thinking. His incentives are not all adapted to our habitual mode of life; one of his chief concerns seems to be the preservation of the status quo, regardless of other people's pressure ... (The patient) will laugh in a 'silly' fashion and discourage the intruder by the incoherence and irrelevance of his utterances ... He cannot escape the proximity of people, but he can, often in a sort of crudely humorous way, belittle them to his own level of existence."

mißbraucht zu werden! So wenig der Kranke an sich selber glauben kann, so wenig kann er die Zuwendung, die Achtung, die Liebe seines Partners überhaupt wahrnehmen: diese «ist» dann ein Betrug, eine perfide Täuschung, ein Ablenkungsmanöver. Ein Schizophrener sagte: «Sie sind gut zu mir, offenbar um sich in Ihrer Güte zu sonnen, um Ihre Güte an mir auszuleben, um dann noch mehr ein Egoist zu sein. Sie brauchen mich zu diesem Selbstzweck.»

Diese Auseinandersetzungen der Übertragung können wir dem Kranken nicht ersparen. Die Frage bleibt, *welche* Kranken dies ertragen, also für eine Psychotherapie offen sein können. Eines, vielleicht Entscheidendes, können wir aber: in der Übertragungssituation eine ganz andere mitmenschliche Möglichkeit verwirklichen als jene, die der Kranke erwartet, die als Gespenster seinen Wahnhorizont erfüllen und zu denen er uns provozieren möchte. Ein Schizophrener, der sich vor dem Haß seiner Mitmenschen fürchtete und von der universalen Wirklichkeit dieses Hasses überzeugt war, reagierte auf meine Fürsorge mit unermüdlichen Versuchen, meinen Haß zu provozieren: es sah so aus, als ob er sich diesen Haß wünschte. Nur in einer Welt des Hasses konnte er der Aufgabe ausweichen, den eigenen zerstörerischen Selbsthaß einzusehen. In einer Welt des Hasses waren für ihn keine Probleme mehr, keine ängstlichen Erwartungen, keine möglichen Enttäuschungen: alles war für ihn im voraus bestimmt, und die Resignation war leichter zu ertragen als die ewige, verzehrende Angst vor dem Verstoßen- und Gerichtetwerden. Es gelang ihm aber nicht, in meinen Augen scheußlich zu erscheinen. Nicht nur die Möglichkeit, einen lang verdrängten Haß gegen die Mitmenschen in der Übertragung zum Ausdruck zu bringen, wirkt sich für den Kranken heilsam, psychokathartisch aus – sondern erst die Möglichkeit, im Austragen dieses Affektes eine ganz neue, unerwartete, bis dahin für den Kranken überhaupt nicht existierende menschliche Begegnung erfahren zu dürfen. Unser Kranker mußte die Möglichkeit erfahren, selbst in seinen schlimmsten Kleidern angenommen zu werden. (Die Annahme braucht nicht «Liebe» zu sein: selbst im Zorn des Arztes, in seinem unermüdlichen Ringen um den Kranken kann sich der Ernst und die Vollgültigkeit der mitmenschlichen Annahme ausdrücken.) Die «Stimmen», die Verfolger, die Gespenster, die der Affekt des Kranken herbeiruft, reagieren hingegen auf diesen immer in derselben destruktiven Weise, die der Struktur der Psychose, der Struktur früherer mitmenschlicher Erfahrungen entspricht; wenn der Arzt an den Ort dieser Stimmen und Verfolger tritt, wenn er, nun selber in den Augen des Kranken der gefürchtete Verfolger, dem Schizophrenen sein therapeutisches Anliegen deutlich zeigen kann, dann ist die Voraussetzung für eine Wende im Krankheitsverlauf gegeben. Im gehaßten Verfolger, im Verführer, im gefürchteten Teufel muß der Kranke, widerstrebend und zu seinem Er-

staunen, die immer wache Sorge um ihn entdecken, projiziertes Bild und Wirklichkeit auf einmal staunend vergleichen und die Täuschung erkennen. «Der Teufel brachte mir Nahrung», sagte mir einmal eine Kranke.

Es gibt, prinzipiell und grob simplifizierend gesehen, zwei verschiedene Möglichkeiten des Offenseins für den Geisteskranken, welche beide, aber in durchaus verschiedenen therapeutischen Situationen, zu Wort kommen müssen, damit eine psychotherapeutische Entscheidung fallen kann. Die eine Art des Offenseins besteht in unserer Bereitschaft, gewisse «Übertragungen», die unser Sicherheitsgefühl erschüttern und uns unter Umständen vor schwierige soziale Probleme stellen, auf uns zu nehmen. Also in der Bemühung, das psychotische Anliegen, so belastend es auch wirken mag, nicht vorschnell als absurd zu bezeichnen, sondern, soweit möglich, symbolisch zu erfüllen. Im grob sexuellen Anspruch kann sich die (ihrer ursprünglichen Sprache beraubte) kindliche Sehnsucht nach Geborgenheit ausdrücken, und das Böse, das uns in den Forderungen des Kranken erschreckend entgegentritt, ist oft nicht etwas Letztes, sondern ein Anliegen des Lebens, das sich zunächst nur noch auf einer destruktiven Ebene äußern kann. Als Auslegung dieser Gedanken möchte ich hier das klinische Beispiel einer solchen Übertragungsweise geben, die noch vor 10 Jahren das Signal zum sofortigen Abbruch der Therapie bedeutete hätte.

Eine akut erregte Katatone tobte in ihrer Zelle wie ein wildes Tier. Kaum öffnete man die Tür, so stürzte sie sich hinaus, klammerte sich wie mit Krallen an den Menschen, der gerade bei ihr stand, und es schien, als ob die ganze Kraft ihres zarten Leibes in diesen Händen gesammelt wäre, so daß mehrere Pflegerinnen nur mit Mühe die Kranke aus ihrer Umklammerung lösen und in ihre Zelle zurückbringen konnten. In diesen wilden Kämpfen hatte sie sich mehrere Kontusionen zugezogen: ihr kindliches Gesicht war starr vor Angst; trotz mehrerer Elektroschocks nahm die Erregung zu, eine Schlafkur stand bevor. Als ich die Kranke zum ersten Mal in ihrer Zelle besuchte, stürzte sie sich auf mich, umklammerte mich triebhaft, und es schien, als ob sie nur im körperlichen Kontakt meine reale Anwesenheit wahrnehmen könnte, als ob sich sonst meine Person wie Nebel vor ihren Augen auflösen würde. Die Kranke war von ihrer Mitwelt sozusagen durch einen «leeren Raum» getrennt, den sie in einer verzweifelten, sterilen Suche nach Kontakt mit Urin, Kot und Papierfetzen ausfüllte. In diesem öden Raum blühte aus der Übertragung sofort der Wahn auf, sie sei eine Prinzessin und sie sei geboren bei einem königlichen Vater. (Auch diese Kranke – wie der in der Einleitung erwähnte Patient – hatte jeden Anwesenden als Vater angesprochen. Auf dieses Wort war ihr Sprachvermögen eingeengt – oder anders: *auf diese einzige Möglichkeit mitmenschlichen Begegnens war ihre innere Welt eingeengt und gerichtet*; außer dieser für sie offenbar einzig lebenswichtigen Erlebenssphäre verloren die Dinge ihren Realitätswert, ja ihren Sinn überhaupt.) Der Gegensatz zwischen dem Wahn und dem realen Bild des Elends konnte nicht ergreifender sein, aber ich vergaß die Zelle und ging ohne Zögern im Zwiegespräch mit ihr in ein leuchtendes Wahnreich. Ich war also der Vater. Nach zwei Stunden «symbolisch realisierender» Psychotherapie war die Pulsfrequenz von 150 auf 110 gesunken, der Zungenbelag war weg, die trockenen, aufgesprungenen Lippen wurden feucht, die Kranke bekam zum ersten Male nach mehreren Tagen Erregung Hunger und Durst und dann Schlaf, und es schien nun so, als ob sie nur in meiner unmittelbaren Nähe die kon-

krete Realität der Dinge, die Bilder an der Wand, den Tisch, die Stühle als Umwelt wieder entdecken konnte – mit Erstaunen und mit Freude. Sie sagte, sie sei blind gewesen, sie habe das Augenlicht wieder bekommen.⁵

Die weitere Psychotherapie zeigte mir, daß diese Kranke in unglücklichen Lebensverhältnissen aufgewachsen war. Sie hatte den geliebten Vater früh verloren; von frühester Jugend an mußte sie für Mutter und Geschwister hart arbeiten; von der Mutter war sie gezwungen worden, auf eine Heirat zu verzichten, und sie war bereits nicht mehr jung. Peinlich übergewissenhaft, schickte sie der Mutter jegliche Ersparnisse und gönnte sich kaum eine Unterhaltung oder ein Kleid. Eine graue Zukunft dehnte sich vor ihr aus, ein Leben voller Opfer für Angehörige, von denen sie psychisch stark abhängig war, die sie unbewußt ablehnte und von denen sie sich jedoch nicht ohne Angst und Schuldgefühle trennen konnte. In der Psychose wurde die Mutter als gefürchtete Hexe erlebt, der vermißte Vater war der halluzinierte königliche Befreier; die Mutter hätte sie «nur gekauft, nicht geboren»; auch nach der Auflösung der schizophrenen Verwirrung suchte die Kranke eine neue Mutter und fürchtete sich davor, ihren eigenen, realen Namen – der sie an eine düstere Vergangenheit band – mit jenem der Prinzessin wieder zu tauschen.

Die psychotische Übertragung Schizophrener – deren psychologische Struktur noch nicht genügend erforscht ist und sich von jener geistesgesunder Menschen in wesentlichen Zügen unterscheidet – stellt den Arzt vor viele Probleme; aber sie ist unter günstigen Umständen gerade der Beginn und nicht das Ende der Therapie. *Sie ist ein gewaltiges Stück Lebensgeschichte, das mancher Kranke scheinbar nur im Wahne durchschreiten kann, um zum Ziele, zu einer gewissen Erfüllung des eigenen Lebens zu kommen.* Viele Schizophrene verkümmern und verblöden im Wahne; die Frage aber, ob die Lebensproblematik sich in einem dünnen Wahnmonolog erschöpft, oder ob sie sich dagegen in einer immer ernst genommenen, wenn auch psychotisch verzerrten Übertragung, in der Spannung eines nie aufgegebenen Dialoges austragen darf – diese Frage ist wahrscheinlich von nicht geringer Bedeutung für das Lebensschicksal des Kranken.

Die andere Weise des Offenseins gegenüber dem Geisteskranken besteht in der Bereitschaft des Arztes, sein «Nein» zu den psychotischen Forderungen seines Patienten als gemeinsames Anliegen anzusehen und um die Anerkennung der notwendigen Grenze von seiten des Patienten unaufhörlich zu ringen. Das heißt nicht wenig. Es bedeutet die Bereitschaft des Arztes, stunden-, tage- und wochenlang Anschuldigungen und Verleumdungen des Kranken anzuhören; die Anklage nie als sinnlos und ungerecht zurückzuweisen (der Schizophrene kann z. B. den Entschluß des Arztes, ohne ihn in die Ferien zu gehen, ebensowenig verstehen, als ein Kind seiner Mutter ein solches Recht einräumen würde), ja das

⁵ Freilich können nicht alle akuten schizophrenen Psychosen so deutlich und rasch von der Therapie beeinflußt werden. Das angebrachte Beispiel ist nur ein Grenzfall. Eine rasche Auflösung der Psychose oder mindestens ihrer schwersten Symptome, ein Zurückgehen der Verwirrtheit schon in den ersten Psychotherapiestunden habe ich bis jetzt an drei Fällen erlebt.

Zustandekommen der Anklage als solche sogar zu begrüßen (der verstummte Lebensanspruch des Kranken wird so zum verständlichen Wort; der Protest verschließt sich nicht mehr hinter starren Gesichtern und zugemachten Türen, er wird ausgetragen und gemeinsam erlitten, bis der Funke einer Einsicht die Spannung überwindet).

Ein Schizophrener lebte seit Jahren in einer zunehmenden Spaltung zwischen einer zwangsneurotischen, sadistischen Gewissensinstanz und der ihr polar entgegengesetzten Auflehnung, welche sich in einer Reihe von Untugenden wie Faulheit, sozialer Rücksichtslosigkeit, hochgeozentrischer Affektivität usw. äußerte. Als die innere Spannung zu groß wurde, war die sadistische Gewissensinstanz nur noch abgespaltet wahrnehmbar: der Kranke hatte kein Gewissen mehr, keine Selbstkritik; an deren Stelle trat die Verfolgung: hyperkritische Stimmen, die alles, was er machte und dachte, entwerteten. Der Verfolgung war der Kranke hilflos ausgeliefert, sein sozial rücksichtsloses Verhalten schien eben die Berechtigung der sadistischen destruktiven Anklage zu begründen. Doch wurde ich nie müde, dem Kranken seine Untugenden als Symptome seiner Not zu deuten, die verschwinden würden, wenn er aufhören könnte, sich zu entwerten – wenn er sich als eine den Mitmenschen ebenbürtige Person angenommen wüßte. Klagten ihn seine Verfolger als schlimmen Faulenzer an, so fragte ich ihn, ob er sich in seinem bisherigen Leben eine Stunde echter Musse überhaupt gegönnt und geschenkt hätte – hatten denn nicht Verfolgung und schlechtes Gewissen in seinem verkümmerten Dasein überhaupt keinen Ort mehr für eigentliche Ruhe offen gelassen? Warfen ihm aber seine «Feinde» vor, bequeme Gewohnheiten würden ihm alles bedeuten und jegliche soziale Rücksicht überwiegen, so legte ich ihm immer wieder nahe: freilich mußte er sich an diese Stütze schrankenlosen Egoismus klammern, solange ihm noch Aussicht auf ebenbürtige Partnerschaft in der Begegnung aufdämmerte. Lange Zeit stieß ich dabei wie auf eine Wand, der Kranke wollte überhaupt nicht hören. Als er schließlich aufzuhorchen begann und die Möglichkeit ahnte, selbst in seinem schlimmsten Kleid, in seiner Untugend, verstanden zu werden, richtete er sein asoziales Verhalten gegen mich. Er brach z. B. in gewissen sozial wichtigen Situationen das mir gegebene Wort. Es war wie eine Prüfung: ich will sehen, ob Du schließlich nicht auch verurteilen mußt. (Dann hätte er sich wieder von mir distanzieren und bei seinen «Stimmen» bleiben dürfen.) Um gewisse soziale Komplikationen zu vermeiden, mußte ich seinem Agieren eine Grenze setzen und seine Handlungsfreiheit durch Gegenmaßnahmen stark einschränken. Weil ich aber dabei nie einfach über den Kranken verfügte, ihn im Gegenteil in seinem Agieren bis zur äußerst erträglichen Grenze gehen ließ, die ungünstigen Konsequenzen seines Agierens sowie seine Anklagen auf mich nahm, ohne ihn zu richten, weil ich ihm in dieser Situation die Notwendigkeit meiner ihm zuliebe ergriffenen Maßnahmen vor Augen führen konnte, nahm mir der Kranke diese Auseinandersetzung nie übel: mein Nein zu den psychotischen Forderungen und dem Unfug zerstörten die psychotherapeutische Beziehung nicht, im Gegenteil, hier konnte fruchtbares psychotherapeutisches Gespräch erst recht anknüpfen.

Eine andere schizophrene Patientin sah mich, der ich sie gewaltsam hospitalisiert hatte, als den leibhaftigen Teufel an; als ich fast verzweifelte und glaubte, ihr mein Anliegen nicht vergegenwärtigen zu können, sagte sie: «Es sieht so aus, als ob Sie, Teufel, mir doch eine andere Mutter schenken möchten, eine, die ich nie hatte.» (Ihre Mutter war die personifizierte Ablehnung des kindlichen Lebensanspruches.) In einer ähnlichen Situation sagte mir eine andere Kranke (von der sonst nicht die leiseste Regung der Anerkennung, geschweige denn der Dankbarkeit zu erwarten war): «Sie haben ein Kreuz mit mir. Sie tragen es um meinetwegen.»

Schließlich kommen wir zum letzten Punkt unserer Überlegungen, zum eigentlich analytischen Problem des Deutens. Dessen Lösung setzt

psychoanalytische Kenntnis menschlicher Konflikte voraus. Tendenzen, Strebungen, Regungen, die mit dem anerzogenen Ich des Kranken inkompatibel und inkongruent sind, die zu seinem ihm angewachsenen (und verzerrt einseitigen) Lebensstil im Gegensatz stehen; Regungen und Strebungen vor allem, die vom Bewußtsein nicht länger ferngehalten werden können, deren (in der Neurose verdrängter) Lebensanspruch übermächtig wird: sie alle sind, sobald eine schizophrene Psychose auftritt, in einem Zustand der Abspaltung wahrnehmbar. Sie erscheinen als fremde Stimmen, körperliche Halluzinationen, hypnotische Einflüsse, feindliche Machenschaften, autochthone Ideen, automatische Handlungen, übertragene Gedanken usw. Dadurch, daß sie nicht mehr als Bestandteile des eigenen Selbst wahrgenommen werden, entsteht für den Kranken eine gewisse Erleichterung, die ihm das Verbleiben in der Psychose erträglicher macht als das Verbleiben im sogenannten normalen Leben. (Gewisse Schizophrene wirken erst nach der Remission der Psychose ausgesprochen «psychopathisch» und leiden selber unter diesem Zustand noch mehr als in der Psychose. Ich erinnere mich an eine schizophrene Mutter, deren – gegen den Sohn gerichtete – Aggressivität in der psychotischen Spaltung als fremde anklagende Stimme erschien; in diesem Zustand wirkte die Frau als eine vom Schmerz geläuterte Mutter. Nach dem Abklingen der Psychose verließ das Zusammenfließen der gespaltenen aggressiven Regungen in die bewußte Persönlichkeit ihrem Gesichtsausdruck sadistische Züge, jetzt machte sie einen eindeutig psychopathischen Eindruck.) In der Psychose kann sich nun die «heilige Jungfrau» von morgens bis abends mit den sie verfolgenden «Hurenstimmen» unterhalten, *ohne deswegen unrein zu werden*; im Gegenteil, die «schmutzige Verfolgung» erscheint ihr sogar als Beweis ihrer Heiligkeit: keine Heiligkeit ohne Anfechtung. Die Patientin ist nun so heilig, daß sie sich ohne Gefahr der Verunreinigung nackt stellen und wie eine Dirne sprechen kann. Schon der Laie ahnt aber, daß die anfechtenden verfolgenden Instanzen, im gegebenen Fall z. B. die Dirnen, irgendwie zum Wesen des Kranken gehören; er kann dadurch – wie z. B. in früheren Jahrhunderten – zu der irrtümlichen Auffassung verführt werden, daß solche Kranke «unreine Geister» seien. Die psychotherapeutische Erfahrung zeigt uns aber immer wieder, daß die «dämonischen», zerstörerischen, grob sexuellen, homosexuellen Triebe (deren schizophrener Ausdruck recht abstoßend wirken kann) erst in einer aufgezwungenen menschlichen Verbannung ein «dämonisches» Gesicht erhalten haben; daß sie ursprünglich ein verkanntes kindliches Anliegen waren. Die in einer herzlos asketischen Erziehung verbannte weibliche Seinsweise drängt sich in der Psychose der bereits erwähnten Kranken als Dirne

auf: sie war in der Kindheit das harmlose, aber niemals anerkannte Verlangen, zärtliche Geborgenheit beim Vater zu finden. Selbst der kindliche Wunsch, eine Puppe an die Brust zu drücken und zu küssen, wurde von der Familie als sinnlich verpönt: alles wurde in diesem kindlichen Dasein zum Dirnenhaften gestempelt, verboten, verdrängt. Bis eines Tages jene verstummte Stimme, «die Dirne», sich als Protest, als psychotische Verfolgung aufdrängt: jetzt kann sie nicht mehr überhört werden, aus allen Wänden tönt sie. – Die feindliche Hypnose, welche dem Mund des Katatonen «saugende Bewegungen» aufträgt und gleichzeitig den «fremden Impuls» nach oral-sexueller Aktivität weckt, entspricht der säuglingshaften Verlorenheit und Hilflosigkeit dieses Menschen; die nie verstandene Not wird im Spiegel des erwachsenen Lebensstiles als Schande, Sünde und Sinnlichkeit erlebt. Opfer einer feindlichen Machenschaft, einer Verführung, einer Hypnose, einer Gedankenübertragung usw. zu sein, ist für den Schizophrenen nicht so schlimm, nicht so furchtbar entwertend wie die Einsicht in die Zugehörigkeit jener Triebregungen zum eigenen Selbst. Ein Schizophrener, der jahrelang in seiner Jugend sich bemüht hatte, «alles Tierische in sich abzutöten» und «nur Geist zu werden», bekam in der Psychotherapie eine erste Ahnung davon, wie viel Leben er so in sich erstickte und abwürgte; dann kam die ängstliche Frage: «aber nun werden alle kindlichen Begierden erwachen, als meine Begierden, denen werde ich ganz hilflos und ohne Kontrolle ausgeliefert sein.» Eine andere Patientin regte sich auf, wenn «kindlich erotische Bewegungen» in ihrem «altehrwürdigen Leib» erwachten: sie konnte unmöglich sich eins wissen mit jenen verpönten Regungen, die sie nun im Wahne auf fremde Einflüsse, den Teufel, den früheren Geliebten usw. zurückführte. Solange der Kranke das Lebensrecht jener in der Spaltung erscheinenden, negativen, verfolgenden Strebungen nicht anerkennt, solange er sich mit der entwertenden Instanz identifiziert, solange er sich also von dem ihm angewachsenen verzerrten Lebensstil nicht distanziert, kann es keine Besserung, geschweige denn eine Heilung geben. Die Deutung anderseits, sofern sie eine bloße Übersetzung der psychotischen Sprache in die psychoanalytische Sprache ist, kann kaum wirken. Der Kranke wehrt sich mit Händen und Füßen dagegen, z. B. die verführerische, verfolgende Macht als Bestandteil der eigenen Innenwelt, als die andere Seite des Selbst anzuerkennen – weil eine solche Anerkennung die Spaltung nicht überwinden, sondern nur noch tiefer nach innen verlegen und entsetzliche Panik hervorrufen würde. Bekanntlich haben schroffe, ungeschickte analytische Deutungen im Verlauf milder Schizophrenien gelegentlich akute katatone Panikepisoden ausgelöst, eine Tatsache, die mehrmals als Argument gegen die Psycho-

analyse der Psychosen angeführt worden ist. Viel häufiger kommt es aber vor, daß der Schizophrene sich vor Deutungen, welche die innere Spannung ins Unerträgliche steigern würden, einfach verschließt. *Heilsame Deutungen sind jene, die, weit entfernt von jeglicher Tendenz, den Kranken über seine Komplexe zu belehren, das Gesicht der Not hinter der verzerrenden Maske aufdecken und zeigen möchten.* Der Kranke hat also zu erfahren, wer eigentlich jene Dirne und jener Homosexuelle sind, die als Stimmen und als fremde Impulse sich aufdrängen, und nicht nur, daß diese zu ihm gehören; er hat zu erfahren, welches natürliche Anliegen sich da hinter einer irrsinnigen Maske verbirgt; er muß sich die Frage immer wieder gefallen lassen, warum er das Menschenkind in sich selber wie ein Waisenkind verstößt und verkennt; er muß in der Begegnung mit dem Arzte jene Mutterwelt allmählich in Frage stellen, in der die Spaltung, welche sich nun als Psychose offenbart, erstmals geschah; er muß schließlich im Durchleben der Übertragung, nicht ohne Angst und Kampf, erfahren, was in der zwischenmenschlichen Situation geschieht, wenn jene «Hure», jener «Homosexuelle» aufhören, als Stimmen zu sprechen und in unsere Mitte rücken als Möglichkeiten unseres Seins. Wird dann der Arzt erschrecken, wird er die Prüfung bestehen, wird er den Kranken auch dann nicht verstoßen? Der Kranke muß anstatt des erwarteten und gefürchteten Unglücks die Möglichkeit einer neuen menschlichen Sprache, einer neuen Gebärde entdecken. Erst die persönliche Antwort auf die sich im Krankheitssymptom ausdrückende Not ist deren Deutung; wer aber ein schizophrenes Symbol lediglich als Assoziationsstörung oder Projektion deutet und ihm die wirkliche Bedeutung in bezug auf eine zwischenmenschliche Situation abspricht, hat diese Not, das innere Gesicht des Leidens, noch nicht erfahren. Sie offenbart sich nur dem, den die schizophrene Sprache im Innersten erschüttert und zum Handeln auffordert, ja sie offenbart sich erst im helfenden ärztlichen Handeln und nicht zum voraus dem nur intellektuell interessierten Beobachter.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit versucht, die schizophrenen Krankheitsphänomene vom Gesichtspunkt der Beziehungen zwischen dem Kranken und seinen Mitmenschen, seiner Familie, seinem Arzte zu erhellen. Was in diesen mitmenschlichen Beziehungen geschieht, was hier versäumt oder erfüllt wird, kann uns einen ganz anderen Einblick in das Wesen des Leidens vermitteln als eine rein deskriptive, isolierte Symptome und geistige Defekte aufzählende Betrachtungsweise. An Hand einer Reihe von Beispielen versuchen wir zu zeigen, wie abstruse Äußerungen der

Kranken, «primordiale» Wahnideen, «uneinfühlbare» affektive Verhaltensweisen in der psychotherapeutischen Begegnung als verständliche Situationen der Not erschlossen werden können; wie sich die psychotherapeutische Begegnung gestaltet, wie sich in der Übertragung die Person des Arztes vor den Augen des Kranken verwandelt, zum Verfolger, zum Partner und zum Befreier wird, und wie sich schließlich in dieser Wandlung auch die schizophrene Welt neu konstituieren kann. Möglichkeiten und Grenzen der Therapie scheinen letzten Endes in der Art des affektiven Rapportes zu liegen, welcher Kranke und Arzt miteinander verbindet.

Résumé

Nous essayons d'approfondir nos connaissances des phénomènes schizophréniques, en les étudiant du point de vue des rapports qui s'interposent entre le malade et son prochain, soit sa famille, son médecin. Les manifestations schizophréniques ne se présentent non seulement comme des symptômes d'une âme malade isolée, mais aussi et surtout comme des phénomènes interhumains. A la genèse et à l'évolution de ces phénomènes participent le malade lui-même, ainsi que son entourage. Par quelques exemples cliniques, on montre comment les idées bizarres et délirantes et les attitudes affectives anormales dans le cours de la psychothérapie peuvent être comprises dans leurs intentions et significations humaines; *comment à travers cette compréhension même, l'expérience subjective du malade et la maladie se modifient*; comment dans le «transfert», le médecin qui était un persécuteur présumé se change en compagnon de vie, qui ouvre des possibilités nouvelles et des horizons d'expérience et comment enfin dans un tel processus psychothérapeutique le monde intérieur du malade se constitue selon de nouvelles dimensions.

Riassunto

Il presente lavoro è un tentativo di approfondire la nostra conoscenza dei fenomeni schizofrenici, studiandoli dal punto di vista dei rapporti che intercorrono fra il malato e il suo prossimo, la sua famiglia, il suo medico. Le manifestazioni schizofreniche appaiono in questa luce non più semplicemente come sintomi di una singola psiche inferma, ma anche e soprattutto come fenomeni interumani, alla cui genesi ed evoluzione partecipano, non meno dell'ammalato stesso, anche i suoi compagni di vita. Attraverso una serie di esempi clinici viene qui mostrato come ad esempio idee astruse deliranti e bizzarri atteggiamenti affettivi nel corso della psicoterapia possano esser compresi nei loro intenti e significati umani; *come attraverso tale compressione anche l'esperienza soggettiva del malato e*

la malattia stessa si modifichino; come il medico nel «transfert» divenga da presunto persecutore un compagno di vita che apre nuove possibilità e orizzonti di esperienza, e come infine in tale processo psicoterapeutico anche il mondo interiore dell'infermo si costituisca secondo nuove dimensioni.

Summary

The present work is an attempt to improve our knowledge of schizophrenic phenomena by studying them from the standpoint of interpersonal relations. In this way schizophrenic manifestations no longer appear as symptoms of a single sick psyche, but also and above all as interhuman phenomena, to the genesis and evolution of which not only the patient himself contributes but also his fellow-men. By a series of clinical examples we show here how abstruse delusions and bizarre, affective attitudes met with in the course of psychotherapeutics may be understood with regard to their human intentions and significance; *how, with this new comprehension, the subjective experience of the patient and the disease itself are modified*, how the physician changes, in the "transfer", from a supposed persecutor into a fellow-man who opens new possibilities and horizons of experience, and how finally, during such a psychotherapeutic process, the interior world of the patient re-orientates itself in accordance with the new dimensions.

Benedetti, G.: *Psyche* 8, 1 (1954); *Schweiz. med. Wschr.* 84, 36 (1954); *Nervenarzt* 25, 5 (1954). – Bleuler, E.: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen*. Leipzig und Wien 1911. – Boss, M.: *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 42, 1 (1938). – Fromm-Reichmann, F.: *Principles of intensive Psychotherapy*. Chicago 1951. – Jung, C. G.: *Über die Psychologie der Dementia praecox*. Halle 1907. – Klaesi, J.: *Schweiz. Arch. Neur. Psychiat.* 52, 1953 (1943). – Krettemeyer, W.: *Körpergeschehen und Psychose*. Stuttgart 1953. – Lingjaerde, O.: Zitat aus einer noch nicht veröffentlichten Arbeit. – Rosen, J. N.: *Direct Analysis*. New York 1953. – Schultz-Hencke, H.: *Das Problem der Schizophrenie*. Georg Thieme, Stuttgart 1952. – Sechehaye, M.: *La réalisation symbolique*. Bern 1947. – Sullivan, H. S.: *Conceptions of modern Psychiatry*. Washington 1947.