

# ALLGEMEINE ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHISCHE HYGIENE

EINSCHLIESSLICH DER KLINISCHEN  
UND SOZIALEN GRENZGEBIETE  
ORGAN DER ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN  
GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. ROB. SOMMER, GIESSEN

*nr. 437.*



BAND 2

AUGUST 1929

7. HEFT  
(17)

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

Erlebnissen aber überhaupt eine Bedeutung für das Auftreten von Angst im späteren Leben zukommt, so doch nicht dadurch, daß von ihnen als bestimmten unbewußten Inhalten angsterzeugende Kräfte ausgehen, sondern nur in dem Sinne, daß infolge ihrer ungenügenden Verarbeitung eine leichtere Erschütterbarkeit des Organismus besteht. Die Erschütterung selbst, die Angst, wird immer durch die aktuellen Einwirkungen bedingt.

ERNST SIMMEL:

PSYCHOANALYTISCHE GESICHTSPUNKTE ZUR PSYCHOTHERAPIE DER PSYCHOSE (SCHIZOPHRENIE)<sup>1)</sup>

Der umwälzende Einfluß, den die Psychoanalyse seit Bleuler auf die moderne Psychiatrie ausübt, ist unverkennbar. Abgesehen von den psychoanalytischen Autoren, wie Freud selbst, Jung in seinen früheren Jahren, Abraham, Ferenczi, Nunberg, Schilder, Stärke u. a., beweisen auch die Arbeiten von Kretschmer und Speer, daß das schizophrene Zustandsbild nicht mehr schlechthin als ein sinnloses Zerfallsprodukt der menschlichen Persönlichkeit aufgefaßt werden darf, sondern als eine im Anschluß an ein Trauma krankhaft veränderte psychische Reaktionsweise des Individuums, der unter einem psychoanalytischen Aspekt psychotherapeutisch beizukommen als hoffnungsvolles Beginnen erscheint.

Wenn wir nämlich in der Schizophrenie genau wie bei den Neurosen eine veränderte Relation zur Umwelt (Realität) auf Grund einer gestörten Relation zur Innenwelt (d. h. den unvollkommen verdrängten infantilen Wunschregungen, den Triebansprüchen des Es, der „Psychischen Realität“) sehen, gelangen wir zu vermehrten, psychoanalytisch, d. h. ätiologisch vertieften Möglichkeiten für eine psychotherapeutische Indikation bei dieser Psychose.

Die Psychoanalyse ist allerdings noch vorläufig weit davon entfernt, bereits eine fertige Psychotherapie der Schizophrenien liefern zu können. Einstweilen bietet sie uns jedoch die hierzu unerläßliche Vorbedingung, nämlich einen weitgehenden Einblick in ihre Psychogenese.

Es ist mir natürlich bekannt, daß nicht selten schizophrene Krankheitsbilder ihrem Verlauf nach die Annahme eines somatogenen Ursprungs nahelegen. Doch scheinen mir Feststellungen nach dieser Richtung hin vorläufig nicht zulässig, solange nicht alle akzidentiellen Faktoren auch während des Behandlungsprozesses, d. h. dessen etwaige psychotraumatische Rückwirkungen

<sup>1)</sup> Nach einem Vortrag, gehalten auf dem IV. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie. S. Hirzel, Leipzig 1929.

mit in Rechnung gestellt werden können. Außerdem dürfte gerade beim Krankheitsgeschehen der Schizophrenie ein *Circulus vitiosus* bestehen, d. h., daß psychische Alterationen – wovon noch später die Rede sein wird – ins Somatische übergehen und umgekehrt, daß in Abänderung psychobiologischer Abläufe Störungen am Erfolgsorgan des Psychischen entstehen, am endokrinen System im Zusammenhang mit dem sympathischen und parasympathischen Nervensystem mit ihren konsekutiven Auswirkungen ins Organische. – Jung hat schon vor 15 Jahren die Meinung vertreten, daß somatische Veränderungen bei Schizophrenen sekundärer Natur sein dürften. Den Psychoanalytiker wird ein derartiges psychophysisches Wechselspiel bei der Schizophrenie am wenigsten wundernehmen, da er die immanente Quelle ihrer Verlauferscheinungen in einem spezifisch pathologisch abgeänderten Tribschicksale sieht. Und gerade im Trieb – um eine Formulierung Schilders zu gebrauchen – verknüpft sich Leib und Seele. Mögen also von der organologischen Forschung her noch weitgehende Funde für den schizophrenen Krankheitsprozeß – auch im Sinne der Kretschmerschen Konstitutionstypen – zu erwarten sein, so entbinden sie uns doch nicht von der Verpflichtung, den Weg einer konsequenten Psychotherapie zu suchen, solange Aussicht auf eine entsprechende Physiotherapie nicht besteht.

Das Charakteristikum der schizophrenen Reaktionsweise ist nach Freud ein direkter Konflikt zwischen Es und Realität, wobei das Ich – also der manifeste Repräsentant der Person – die Fähigkeit für die Realitätsprüfungsfunktion einbüßt. Der Schizophrene entzieht im Anschluß an eine rezente Versagung der Objektwelt dieser überhaupt einen gewissen Betrag seiner Libidobesetzung. Und auf Grund seiner speziellen narzißtischen Organisation mobilisiert er mit diesem, auf dem Wege der Introversion und Regression, seine nur unvollkommen verdrängt gewesenen frühinfantilen Wunschregungen aus dem Ödipuskonflikt und strebt mit ihnen wieder einer Außenwelt zu, deren materielle Bedeutung er nun verleugnet. Er stellt also direkt infantile Triebansprüche an die Realität. Die so wirt und verwirrend erscheinenden pathologischen Symptomäußerungen des Kranken sind demnach gerade die ihm eigenen, wenn auch unzweckmäßigen Versuche, den mit der Realität bereits aufgegebenen Kontakt wiederherzustellen. Schon diese Erkenntnis: daß die Umwelt ein reaktiver, lebendiger Faktor in dem noch in ständiger Funktion befindlichen Krankheitsprozeß bleibt, mahnt uns, auch das Milieu des Kranken, d. h. das Anstaltsleben, in höherem Maße als bisher auf seine psychischen Rückwirkungsmöglichkeiten hin zu beachten.

Unter diesem Gesichtspunkt erscheint das heute noch vorherrschende Prinzip der großen Heil- und Pflegeanstalten, die Geisteskranke in großen

Massen beherbergen, als durchaus unzweckmäßig. In diesem organisatorischen Prinzip wirkt sich noch, wenn auch latent, eine antiquierte Auffassung aus, nach der das „Irresein“ als völlige Sinnlosigkeit einer irgendwie sinnvollen Psychotherapie unzugänglich erschien. Nur eine solche Auffassung macht es erklärlich, daß man diesen großen Konzentrationslagern von Kranken so überaus wenig Ärzte zubilligt. In einer unserer schönsten, hygienisch vorbildlich eingerichteten Anstalt fand ich 8 Ärzte für 2000 Kranke, und im Durchschnitt in der Provinz Brandenburg je einen Arzt für wenigstens 150 Psychotiker. Es ist klar, daß bei derartiger Organisation dem Arzt die einfachste Vorbedingung für irgend welche psychotherapeutische – geschweige denn psychoanalytische – Betätigung fehlt, nämlich die Möglichkeit der Verständigung des Einzelnen mit dem Einzelnen auf dem Wege gegenseitiger Mitteilung. – Ist so die Möglichkeit direkter Beeinflussbarkeit der Kranken durch den Arzt gering, so findet eine solche der Patienten untereinander wie durch das Pflegepersonal, d. h. durch all die Personen, die den Geisteskranken ständig umgeben, in weit höherem Maße statt, als wir uns gemeinhin vorstellen. Darum muß auch das interne Gruppierungsprinzip der großen Anstalten, sofern es die Kranken im wesentlichen nur als „Ruhige“ und „Unruhige“ zusammenfaßt, als zweckwidrig erscheinen. Denn dadurch gelangen Kranke mit Affektionen differentester Ätiologie und Prognose in räumliche Gemeinschaft: organisch Geschädigte neben funktionell Kranke, Idioten, Arteriosklerotiker, Paralytiker, Urämiker u. a. neben Süchtige, reaktiv Depressive, Manisch Depressive, Paranoiker und Schizophrene. Kranke, die der Struktur ihrer Krankheit nach nichts miteinander zu tun haben sollten, werden zu jahrelanger Lebensgemeinschaft gezwungen. Denn „ruhig“ können beispielsweise Psychotiker infolge von organisch bedingter Verblödung sein, aber auch Katatone infolge eines negativistischen Mutismus oder auch deswegen, weil sie in Adaption an die Erfordernisse der Anstaltsdisziplin einen beträchtlichen Teil ihres Krankseins zu dissimulieren vermögen. Sicherlich wissen wir mangels individueller Psychotherapie in den Anstalten heute noch viel zu wenig von der Tragweite dieser gegenseitigen psychotraumatischen Einwirkung der Anstaltsinsassen aufeinander. Doch hat kein geringerer als Bleuler schon frühzeitig darauf hingewiesen, daß das Zustandsbild schwerer Schizophrenien häufig das Produkt langjährigen Anstaltsaufenthaltes sein dürfte.

Eine Reihe von Bestrebungen der modernen Psychiatrie bemüht sich hier, sinnvolle Abhilfe zu schaffen. Ich nenne nur die Simonsche Arbeitstherapie und vor allem das Prinzip der Frühentlassung und der offenen Familienfürsorge der Schweizer Schule. Aber auch diese Maßnahmen werden erst ihre volle Auswirkungsmöglichkeit bei den Schizophrenien finden, wenn sie

unter bestimmter Indikation in eine individuelle, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie eingegliedert sind. Dazu bedarf es allerdings einer Reorganisation des Anstaltswesens. Die Kranken dürften nur nach therapeutischer Indikation gruppiert werden. Und dort, wo Psychotherapie angezeigt scheint, sollte die Zahl, die von einem Arzt zu versorgen ist, nicht mehr als zehn betragen. Das Kriterium der Zusammengehörigkeit gerade dieser Psychotiker aber sollte nur von dem Maß ihrer noch restierenden bzw. wiedergewonnenen Realitätsanpassungsfähigkeit abhängig gemacht werden können. Erst so wird es möglich sein, zwischen Krankem und Arzt affektiv gebahnte reaktive Beziehungen herzustellen, die, analog dem Übertragungsverhältnis in der Neurosenanalyse, auch von der intellektuellen Seite her einen therapeutischen Zugang zu psychotischen Krankheitsproduktionen ermöglichen.

Selbstverständlich muß die psychoanalytische Methodik zugunsten ihrer Anwendbarkeit auf die Psychosentherapie entsprechend modifiziert werden. Denn die „psychoanalytische Situation“ ist bei ihr eine grundlegend andere als bei der Neurosenanalyse. Ist hier die Befolgung der psychoanalytischen Grundregel – basierend auf der „freien Assoziation“ des Kranken, der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ des Arztes, im Zusammenhang mit dem dynamischen Ablauf von Übertragung, Widerstand und Wiederholungszwang – das tragende Moment, so kann diese für die Psychosentherapie zunächst keine Geltung haben. Denn beim Psychotiker finden wir bereits einen Zustand mehr oder weniger ausgebildet vor, den wir beim Neurotiker allmählich unter unseren Augen sich entwickeln und auf der Höhe der Übertragung ausgebildet sehen, nämlich den Zustand des von Freud so genannten passageren „affektiven Schwachsinn“. In diesem weist der neurotische Analysand infolge Lockerung der Verdrängungsschranke, unter dem Ansturm seiner Es-Ansprüche, eine Trübung seines Realitätssinnes speziell dem Analytiker gegenüber auf, weil er gerade auf diesen seine infantilen Wunschregungen „überträgt“. Der Psychotiker hat diesen Prozeß bereits vor unserer Behandlung der Objektwelt gegenüber vollzogen. Bei ihm hat die Verdrängungsschranke gegen das Es infolge der Dysfunktion seines Überichs ihre Wirksamkeit eingebüßt. Das Ich, von Es-Abkömmlingen überflutet, erwehrt sich ihrer durch Projektion ihrer „psychischen“ auf die materielle Realität. Mit dieser liegt es jetzt in Wiederbelebung frühinfantiler Wunschphantasien, d. h. „affektiv schwachsinnig“ in Konflikt. Während wir beim Neurotiker Verdrängungen vorübergehend aufzuheben bestrebt sind, um dadurch seinen intrapsychischen Konflikt zwischen Ich und Überich auf dem Wege der Übertragung zu einem extrapsychischen zwischen Ich und Analytiker zu machen, erwächst uns beim Psychotiker die entgegengesetzte Aufgabe, den bereits

automatisch wieder aktualisierten Kindheitskonflikt zwischen Ich und Umwelt in einen intrapsychischen zurückzuverwandeln. Zu diesem Zweck müssen wir dem Kranken durch Identifizierung mit unserer eigenen Person die Wiedergewinnung eines Überichs, die für die Urteilsfunktion unerlässliche seelische Instanz, ermöglichen. Als passageres Ziel einer Psychosenbehandlung muß also eine Situation angestrebt werden, in der es gelingt, alle psychotischen Reaktionen des Kranken zu seiner Umwelt letztlich auf den Beziehungskreis zwischen Patient und Arzt einzuengen. Die Psychose muß gewissermaßen personell lokalisiert werden, damit eine psychologische Situation analog der Übertragungssituation in der Neurosenanalyse entsteht. Diesem intermediären Ziel der Behandlung nahekommen, ist nach meiner Beobachtung nur möglich, wenn der Analytiker im Gegensatz zur Neurosenanalyse sich zuvor konsequent um das Milieu des Kranken bemüht.

Die Technik des „Deutens“ kann in dieser ersten Behandlungsphase kaum eine Rolle spielen. Denn das Deuten dient in erster Linie dazu, verdrängtem Material aus dem Es den Weg ins Ich zu ebnet. Was der Psychotiker aber verdrängt, ist nicht das Es sondern die Außenwelt, die Wirklichkeit, von der er in einem für ihn wesentlichen Punkte enttäuscht wurde. Von ihr weiß er nichts. Von ihr erfährt er aber auch nichts dadurch, daß wir ihm davon erzählen. Sie ist ihm das Unbewußte wie dem Neurotiker die Ansprüche seines Es. Und beide können kein intellektuelles Wissen von dem abgewehrten Material akzeptieren, sofern sie sich nicht durch einen spezifischen Behandlungsprozeß affektiv bis zu der individuellen Konfliktsituation durchgearbeitet haben, d. h. nach Freud bis zu dem „traumatischen Moment, in dem sich dem Ich ein Widerspruch“ aufgedrängt hat, bei der Neurose ein „Widerspruch mit dem Es“, bei der Psychose ein „Widerspruch mit der Realität“.

Dieser Widerspruch, d. h. dieses traumatische Moment, liegt nach meiner Erfahrung für den Schizophrenen in der Pubertätszeit. In dieser Zeit fühlt er unter dem Antrieb physiologischer Geschlechtsreife noch einmal die ihm unbewußte infantile Inzestlibido den realen Elternobjekten zustreben, d. h. psychologisch überdecken hier einander äußere und innere, objektive und psychische Realität. Ein Konflikt in dieser Zeit mit den Eltern oder Elternimages, den materiellen Urbildern des Über-Ichs, kann die Psychose auslösen bzw. den latenten Keim für einen späteren Ausbruch schaffen. Nach meiner Auffassung geht also dem Konflikt zwischen Es und Realität ein Konflikt zwischen Es und Über-Ich voraus. Das Es vernichtet gleichsam durch Einbeziehung des Über-Ichs die von ihm und gegen sich selbst geschaffene Repräsentanz im Ich und erwirbt so eine erste Einbruchsstelle in

die Schranke der Verdängung. Die Disposition<sup>1)</sup> hierzu resultiert aus einer bei mißglückter Bewältigung des infantilen Ödipuskonfliktes erworbenen Störung der libidinösen Organisation. Gemäß dieser Störung regrediert der Schizophrene jetzt auf die seinerzeit traumatisch gewonnenen Fixierungen der einzelnen Entwicklungsstufen, auf das Stadium des Narzissmus und infolge besonders qualifizierter Kränkungen weiter zum Autoerotismus, der sich in immer tiefere Schichten eines prägenitalen Triebanspruches aufsplittert. Der Kranke durchlebt in der Psychose also noch einmal den Zustand seiner ersten Kinderjahre.

Wie die Verhältnisse in den großen geschlossenen Anstalten aber liegen, wiederholt im Interesse der Disziplin an ihm das Pflegepersonal dieselben Erziehungsmechanismen, das will sagen, dieselben narzißtischen Kränkungen, die schon einmal seine natürlichen Pfleger in der Kinderzeit, nämlich Eltern, Kinderfrauen usw., ebenso bona fide und ahnungslos begangen haben. In dem allgemeinen Anstaltsmilieu, in dem der Kranke in seinen phantastischen Beziehungen zu seiner Umgebung sich nicht verstanden fühlt, in dem seine Affektäußerungen ebenso wie in der Kinderstube als Störung gewertet werden, kann z. B. eine Isolierung als Strafe der Einspernung empfunden werden. Die fortgesetzte emotionelle Erfahrung des Sich-nicht-verständlich-machen-Könnens, die Enttäuschung des Gestraftwerdens, die einen immer erneuten Liebesentzug bedeutet, kann schließlich zum Erlöschen der zeitlich jüngeren Erwerbungen der Person, d. h. ihrer intellektuellen Annäherungsversuche an die Umwelt führen. Dadurch kann der Kranke in eine geistige Verfassung geraten, die fälschlich als eine Demenz angesehen wird. In Wirklichkeit regrediert er damit noch weiter auf jenes ganz frühe Stadium, in dem ihm noch kein Denken, d. h. keine Wortvorstellungen zur Verfügung standen, als er noch seine gesamte Leiblichkeit brauchte, um seinen Wunsch nach Bedürfnisbefriedigung, d. h. nach Triebentspannung am Objekt zum Ausdruck bringen zu können. Verweigerung der Nahrungsaufnahme, unzeitgemäße Entleerungen oder Verhaltungen von Urin und Kot, Versuche mit Kot zu schmieren, ihn zu essen, spucken, onanieren sind Wiederholungen der autoerotisch getönten Akte des Kindes der ersten zwei Lebensjahre, zum Zwecke körperlicher Abfuhr von Affekten der Liebe und des Hasses bzw. zur pantomimischen Darstellung von seelischen Inhalten überhaupt. Das Kind lebt hier noch im Verhältnis zur Wirklichkeit auf der Stufe, die

<sup>1)</sup> Ueberdies bedarf es natürlich noch eingehender Untersuchungen, deren Fortführung sich in diesem Zusammenhang erbringt. Neben der Regression auf primitivste Fixierungsstufen dürfte für die Schizophrenie eine spezifische Komplizierung des Identifizierungsprozesses am Abschluß der Ödipuszeit mit einer mißlungenen Desexualisierung der Elternobjektvorstellung und Störung der Latenzzeit maßgeblich sein.

Ferenczis wichtige Arbeit<sup>1)</sup> feststellt: im Stadium der „Allmacht mit Hilfe magischer Gebärden“, in dem es an sich, am eigenen Körper seine auf die Außenwelt bezüglichen Wünsche darstellt.

Diesen Vorgang konnte ich an einem Kranken studieren, der durch Exhibieren und Onanieren einen Vorgang der Kindheit wiederholte, der ihm seinerzeit helfen sollte, seine infantile Kastrationsangst zu bewältigen. Er mußte sich und anderen beweisen, daß er nicht kastriert sei. Das Zeigen des Penis sollte als magische Gebärde auch den Penis der Mutter sichtbar werden lassen, damit die Tatsache der Geschlechtsunterschiede und also auch einer Kastrationsmöglichkeit damit hinfällig werden sollte. Der Kranke gerät wieder in die „Periode der magisch-halluzinatorischen Allmacht“, in der sofort mit dem Entstehen von Bedürfnis und Wunsch eine Erfüllung derselben durch die Pflegeperson eintrat, also die Assoziation entstand: das Bedürfnis regelt die Befriedigung. So kann eine Geisteskrankte abstinieren, um die Fütterung zu erzwingen, das andere Mal um ihren Haß gegen die Ernährerin zum Ausdruck zu bringen, d. h. gegen die Pflegeperson, die sie wie die Mutter zur Reinlichkeitsgewöhnung zwingt. Reinlichkeitserziehung aber hatte hier den Sinn: durch erzwungene Entleerung den Kot hergeben zu müssen, der für sie die Bedeutung des durch Selbstbefruchtung (Koprophagie) entstandenen vom Vater vergeblich gewünschten Kindes hatte. Der Kranke ist also in der Anstalt vollkommen von den Imagines seiner Kindheit umgeben.

Daß hier der Pfleger alles, aber auch alles falsch machen kann, wird verständlich, wenn wir bedenken, daß das Kind gerade dann, wenn es sich in seinen Liebesbeziehungen zum Objekt enttäuscht sieht, auf Grund seiner stets bereit liegenden Ambivalenz unmittelbar in eine Haßbeziehung zu diesem gerät. Dadurch entwickelt sich bei ihm zuweilen eine sado-masochistische Gefühlsrelation zur Pflegerin. Nur als Beispiel erwähne ich die Tatsache, daß sich ein Kind z. B. einnäßt, schmutzig macht, weil es den Kausalnexus: schmutzig machen, gereinigt, d. h. geliebt werden – empfindet. Sein sich Beschmutzen wird also zu einem direkten Liebesbeweis für die Pflegeperson. Wenn nun das Kind, was vorkommen soll, statt Liebe Hiebe empfängt, so gibt das den Boden für seine masochistische Objektbeziehung, um derentwillen das Kind unrein wird, d. h. einen analen Trotz entwickelt, um geprügelt zu werden. Übertragen wir diese Erkenntnis auf das Anstaltsmilieu, so werden wir ganz unvoreingenommen die Tatsache verständlich finden, daß der Pfleger auf die Provokationen seines Patienten hereinfließen und vom Geisteskranken direkt zu einem groben Verhalten, zuweilen auch zu Schlägen genötigt werden kann. Ebenso habe ich die Beobachtung gemacht, daß die

<sup>1)</sup> „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes“ in „Bausteine zur Psychoanalyse“, Bd. 1.

schon vorher erwähnte Isolierung, als infantile Strafmaßnahme aufgefaßt, im Dienste der Neutralisierung eines untragbaren Schuldgefühls vom Kranken direkt provoziert und masochistisch ausgenutzt werden kann. Sehr sinnfällig sah ich das bei einem Patienten, den ich wegen seiner Aggressivität vorübergehend isolieren mußte. Sein Tobsuchtszustand erwies sich hernach als symbolische Darstellung seiner aktiven, sadistischen Kastrationsgelüste, die Internierung lieferte dazu das passiv masochistische Gegenstück. Während er vor diesem Tobsuchtszustand längere Zeit frei von Onanie war, begann er in der Zelle, von Schuldgefühlen befreit, sofort wieder zu onanieren, unter der lustvollen Phantasie, auf den Penis geschlagen zu werden.

Allgemein zusammenfassend möchte ich sagen: das Verhalten des schizophrenen Psychotikers stellt ein durch den Motor des Wiederholungszwanges im Gange gehaltenes Agieren dar, das ein mit dem infantilen Inzesttrieb vergesellschaftetes Übermaß von Angst (Kastrations-, Deflorations-, Liebesentzug-angst<sup>1)</sup>) zur Entspannung zu bringen sucht. Diese Angst wird immer aufs neue im Anschluß an die auf die Außenwelt direkt bezogenen infantilen Wunschregungen entfaltet. So wird die Angst auch zur Triebfeder der Aggressionen. Denn der Kranke sucht die Gefahrobjekte, die er durch seinen Projektionsprozeß in der Außenwelt oder halluzinatorisch wahrnimmt, extrapsychisch, d. h. außerhalb seiner Person, seines Ichs, zu beseitigen, da er sich ihrer nicht intrapsychisch erwehren, d. h. sie nicht „verdrängen“ kann.

Eine Kompromißleistung aus Abwehr und libidinöser Hinneigung zu den Menschen der Umwelt scheint mir die vom Psychotiker geschaffene eigene Symbolik. Wie der Neurotiker und Träumer Abkömmlinge seines Es, die sich einen Durchbruch durch die Verdrängungsschranke erzwungen haben, abwehrt und doch gleichzeitig akzeptiert, wenn er sie nur in der Verhüllung des Symbols wahrzunehmen braucht, so wehrt sich der Psychotiker gegen Bestandteile der Realität, indem er sie gleichfalls nur in symbolischer Verkleidung erkennt. So sah ich eine Schizophrene, die beim Besuch ihres Vaters sich vollkommen stumpf und negativistisch verhielt, durch keinerlei Anzeichen verriet, daß sie ihn erkannte, aber sehr bald danach in einem Affektausbruch mit allerlei unflätigen Redensarten verlangte, vom Kaiser koitiert zu werden. Durch das Mittel solcher symbolischen Verschiebung suchte also die Kranke doch wieder mit ihrer Libido aus ihrer halluzinatorisch narzißtischen Eingrenzung in die Außenwelt zurückzukehren. Diese die Wunschphantasien des Psychotikers bevölkernde Welt der Imagines ist also eine Symbolschicht, die einer Isolierschicht von der Realität gleichkommt, gleichzeitig aber oft den letzten noch an ihr haftenden Kitt der Person dar-

<sup>1)</sup> cf. dazu Freud, Hemmung, Symptom und Angst.

stellt. Es ist darum ohne weiteres begreiflich, daß es kontraindiziert sein kann, dem Kranken durch irgend welche vorzeitige Deutungsmanipulationen eine solche Phantasiewelt entzaubern zu wollen. Die Folge kann ein Angstausbruch und im Gefolge davon eine noch weitergehende Ablösung von der Außenwelt sein. So war mir die Qual einer schweren Schizophrenen nur zu verständlich, die einer Pflegerin, die versuchte, ihr gewisse symbolische Inhalte zu vermitteln, in einem Wutausbruch zuschrie: „Du trittst mir immer in meine Idee!“

Ein solcher Aufschrei eines Geisteskranken mahnt uns, die deskriptive Bedeutung der Vorstellungs- und Aktionswelt unserer Kranken nicht isoliert, sondern nur im Zusammenhang mit einer besonderen Berücksichtigung ihrer Affektökonomie therapeutisch zu verwerten. Denn der Affekt, der im Zusammenhang mit einer Vorstellung oder Wahrnehmung beim Psychotiker ausgelöst wird, ist immer irgendwie ein Derivat der Angst, und Angst ist der psychobiologische Bereitschaftszustand zur Abwehr einer Bedrohung der physischen oder psychischen Kohärenz des Individuums. Eine Affektäußerung ist also stets das Signal aktueller seelischer Not. Ein Notsignal aber darf man nicht beseitigen, ehe man seine ursächliche Bedingtheit zweckmäßig behandelt hat. Hierfür scheint mir die Anwendung der alten Psychokatharsis in modifizierter Form von Wert. Ich halte es für notwendig, den Affektausbrüchen des Kranken, besonders denen mit destruktiver Tendenz, zuweilen adäquate Abfuhrmöglichkeiten zu eröffnen. Denn offenkundig sucht bei ihnen der Affekt, weil er sich mit einer Vorstellung vom Objekt nicht verbinden kann, statt dessen das Objekt selbst. Wir müssen also auch das affektive Agieren des Psychotikers als Restitutionsversuch im Sinne einer Wiederherstellung des Kontaktes mit der Umwelt ansehen. Nach gewissen Vorversuchen, die ich seinerzeit im Kriege in meinem Lazarett gemacht habe, halte ich es für möglich, dem Kranken statt des in solchen Situationen gefährdenden Arztes oder Pflegers ein Phantom zur Verfügung stellen zu können. Erst in einem vorgerückten Stadium der Behandlung kann die ärztliche Einwirkung darauf hinzielen, dem Patienten eine intellektuelle Bewältigung, d. h. Beherrschung seiner aggressiven Impulse aufzuerlegen.

Auch die vorzeitige pharmako-dynamische Abdrosselung von Affekten kann sich meines Erachtens deletär für den Kranken auswirken. Wenn wir nämlich die Freudsche Erkenntnis aus der Hysterielehre in Rechnung ziehen, daß eine einer intellektuellen Bewältigung entzogene Affektenergie, die an adäquater außenmotorischer Abfuhr gehemmt wird, in die „innere Motorik“, d. h. in den Organismus des Individuums einzubrechen genötigt ist, so werden wir begreifen, daß sadistische Triebregerung auf diesem Wege eine Rückwendung auf den Organismus des Kranken selbst erfahren kann. Wir

inaugurieren also mit einem pharmakotechnischen Eingriff, der nichts weiter bestrebt, als einen Affektausbruch unter allen Umständen zu verhindern, nichts mehr und nichts weniger, als daß wir den Verdrängungsprozeß, den der Patient auf Grund seiner psychotischen Struktur psychisch nicht leisten kann, somatisch erzwingen. Der dem Affektbetrag innewohnenden libidinösen Energie mit destruierender Tendenz wird so der Weg in das Körper-Ich gebahnt, wo er, in ähnlicher Weise geleitet wie bei der Hysterie – in symbolischer Ausnützung – in der Körper-(Organ-)Realität, d. h. in der subjektiven Umwelt die Befriedigung sucht, die ihm in der objektiven Umwelt der Realität benommen ist.

Auf diesem Wege kann allerdings die Realität für den Patienten wieder entzaubert werden, da der Konflikt von außen wieder in die Person selbst zurückverlegt ist, nur daß der Konflikt zwischen Es und Objektrealität zu einem Konflikt zwischen Es und individueller Körperrealität geworden ist.

Hierin mag psychologisch die Ursache für das uns allen wohlbekannte Phänomen liegen, daß Schizophrene durch interkurrente Krankheiten vorübergehend normalisiert werden. Diese Erfahrung hat ja eine neue Ära der Psychosentherapie eingeleitet, die durch Injektionen von Pyrifin, Sulfosin, Nukleogen u. a. künstliche Krankheiten zu erzeugen sucht. Eine derartige artifizielle Umschaltung vom Psychischen ins Physische wird sich aber erst dann sinnvoll auswirken und von dauerndem Nutzen sein, wenn wir auch sie planmäßig in unsere psychotherapeutischen Indikationen einkalkulieren und die Phase der seelischen Entlastung sofort für den eigentlich psychoanalytischen Prozeß zur Herstellung einer geeigneten Übertragung ausnutzen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Orientierung unseres psychotherapeutischen Heilplans sich aufbauen muß auf der Kenntnis von der infantilen Verhaltensweise des Schizophrenen. Sein triebhaftes Agieren unter halluzinatorischer Einbeziehung der Objektwelt entspricht dem Bestreben des Kindes, aus Mangel an adäquaten Ausdrucksmitteln, auf dem Wege primitivster Selbstdarstellung, Liebe bzw. Lustbezug von seinen Pflegepersonen zu erlangen. Es fühlt sich von seiner Umgebung verstanden, sofern deren Verhalten ihm ein gewisses libidinöses Gleichgewicht vermittelt. Verstanden und geliebt werden wollen ist also hier noch eins. Und erst im Austausch gegen Liebe ist das Kind wie auch der Schizophrene zur Anpassung an das Realitätsprinzip, d. h. zum Triebverzicht bereit. Durch das einem Liebesäquivalent gleichkommende Verständnis der Anstaltsumwelt, das sich in ihrem reaktiven Verhalten spiegelt, muß auch der Geisteskranke sich schließlich selbst verstehen lernen.

In der Psychotherapie der Psychose hat also der Pfleger eine ganz besondere Mission. Doch soll er keineswegs mit behandeln; er hat nur die

Aufgabe, sich richtig zu verhalten. Die Fähigkeit hierzu gewinnt er durch das Wissen um den großen individuellen Konflikt, den sein Pflegebefohlener mit den unvollkommenen Mitteln einer frühkindlichen Psyche zu bewältigen sucht. Der Pfleger muß wissen, welche Übertragungsbedeutung ihm selbst von dem Patienten in diesem Konflikt auferlegt wird, und muß unter Leitung des psychoanalytisch geschulten Arztes vermeiden lernen, die traumatische Wirkung solcher Konfliktssituation durch eigenes unzuweckmäßiges Verhalten noch zu steigern. Dadurch, daß der Arzt aber alle Wahrnehmungen des Pflegepersonals in seiner therapeutischen Beschäftigung mit dem Patienten ausnützt, wird der Kranke immer mehr empfinden, daß alle Personen, die ihn als Anstaltsrealität umgeben, gewissermaßen nur Sinnes- und Ausführungsorgane des Analytikers selber sind. Auf ihn dürften sich schließlich seine affektiven Beziehungen konzentrieren, so daß eine konsequente „psychoanalytische Situation“ herstellbar erscheint. Der ganze Übertragungszauber, den der Psychotiker um sich her verbreitet hat, weil sich in ihm die Grenzen zwischen Ich und Es im gleichen Ausmaß wie zwischen Ich und Realität mehr und mehr verwischt haben, wird sich auf den Beziehungskreis „Analytiker – Analysand“ einengen. Dadurch, daß der Analytiker der verstehende wie der gewährende, aber auch versagende allen primärnarzißtischen Libidoansprüchen des Kranken gegenüber ist, dürfte das psychotische Ich an ihm seine Orientierung zur Realität zurückgewinnen. Denn das in der Außenwelt jetzt nicht realisierbare Maß von Es-Ansprüchen wird aufs Ich zurückgewandt, dieses von neuem zur Strukturierung, d. h. zum Wiederaufbau des Über-Ichs nötigen, in Anlehnung an das rezente Ideal-Ich des Therapeuten. Mit der dadurch wieder erwachenden Urteilsfunktion ist so die Möglichkeit gegeben, Angst und Schuld, die Ursachen des einstmaligen Persönlichkeitszerfalls, nicht mehr extrapsychisch, sondern intrapsychisch zu bewältigen. Durch den jetzt wieder wirksam werdenden Schutz, den das Über-Ich nach innen gegen das Es bedeutet, wird dem Ich die Auseinandersetzung nach außen mit der Objektwelt, d. h. die Realitätsprüfung ermöglicht. Im Zusammenhang mit ihr stellt sich auch die Krankheitseinsicht wieder her, deren weitgehendes Fehlen für die Psychose ja charakteristisch ist.

Allerdings weiß ich aus Erfahrung, daß wir in schweren Phasen der Behandlung uns passager die Aufhebung dieser Krankheitseinsicht immer wieder gefallen lassen müssen. Das sind Phasen, in denen, ähnlich wie in der Psychoanalyse der Neurosen, der Kranke scheinbare Verschlimmerungen erleidet. In Wirklichkeit kann, wie wir wissen, die Krankheitseinsicht beim Schizophrenen partiell vorhanden sein, ganz schwinden und auch wiederkehren, nämlich immer dann, wenn im Widerstand gegen aufkommende

Schuldgefühle Krankheitseinsicht diese verdecken hilft. Während sich bei den Neurosen in solchen Phasen der Kranke nur selber schlechter fühlt, müssen wir erleben, daß beim Psychotiker in solchen Phasen die Angehörigen gegen uns eine bedrohliche Stellung einnehmen, weil sie in diesen Reaktionen eine wirkliche Verschlimmerung des Krankheitszustandes befürchten. Hier liegt auch ein Teil der Ursache, aus der man annehmen könnte, daß die Psychoanalyse bei Schizophrenie ein Kunstfehler sei.

Gewiß müssen wir heute noch sehr vorsichtig mit der Indikationsstellung für eine psychoanalytische Behandlungsmethode für diese Psychose sein. Denn noch haben wir in unseren Anstalten, wie eingangs erwähnt, äußerlich nicht die genügenden Vorbedingungen für unsere Therapie. Es sollte sich an die Psychoanalyse von Schizophrenen auch nur der wagen, der eine eingehende und jahrelange Erfahrung an konsequent durchgeführten Psychoanalysen schwerer Neurosen erworben hat. Solange aber genannte Vorbedingungen nicht geschaffen sind, sollten wir nur Schizophrene in Behandlung nehmen, deren Persönlichkeit noch ein solches Maß von Realitätsbeziehung aufweist, die von vornherein die Haupteinstellung zu einer Person, d. h. dem behandelnden Arzt, zuläßt. Und auch in der psychoanalytischen Behandlung solcher Kranker müssen wir darauf gefaßt sein, daß wir noch durch ganz unbetretene Wege der Seelentherapie gehen müssen, daß uns auf diesem Wege Gefahren für die kranke Persönlichkeit wie Gefahren für uns selbst erwarten, daß aber, wenn wir alle Kautelen, von denen ich vorhin sprach, berücksichtigen, wir die verwirrenden Emanationen auf diesem Wege nicht zu fürchten brauchen, da uns auch auf neuen Wegen der Psychotherapie ein sicherer Kompaß führt – nämlich Freuds Libidotheorie.