

Der psychotische Mensch in der Psychotherapie*.

Von

FRIEDRICH MAUZ,

(Eingegangen am 20. Mai 1948.)

Wem es einmal gelungen ist, in seinem psychotischen Gegenüber eine versunkene menschliche Gebärde zu wecken oder ein verschüttetes und verwehtes Lächeln emporsteigen zu lassen, der wird davon fast noch mehr beeindruckt sein als von der plötzlichen Aufgeschlossenheit, die ein Insulin- oder Elektroschock hervorrufen kann. Im ersten Fall berührt uns etwas, was nur zu diesem Menschen gehört; im zweiten Fall sehen wir eine Aufgeschlossenheit, die ein merkwürdig gleichförmiges vitales Gestimmtsein ist und zunächst auffallend wenig Individuelles erkennen läßt.

Schon lange vor Einführung der modernen Behandlungsmethoden ist für mich aus frühen Eindrücken der ersten Art die Frage entstanden, ob und wie man durch systematische Weckung und Bahnung des möglichen Gesunden in Gebärde und Ausdruck eine therapeutische Wirkung auf die Psychose entfalten könnte. Ich übergehe so manche mißglückten Versuche, weil sie nur beweisen, daß man oft etwas hundert Mal sehen kann, ehe man es zum allerersten Mal wirklich sieht. Was sich am Ende als das Bleibende und Gültige herauskrystallisiert hat, ist folgendes: je mehr der psychotische Mensch sich in Gebärde und Ausdruck von seinem Menschsein entfernt, desto konsequenter und unabirrbarer müssen wir ihm menschlich begegnen. Da ist zunächst die Regung der Scham, die in der Psychose Gewalt erleidet und von der Umwelt mißachtet wird. Man kann also in vielen Fällen einfach damit beginnen, im Umgang mit dem Kranken jede Verletzung der Scham zu vermeiden und ihm alle Bloßstellungen, die sonst in der Wachsaalsituation üblich sind, zu ersparen. Ob es die körperliche Nacktheit des anderen ist, die man mit einer selbstverständlichen Bewegung bedeckt, oder sonst eines der vielen beschämenden Symptome, das man liebevoll übergeht, immer kommt es darauf an, daß wir täglich dieselbe schonende Bewegung und dasselbe liebevolle Übergehen wiederholen. Mit der Scham verwandt sind gewisse Regungen des Taks und der natürlichen Eitelkeit, die man durch die entwaffnende Selbstverständlichkeit, mit der man sie von seinem Gegenüber erwartet, oft überraschend schnell hervorholen kann.

* ERNST KRETSCHMER zur Vollendung seines 60. Lebensjahres gewidmet.

Sind erst solche einfachen menschlichen Gebärden durch ihr Dasein in der Umwelt des Kranken in seinem eigenen Ausdruck wieder ge-
bahnt, gehen wir dazu über, lösende Gefühle und Gebärden kommen zu lassen. Die Bilder, die wir dazu benutzen, müssen dem individuellen Vorstellungs- und Lebenskreis des Kranken entnommen sein und zu dem persönlichen Schatz jener unschuldigen Freuden gehören, die von einer gewissen Sphäre umgeben sind. Am besten greift man dabei auf Bilder aus der frühen Kindheit zurück: ein Kinderlied aus dem Lesebuch, die Fronleichnamsprozession, der Sonnabend-Abend im Familienkreis, der Gang mit dem Vater über das Feld, der Weihnachtsabend, das Karussel und die Luftballons, der „Fluß im Morgenstrahl“, die stille Weichheit eines Regentags und ähnliches mehr.

Praktisch spielt sich das Ganze so ab, daß uns der Kranke in einem persönlich gehaltenen Raum in seiner eigenen Kleidung gegenüber-
sitzt und von uns mit einem zu ihm passenden Bild angesprochen wird. Häufig ist es bei den ersten Malen nicht viel mehr als ein Selbstgespräch des Arztes in Gegenwart des Kranken. Das hat den Vorteil, daß wir ganz von selbst auf jede Veräußerlichung verzichten und uns völlig auf das innere Bild einstellen können. Es genügt ja nicht, daß wir vor dem Kranken das Bild irgendeiner Fronleichnamsprozession entstehen lassen, irgendein „Abendrot entzünden“ oder irgendwelche „Nachti-
gallen schlagen“ lassen. Nur wenn ich *seine* Fronleichnamsprozession, *sein* Abendrot und *seine* Nachti-
gallen mit *seinen* Worten zum Bilde werden lasse, erleben wir — sei es beim ersten oder beim zehnten Mal —, daß in einer fast zauberhaften Lebendigkeit das versunkene Bild empor-
steigt und zu etwas Wirklichem und Wirksamen wird. Wer ein solches Zurückholen lösender Bilder in das krankhaft veränderte Ich miterlebt, beobachtet etwa folgendes: sobald das Angesprochenwerden im Kran-
ken eingesetzt hat, sieht man, wie etwas in ihm zuhört und wie es in ihm arbeitet. Meist kommt es dann vorübergehend zu einer Verstärkung des psychotischen Ausdrucks und zu beschwörenden oder abwehrenden Bewegungen, die eindeutig gegen den, der dieses Angesprochensein auslöst, gerichtet sind. Als Nächstes sind dann die vegetativen Vor-
boten des emporsteigenden Bildes zu sehen: die Augen füllen sich mit Tränen, eine leichte Röte überzieht das Gesicht, dessen Ausdruck nun schon das nahe Kommen eines erlösenden Vorgangs erkennen läßt. Es kommt dann zuletzt nicht darauf an, ob das Bild mit einem freudigen Ausbruch, mit einem wehmütigen und schmerzlichen Lächeln oder mit einer weichen, erinnernden Gebärde empfangen wird; wesent-
lich ist allein, daß nunmehr in der menschlichen Begegnung mit dem Arzt ein ganz persönliches frühes Bild aus dem Bereich der reinen lösenden Gefühle wirklich und wirksam geworden ist.

Methodisch ist zu bemerken, daß beim Aufbauen eines derartigen Bildes alles Laute, Aufdringliche und Grelle vermieden werden muß. Der Arzt muß sich selbst in einen Zustand natürlicher Gelöstheit versetzen und gleichsam im Selbstgespräch mehr nach Art des freien Einfalls in unmittelbarster Anschaulichkeit jedes noch so leise und unscheinbare Ding aus der Sphäre einer unschuldigen Freude seines Gegenüber zum Bild werden lassen. Dabei darf die eigene Freude am Bild ruhig etwas anklingen. Wesentlich scheint mir auch, daß die Bilder zeitlich undatiert aufgebaut werden, weil ihre Wirkung offensichtlich garnicht darauf beruht, daß Vergangenes erinnert wird, sondern daß eine Wirklichkeit erlebt wird, die aus nichts als Vertrautheit, Geborgenheit und Unschuld besteht und infolgedessen gar kein Neinsagen zum Leben auslösen kann. Diese Geborgenheit und Gelöstheit ist vegetativ und geistig zugleich und in dieser Einheit dazu geschaffen, eine neue Person hervorzubringen, deren Selbstbewußtwerden nicht bedroht und gefährdet ist.

Ich habe schon betont, daß man bei der Wahl der Bilder und Worte wie überhaupt beim Ansprechen des möglichen Gesunden sich garnicht individuell genug einstellen kann. Um so überpersönlicher müssen wir aber vorgehen, wenn aus dem ersten neuen Selbstbewußtwerden eine neue Welt aufgebaut werden soll. Wir überspringen dann gleichsam das Private und entrücken es in die Sphäre überpersönlicher Erkenntnisse und Wahrheiten, in die teils spontan, teils von uns gelenkt Triebe- und Wunschphantasien einfließen, die in enger Verbindung mit den neuen Bildern entstanden und geformt worden sind.

Eine so geartete psychotherapeutische Begegnung verlangt, daß wir dem Kranken niemals — auch nicht anfangs — *nur* beobachtend, beschreibend und analysierend gegenüberstehen, sondern uns gleichzeitig mit dem menschlichen Wert unseres psychotischen Gegenüber identifizieren. Dieses Wissen, daß auch der Psychotiker ein Mensch ist wie Du und ich, bildet den unveränderlichen stabilen Hintergrund für unser diagnostisches und therapeutisches Handeln, das auf diese Weise immer ein Miteinander und nie ein Nacheinander ist. Praktisch wirkt sich das so aus, daß wir nicht nur das Krankhafte analysieren und in klaren und mittelbaren Begriffen auszudrücken versuchen; wir bemühen uns gleichzeitig auch, das mögliche Gesunde zu erkennen, zu beschreiben und in irgendeiner Form anzusprechen. Dabei zeigt sich, nebenbei gesagt, wie wenig wir geübt sind, einen Befund in der Richtung auf das Gesunde hin zu erheben.

Für die Diagnose bedeutet diese Auffassung, daß es einen „alltäglichen“ Fall nicht gibt. Wenn wir auch seit BLEULER wissen, daß die Symptomatologie der Schizophrenien unendlich häufig eine „sekundäre, in gewissem Sinne zufällige“ ist und „meist nicht direkt von der

„Krankheit“ abhängt, so bleibt es doch in jedem Fall ein Erlebnis, wenn gerade das, was die „große Verrücktheit“ ausmacht, in der einfachen menschlichen Begegnung abgebaut werden kann. Wo das von vornherein unmöglich ist, wie z. B. beim epileptischen Dämmerzustand und bei schwersten verworrenen Manien muß dem Kranken durch Elektroschock bzw. Avertindämmerschlaf das Verbleiben in der „Verrücktheit“ erspart werden. In allen anderen Fällen sollte — auch um der Diagnose willen — zuerst versucht werden, nicht nur das, was den psychotischen Menschen von uns trennt, festzustellen und zu beschreiben, sondern auch das Gemeinsame zwischen ihm und uns zu erkennen und anzusprechen. Das Gelingen dieses Vorhabens hängt von einer grundsätzlichen Wandlung der ärztlichen und pflegerischen Einstellung ab. Wir müssen wissen, daß wir mit den üblichen Methoden der psychiatrischen Exploration, der ärztlichen Visite und der „Einschließung“ oft geradezu psychotische Arbeit geleistet haben. Dies im einzelnen auszuführen, gehört nicht hierher. Darauf aufmerksam zu machen, ist aber in diesem Zusammenhang nicht zu umgehen.

Erst wenn wir das Trennende (also das Psychotische) in klaren Begriffen festgehalten und das Gemeinsame und die Möglichkeiten des Werdens im anderen erkannt und angesprochen haben, sollten die körperlichen Behandlungsmethoden, soweit es notwendig ist, angewandt werden. Früher habe ich die Ausgestaltung und Weiterführung der menschlichen Begegnung zu einem Wirklich- und Wirksamwerden lösender Bilder in erster Linie im sog. „frischen Prozeßnachstadium“ angefangen. Heute können wir sehr viel häufiger und in kürzerer Frist als früher mit der Insulin- und Elektroschockbehandlung ein dem „frischen Prozeßnachstadium“ sehr ähnliches klinisches Zustandsbild bekommen, das zwischen „Ungestimmtheit“ und auffallend gleichförmig vitalem Gestimmtsein schwankt. Ohne Psychotherapie ist das, was aus diesem reichlich unpersönlichen Gestimmtsein wird, etwas Zufälliges und Uneinheitliches. Soweit einem solchen Gestimmtsein eine eigene Dynamik innewohnt, kommt sie nur bei den SCHNEIDERschen „Vitaldepressionen“ zur Geltung. Bei den schizophrenen Psychosen dagegen ist der Verlust des psychotischen Ausdrucks nach einer erfolgreichen Insulin- oder Elektroschockbehandlung zunächst immer noch eine Leere, ein Nichts und kein Neues. Die körperlichen Behandlungsmethoden entheben uns also nicht einer Psychotherapie der Psychosen, sondern verlangen mehr denn je, eine psychotherapeutische Begegnung zu entfalten und zu gestalten. Unsere Heilanstalten könnten auf diese Weise weit mehr als mit der besten Arbeitstherapie allein ein völlig anderes Gepräge bekommen. Solange aber daran festgehalten wird, daß in den Anstalten auf 150—200 Kranke ein Arzt kommt, wird die Anwendung der reinen körperlichen Behandlungsmethoden das Höchst-

maß an therapeutischen Möglichkeiten bedeuten. Man kann nicht täglich um dieselbe Zeit 20 Min. für den anderen *da sein* und über Gebärde und Ausdruck das mögliche Gesunde bahnen und in natürlicher Gelöstheit Bilder aufbauen, wenn man 200 Kranke zu betreuen hat. Auf dieses tägliche Wiederholen kommt es aber entscheidend an. Bereits im ersten Ansprechen des psychotischen Gegenüber ist ein vegetativer Vorgang, der nach Art der „bedingten Reflexe“ verläuft und ein geistiger Akt menschlicher Gemeinsamkeit miteinander vereint. Beide Vorgänge würden bei nur gelegentlicher Betätigung niemals das entscheidende Angesprochenwerden zur Auslösung bringen. Es hat gar keinen Sinn, im Umgang mit dem Schizophrenen gelegentlich menschlich zu sein. Entweder sind wir es immer, täglich und in jeder Hinsicht oder gar nicht. Sonst kann der Schaden, den wir anrichten, unübersehbar sein. Diese Erfahrung muß denen entgegengehalten werden, die behaupten, die Psychotherapie des psychotischen Menschen ohne Erfolg „versucht“ zu haben.

Literatur.

BINSWANGER, L.: Nervenarzt 8 (1935). — Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Zürich 1943. — BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Im Handbuch der Psychiatrie von ASCHAFFENBURG, Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1911. — BOSS, M.: Z. Neur. 157, 358 (1937). — BRAUNMÜHL, A. v.: Insulinschock und Heilkampf in der Psychiatrie. Ein Leitfaden für die Praxis, 2. Aufl. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1947. — JASPER, KARL: Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Berlin u. Heidelberg, Springer 1946. — KLAESI, J.: Z. Neur. 78, 606 (1922). — KRETSCHMER, ERNST: Dtsch. med. Wschr. 1928. — Z. Neur. 121, 211 (1929). — KUNZ, HANS: Z. Neur. 172 (1941). — PAWLOW, J. P.: Die höchste Nerventätigkeit (das Verhalten) von Tieren, 3. Aufl. München: J. F. Bergmann 1926. — SCHELER, MAX: Vom Umsturz der Werte. Leipzig: Der Neue Geist-Verlag 1923. — Wesen und Form der Sympathie 1926. Bonn: Friedrich Cohen. — Die Stellung des Menschen im Kosmos. Nymphenburger Verlagshandlung 1947. — SCHNEIDER, KURT: Z. Neur. 59, 281 (1920). — SIMMEL, ERNST: Allg. ärztl. Z. Psychother. 2, 437 (1929). — SIMON, HERMANN: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin u. Leipzig: Walter de Gruyter & Co. 1929. — STORCH, ALFRED: Schweiz. Arch. Neur. 59, 330 (1947).

Prof. Dr. FRIEDRICH MAUZ, (24a) Hamburg-Langenhorn 1, Allgem. Krankenhaus.