

Psychotherapie und Psychopathologie*.

Von

ERNST SPEER.

(Eingegangen am 20. Mai 1948.)

Die Psychotherapie ist ihrer Geschichte und ihrem Wesen nach organisch gewachsen auf dem Boden der allgemeinen Psychopathologie. Es galt, das Wesen der Neurose zu ergründen in der Erwartung, daß dabei Wege zur Heilung neurotischer Zustände gefunden würden. CHARCOT, der zuerst sah, daß die Hysterie ihre Formelemente vom Vorstellungsleben her erhielt, und FREUD, der das Kräftespiel aufdeckte, aus dem die Neurose ihr Leben zog, gaben der speziellen Psychopathologie der Neurose die entscheidende Wendung und schufen damit die Vorbedingung der modernen großen und systematischen ärztlichen Psychotherapie.

Damit waren indes die Verbindungswege zur allgemeinen Psychopathologie keineswegs überflüssig geworden: ohne die Grundlage der allgemeinen Psychopathologie ist die Psychopathologie der Neurosen und die ärztliche Psychotherapie nicht denkbar.

Die ärztliche Psychotherapie ist nicht nur durch ein differentialdiagnostisches Interesse an die Psychopathologie gebunden, sie ist ihr vielmehr wesensmäßig verhaftet. Ärzte, die von anderen Disziplinen herkommen als von der Psychiatrie, übersehen diese organisch gewachsene Verbundenheit nur zu leicht, nicht zum Vorteil ihrer Arbeit.

Diese organisch gewachsene Verbundenheit zwischen Psychopathologie und Psychotherapie, die *immer* bestehenbleiben wird, konnte erst sichtbar werden durch jene Forschungsarbeit, welche das „quantitativ verschieden, qualitativ gleich“ (BLEULER) nachwies für alle Erscheinungsbilder, die zu beobachten waren von den Zustandsbildern vollentwickelter schwerster Psychosen an bis hinein in die Charakterzeichnung des unzweifelhaft Gesunden. BLEULER und KRETSCHMER bahnten diesen Weg, der freilich vor ihnen schon manchmal aufleuchtete, so z. B. bei TILING¹. Die Richtigkeit des Geschauten wurde erbittert bestritten. Erst im Mai 1934 gab BUMKE auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie

* ERNST KRETSCHMER zur Vollendung seines 60. Lebensjahres gewidmet.

¹ TILING: Individuelle Geistesart und Geistesstörung, 27. Heft aus Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, bei J. F. Bergmann, Wiesbaden 1904 und „Über die Entwicklung der Wahnideen und der Halluzinationen aus dem normalen Geistesleben“. Festschrift zum 75jährigen Jubiläum der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga von der Städtischen Irren-, Heil- und Pflegeanstalt Rothenberg-Riga, 1897.

(in Münster) zu: „In vieler Hinsicht anders (als bei der Epilepsie) liegen die Dinge bei den Kranken, die im Gesetz unter der Bezeichnung ‚zirkuläres (manisch-depressives) Irresein‘ zusammengefaßt werden. Es ist das ein Ausdruck, den wir ja in letzter Zeit in der rein wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu vermeiden begonnen hatten, weil wir immer mehr leichte, sozial noch unbedenkliche Formen der — wie ich sage — thymopathischen Konstitution kennenlernten und weil schließlich sogar die Übergänge ins Gesunde flüssig geworden waren“. Und in der im Herbst 1936 erschienenen 4. Auflage seines Lehrbuches bekannte BUMKE endlich: „Die schizoiden Persönlichkeiten gebe ich also KRETSCHMER, der hier richtiger gesehen hat als ich, zu. Wenn sich dagegen BLEULER anheischig macht, das Schizoide bei *jedem* Menschen zu finden, so kann ich auch heute nicht mit, denn dann setzt man doch einfach anstatt Mensch Schizoid, ohne eine andere Rechtfertigung, als daß auch beim ausgesprochenen Schizophrenen gewisse allgemein-menschliche Züge erhalten bleiben usw.“

Es ist klar, daß man zuerst glaubte, Abortivformen der beobachteten Psychosen zu finden. In diesem Sinne wies z. B. KRAEPELIN 1913 auf die präpsychotischen Persönlichkeiten schizophrer Geisteskranker hin, hielt aber die beobachteten Merkmale für Auswirkungen der Krankheit, auch wenn sie sich bis in die ersten Lebensjahre zurückverfolgen ließen. Aber schon vor dieser Zeit begann BLEULER, die wahren Zusammenhänge aufzudecken. 1908 schrieb er in diesem Sinne¹: „Wenn man die Verwandten unserer Patienten beobachtet, so findet man oft Eigentümlichkeiten bei ihnen, die qualitativ ganz identisch sind mit denen der Patienten selbst, so daß die Krankheit nur als eine quantitative Steigerung der Anomalien bei Geschwistern und Eltern erscheint.“ 1910 sah BERZE² ähnliches. 1914 fiel MEDOW auf, daß die abnormen Charaktere in der Verwandtschaft schizophrener Geisteskranker durch eine weite Kluft von den offenen Psychosen getrennt seien.

Aber erst KRETSCHMER machte endgültig und unmißverständlich die Linie sichtbar, die vom Gesunden zum Geisteskranken führt und nicht umgekehrt, wie man begreiflicherweise erst glaubte. Er formuliert³: „Wir werden nicht mehr bestimmte Persönlichkeitstypen als psychopathische Abortivformen bestimmter Psychosen, sondern umgekehrt bestimmte Psychosen als Karikatur bestimmter normaler Persönlichkeitstypen betrachten.“

¹ BLEULER: In seiner erst 1911 erschienenen Monographie im Handbuch von ASCHAFFENBURG, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.

² BERZE und das folgende nach BERINGER: *Das Schizoid*. In BUMKES Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 9, spez. Teil 5.

³ KRETSCHMER: *Körperbau und Charakter*, 11. u. 12. Aufl., S. 174. Berlin: Springer 1936.

Damit ist der Beobachter in seiner Blickrichtung grundsätzlich umgestellt. Sah er die Welt bis dahin ausschließlich durch die psychopathologische Brille, so sieht er sie jetzt durch die charakterologische, bzw. konstitutionsbiologische. Beobachtete man vordem vom Geisteskranken her, so versucht man jetzt von der geistesgesunden Persönlichkeit her zu schauen.

Bei dieser Umstellung der Blickrichtung werden die Ergebnisse der psychopathologischen Forschungsarbeit keineswegs übersehen oder in ihrer Bedeutung auch nur im mindesten eingeschränkt. Aber es ergibt sich eine sehr viel klarere Ordnung als früher. Es wird nichts mehr als „psychopathisch“ angesprochen, was es in der Tat nicht ist. Wer also z. B. als Geistesgesunder konstitutionell bedingt ein ausgesprochener „Neinsage-Geist“ ist, läuft nicht mehr Gefahr, als latent Schizophrener mit dem Symptom des Negativismus verkannt zu werden und ein schallloser Hypersensibler muß nicht unter allen Umständen ein schizophrener Präpsychotiker sein.

„Wir bezeichnen als schizoid und cycloid die zwischen krank und gesund fluktuierenden abnormen Persönlichkeiten, die die psychologischen Grundsymptome der schizophrenen und der zirkulären Psychosen in dem leichteren Grade einer Persönlichkeitsspielart widerspiegeln“, schreibt KRETSCHMER¹, dem wir eine klassisch schöne Beschreibung des Schizoids und des Cycloids verdanken.

Damit sind an Stelle der veralteten Konzeption mehr oder minder verschwommener „Psychopathen“-Typen und an die Stelle der unbrauchbaren Vorstellung von dem „Heer der Neurastheniker und Hysteriker“ klar umgrenzte Bilder getreten.

KRETSCHMER blieb aber an der Grenze des psychiatrischen Forschungsgebietes nicht stehen: „Erst wenn wir die gewonnenen Gesichtspunkte ins Normalpsychologische hinein unermüdlich weiterverfolgen, wird das Konstitutionsproblem in der ganzen Weite seines Horizontes sich uns aufrollen. Wir machen mit diesem Hinüberschreiten ins Normalpsychologische keinen Sprung, sondern, indem wir die Beziehungsfäden zwischen Körperbau und seelischer Anlage aus dem Psychotischen heraus Schritt für Schritt in alle Varianten psychopathischer Persönlichkeit hinein weiterspinnen und dadurch den massiven Geistesstörungen als dem ersten Ausgangspunkt unserer Untersuchung immer ferner rücken — stehen wir unversehens mitten unter gesunden Menschen, unter lauter bekannten Gesichtern. Wir erkennen darin als wohlvertraute Prägung dieselben Züge wieder, die wir dort in Verzerrung kennengelernt hatten. Wir finden dieselben Typen des Gesichtsbaues, dieselben Stigmen der körperlichen Verfassung und wir finden, daß hinter derselben äußeren Architektur auch dieselben psychischen Triebkräfte wohnen. Hier als feine sinn-

¹ KRETSCHMER: Körperbau und Charakter, S. 118. Berlin: Springer 1936.

volle Regulative gesunder seelischer Einstellung dieselben Anlagen, die dort das Gleichgewicht heftig durchbrechend, sich vernichten und stören¹.“ So, meint KRETSCHMER, werde man am besten der Enge des psychiatrischen Blickfeldes ledig und lerne das allgemeine Biologische als solches richtig schätzen und einteilen.

Finden wir nun aber im Persönlichkeitsbild des Gesunden als feine Striche der Charakterzeichnung dieselben Merkmale wieder, welche in der vollentwickelten Psychose dick und grob das Bild bestimmen und die den Übergangsformen zwischen gesund und krank unverkennbar ihre Eigenart aufprägen, dann haben wir ärztlichen Psychotherapeuten allen Grund, uns schon allein aus didaktischen Erwägungen heraus auf das sorgfältigste mit den Erscheinungsformen der Psychose bekanntzumachen, bevor wir uns daran begeben, die entsprechenden Merkmale bei unseren Kranken zu verwerten, welche mit ihren Neurosen zu uns kommen. Das Modell, das uns durch die Kenntnis der Psychose vermittelt wird, ist von unschätzbarem Wert für unsere psychotherapeutische Arbeit. Die soeben skizzierten Zusammenhänge beweisen zu allererst die organisch gewachsene Verbundenheit zwischen Psychopathologie und Psychotherapie.

Den Psychotherapeuten interessiert aber dabei keineswegs nur eine gewisse phänomenologische Übereinstimmung zwischen pathologischem Zustandsbild und Charakterbild. Für die psychotherapeutische Arbeit ist noch viel wichtiger das Wissen um die *Dynamik*, welche ihm die neue Blickrichtung vermittelt. Es ist nicht gleichgültig, ob man zu einer Psychotherapie einen Menschen mit einem cycloiden Temperament vor sich hat, der weich und tief schwingungsfähig zwischen heiter und traurig ausschwingt, oder einen hitzigen hypomanischen. Es ist nicht gleichgültig, ob man die komplexe Dynamik eines verschlossenen Schizoiden zu erwarten hat, aus der heraus ein Vulkan explodieren kann, oder das viscöse Temperament eines Athletikers. Weiterhin interessiert uns die *Reaktivität* einer Persönlichkeit, die sich aus dem psychopathologisch vertieften Wissen um die Grundstrukturen der Persönlichkeit ableiten läßt. Denn das Wissen um die Reaktivität einer Persönlichkeit vermittelt dem Psychotherapeuten weitgehend sein Urteil bezüglich der *Formbarkeit* der Persönlichkeit. Deren Diagnose aber gehört zu den Grundlagen jeder Psychotherapie.

Eine weitere grundsätzliche Frage jeder Psychotherapie ist die nach der *Entartungsstufe*, in die man die kranke Persönlichkeit einreihen darf, also nach dem Ort, den der Kranke auf der Entartungslinie einnimmt, welche aus der Mitte völliger Gesundheit heraus hinführt bis zum letzten Katatonen. Sie kann ohne gründlichste psychopathologische Schulung des Psychotherapeuten nicht gelöst werden. Ihre Beantwortung hilft ganz wesentlich die Frage nach der Formbarkeit der

¹ KRETSCHMER: Körperbau und Charakter, S. 173. Berlin: Springer 1936.

kranken Persönlichkeit entscheiden. Wie soll sich da ein Psychotherapeut zurechtfinden, der keine zuverlässigen Vorstellungen hat darüber, was ein Schizoid ist, wie eine Hebephrenie sich entwickelt, wie ganz allgemein eine präpsychotische Persönlichkeit eines Prozeßschizophrenen aussieht, welches Bild dem Erfahrenen eine „durchlöcherte“ Persönlichkeit nach einem schizophrenen Schub oder nach einer sich kaum ablesbar entwickelnden latenten Prozeßschizophrenie bietet, eine Trümmerpersönlichkeit oder eine Restpersönlichkeit schlechthin? Wie soll der psychiatrisch Ungeschulte die oft so schwere Diagnose feinerer Schwachsinngrade stellen oder Teilschwachsinn erkennen? Wie soll er moralischen Schwachsinn und Hochstapelei abtrennen können von ähnlichen Bildern, die sich in der Entwicklung schizophrenen Prozesse anbieten können? Wie endlich ist es ihm möglich, die verschiedenen Formen von Leistungsschwäche zu beurteilen, die oft das einzig greifbare wesentliche Merkmal einer konstitutionell bedingten Leistungsschwäche und damit der Entartung sein können, andererseits aber auch Ausdruck einer schleichenden endogenen Entwicklung oder einer flach verlaufenden Kurve eines zirkulären Depressionszustandes?

Es ist grober Unfug, eine Psychoanalyse anzustellen bei einer Persönlichkeit, die konstitutionell so bestimmt ist, daß eine Entwicklung nicht erwartet werden darf. Ein Teilschwachsinn kann analytisch nicht abgeändert werden. Gegen einen Zwangszustand, der lediglich Ausdruck einer ganz bestimmten Entartungsstufe ist, vermögen noch so gründliche psychotherapeutische Unternehmungen nichts. Eine in der Entwicklung begriffene Prozeßschizophrenie als „Reifungskrisis“ zu verkennen und analytisch zu behandeln, ist ein schwerer Kunstfehler. Und doch unterläuft eben dieser Kunstfehler, wie ich gerade in diesen Tagen wieder sehen konnte, Trägern bekannter Namen, die zwar prominente Ärzte und Psychotherapeuten sind, die sich aber abseits von jeder Verbindung zur Psychopathologie entwickelt haben.

Wie unendlich schwer die Erkennung echter endogener Abläufe bzw. die Differentialdiagnose zwischen „endogen“ und „reaktiv“ sein kann, das beweist die praktische Erfahrung. Es kann in solchen Fällen nicht nur 8 Wochen dauern, bis man endlich Gewißheit bekommt, sondern oft ganz erheblich viel länger.

Es verweisen also die Erfordernisse der *Differentialdiagnose* alle Psychotherapie dringlichst auf die Psychopathologie.

Die Differentialdiagnose zwischen echten neurotischen und prozeßschizophrenen Entwicklungen wurde soeben schon berührt. Am häufigsten wird wohl die neurotische Reifungskrisis und die prozeßschizophrene Entwicklung auseinanderzuhalten sein. Aber abgesehen davon und abgesehen von der sauberen Erkennung von Persönlichkeits-

veränderungen, welche durch einen prozeßschizophrenen Ablauf bewirkt wurden, ist es besonders noch eine Möglichkeit, an welche relativ wenig gedacht wird: es gibt katatone Entwicklungen, welche das äußere Persönlichkeitsbild kaum verändern. Es ist möglich, daß der empfindliche Punkt (der Komplex) solcher Kranken jahrelang unberührt bleibt. Erst seine Berührung aber löst die Katastrophe aus. Es ist nicht immer so, daß solche Kranke an ihren elementaren Suicidversuchen mit völlig inadäquatem Affekt sofort erkannt werden können oder an bizarren Gewohnheiten oder Negativismen.

Die organisch gewachsene Verbundenheit von Psychopathologie und Psychotherapie ist nun aber keineswegs nur durch die praktische Unentbehrlichkeit der Psychopathologie für die Psychotherapie bedingt. Die innere Linie dieser Verbundenheit haben wir oben sichtbar werden sehen bei Betrachtung des Gedankens „quantitativ verschieden — qualitativ gleich“. Sie wird noch deutlicher durch folgenden Satz von KRETSCHMER¹: „Erst BLEULER hat den Schlüssel zum schizophrenen Innenleben gefunden und damit den Zugang zu erstaunlichen Reichtümern psychologischer Erkenntnis frei gemacht; vielleicht das wenigste ist erst gefördert. *Denn der Schlüssel zum schizophrenen Innenleben — das ist zugleich der Schlüssel (und der einzige Schlüssel) zu großen Teilgebieten normalen menschlichen Fühlens und Handelns*“².

Wie kann man sich also ohne eine gründliche Kenntnis der Psychopathologie der Schizophrenie überhaupt an eine Psychotherapie wagen?

Die Psychopathologie der Schizophrenie zeigt z. B., daß der Ödipuskomplex um so unverhüllter zutage tritt, je näher auf der Entartungslinie die Persönlichkeit dem schizophrenen Prozeß steht. Es ist ein Kunstfehler, bei Krankheitsfällen, welche einen schizophrenen Prozeß vermuten lassen, den Ödipuskomplex analytisch anzugehen. Therapeutisch wird dabei nicht das mindeste erreicht. Aber der Kranke wird schwer gefährdet durch einen derartigen Analyseversuch. Gewisse feine Hypersensitive lassen sich am besten verstehen, wenn man an den Hölderlintypus von KRETSCHMER denkt. Psychotherapeutisch wichtig ist aber zu wissen, daß ein Hölderlin in der Katatonie endigte. Ist bei solch Hypersensitiven eine Analyse unvermeidbar, dann wird man sie mit äußerster Zurückhaltung ansetzen und lenken müssen. Am besten vermeidet man sie ganz. Die Psychopathologie der Schizophrenie macht wahrscheinlich, daß schizophreniegefährdete Persönlichkeiten durchs Leben kommen, ohne je einen offenen psychotischen Zustand zu erleiden, wenn sie spezifischen Belastungen entgehen. Zu diesen spezifischen Belastungen gehören, je nach Fall, z. B. Verheiratung, Geburt, Wochenbett, Aufzucht schwieriger Kinder, irgendwelche

¹ KRETSCHMER: Körperbau und Charakter, S. 135. Berlin: Springer 1936.

² Von mir im Druck hervorgehoben.

Traumata usw.; dazu gehören aber auch Psychoanalysen mit ihren tiefgreifenden und das Persönlichkeitsgefüge erschütternden Wirkungen.

Wer es als Psychotherapeut unternimmt, Psychoanalysen zu machen, muß eine sehr gute Vorstellung vom *Persönlichkeitsgefüge* haben und genau wissen, was er ihm zumuten darf. Er muß die Endwirkung seiner Analysen also gut abschätzen können. Wie soll er das fertigbringen, wenn er die Natur als Lehrmeisterin nicht hören will, die ihm in der Psychopathologie der Schizophrenie unzählige und einprägsame Beispiele davon vorlegt, wie das Persönlichkeitsgefüge zerspalten und in vielerlei Umfang durchlöchert oder zertrümmert werden kann? Er kann von dieser Lehrmeisterin auch lernen, wie jene merkwürdige und wichtige Erscheinung unseres Lebens, welche uns das Erlebnis des Lebendigseins überhaupt vermittelt, nämlich das Gemüt, sich verändert, wie es teilweise, ja ganz versanden, veröden, erkalten, einfrieren kann — und wie trotzdem aus einem Kranken, der einem toten Vulkan gleich viele Jahre lang dahinvegetierte, urplötzlich eine elementare Eruption hochbrechen kann. Erst wenn er an solchen Modellen sehen gelernt hat, wird er in der Beurteilung der Gefühlsreaktion seiner neurotischen Patienten grobe Fehler einigermaßen sicher vermeiden. Er wird z. B. wissen, daß gewisse gefühlsmäßig bedingte Haltungen auch mit der besten Analyse nicht abänderbar sind, weil sie einem Persönlichkeitsradikale (KRETSCHMER) entsprechen, dessen Modell uns die Psychopathologie der Schizophrenie verdeutlicht. So ist z. B. der gehemmte Mensch durchaus nicht immer ein neurotisch gehemmter Mensch; er kann auch ein konstitutionell gehemmter sein, dessen ganze Eigenart erst klar wird an der Vergrößerung der Charakterzeichnung, wie sie uns im Symptom der Psychose angeboten wird. Wäre dies allgemein bekannt, dann würde z. B. unzähligen Stotterern die ewig enttäuschende Erfolglosigkeit ihrer vielfältigen Behandlungsversuche erspart und dazu noch beträchtliche Kosten.

Das organische Wachstum, welches Psychotherapie und Psychopathologie verbindet, ist nun aber keineswegs allein das Verdienst der Psychopathologie. Es verdankt seine feste Bindekraft beiden Seiten. Lange war die einseitige psychopathologische Blickrichtung, welche das Beobachtungsfeld nur über die Psychose hinweg anvisierte, schweres Hindernis für die Psychopathologie der Neurose und damit für die Psychotherapie. Reine phänomenologische Arbeit, rein deskriptives Aneinanderreihen genügt den Erfordernissen der Psychotherapie, die ihrer Aufgabe nach eine dynamisch stark bewegte, ungeheuer lebendige, vom Leben kommende und zum Leben drängende Disziplin ist, keineswegs. Daher kommt es auch, daß deskriptive Versuche zur Ordnung der Vielfalt psychopathischer Typen (z. B. KAHN, SCHNEIDER) auf psychotherapeutischer Seite kaum Beachtung gefunden haben. Die Psychotherapie fragt vor allem nach der *Formbarkeit* einer Persönlichkeit. Dabei ergibt sich von selbst die Frage nach der *Entartung*

und damit ganz natürlich die Aufgliederung in 2 Gruppen von Neurosensträgern, nämlich 1. in solche, deren Entartung zwingend das Erscheinungsbild bestimmt, während die Neurose durchaus Folge der Entartung ist, und 2. in solche, deren Persönlichkeitsstruktur keine Entartungsmerkmale aufweist, also gesund gegründet ist. Die zweite Gruppe ist reines Psychotherapiegebiet; die erste aber muß sowohl von der Psychopathologie, wie von der Psychotherapie her bearbeitet werden. Der letzteren entsteht dabei die Frage: inwieweit vermindert die bestehende Entartung die Formbarkeit? Der Psychopathologie war ursprünglich diese wichtigste Fragestellung gar nicht möglich. Da man von der Psychose her und von den schwersten Entartungstypen her beobachtete, wurde neurotisches Wesen schlechthin für ein Kennzeichen der Entartung gehalten. Die Lügner, Schwindler, Intriganten, Taugenichtse, Landstreicher, Hochstapler, die inadäquat Reagierenden, die krankhaft Machtlüsternen, die brutalen Egoisten und andere unerfreuliche Typen wurden seit KRAEPELIN leider als „Psychopathen“ rubriziert, zusammen mit allen „Hysterikern“, „Neurasthenikern“ und den sonstigen „Neurotikern“. Daß dann schließlich ein derartiger Terminus wissenschaftlich unbrauchbar wurde; daß die Kranken es mit Recht als schwere Beleidigung empfanden, wenn der Arzt in ihrem Falle von „Hysterie“, „Neurasthenie“ oder gar „Psychopathie“ sprach, ist verständlich. Und doch wäre das seinem Wortsinn nach sehr schöne und sachentsprechende Wort „Psychopathie“ an sich eine unendlich viel richtigere Bezeichnung für den neurotischen Zustand gewesen als das an und für sich irreführende Wort „Neurose“, dem die Ärzte am Ausgang des 18. Jahrhunderts (CULLEN) einen völlig anderen Inhalt zugeordnet hatten, als es ihn jetzt trägt. Nur darf man für die Folgezustände, welche sich nach einer Störung der Erlebnisverarbeitung ergeben und die allein wir heute „Neurosen“ nennen, dann nicht den völlig veralteten Blickpunkt wählen, der sie ursprünglich alle miteinander als die Reaktionen Entarteter brandmarkte. Es ist eines der wertvollsten Ergebnisse der praktischen Psychotherapie, daß sie zur Psychopathologie der Neurose unterscheiden lehrte zwischen Neurosen bei entarteten Persönlichkeiten und bei solchen, deren Persönlichkeitsstruktur keinerlei Entartungszeichen trägt. Damit war die neurotische Reaktion als eine der unendlich vielen Möglichkeiten des Menschen zu reagieren sichergestellt und ihres Charakters als eines Entartungszeichens entkleidet. Tatsächlich kann *jeder* von uns irgendeinmal einen neurotischen Zustand bekommen, ganz genau so gut, wie er irgendeinmal einen Beinbruch oder einen Darmkatarrh bekommen kann. Krankheit an sich ist nicht Entartung. Welchem Arzt fiel es ein, einen Beinbruch oder einen Darmkatarrh für ein Entartungszeichen zu halten? Die Unterscheidung von neurotischen Zuständen bei entarteten Persönlichkeiten und bei nicht entarteten haben übrigens HOCHÉ und GAUPP vorausgeahnt, als sie mit

der Terminologie ihrer Zeit davon sprachen, daß ein jeder von uns „hysteriefähig“ ist. Ohne KRETSCHMERS Vorarbeit wäre indessen die endgültige Klarstellung nicht möglich gewesen. Er war es, der die Blickrichtung der Psychopathologie grundlegend änderte und erst dadurch zeigte, daß die Züge, welche in der Psychologie innerhalb der Gesundheitsbreite an psychotische Vorbilder erinnerten, keinesfalls Abortivformen der Psychose seien.

Die Psychopathologie gibt also der Psychotherapie den festen Untergrund für eine solide ärztliche Arbeit an der Persönlichkeit, die Psychotherapie ihrerseits hat aber wiederum befruchtend auf die Psychopathologie gewirkt. Wenn man heute allein die von FREUD ausgegangene Wirkung experimentell aus der Psychopathologie entfernen könnte, würde sich ein erstaunliches Bild ergeben. Nun ist aber FREUD und Psychotherapie keineswegs identisch. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die „komplexe Psychologie“ von C. G. JUNG und an die psychopathologischen Arbeiten von J. H. SCHULTZ, um nur wenigens anzudeuten — nicht zuletzt aber an KRETSCHMER.

KRETSCHMER hat einmal auf einem der Psychotherapiekongresse¹ gesagt: „Konstitution ist nicht Fatum, sondern zwar überkommenes, aber wie alles Lebendige, allzeit reagibles biologisches Kräftespiel, in das wir eingreifen können, *sobald wir seine innere Dynamik übersehen*². Endogenität ist nicht Fatum.“ „..... nach Stabilisierung des akuten Schubs haben wir die Pflicht, auf der Grundlage des status quo alsbald etwas Neues zu formen.“ KRETSCHMER ist der Meinung, daß die Schizophrenie grundsätzlich in jedem Stadium psychotherapeutisch formbar sei. Das ist kein Widerspruch gegen FREUD, der aus begreiflichen Gründen von der Psychoanalyse der Schizophrenie nachdrücklichst warnte. KRETSCHMER ist der letzte, der „Analyse“ meint, wenn er „Psychotherapie“ sagt. Glänzende Psychotherapie in diesem Sinne war die Arbeitstherapie von SIMON, der den Geisteskranken aus der Verantwortlichkeit im Gemeinschaftsleben unter keinen Umständen entlassen wollte.

Wenn man überhaupt Geisteskranken gegenüber Psychotherapie treiben will, dann muß man die psychotherapeutischen Arbeitsweisen, besonders aber die Analyse, sehr gut kennen, um keinen Unfug anzuordnen. Bemüht man sich um einen schizophrenen Reaktionstypus (ich glaube, die schizophrene Reaktion, die prozeßgleiche Bilder schafft, ohne jedoch Prozeß zu sein oder zu werden, ist häufiger als KRETSCHMER noch 1929 meinte), dann muß man souverän analysieren können. In der Regel wird in diesen Fällen die psychotherapeutische Aufgabe dem behandelnden Psychiater aufgelastet und nicht dem speziellen Psychotherapeuten. Er wird heutzutage also um eine solide psycho-

¹ KRETSCHMER: S. 78 des Kongr.ber. 1929 Bad Nauheim. Leipzig: S. Hirzel.

² Von mir im Druck hervorgehoben.

therapeutische Schulung kaum herumkommen — es sei denn, daß ihn das Schicksal des nur bewahrenden Anstaltsarztes lockt. KRETSCHMER führte 1929 überzeugend aus, von welchem hohem Wert die sog. *indirekte* Analyse auch im akuten schizophrenen Schub sei: „... man soll sich aber durch sorgfältiges Sammeln seiner spontanen Äußerungen durch behutsames Explorieren, durch scharfe Beachtung äußerer zeitlicher Zusammenhänge zwischen dem Auftauchen bestimmter Personen und Erlebnisse und dem Aufflackern bestimmter psychotischer Symptome ein möglichst zusammenhängendes Bild seiner tieferen Erlebnis- und Persönlichkeitsstruktur und einzelner führender Komplexe zu machen suchen.“ Ich selbst habe mich davon überzeugt, daß in Grenzfällen die moderne Schocktherapie nicht schneller und nicht nachhaltiger arbeitet als die Psychotherapie. Ich gebe aber zu: Schocken ist bequemer. Die ärztliche Haltung des einzelnen wird ihn hier den richtigen Weg finden lassen — aber auch sein psychotherapeutisches Können.

Ich glaube, dargetan zu haben, daß eine unauflösbare, organisch gewachsene Verbundenheit zwischen Psychotherapie und Psychopathologie besteht, die auf beiden Seiten gleichen reichen Nutzen bringt.

Vielleicht werden sich in der Psychopathologie auch mit der Zeit Auffassungen realisieren, die ich vorerst noch nur als ganz persönliche Eindrücke zu notieren wage: Beim Blick auf die Psychose zu (also nicht von der Psychose her) und angesichts meiner in 3 Jahrzehnten gewonnenen Erfahrungen in der Psychopathologie der Neurose verdichten sich mir TILINGS 1897 und 1904 geäußerten Gedankengänge und KRETSCHMERS Satz, wonach man bestimmte Psychosen als Karikatur bestimmter normaler Persönlichkeitstypen betrachten könne, zu der Meinung, daß es letzten Endes nur *eine* menschliche Geisteskrankheit gebe¹. Damit will ich keineswegs die alte Lieblingsidee vieler Psychiater von der „Einheitspsychose“ aufwärmen. Aber gerade die KRETSCHMERSchen Konstitutionstypen lassen verstehen, daß ein psychotisches Zustandsbild und der Verlauf einer Psychose einmal die Etikette „schizophren“ und im anderen Fall „zirkulär“ herausfordert, ohne daß letzten Endes eine völlige Wesensverschiedenheit angenommen werden müßte. Die Mischformen, die Tatsache, daß ein Kranker anfangs zirkuläre Bilder sehen ließ, dann aber unmißverständlich als Katatonie endete und vieles andere noch machen meine Annahme

¹ KRAEPELIN steuert zu diesem Thema folgendes bei: „Eine vielfach entscheidende Rolle spielt in der Entstehungsgeschichte des Irreseins die *ursprüngliche Veranlagung des Menschen*, wie sie vor allem durch die Einflüsse der Vererbung bestimmt wird.“ (S. 92.) „Erst eine ferne Zukunft wird uns lehren können, wie aus dem Zusammenwirken der äußeren Lebensschädigungen und der Eigenart der von ihnen betroffenen Persönlichkeit die unabsehbare Mannigfaltigkeit der Krankheitserscheinungen hervorgeht.“ (S. 94.) Aus „Hundert Jahre Psychiatrie“. Berlin: Springer 1918.

wahrscheinlich. Die ungeheure „Ausweitung“ des Sammelbeckens der schizophrenen Erkrankungen bei gleichzeitiger Schrumpfung des manisch-depressiven Formenkreises gehört hierher. In der Neurosenbreite finden sich überwiegend „schizophrene Menschen“ — ich glaube, wir können uns das Wort „schizophren“ sparen: das Uneinssein mit sich selbst, das den neurotischen Zustand kennzeichnet, ist *die* typische Reaktionsform des Menschen, welche seinerzeit BLEULER für die Psychosenbreite sein Wort „Schizophrenie“ finden ließ. Ich selbst habe mir bei solcher Einstellung die von mir begründete Kontaktpsychologie erarbeitet. Sie berichtet nichts Besonderes, vor allem nichts Neues; sie wendet den Blick nur etwas nachhaltiger auf die zwischenmenschlichen Beziehungen. Bei ihrem Studium finde ich vor allem Charakterzeichnungen, die an schizophrene Vorbilder erinnern. Der Katatone, der „geistig tot“ ist und in elementarer Einsamkeit, in der denkbar extremsten Kontaktlosigkeit dahinlebt, ist der entsetzliche Prototyp meiner Sonderlinge, die wiederum ihre charakterlichen Vorformen in jedem Menschen haben. Im Wechsel von Tag und Nacht und der dadurch bedingten Ermüdung und Erholung findet sich das natürliche Modell dessen, was ich als Sonderlingsschicksal beschrieben habe.

Wenn KRETSCHMER meinte, daß der Schlüssel zum schizophrenen Innenleben zugleich der Schlüssel (und der einzige Schlüssel!) zu großen Teilgebieten normalen menschlichen Fühlens und Handelns sei, dann scheint mir das fast zu vorsichtig und zu bescheiden gesagt. Meine Erfahrung in der Psychotherapie der Neurosen läßt mich glauben, daß dieser Schlüssel *der* Schlüssel zu aller menschlicher Psychologie schlechthin ist. Nicht BUMKE, sondern BLEULER wird recht behalten: Mit BLEULER findet man das „schizoide“ Wesen deshalb in *jedem* Menschen, weil es das *menschliche* Wesen schlechthin ist. Schizoidie und Schizophrenie sind nur Übersteigerungen jenes „Uneinssein mit sich selbst“, das man in jeder Neurose — und als *Reaktionsmöglichkeit* in *jedem* gesunden Menschen findet.

Ich glaube also, daß in der organisch gewachsenen Verbundenheit von Psychopathologie und Psychotherapie eine Einheit gesehen werden muß. KRETSCHMER, der in seiner „medizinischen Psychologie“¹ sagt, daß die Psychologie der Neurosen die Psychologie des menschlichen Herzens überhaupt sei, ist zur Zeit ihr prägnantester Vertreter. Seiner Forschungsarbeit verdanken wir entscheidende Fortschritte, nicht nur in der Psychopathologie, sondern gerade auch in der ärztlichen Psychotherapie. Deshalb ist es mir eine herzliche Freude, ihm anläßlich seines 60. Geburtstages hier den Dank der ärztlichen Psychotherapie abstatten zu dürfen.

¹ KRETSCHMER: 9. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1948.

Dr. med. habil. ERNST SPEER, Lindau (Bodensee), Laubeggenstr. 11.