

Aus der Univ.-Psychiatrische Klinik-Hospital Julio de Matos, Lissabon  
(Direktor: Prof. Barahona-Fernandes)

## **Synthese psychotherapeutischer und somatischer Behandlungsverfahren in der Schizophrenie**

Von

**H. J. DE BARAHONA-FERNANDES**

*(Eingegangen am 3. Februar 1958)*

Die Behandlung der Schizophrenie hat heute noch keine sichere Grundlage in den Kenntnissen über ihre Ätio-Pathogenie. Die Erfahrung zeigt, daß heilende Einwirkungen verschiedener Art — körperliche, psychologische Behandlung oder soziale Beeinflussung — die klinischen Anzeichen, die Entwicklung der Krankheit und das Verhalten und die Haltung der Kranken in günstigem Sinne verändern können.

Wir sind noch weit davon entfernt, eine „spezifische“ Wirkung erreichen zu können; nicht einmal eine allgemeine Wirkung auf die Gesamtheit der Krankheitsbilder, die wir Schizophrenie nennen.

Die Resultate, die bei gewissen ausgewählten Gruppen von Kranken durch chirurgische, biologische oder pharmakologische Mittel einerseits, oder psychologische und soziale Methoden andererseits, erzielt werden, verleiten einige Autoren zu dem Gedanken, daß jede einzelne Gruppe der genannten Faktoren für sich allein die Hauptrolle bei der Entstehung der Krankheit spielt.

Vergleichen wir aber einmal:

1. eine akute Katatonie, die durch Krampfbehandlung gebessert wird,
2. ein paranoides Syndrom im Anfangsstadium (mit Beziehungswahn), das der Insulinbehandlung nachgibt (sogar noch vor Eintritt des therapeutischen Komas),
3. die verschiedenen Formen neurotischen Anscheins und Persönlichkeitsreaktionen, die der individuellen Psychotherapie zugänglich sind,
4. Zustände gemäßigten Defektes, die sich durch Beschäftigungstherapie und Pflege der menschlichen Beziehungen der Wirklichkeit wieder angleichen,
5. die chronischen paranoiden Zustände, die durch Leukotomie und soziale Beeinflussung kompensiert werden können,
6. hebephrene, katatone und andere Zustände, die durch Behandlung mit neuen Drogen (Chlorpromazin usw.) gebessert werden.

Die Verschiedenartigkeit dieser schizophrenen Zustandsbilder und der durch die therapeutischen Maßnahmen hervorgerufenen Wandlungen macht jede verallgemeinernde Schlußfolgerung *ex juvantibus* unmöglich.

Die *akuten* und *schweren Formen* ähneln den psychotischen Formen exogener Reaktion (Verwirrtheit, Dämmerzustände, Amentia usw.), ohne sich jedoch ihnen ganz anzugleichen.

Die *schweren* und *chronischen Formen* nähern sich den Formen organischer Reaktion (Dementia, Mangel an Antrieb, Affekten und Einzeltrieben, Veränderung der Persönlichkeit usw.), behalten dabei aber immer ihre spezifischen Eigenheiten.

Die *leichteren* und im allgemeinen *länger andauernden Formen* haben Ähnlichkeit mit Neurosen und einfachen Reaktionen der Persönlichkeit, sind aber weit davon entfernt, sich mit diesen zu identifizieren. In allen Fällen sind es die Note der Dissoziation zwischen normalen und anormalen Sektoren der Persönlichkeit, ihre veränderte Beziehung zum Ich, die andersartige geistige Einstellung und noch andere charakteristische Merkmale, die diesen Krankheitsbildern die ganz besondere Form geben, die man „schizophren“ nennt.

Wir glauben, daß die Schizophrenie „organisch“ ist, weil sie die Grundlagen der Persönlichkeit verändert. Andere glauben, daß sie „psychogen“ ist, da sie sich z. T. in verständlichen persönlichen und zwischenmenschlichen Umständen ausdrückt. In Wirklichkeit ist sie wohl beides und trotzdem keines von beiden vollständig. Und dies zeigen auch die therapeutischen Wirkungen. Die Veränderungen der Nervenfunktion (der Typen organischer und exogener Reaktion), die hervorgerufen werden durch die Leukotomie, die Schockbehandlung, die neuroplegischen Mittel entsprechen nicht irgendwelchen schizophrenen Syndromen. Sie verändern sie in indirekter Form (teils in pathogenetischer), indem sie den vitalen Untergrund des Erlebens, die emotionelle Resonanz und die persönliche Haltung verändern.

Die Änderung des Verhaltens, der Haltung und der Lebensform, die durch die verschiedenen individuellen und kollektiven psychotherapeutischen Methoden hervorgerufen werden, berühren auch nicht unmittelbar die eigentümlichen Formveränderungen des Erlebens und der schizophrenen Persönlichkeit. Sie wirken im wesentlichen auf die noch *erhaltenen Schichten* ein, vermitteln ihnen *Aktivität*, bis sie in den *zwischenmenschlichen Beziehungen* bei sozialer Betätigung überwiegen. Durch die Störungen des Nichtorganischen und des Organischen zeigt sich also die Schizophrenie als eine *Krankheit* — aber eine Krankheit, die *obere Schichten der Persönlichkeit* erfaßt — und daher eine *Geisteskrankheit* ist, die die Bereiche des *Menschlichen* wesentlich verändert.

*Die Behandlung muß sich also auf das Körperliche stützen und sich auf den Gipfelpunkt des Menschlichen richten*, insbesondere auf den *Menschen* in seiner *Situation* und in seinen Beziehungen zur *menschlichen Welt*.

Es ist aber nicht richtig, wenn man sagt, daß die somatischen Behandlungsverfahren getrennt und einseitig auf die „Krankheit“ einwirken

(in ihren organischen Aspekten) und die psychotherapeutischen Behandlungsmethoden auf den „Kranken“.

Die Erfahrung der Therapie zeigt tatsächlich, daß auch die *somatischen Einwirkungen* sich in den *Schichten des Seelischen und des Geistigen* bemerkbar machen; die Leukotomie zum Beispiel, im Gefühlserlebten und in der Haltung des Kranken gegenüber seiner Existenz.

In übereinstimmender Form zeigen andere klinische Versuche auch, daß die *psychologischen und sozialen Therapien* sich in den *Schichten des Organischen* auswirken. Allerdings in *weniger tiefer und einschneidender* Art als im ersteren Falle — sehr oft nur in bezug auf die Bedingungen des physischen und vitalen Lebens der Kranken.

Es werden dadurch prinzipielle Fragen aufgeworfen, die über den Rahmen dieses Berichtes hinausgehen. Es muß betont werden, daß das Problem der Therapie nichts gewinnen kann mit einem „Dualismus“, der z. B. darauf beharrt (KRANZ), daß die psychotropischen Drogen nicht auf die Psyche wirken und daß sie höchstens psychologische „Begleiterscheinungen“ zu ihren körperlichen Wirkungen hervorrufen. Ebenso wird uns ein allzu gleichmachender Holismus wenig Fortschritt bringen, der die verschiedenartigen *Kategorien* der Heilungsfaktoren nicht in Betracht zieht; in einem äußersten Falle, daß Leukotomie und Psychotherapie nicht gegenseitig ersetzt werden können, zeigen uns dies die übertriebenen, voreingenommenen Diskussionen über ihre Indikationen.

Daß sie sich gegenseitig nicht ausschalten, daß man sie ganz im Gegenteil *in harmonischer Weise gemeinsam anwenden soll* zum Wohle des Kranken, das ist eine andere und viel wichtigere Erfahrungstatsache, und diese möchten wir betonen.

Es ist klar, daß die *materielle Wirkung* der Psycho-Chirurgie *viel stärker ist* als ihre physiologische Rückwirkung und diese wiederum ist stärker als die seelischen Veränderungen und die neuen geistigen Haltungen.

Auf jeder dieser *Ebenen* begibt sich aber etwas „Neues“, das sich nicht nur auf das unter ihm Liegende zurückführt: der biologische Effekt ist weiter und umfassender als die Strukturveränderung und so weiter . . .

Auf jeder *höheren Ebene* kommt eine *weitere Möglichkeit der Verschiedenartigkeit und der Beeinflussung* der Handlungen durch *neue Reize innerhalb der entsprechenden Kategorie* hinzu. Das heißt zum Beispiel, der psychologische Effekt der Leukotomie hat eine gewisse Variationsbreite und kann sich mehr in diesem oder in jenem Sinne betonen, je nach den äußeren Bedingungen: Er kann mehr zu hemmungslosen Impulsen führen oder zu milieugerechten Handlungen, je nach Situation und Reizen. Im Rahmen der zwischenmenschlichen Beziehungen und der geistigen Werte ist dieser Spielraum noch mehr abhängig von den

Situationen. Es sind nicht nur die anatomisch-physiologischen Veränderungen, oder nur die psychologischen, die für sich allein den geistigen Gehalt ergeben und die *Ziele* und *Normen* für die *neue Form des Lebens* des Kranken bestimmen.

Es ist ein neuer Gewinn an „Freiheit“, der „von oben“ gelenkt werden muß in bezug auf die Situation und die „Welt“. Wir haben also *körperliche Behandlungen, welche neuen psychologischen Wirkungen die Tür öffnen*, und dies ist für unser Problem wesentlich.

Ähnliches kann man bei den anderen somatischen Heilverfahren beobachten. Indem sich die Wirkung der Ataraktica auf die Persönlichkeit zeigt, eröffnen sie *neue Möglichkeiten der psychotherapeutischen Einwirkung*, die bis dahin verschlossen waren. Unter diesen Bedingungen wirkt Chlorpromazin *schneller und intensiver* auf die persönliche Aktivität als die Milieutherapien. Es ist *kräftiger* in seiner Wirkung, aber *weniger bestimmt und differenziert*; seine Einwirkung auf höherer geistiger Ebene wechselt je nach den besonderen, eigens gegebenen Bedingungen: Haltung des Ichs, Situation, Beziehungen zum Arzt und zu anderen Menschen usw.

Es ist klar, daß wir uns analog im Rahmen der kategorialen Schichtungslehre des Seins von N. HARTMANN bewegen, die in einem dynamischen Sinne verstanden wird. Diese Lehre gibt uns, über ihre Bedeutung als Erkenntnis hinaus, die Möglichkeit, uns verschiedener, ungleicher Begriffe zu bedienen innerhalb der anorganischen, organischen, psychischen und geistigen Ordnung. Eine der Schwierigkeiten liegt darin, daß die Therapeuten selbst nicht in der Lage sind, diese Verschiedenartigkeit unter einem synthetischen Gesichtspunkt begrifflich zusammenzufassen, ohne daß sie ihre persönliche Vorliebe dabei betonen.

In der *Praxis* liegt das wesentliche Problem in der *koordinierten Vereinigung von seelischen und körperlichen Behandlungsverfahren*. Was wir bisher gesagt haben, zeigt bereits, daß die Fortschritte der Techniken der somatischen Behandlungsverfahren bei ihrer Anwendung dem *Geiste der Menschlichkeit* angepaßt werden müssen, wie es der „humanen“ Medizin aller Zeiten eigen ist. Bei der gegenwärtigen Medizin in der Form, die wir verteidigen, nämlich als Integration des wissenschaftlichen Naturalismus in eine neue Anthropologie, die ihrerseits den Naturalismus ergänzt und auf seinen Grundlagen aufbaut, ohne ihn aufzuheben.

Die Geschichte der Behandlung der seelischen Leiden ist ein klares Beispiel für die ewige Wiederkehr von „physischen“ und „moralischen“ Behandlungsverfahren.

Alle unsere gegenwärtigen Methoden haben ihre Wurzeln in einer Vergangenheit, die viel weiter zurückliegt als man annimmt. Ohne auf das einzugehen, was bekannt ist, möchten wir an den Einfluß von João de

Deus erinnern, jenes portugiesischen Heiligen, der im 15. Jahrhundert den krankhaften Charakter des Wahnsinns erfaßt hat und ihn mit Menschlichkeit behandelte.

Das ist die Grundhaltung der gegenwärtigen Psychiatrie unter verschiedenen Lehrformen und Techniken: *Das Verständnis der kranken Person als Basis der ärztlichen Behandlung und ihre Umformung für neue menschliche Kontakte im Rahmen des sozialen und geistigen Lebens.*

Die so verlästerte „Abwarte-Therapie“ der Kraepelinschen Ära hat in der Tat diesen Geist nicht vergessen. Sie konnte ihn aber noch nicht anwenden mit den wissenschaftlichen Instrumenten, die ihr zur Verfügung standen, indem sie ihn loslöste von somatischen Mitteln bzw. auf diesen aufbaut. Bis zum Auftauchen der nicht spezifischen Fiebertherapie (WAGNER VON JAUREGG 1917) waren die somatischen Behandlungsverfahren wenig erfolgreich und für die Schizophrenie nur vergebliche Hoffnungen, bis zum Jahre 1936, in dem fast gleichzeitig die Schockmethode und die Leukotomie gefunden wurden.

Kluge Kliniker haben seit dieser Zeit Alarm gegeben gegen die Übertreibungen der neuen physischen Behandlungsmethoden, die manchmal den wirklichen *Sinn der Psychiatrie* zu verleugnen drohten. Daher ist es Erfordernis, die körperlichen durch psychische Behandlungsverfahren zu ergänzen und zu erweitern. Schon 1942 bestanden wir auf der Reeducation der Leukotomierten, und gestützt auf klinische Studien der elektrischen Schockwirkung (mit P. POLONIO und S. GOMES), kamen wir zu dem Schluß, daß die *Krampfbehandlung nur im Rahmen einer Beschäftigungsbehandlung* voll zur Wirkung kommt, die als *kollektive Psychotherapie* durchgeführt wird und in sozialem Geist, wobei jeder Kranke persönlich aufmerksame Beachtung findet. Wir können hier nicht alle Autoren (wie CLAUDE, RUBENOVICH, P. SCHILDER, KRETSCHMER, JANKE, ROEMER, RUFFIN, C. SCHNEIDER, SARGANT, SLATER, H. EY, J. DELAY, M. BLEULER, H. HOFF, H. DELGADO usw.) anführen, die die Zweckmäßigkeit der Hinzuziehung der Psychotherapie bei der Behandlung der Schizophrenie betonten.

Jedes neu entdeckte somatische Heilverfahren wirft wieder neu dasselbe Problem auf; man denke an die *neuen pharmazeutischen Produkte* wie Ataractica, „Tranquilisers“, ferner an den „Winterschlaf“. Im übrigen ist das heute ein der gesamten Medizin gemeinsames Thema, auch in bezug auf lokalisierte organische Leiden; so sieht auch die orthopädische Chirurgie eine Notwendigkeit in der synthetischen Betrachtung der physiologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen, unter denen das Individuum lebt und folgert daraus die Anwendung der Physiotherapie, der Psychotherapie und der Umerziehung. Und warum sollte dies nicht auch — und mit noch mehr Berechtigung — bei der Psychiatrie der Fall sein?

Seit REIL und LEURET haben zahlreiche Autoren die „moralische“ Behandlung der Psychosen betont. SIMON zeigt die außerordentliche Formbarkeit der Schizophrenie unter der *Arbeitstherapie*. Die Schweizer Psychiater, seit E. BLEULER und JUNG bis KLAESI, VON MÜLLER und M. BLEULER und ihre Mitarbeiter, betonen die Möglichkeit der psychologischen Einwirkung durch frühzeitiges Verlassen der Anstalt, Wechsel der Umwelt, ja selbst die Einwirkung der Narkose und anderer somatischer Therapien als erleichternde Faktoren bei der Anwendung der Psychotherapie . . . .

Die Reaktion der Psychotherapeuten wurde aber sehr bald überschwänglich und stellte das Problem auf den Kopf, indem die somatische Behandlung aufgegeben wurde und das Wort für eine medizinische „Pan-Psychotherapie“ (psychosomatischer, psychoanalytischer oder anthropologischer Art) ergriffen wurde, die auch ihre Zeit in bezug auf die Schizophrenie hatte (FEDERN, SCHWING, ROSEN, FROMM-REICHMANN, SCHULTZ-HENKE).

So sehen wir in der heutigen Psychiatrie eine gewisse Unsicherheit der Orientierung in bezug auf die Behandlung, die in vielen Fällen zur *einseitigen, ausschließlichen Anwendung somatischer oder psychologischer Behandlungsverfahren* führt, ohne irgendeine Bemühung um Koordination oder gar Synthese (Integration).

Persönliche Besuche, die uns in die Kliniken verschiedener Länder führten, zeigten uns die Beschränkung auf gewisse „Lieblingsmethoden“ der Behandlung bei gewissen ausgewählten Formen der Schizophrenie mit völliger Blindheit gegenüber anderen Behandlungsverfahren und anderen Krankentypen.

Die auf diese Art erzielten Resultate können keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben.

Dieses Vorgehen ist annehmbar — oder ist sogar erforderlich —, wenn es sich um *systematische Forschung* handelt, unter bewußt und absichtlich abgegrenzten Bedingungen gegenüber gewissen Daten des Gesamtproblems, so daß zum Zweck der statistischen Bewertung der durch jeden einzelnen therapeutischen Faktor unter den beschränkten Bedingungen des Versuches erzielten Effekte eine möglichst objektive Form erreicht wird.

In der üblichen *Klinik* ist die Lage viel elastischer und verwickelter und dieser Realität soll man ins Auge sehen.

Außerdem legen uns sehr oft wirtschaftliche und soziale Umstände eine Beschränkung in bezug auf die Anwendung teurer Heilverfahren auf, die technisch ausgebildetes Personal in größerer Menge erfordern und spezialisierte Anlagen, wie die Insulin-Schocktherapie auf der einen Seite und die Beschäftigungstherapie und die verschiedenen Formen der Psychotherapie auf der anderen Seite.

Verschiedene theoretische Überzeugungen, Verschiedenheit in der medizinischen Ausbildung und im Persönlichen und Psychologischen der Psychiater und Psychotherapeuten, ebenso wie ihre eigenen, inneren Widerstände und Neigungen, ortsübliche Sitten und Gebräuche; all dies sind Faktoren, die ebenfalls einen wichtigen Einfluß auf das Problem haben.

Es gibt also so tiefgreifende *Unterschiede im Niveau der Pflege und Behandlung* der Schizophrenie, daß den Beobachtern nicht die Möglichkeit einer umfassenden Sicht des Problems gegeben ist.

In einigen Fällen haben wir einen Tiefstand bei der Anwendung der somatischen Techniken — besonders Elektroschock und Ataraktica — die in „Massen“ angewendet werden, ohne Auswahl der Krankenbedingungen, ohne daß die Unterstützung einer Umgebung mit geregelter Beschäftigung und psychologischer Kontrolle gegeben ist.

In anderen Fällen, in Kliniken, die über Mittel verfügen und sich ihres hohen technischen Standes rühmen, besteht die Tendenz, die somatischen Methoden als überholt geringgeschätzt zu betrachten angesichts der verfeinerten Fortschritte einer ultra-differenzierten Psychotherapie. So hörten wir in gewissen, hochgradig spezialisierten Kliniken, daß nur sehr selten Gelegenheit gegeben wäre, die Krampftherapie oder weniger noch den Insulinschock anzuwenden, die bei manchen sogar schon ganz abgeschafft waren; Drogen zu gebrauchen wäre ein Zeichen von Unfähigkeit und mangelnder Vorbereitung in der Psychotherapie; die Leukotomie wäre fast eine Ketzerei gegenüber den Feinheiten der dynamischen Analyse — im atlantischen Westen; im Osten hingegen sozial bestimmt und im Zentrum Europas von der existenziellen Analyse abhängig. Der gesunde Menschenverstand aber versucht, diese Extreme zu überwinden, die in der Kampfstellung begreiflich sind und auch zu rechtfertigen auf dem Gebiet der experimentellen Forschung. Sie werden an verschiedenen Stätten abgelöst von einer nüchternen und durch die Nützlichkeit bestimmten Haltung: *Alles, was dem Kranken hilft, soll angewandt werden.* An anderen Stellen werden diese Extreme von einer großen Weitsicht überwunden, die das Problem in seiner *Ganzheit* und im Zusammenhang erfaßt, und diese Haltung wollen wir hervorheben.

In dem einen oder anderen Fall versucht man, die beiden Heilverfahren zu „verbinden“ oder zu „summieren“, indem man sie in mehr oder weniger koordinierter Form kombiniert. Zum Beispiel Insulinschock mit individueller Psychotherapie, Elektroschock mit Beschäftigungstherapie; Ataraktica mit Umwelttherapie; Leukotomie mit Rehabilitation usw.

In welchem Ausmaß und unter welcher Form geht hier eine *wirklich integrierende Synthese* vor sich, oder praktiziert man nur eine willkürliche und heterogene „Durcheinandermischung“?

In welchem Maße ist die Assoziation der Methoden erforderlich, um ungenügende Resultate zu „potenzieren“, wo man weiß, daß die Endprognose der Krankheit schließlich nicht viel besser ist als ihre spontane Entwicklung?

Welches sind die Indikationen in bezug auf die verschiedenen Methoden der somatischen und der psychischen Therapie innerhalb der verschiedenen möglichen Kombinationen, der verschiedenen klinischen Formen und der verschiedenen schizophrenen Kranken?

Welche technischen Abwandlungen müssen für eine solche Synthese angewandt werden?

Wir halten es für erforderlich, daß dieses Problem aufgenommen wird:

Unter prinzipiellem Gesichtspunkt (begrifflich),

unter klinischem Gesichtspunkt (pragmatisch).

In der *Praxis* kann die Vereinigung der somatischen und psychischen Behandlungsverfahren in verschiedenen Formen vor sich gehen:

Individuelle psychotherapeutische Behandlung im Zeitraum, der zwischen den Schockbehandlungen liegt, also *intermittierend*;

individuelle psychotherapeutische Behandlung der Kranken, die *gleichzeitig Heilmittel nehmen*.

In diesen Fällen empfiehlt sich im allgemeinen die Zusammenarbeit von 2 oder mehr Psychiatern: Der „administrator“, wie er in den USA genannt wird, oder besser „der behandelnde Arzt“, und der „Psychotherapeut“, außerdem die Krankenschwester, der Psychologe, der Sozialassistent, die Beschäftigungstherapeutin und andere Spezialisten, die psychologisch in persönlicher und kollektiver Form auf den Kranken einwirken, wobei die Therapeuten auf ihre eigene „Haltung“ und auf ihre eigenen Probleme achten, um auf die Seele des Kranken einzuwirken.

Bei vielen dieser Fälle kommt es oft zu keiner echten Synthese der somatischen psychischen Therapie, die Seite an Seite wirken, besonders dann, wenn die somatische (Schockmethoden usw.) noch von anderen Spezialisten in Kliniken mit besonders hierzu bestimmter Organisation ausgeführt werden. Die *klinischen Konferenzen* sollten die Koordination herstellen, die sich sehr oft als nicht harmonisch herausstellt und in keiner Weise die erforderliche Synthese erreicht.

In anderen Fällen gibt es eine bessere, intimere Verbindung zwischen somatischer und psychischer Therapie:

Die Dauernarkose wird als Grundlage der Psychotherapie ausgenützt; der Winterschlaf wird eingeleitet, begleitet und gefolgt von psychologischer Führung des Kranken;

das Erwachen aus dem Elektroschock und dem Insulinkoma wird für psychotherapeutische Effekte ausgenützt;

die Zeit nach der Leukotomie wird zur Reedukation verwandt;



Behandlung mit kollektiver Psychotherapie, die mit den somatischen Behandlungen abwechseln oder sie begleiten;

Behandlung durch die Umwelt, durch die Gemeinschaft usw., Beschäftigungstherapie und soziale Therapie, die den „menschlichen Hintergrund“ für die somatische Therapie abgibt.

In der Fachliteratur finden wir diese verschiedenen Methoden verzeichnet, wenn auch mit gewissen Reserven (z. B. KALINOWSKY u. HOCH in bezug auf den Elektroschock).

Es fehlen uns noch die systematischen Untersuchungen über die therapeutischen *Ergebnisse* von Serien vergleichbarer Fälle von somatischer Behandlung mit oder ohne Psychotherapie oder von psychischer Behandlung mit oder ohne somatische Behandlung. Es ist schwierig, gut kontrolliertes Material zu erhalten, das statistisch auswertbar ist.

Die Unterschiede im Resultat gewisser somatischer Verfahren in verschiedenen Kliniken wurden — von gleichen Bedingungen ausgehend — damit erklärt, daß die unterschiedliche Unterstützung des Heilverfahrens durch Psychotherapie den Grad und den Prozentsatz der Remissionen verändert. Das *Fehlen psycho-therapeutischer Betreuung* macht sehr häufig den Erfolg des *besten somatischen Behandlungsverfahrens* zunichte.

Seit BLEULER ist bekannt, daß persönliches Interesse und besondere Betreuung, die den Schizophrenen entgegengebracht werden — besonders, wenn sie sich in Lebensgefahr befinden (akute Krankheiten, Todeserwartung, Schocktherapie, chirurgische Eingriffe usw.) — von sich allein Besserungen, zumindest vorübergehender Natur, hervorbringen können.

Der Enthusiasmus von Neulingen für die „neuen“ Therapien und für neue „Entdeckungen“ bessert im selben Sinne die Ergebnisse. Allerdings handelt es sich hier um Faktoren, die sehr schwer zu beurteilen sind und die biometrisch nicht zum Ausdruck gebracht werden können, und ihre vergleichende statistische Auswertung ist ebenfalls unmöglich.

Solange diese Studien noch nicht abgeschlossen sind, wollen wir uns mit der guten „*klinischen Erfahrung*“ begnügen, die schon immer die große Meisterin der Medizin war.

Dank besonders günstiger Bedingungen hatten wir persönlich die Möglichkeit, eine große Auswahl Schizophrener kennenzulernen, angefangen von den akuten Fällen einer Aufnahmeklinik, „Anstaltsfällen“ von langwieriger Entwicklung bis zu den leichtesten Fällen der Sprechstunden und Privatkliniken. Wir hatten auch Gelegenheit, gemeinsam mit unseren Mitarbeitern große Serien von Fällen zu studieren, die durch alle *bekannten Methoden der somatischen Therapie* behandelt wurden und solche, die in *Beschäftigungsumgebung* und mit *Sozialtherapie* gepflegt wurden; außerdem verfolgten wir mit *individueller Psychotherapie* in der Sprechstunde einige Fälle leichter Schizophrenie.

Es ist hier nicht möglich, auf Einzelheiten über Sonderfälle einzugehen. Wir möchten nur einige Probleme hervorheben:

A. Wenn wir die Entwicklung der *Remissionen und spontanen Besserungen* mit den Remissionen, die durch somatische und psychische Therapie erreicht wurden, vergleichen, so finden sich gewisse *Übereinstimmungen*, die uns den Weg enthüllen, den unsere therapeutischen Bemühungen einschlagen sollen. Die wirksamsten somatischen Behandlungen verändern die Kranken in einem Sinne, der gewissen *Faktoren guter Prognose* bei der spontanen Entwicklung ähnlich ist, Faktoren, die mit gewissen Wirkungen der Psychotherapie übereinstimmen. Dieser Umstand verleitet einige Autoren, die Effekte der somatischen Behandlung zu bagatellisieren, wobei sie aber vergessen, daß die *somatische Behandlung viel intensiver wirkt* und die Entwicklung der psychotischen Schübe beachtlich abkürzt und vermindert. Die besseren Resultate der Insulintherapie sind, analog der spontanen Entwicklung, begleitet von

1. Gewichtszunahme und Abrundung der Formen (Annäherung an gewisse pyknomorpher Charakterzüge). Im selben Sinne wirken:

2. Guter Allgemeinzustand, physische Kraft und Aktivität,

3. *Syntonisierung* mit der Umwelt, Besserung des persönlichen Kontaktes und der sozialen Adaptation,

4. eigene auf das konkrete und wirkliche Leben gerichtete *Aktivität*.

Die durch die Insulintherapie hervorgerufenen Veränderungen unterstützen so einige Faktoren, die bei der spontanen Entwicklung in günstigerer Form wirken — die Betonung der *persönlichen Kontakte*, der *persönlichen Aktivität* in Hinsicht auf das *soziale Leben* usw., ohne von der physischen Aktivität zu sprechen, und der Besserung des *Allgemeinzustandes*, die sie begleiten.

Mit einem Wort: *Verminderung der schizoiden Dissoziation und Erhöhung der Syntonisierung*.

Bei der Leukotomie zeigten wir schon auf dem I. Internationalen Kongreß für Psychiatrie im Jahre 1950 einen analogen Vorgang: Gewichtszunahme und Zunahme der Syntonisierung, die den Kranken zugute kam bei ihrer Einführung in die Reedukation und Rehabilitation unter Erleichterung des „regressiven“ Teiles im Sinne einer konkreten sozialen Aktivität.

Die pyknomorphen Tendenzen und die persönlichkeitsbildenden Züge im Sinne der Syntonie und der Aktivität einerseits und die Betonung derselben Charaktere in den Fällen mit besserer Prognose sind übrigens bei anderen therapeutischen Entwicklungen ebenfalls vorhanden (Elektroschock).

B. Das grundlegende Problem jedes Versuches der Synthese der somatischen und der psychotherapeutischen Behandlungsverfahren liegt, wie bereits gesagt, in ihrer *Artikulation* (Gliederung). Wenn die

entsprechenden Effekte sich manchmal gegenseitig durchdringen, wie gliedern sie sich und wie können auf dieser Grundlage die therapeutischen Resultate verbessert werden?

Außer in den Arbeiten EHRENMAYERS war dieses Problem noch nicht Gegenstand spezieller Forschung. Unter den zahlreichen Problemen, die er aufwirft, möchten wir einen ganz besonderen Vorgang herausheben, von dem wir meinen, daß er eine wichtige Rolle bei dieser Artikulation spielt, nämlich die *vitale Übertragung* (B. F.).

Die Grundlage für die psychotherapeutische Beeinflußbarkeit des Kranken durch den Arzt ist die Herstellung besonderer geistig-gefühlsmäßiger Beziehungen, die man seit FREUD unter der Bezeichnung „Übertragung“ studiert. Die *Psychotherapie der Schizophrenie* wurde außerordentlich erschwert durch den Widerstand, welcher der „Übertragung“ durch den Autismus, den Negativismus und andere Bedingungen entgegengesetzt wird. Also gut. Wir meinen, daß gewisse somatische Behandlungsverfahren unter gewissen Bedingungen derartige Veränderungen der psychologischen Aktivität des Kranken hervorrufen können, daß sie nicht nur die Bildung des „transfert“ durch die üblichen psychotherapeutischen Techniken erleichtern, sondern ihn sogar auf einer *andersartigen Grundlage* auslösen können — einer Grundlage, die *unmittelbar* ist und *realistischer* und *biologischer* und für die wir daher die Bezeichnung „*vitale Übertragung*“ vorschlagen.

Sechs grundlegende Erfahrungen brachten uns zu diesem Begriff:

1. Die Therapie der neurotischen Angst durch den Acetylcholin-Schock; 2. die Wirkung der Leukotomie auf die Schizophrenen selbst; 3. das Erwachen aus dem Insulinkoma und aus dem Elektroschock; 4. die psychotherapeutische Zugänglichkeit während des Winterschlafes unter der Behandlung mit Ataraktica; 5. die Wirkung des Elektroschocks und der Ataraktica auf die Umwelt der Beschäftigungstherapie; 6. das Erwachen aus der cerebralen Pneumotherapie.

1. Während der Anwendung des *Acetylcholin-Schocks bei Zwangs-Angstneurotikern* (Anwendung der Methode von FIAMBERTI auf Neurosen durch LOPEZ IBOR) beobachteten wir, daß der pharmakologische Effekt einen starken psychologischen Widerhall findet in bezug auf die Situation Arzt—Kranker. Es ist der Therapeut selbst in dieser Situation, der durch i.v. Einspritzung von Acetylcholin einen vitalen Alarmzustand hervorruft. Die Gefäßerweiterung, die Bradykardie, Husten, Atmungsveränderungen, Sialorroe, Zittern usw. werden als ein akuter dringlicher Angstzustand erlebt (mit schmerzhaften Empfindungen, Thoraxschmerzen, Hitzegefühl, Dyspnoe und allgemeiner Angst). *Dieselbe Person — der Therapeut —*, die mit heilender Absicht diesen „vitalen Alarm“ hervorruft, ist gegenwärtig, um den Kranken zu betreuen und zu heilen. Der akute Effekt ist vorübergehend, und ihm folgt eine sanfte

Beruhigung in entspanntem Zustand. Dem Ruf nach Hilfe und Unterstützung, der an den Arzt gerichtet wird, der das Leiden hervorrief, wird mit voller Genugtuung stattgegeben. Es entsteht eine starke gefühlsmäßige, auf den Arzt gerichtete Mobilisierung, wenn der Arzt die entsprechende psychotherapeutische Haltung einnimmt: Sicherheit in seinem Wissen (er kann das Risiko des Angriffs wiedergutmachen), Verständnis für das Leiden, persönliche Unterstützung und Versprechen der Heilung.

Es handelt sich um eine Notlage, die den Leistungen erster Hilfe vergleichbar ist (Unfälle, chirurgische Eingriffe, dringliche Behandlungen usw.) mit dem Unterschied, daß es der Arzt selbst ist, der sie verursacht und sie beseitigt (*Ambivalenz*).

Unter diesen Umständen beobachteten wir, daß sich eine starke Affektverschiebung vom Kranken zum Arzt (Übertragung) ergibt. Da die Situation zweiseitig ist (ambivalent): Leiden (Angriff) und Linderung (Unterstützung), kann diese Übertragung *negativ* (Widerstand und Ablehnung der Behandlung des Arztes) oder *positiv* (Annahme und Unterwerfung) sein.

Unter neuro-physiologischem Gesichtspunkt folgen der parasympathico-tonischen Krise starke sympathico-tonische Schwankungen (Tachykardie usw.).

Der Kranke verhält sich ängstlich und zeigt, daß er nach äußerem Halt sucht (beim Arzt). Die intensive Gefäßerweiterung, die Sekretionen usw. sind von einem ängstlichen Impuls zur anwesenden Person begleitet — das ist der Arzt.

Es ergibt sich so eine *Extraversion* mit Ausweitung auf die extrozeptiven Systeme der neurotischen Angstspannung, die im Innern des Individuums fixiert war. Welches auch der Wert dieser Erklärung sei (*Verschiebung der inneren Spannung von der Intro- zur Extrozeptivität*), sicher ist — nach der Beobachtung —, daß der krankhafte Effekt, der sich bisher auf das Ich richtete, sich nun nach außen kanalisiert: auf den Arzt. Es ist seine Aufgabe, ihn je nach Fall im psychotherapeutischen Sinne zu benutzen.

Was wir hervorheben wollen, ist die Tatsache, daß ein biologisch-therapeutischer Faktor (*psychotropisch*) von sich selbst aus einem Übertragungs-Vorgang hervorbringen kann, wenn gewisse Vorbedingungen gegeben sind.

Wir meinen, daß es sich um eine Übertragung auf elementarer Ebene handelt als die geistige „Begegnung“ oder die psychoanalytische „Übertragung“, die sich auf der Ebene der unbewußten, kindlichen Beziehungen abspielt. Sie geschieht auf der instinktiv-affektiven Ebene, die *vital* genannt wird (vergleichbar dem Niveau der vitalen Affekte von SCHELER und K. SCHNEIDER), wo sich die grundlegenden Mechanismen der Affekte und der Verteidigung und der Aggressivität abspielen. Sie ist außerdem

durch eine somatische Handlung in Bewegung gesetzt worden, ohne daß spezielle psychotherapeutische Techniken erforderlich waren und bewegt sich im Rahmen der *konkreten Situation*, die *real, nicht „neurotisch“ unmittelbar und aktuell* ist.

2. Daß die vitale Übertragung auf einem *biologischen Untergrund* aufbaut, der durch die somatischen Behandlungsverfahren verändert ist, und nicht nur auf dem psychologischen (symbolischen) Spiel der Situation Arzt-Kranker, das beweist auch der *Effekt der Leukotomie* bei Schizophrenen.

Ein Beispiel: Der Pat. A. lebte in seinem Autismus, feindselig gegenüber der Familie, mit Gefühlen der Abscheu, wahnhaften Anschuldigungen, verkrampft und negativistisch in bezug auf Arzt und Pfleger. Es zeigte sich nur eine vorübergehende Besserung des Kontaktes und Minderung des Wahns nach wiederholten Behandlungen mit Insulin (einfach und nach der summierenden Methode mit Cardiazol und Elektroschock), Ataraktika, Fiebertherapien, Winterschlaf und anderen Behandlungen. Alle Bemühungen persönlicher Beeinflussung und der Integrierung in die Umwelt waren vergeblich gewesen.

Unmittelbar, nachdem die Intervention den Negativismus überwinden läßt, wird der Kranke den Aufgaben der Pflege zugänglich und nimmt den Arzt besser an. Es folgt dann eine Zeit der Apathie und des Verlustes an Initiative, in der er, nur wenn er aufgefordert wird, auf die Anwesenheit von Personen anspricht. Die Wahnthemen sind verraucht, und er setzt der Intervention der Therapeuten keinen Widerstand entgegen. Er läßt sich führen, anfangs in passiver Form, nach und nach mit größerer Gefühlsanteilnahme, wenn auch auf einer elementarerem, manchmal kindlichen Ebene. Der Infantilismus ist aber konkret-gegenwärtig und nicht symbolisch-retrospektiv. Der Kontakt knüpft sich leicht auf einer niederen Ebene an mit eigennützigen Themen und Kindereien, hat aber den charakteristischen Ton der „Distanz“ und des Bizarren der Schizophrenie verloren. Munter und gut aufgelegt werden Vater und Mutter (die vorher zurückgewiesen wurden) angenommen. Im Laufe der Zeit und unter dauernder erzieherischer Aufmunterung der Therapeuten vergrößert sich die praktische Aktivität, sich treiben lassend, aber unter einfachen und natürlichen Formen. In den Schoß der Familie zurückgekehrt, findet er in der Mutter eine stark gefühlsmäßige und erzieherische Stütze und läßt sich, mit Zwischenspielen von impulsiver Reizbarkeit und starrköpfiger Rebellion, leiten. Die Aktivität des Wahns hört vollkommen auf, ebenso die gespannten, schroffen individualistischen Haltungen, persönliche Widersetzlichkeiten sind selten. Abgesehen von der Tendenz, spät aufzustehen, faul herumzulaufen und Alkohol zu trinken ist kein antisozialer Impuls vorhanden. Er läßt sich disziplinieren und nimmt die Richtlinien der Mutter und des Arztes an, denen gegenüber er sich dankbar und sympathisch zeigt.

Mit Aufopferung steht er der Mutter in schwerer Krankheit bei und nimmt seine Hochschulstudien wieder auf.

Für unser Problem ist es interessant, Folgendes hervorzuheben:

1. Die Ansprechbarkeit für den *persönlichen Kontakt*, der bis dahin durch die Haltung des Kranken abgeschnitten war,
2. die *wiedererwachten Affekte*, die zunächst in elementarer Form fast allen Anwesenden, die sich darum bemühen, entgegengebracht werden,
3. die Konzentration dieser diffusen *vitalen Übertragung* auf gewisse Personen.

Ein eingehendes Studium ist jetzt nicht möglich. Der grundlegende Vorgang, den auch GREENBLATT, J. TAILARACH und J. CONSTANTS bezeichneten, ist die „*Syntonisierung*“. Ihr „regressiver“ Aspekt, den wir geschildert haben, läßt diese Syntonisierung sich allmählich herausbilden: 1. Auf der Ebene der *Hypermetamorphose*, gleichsam als eine Reflexantwort auf die Anreize; 2. auf einer *kindlichen Ebene*; 3. auf einer differenzierteren Ebene, wenn auch im rein praktischen und konkreten Bereich, dem ausgerechnet die schizophrene Note und ihre Widerstände und Störungen fehlen und das daher als viel *natürlicher und menschlicher* empfunden wird.

Man kann die 1. reflektorische und automatische Ebene der Beziehungen des Patienten zu den Personen, die ihn behandeln, als Übertragung ablehnen. Bei der 2. Ebene (der kindlichen) ist die „Übertragung“ schon recht klar und gerade von der *vitalen Art*, die wir beschrieben mit der besonderen Note des Leukotomierten — *passiv*, sich treiben lassend, wenig persönlich. Auf der 3. Ebene werden schon die differenzierteren „Übertragungen“ möglich, die für eine psychotherapeutische Ausnutzung geeignet sind, wie schon REITMANN betonte.

Die Psychoanalytiker werden dem entgegen halten, daß die „Übertragung“ bei den Leukotomierten schlaff ist. In der Tat ist wenig instinktiv-affektiver Impuls des Ichs vorhanden, und es werden nur schwache Erinnerungen „infantiler“ Art heraufgeholt. Dies sind aber gerade die Merkmale der vitalen Form der „Übertragung“ (mit der passiven Note des Leukotomierten), die sie von der symbolischen Übertragung unterscheiden, die sich in der Psychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage zeigt.

Es ist sicher, daß es die Veränderung der organischen Grundlage der psychischen Aktivität war, die die Syntonisierung mit der Umwelt und Rückkehr zu weniger ausgeprägten Formen der Integration erst möglich machte.

Ohne diese dynamische Veränderung wäre eine neue Übertragung auf die Behandler und die Personen der Umgebung und der Familie sowie die *Reedukation* und *Rehabilitation* des Kranken — die Veränderung seiner Persönlichkeit auf neuer Grundlage — nicht möglich. Der extreme Fall der Leukotomie — *Zusammenspiel einer hirn-chirurgischen Läsion mit psychologischen und sozialen Anreizen* — gibt ein Beispiel für die Quintessenz unseres Themas.

3. Das *Erwachen aus dem Insulin-Koma* wurde verschiedentlich (M. MÜLLER, GRALNICK) als eine günstige Gelegenheit zur *Kontaktgewinnung* mit Schizophrenen beschrieben.

Die Phase des instinktmäßigen und infantilen Verhaltens, die sich beim Erwachen zeigt, wiederholt „regressive“ Situationen, bei denen die Note der „Syntonisierung“ häufig auftritt. Es wurde schon von den

neuen Möglichkeiten der „Übertragung“ gesprochen, welche diese Lage bietet. In der Tat, im Ablauf eines kurzen Zeitraums waren wir Zeugen verschiedener nach und nach immer mehr eingeordneter Phasen der Zugänglichkeit für die Anwesenheit und den Eingriff von Pflegern und Arzt, angefangen bei der instinktiven Suche des „Objektes“ bis zum kindlichen Wunsch nach Pflege, Ernährung, Reinlichkeit und Behagen bis zu einem warmen persönlichen Kontakt mit der Notwendigkeit der Unterstützung und des Schutzes in der Not-Situation, in der der Patient sich befindet. Wir fanden wieder, wie beim vorhergehenden Beispiel, wenn auch unter eigenen Formen, günstige Bedingungen für die Bildung der vitalen „Übertragung“: die Extraversion des Humors, die Syntonisierung, die Lockerung des Gefühls, das Verlangen nach Kontakt, das Nachlassen des Autismus, der inneren Spannung und der Stärke der Wahnthemen. Die *Handhabung dieser Übertragung* von der vitalen Ebene bis zu anderen differenzierteren Ebenen gestattet das psychologische Eingreifen des Therapeuten, zumindest die persönliche Einstellung im allgemeinen Rahmen der humanen Behandlung der Schizophrenen.

Das Insulinkoma ist ein somatischer Notzustand, der vom Therapeuten bestimmt und geheilt wird, der große gefühlsbetonte Lasten mobilisiert. Daß bei der geschaffenen Lage die Veränderungen der Nervenfunktionen und der psychologischen Funktionen zusammenfallen, erleichtert die vitale Übertragung in einem der Wiederanpassung des Patienten an ein neues Leben günstigem Sinne.

4. u. 5. Eine ähnliche Lage ergibt sich beim *Elektroschock*. Allerdings mit dem Nachteil, daß Gedächtnisschwierigkeiten und größere Bewußtseinsstörung vorliegen, die den Kontakt verändern. Schon PAUL SCHILDER empfahl im Jahre 1939, daß die durch die Krampfbehandlung ausgelöste Situation für die Übertragung ausgenutzt werden soll. Wir müssen aber unterscheiden: 1. die *elementare vitale Übertragung* beim Erwachen aus dem Krampfstadium (die manchmal negativen Charakter hat) und 2. die Veränderungen, welche nach wiederholten Elektroschocken bei den Schizophrenen eine Syntonisierung durch Veränderung des *Temperamentes* und des *Untergrundes des Erlebens* und der Betonung der Fähigkeit zur *sozialen Gemeinschaft* hervorrufen, wie W. v. BAYER und GROBE beschrieben haben.

Uns zeigte die Erfahrung, daß das Auftreffen der therapeutischen Schocke auf gewisse *Verhaltensweisen* (Widerstand aus affektbetonter Opposition, impulsive Aktivität, halluzinatorische Erregung, Negativismus, wahnhafter Autismus usw.), die die Möglichkeit des Kontaktes und der Übertragung einschränken, die Lage erleichtern kann, weil es nun die Möglichkeit gibt, die Patienten der *Beschäftigungstherapie*, der *Umwelttherapie* und anderen Formen kollektiver und persönlicher Einwirkung zu unterwerfen. Das Wesentliche ist das Auftreffen des

*ad hoc* gezielten somatischen therapeutischen Reizes zum Zwecke gewisser psychologischer Effekte zugunsten der psychotherapeutischen Wirkung. An der Wurzel dieser Verbindung steht gerade die vitale Übertragung. Es fehlt an Zeit, um hier analoge Betrachtungen hinsichtlich der Wirkung der Schlafkuren und der Ataraktica zu entwickeln.

Wir möchten hier die Erinnerung zurückrufen, daß KLAESI 1922 schon eine Form zur Verbesserung der Beziehungen der Schizophrenen zu ihrer Umwelt (entourage) erkannte: „Es wurden im Verlauf der Kur und auch aus der Kur selbst Bedingungen für einen persönlichen Kontakt mit dem Pflegepersonal geschaffen, was die spätere Durchführung einer Psychotherapie erlaubte.“ BRISSET, CH. DURAND, GACKHEL und CITROME betrachten die Schlafkur als eine „psychotherapeutische Situation“ an sich. Die „permission de regresser“ (Zurücktauchen) auf ein kindliches Stadium, die Notwendigkeit gewissenhafter und dringlicher körperlicher Betreuung — eine Lage von körperlichem und geistigem „stress“ — nähert sie den anderen beschriebenen Fällen an. Die Schule der Pawlowianer zeigte den Bruch der cortico-subcorticalen und cortico-visceralen Verbindungen durch den Schlaf. Wir sind der Meinung, daß diese *Veränderungen der interozeptiven Aktivitäten* — analog der Leukotomie und anderen therapeutischen Interventionen — die *extrozeptiven Wege den Einflüssen der Umwelt weiter öffnet*. Daher kommt die größere Zugänglichkeit — beim Erwachen — gegenüber den äußeren Reizen und die Erleichterung der vitalen Übertragung in den kritischen Phasen der Behandlung. Später kann sich dann eine Übertragung differenzierterer Art ergeben, wenn die Intervention des Therapeuten in diesem Sinne einwirkt.

Die neuen Medikamente, *Ataraktica*, *Transquillizers*, *Beruhigungsmittel* usw., werfen, infolge ihrer bemerkenswerten Wirkung auf gewisse schizophrene Äußerungen, das Problem, das wir hier diskutieren, mit größter Schärfe und Aktualität auf.

Bei dem Symposium über Chlorpromazine und andere Drogen (Reserpin usw.), das von J. DELAY 1955 in Paris geleitet wurde, betonten wir gemeinsam mit anderen Autoren (DELAY, MAYER-GROSS, RÜMKE, EY) die Notwendigkeit der *Einordnung der Pharmakotherapie in den Zusammenhang der psychologischen Behandlung*.

Es ist ein allgemeines Problem, das „von den Medikamenten zur Persönlichkeit“ führt, das soll heißen, von der chemisch-pharmakologischen und biologischen Ebene zur *psychologischen Ebene*, und darüber hinaus zur *Persönlichkeit* innerhalb der Situation und in ihren Beziehungen zu den anderen.

Die durch *Chlorpromazin* hervorgerufene *Inaktivierung* der krankhaften Störungen der Instinktivität, Affektivität und Ideenbildung auf vitaler Ebene bestimmt andere Möglichkeiten der Organisation des Bewußtseins bei akuten Formen der Schizophrenie. Unter diesen



Bedingungen, sagten wir auch schon (wie viele andere Autoren: PERRET, BECKER, LACOSTE, SIGWALD, LABORIT usw.) bessert sich der „persönliche Kontakt“ bei Stuporkranken, bei Gespannten, bei Wahnhaften, bei Inkohärenten, Hyperkritischen usw. So wird die Intervention des Therapeuten und die Herstellung einer vitalen Übertragung ermöglicht, die dann ausgenutzt wird, um das Verhalten und die Beziehungen zur Umwelt zu ordnen.

Bei Schizophrenen langwieriger Entwicklung haben Reserpin, Chlorpromazin, Atarax und die Meproamate beachtliche Besserungen bei Aufgeregten, Impulsiven, Zerstörern, Negativisten, Protestlern hervorgerufen. Ganz allgemein gehen die Reizbarkeit des Gefühls, die Impulsivität, der wahnhafte und der halluzinatorische Anteil zurück, und der Kontakt und die Möglichkeit persönlicher Beeinflussung und humaner Einwirkung steigert sich.

Wenn diese Möglichkeit nicht ausdrücklich ausgenutzt wird — durch die *Beschäftigungstherapie*, die *Umwelttherapie* und andere Behandlungsformen — dann hält sie sich sehr oft nicht oder die pharmakologischen Effekte werden vermindert, und wenn man mit der Darreichung aufhört, dann fallen auch viele Patienten (nicht alle) zurück in den alten Zustand.

### Zusammenfassung

So zeigt die klinische Erfahrung den intimen Zusammenhang zweier Arten von Effekten, der somatischen und der psychischen Therapie; und das Glied, das die Kette der Wirkung verbindet, ist der *persönliche Einsatz des Therapeuten*. Das Problem liegt also in der *Kuppelung*, z. B., ein Elektroschock, der in dem richtigen Augenblick gegeben wird, um eine affektive Verstimmung zu brechen, die jeden persönlichen Kontakt abschnitt. Der Mißbrauch des Elektroschocks und anderer Behandlungen, die unter schlechten psychologischen Bedingungen vorgenommen werden, zeigen ungünstige Wirkung auf das Geistesleben des Kranken und seine schlechten Beziehungen zum Therapeuten — die sich in negativer Übertragung ausdrücken (Angst und Abweisung).

Wenn die neuen Heilmittel in ungeeigneten Dosen und unter Bedingungen, die der Situation nicht angemessen sind, angewandt werden, dann lösen sie manchmal ebenfalls unangenehme und störende Reaktionen aus. Wenn sie aber im psychotherapeutischen Sinne gelenkt werden, dann können sie positive Übertragungen erleichtern und damit die Besserung des Patienten.

Die „Besitzergreifung“ des Therapeuten in bezug auf den Kranken kann also durch die Effekte der somatischen Behandlungsverfahren erleichtert werden. Die *vitale Übertragung* wird so der psychotherapeutischen Technik entgegenkommen und sie wird verstärkt werden durch die rechte *Haltung des Therapeuten*.

Wenn das Gegenteil der Fall ist, werden in dem vitalen Bereich negative Übertragungen den *Widerstand* gegen die persönliche Aktion des Arztes vergrößern.

Bei der *Anwendung somatischer Behandlungsverfahren* ist es also erforderlich, mit der *Lenkung der vitalen Übertragung* zu rechnen, die durch diese Verfahren innerhalb der *Situation Arzt-Kranker* ausgelöst wird.

Über eine einfache „Mischung“ oder Zusammenlegung der somatischen und psychotherapeutischen Heilverfahren können wir also auf diese Art zu ihrer *Synthese* beitragen, indem wir absichtlich gewisse somatische Effekte hervorrufen, um die bessere Zugänglichkeit des Kranken für die psychotherapeutische Behandlung zu erreichen. Hinausgehend über die noch nicht bewiesenen spezifischen Einwirkungen der somatischen Behandlung auf den schizophrenen Prozeß und ebenfalls hinausgehend über die pathogene Veränderung seiner klinischen Symptome, wird die *somatische Therapeutik* so zu einem *bezeichnenden Eigenwert*, angesichts der Situation, in der der Patient lebt.

Die *Behandlung* bezieht sich auf die *Krankheit an ihren organischen Wurzeln*, sie richtet sich aber gleichzeitig an die *Persönlichkeit des Kranken* und auf seine *Stellung in der Welt*. Auf diese Weise könnte man die *Synthese* der medizinischen und anthropologischen Orientierung der Psychiatrie versuchen.

Indem die somatischen Aktionen den Autismus ausschalten und eine Brücke — der vitalen Übertragung — vom Kranken zum gesunden Menschen schlagen, öffnen sie einen weiteren Weg, damit neue moralische Anreize dem Kranken „eine neue Form zum Leben in der Welt“ und näher seiner menschlichen Natur ermöglichen.

### Literatur

AZEVEDO-FERNANDES: Psicoterapia de grupo na esquizofrenia, in Portugal méd. **35**, 9 (1951). — Estudo Comparado da Psicoterapia de E. KRETSCHMER: in O Méd. **157**, 148, 159 (1954). — BARAHONA-FERNANDES: Intégration Psychosomatique de la pharmacotherapie. La Transfrence vitale, Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **79**, 2 (1957). — La thérapeutique occupatinelle en Psychiatrie. Paris: Hermann & Cie. 1954 (com colaboração de Seabra Diniz). — Voraussetzungen und Ergebnisse der Leukotomie in Langenbecks Arch. u. Dtsch. Z. Chir. **276**, 109 (1953). — Terapêutica psico-somática convergente, in Colectânea de Trabalhos Médicos de discípulos de Pulido Valente, Lisboa 1955. — Incidents and Accidents in clorpromazine therapy, in J. clin. exp. Psychopath. **17**, 1 (1956) (vom colaboração de Gonçalves Leitão). — Chlorpromazina, reserpina e a chamada „farmacoterapia“, in J. Méd. (Pôrto) **39**, 68 (1956). — Thérapentique psycho-somatique convergente, in L'Évolution Psychiatrique **3**, 661 (1956). — Dos Medicamentos à Personalidade — integração psico-somática da terapêutica, in J. Méd. **31**, 717 (1956). — Effects Psycho-somatiques de la clorpromazine, in L'Encephale **4**, 328 (1956). — A ideia do homem na Medicina actual, Livraria Portugal, Lisboa 1957. — Novas perspectivas da Medicina, in Coimbra méd. **1**, 1 (1957). — BAYER, W.R., v.: Die moderne psychiatrische

Schockbehandlung. Stuttgart: Georg Thieme 1951. — BEECK, M.: Praktische Psychiatrie, Walter Gruyter & Co. — BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. — Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien, Franz Deuticke 1911. — CLAUDE, H., et P. RUBENOVITCH *Thérapeutiques Biologiques des Affections Mentales*. Paris: Masson & Cie. 1940. — DELAY, J., et W. MAYER-GROSS, W. OVERHOLZER, M. BLEULER, H. RÜMKE etc.: Colloque International sur la clorpromazine. Paris: G. Doin & Cie. 1953. — DIETHELM, O.: Treatment in Psychiatry, Springfield, Illinois: Charles C. Thomaz. — ELLENBERGER, H.: Psychiatrie, *Encyclopedi Médico-Chirurgicale*, Vol. III, Paris 1956. — EY, H.: *Études Psychiatriques*, Vol. I, II et III. Paris: Desclé de Brouwer & Cie. 1954. Psychiatrie, *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, I e III vol., Paris 1956. — FIDLER and FIDLER: *Psychiatric Occupational Therapy*, Mac Millan & Co. 1954. — GOMES DE ARAUJO: Utilização da reserpina (Serpasil), in *O Médico*, ano VI, no. 200 (1955). — HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Basel: Benno Schwabe & Co. Verlag 1957. — IBOR, LOPEZ, A. FIAMBERTI, V. ABERLETTI, L. MEDUNA et M. SAKEL: Congrès International de Psychiatrie. Paris: Herman & Cie. 1950. — KALINOWSKY, L., u. P. HOCH: Schock Treatment. William Heinemann — Medical Books, Ltd., 2<sup>o</sup> Ed., London 1952. — KLEIST, K.: *Gehirnpathologie*, Leipzig 1934. — KRETSCHMER, E.: *Psycho-Therapeutische Studien*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag 1949. — Der affektive Kontakt als biologisches Problem, *Psychother. med. Psychol.* **2**, 1 (1952). — MAYER-GROSS, W., E. SLATER and M. ROTH: *Clinical Psychiatry*. London: Cassel & Co. 1954. — MAYER-GROSS, W.: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, B. IX. Berlin: Springer 1932. — MÜLLER, M.: *Die körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme 1952. — MCCARTHY, D. J.: *Medical Treatment of Mental Disease*, J. B. Lippeicott Co. 1955. — MEGGENDORFER, F.: Allgemeine und Spezielle Therapie der Geistes- und Nervenkrankheiten, Stuttgart. — POLONIO, P.: A prognostic Study of insulin treatment in shizophrenia (Em colaboração com Eliot Slater), in *J. ment. Sc.* **100**, 442 (1954). — A leucotomia préfrontal. in *An. port. Psiquiat.* **7**, 142 (1955). — *J. Méd.* **30**, 117 (1956). — RAMOS, V.: *Psicologia clínica; a relação Médico-doente*, Curso de Psicologia Médica, Porto 1956. — SARGANT, W., and E. SLATER: *Physical Methods of Treatment in Psychiatry*. London: E. & S. Livingstone, Ltd. 1954. — SCHNEIDER, C.: *Verhütung und Behandlung der Geisteskrankheiten*, Berlin 1939. — SEABRA DINIZ, J.: *La Thérapeutique par le sommeil prolongé*, in *An. port. Psiquiat.* **5**, 5 (1953). — WYRSCH, J.: *Allgemeine und Spezielle Psychiatrie (REICHARDT)*, Schizophrenie, pag. 394. Basel: S. Karger.

Prof. Dr. H. J. DE BARAHONA FERNANDES, Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa, Avenida do Brasil, 53, Lisboa (Portugal)