

Aus dem Klinischen Institut der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie
(Max-Planck-Institut) München (Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W. SCHOLZ)

Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen

Von
PAUL MATUSSEK

(Eingegangen am 24. Februar 1958)

Die alte Frage nach dem Anlaß schizophrener Psychosen besteht auch heute noch ungelöst fort. Man weiß nicht, ob die bei einem bestimmten Prozentsatz von schizophrenen Psychosen gefundenen seelischen Anlässe — die körperlichen werden hier nicht berücksichtigt — lediglich im Sinne eines allgemeinen Stress und somit als psychoseunspezifischer Anstoß zu einem erbbiologisch festgelegten Prozeß wirken. Die andere Möglichkeit wäre, seelische Anlässe als spezifische Keim-(Versagungs- bzw. Versuchungs-)Situationen zu interpretieren, eine Annahme, zu der die psychodynamisch orientierte Psychiatrie neigt, allerdings mehr auf Grund allgemeiner Überlegungen als an Hand umfangreicherer Untersuchungen.

Eine solche Auffassung wird von der klassischen Psychiatrie im wesentlichen mit Argumenten abgelehnt, die BUMKE folgendermaßen formuliert: „In Wirklichkeit sind aber selbst die Fälle, in denen eine Schizophrenie nach der Hochzeitsnacht, im Anschluß an ein sexuelles Attentat, an die Beobachtung eines Mordes und dergleichen scheinbar schlagartig ausgebrochen war, sehr selten, und sie beweisen eigentlich gar nichts.“ Diese und ähnliche Ansichten über die Seltenheit und Bedeutungslosigkeit von seelischen Anlässen stützt sich hauptsächlich auf klinische Erfahrungen. Einwandfrei statistische Untersuchungen darüber existieren nicht, was insofern nicht verwunderlich ist, als die methodischen Schwierigkeiten recht beträchtlich sind.

Diese Arbeit will sich daher zunächst nicht mit der Frage beschäftigen, ob zu jeder schizophrenen Psychose ein Anlaß gehört und ob dieser Anlaß strukturspezifisch ist oder nicht, sondern in erster Linie die methodischen Schwierigkeiten untersuchen, die sich bei dieser Frage ergeben. Diese hat man nämlich sowohl von seiten der vorwiegend an der Diagnose einer Krankheit interessierten klassischen Psychiatrie als auch von seiten einer mehr psychodynamisch orientierten Psychiatrie oftmals übersehen. In der immer umfangreicher werdenden Literatur über die Psychotherapie Schizophrener wird die Frage des Anlasses nicht selten in einer Weise behandelt, als wenn es nichts Leichteres gäbe, als den Anlaß für eine psychotische Veränderung genau zu bestimmen. Eine Einstellung

übrigens, die sich bei der Beschreibung der Wirksamkeit bestimmter ärztlicher Verhaltensweisen auf den psychotischen Prozeß wiederfindet. Daß hierbei methodische Kunstprodukte — in der Hauptsache das eigene Einfühlen — eine Rolle spielen, ergibt sich schon aus der Tatsache, daß die verschiedensten psychotherapeutischen Verhaltensweisen für ein und dieselbe Wirkung verantwortlich gemacht werden.

Die folgende Untersuchung stützt sich auf 18 *psychotherapierte Fälle von schizophrenen Psychosen*, bei denen im Verlaufe der Behandlung der therapeutische Kontakt so ausreichend war, daß die bei einer vorwiegend diagnostischen Einstellung zum Kranken auftretenden methodischen Schwierigkeiten zum größten Teil behoben bzw. abgeschwächt waren.

Zeitliche Festsetzung des Psychosebeginns

Eine erste Schwierigkeit bei der Feststellung des Anlasses ergibt sich aus der zeitlichen Bestimmung dessen, was veranlaßt wurde, nämlich des psychotischen Verhaltens.

Mit Ausnahme akut einsetzender Psychosen läßt sich der Beginn schizophrener Veränderungen nicht immer genau festlegen. Vom Auftreten der ersten, oftmals nur geringfügigen Auffälligkeiten bis zur Manifestation eindeutig psychotischer Symptome können Monate, ja unter Umständen Jahre vergehen. Die zeitliche Festsetzung des Psychosebeginns ist dann nicht selten eine Frage der Konvention, z. B. darüber, ob man erst beim Auftreten der Symptome ersten Ranges im Sinne K. SCHNEIDERS oder schon bei andersartigen, aus dem gewohnten Rahmen fallenden Verhaltens- und Erlebensweisen (wachsende Isolierung, gereiztes aggressives Verhalten, Verschrobenheiten usw.) von dem Beginn der Psychose sprechen soll. Psychodynamisch gesehen allerdings ist — unabhängig von der begrifflichen Übereinkunft — der Entwicklungsprozeß der Symptome von großer Wichtigkeit, da diese ja nicht einfache Folge einer körperlichen Krankheit oder irgendeines rein intrapsychisch ablaufenden Konfliktes, sondern immer auch Teil eines umfassenden Situationsgefüges sind, wie es ursprünglich KRETSCHMER für den sensitiven Beziehungswahn und neuerdings PAULEINKHOFF für paranoid halluzinatorische und demente Erscheinungsbilder, KISKER für katatonen Bewegungsformen prinzipiell überzeugend dargelegt bzw. postuliert haben. Ein sich allmähliches Zurückziehen von der Außenwelt im Sinne eines wachsenden Autismus wäre Ausdruck bzw. Reaktion auf ein anderes, innere und äußere Faktoren umschließendes Situationsgefüge wie etwa eine Wahnbildung oder Sinnestäuschungen. Hält man sich nämlich an den psychopathologisch zu allgemeinen und nur konventionell abgrenzbaren Begriff der Psychose (K. SCHNEIDER), wird man hinsichtlich der Frage nach dem Psychosebeginn und seiner Veranlassung unwiderlegbar beruhigt sein können, wenn man den auslösenden Konflikt schon zur Psychose rechnet, so wie es etwa MAYER-GROSS

formuliert hat: „Daß sich die Krankheit häufig an ein unangenehmes Erlebnis anschließt, wird niemand bestätigen, der diejenigen Konflikte ausnimmt, welche die beginnende Psychose selbst herbeigeführt hat.“

Für die vorliegende Frage des Anlasses besagt das: Bei der Bestimmung der Anlässe ist wegen der Situationseinheit von Anlaß und Reaktion darauf zu achten, welcher Anlaß mit welchem Symptombild in Verbindung steht.

Daueranlässe

Neben der Registrierung eines eindeutigen Beginns der Psychose und der Differenzierung verschiedener Symptome bedeutet die Feststellung der wirksamen Anlässe eine nicht geringere methodische Schwierigkeit. Zunächst muß man gerade bei Schizophrenen an jene „Daueranlässe“ denken, die der Konstatierung insofern leicht entgehen, als die äußere Situation keine so auffallenden Veränderungen aufweist, wie etwa beim Tode eines Angehörigen. Man wird hier allerdings nur in einem weiteren Sinn von Anlaß reden können, ohne dabei aber einer solchen Situation einen veranlassenden Charakter im Sinne einer von außen kommenden Belastung ganz absprechen zu können, worauf schon E. BLEULER, LANGE und E. KRETSCHMER hingewiesen haben. Daß bei diesen Daueranlässen der Belastungscharakter einer äußeren Situation immer erst durch bestimmte innere (seelische und körperliche) Vorgänge im Kranken selbst mitverursacht wird, hat schon KRETSCHMER in seinem Werk über den sensitiven Beziehungswahn aufgezeigt, wenn er sagt, „daß in jedem Erlebnis und in jeder individuellen Milieulage als ihre eine Hälfte die Persönlichkeit als mitschaffendes Moment wieder mit drin ist.“

Zwei Fälle mögen als Modell dienen:

Ein 20jähriger Hebephrener ging 2 Jahre vor seiner Einlieferung in die Nervenklinik von zu Hause weg, um zunächst einmal nur fern von den Eltern zu sein. Er hielt sich in verschiedenen Städten Westdeutschlands auf, bis er sich an der Universität München einschreiben ließ, ohne aber ein bestimmtes Studium durchzuführen. Sein Vater hätte es aus finanziellen und persönlichen Gründen gerne gesehen, wenn der Sohn in der Nachbarstadt studiert hätte. Dazu aber war der Kranke nicht zu bewegen. Er schrieb nur ganz selten nach Hause, nämlich dann, wenn er wieder einmal Geld brauchte. Die Einladung seiner Eltern, wenigstens die Ferien- oder Festtage zu Hause zu verbringen, lehnte er konstant ab. Schon der Gedanke an daheim machte ihn „krank“. Trotz der immerhin durchgesetzten Flucht vor dem „schlechtesten Ort der Welt“ kam er 2 Jahre später — im Anschluß an einen anderen Anlaß — unter dem Bild einer schleichend hebephrenen Psychose in die Nervenklinik. Der Kranke meinte von sich aus: „Wäre ich früher von zu Hause weggelaufen, wäre es nicht dazu gekommen.“

Ein anderer, etwa gleichaltriger Student kam in die Sprechstunde, weil er von daheim weg wollte. Er bat den Therapeuten ausdrücklich um die Erfüllung dieses Wunsches. Auf nähere Gespräche ließ er sich im Anfang nur insofern ein, als er die Gewißheit hatte, daß der Arzt ihm bei dem geplanten Wohnungswechsel behilflich sein würde. Der Kranke war ein $\frac{3}{4}$ Jahr vorher wegen eines schweren katatonen Schubes in der Nervenklinik. Auch er hatte den Eindruck, daß es nicht zur Krankheit gekommen wäre, wenn er nicht zu Hause gelebt hätte.

Beiden Fällen ist gemeinsam, daß in einer äußerlich konstant gebliebenen Situation eine Belastung erfahren wurde, die von den Kranken in Verbindung mit dem Ausbruch der Psychose gebracht wurde. Der eine Kranke konnte sich selbst aus der Situation befreien — nach seinen Angaben allerdings zu spät —, wozu der andere nicht mehr imstande war, da er gegen die hauptsächlich auf finanziellen Erwägungen beruhenden Argumente der Eltern nicht aufkommen konnte. Das für unsere Fragestellung Wesentliche ist in beiden Fällen die Tatsache, daß eine schon längere Zeit bestehende Situation auf Grund innerer, hier nicht näher interessierender Vorgänge zu einer Belastung wurde, die für den Ausbruch der Psychose zwar nicht ursächlich, andererseits aber auch nicht völlig bedeutungslos war. Die Bedeutung dürfte darin liegen, daß sich das Situationsgefüge durch innere Vorgänge beim Kranken so änderte, daß eine Entfaltung der an ein bestimmtes Reifestadium gelangten Persönlichkeit erschwert bzw. unmöglich wurde. Für den Kranken erscheint daher eine Weiterentwicklung nur außerhalb dieser Situation möglich, während ein Verharren in ihr die psychotische Entwicklung begünstigt hätte.

Es taucht allerdings die Frage auf — die ich mir im letzten Fall wegen eines eventuellen Rates zum Wohnungswechsel auch ständig stellte —, ob der Eindruck des Kranken über die „kausale“ Bedeutung eines Zusammenlebens mit den Eltern auch die tatsächlichen Wirkfaktoren für den Ausbruch der Psychose widerspiegelt. Das Nichtertragenkönnen der elterlichen Atmosphäre könnte ja schon Folge einer beginnenden Psychose und damit ein Krankheitssymptom gewesen sein, gemäß einer alten, kürzlich wieder von ROSEN geäußerten Vorstellung, wonach der gesunde Mensch allen im normalen Leben auftretenden Belastungen gewachsen wäre. Zu diesen aber gehört das Zusammenleben mit Eltern im fortgeschrittenen Alter.

Solche Vorstellungen messen, wie es MÜLLER-SUUR in seinen Untersuchungen über den Normalitätsbegriff herausgearbeitet hat, den Menschen mit seinen Entfaltungsmöglichkeiten an einem abstrakten, von außen entworfenen Schema einer mit unbegrenzten Freiheiten versehenen Normalität und übersehen die konkreten Begrenzungen jedes — und nicht nur des kranken — Individuums, die Lebensgeschichte und die Situation, zu der auch der Leib gehört. Das dürfte auch der tiefere Grund dafür sein, daß es einen allgemeinen, für alle Menschen in gleicher Weise zutreffenden Stress gar nicht gibt. Konkret sind immer nur krankheitstypische, ja individualspezifische Stress-Situationen, eine Erkenntnis, die sich auch in der modernen Experimentalpsychologie immer stärker durchsetzt, nachdem am Anfang der Stress-Forschung — ähnlich wie in der Psychiatrie bei der Frage nach dem Anlaß — nur ein allgemeingültiger Stress-Begriff existierte. SELYE, und noch stärker

seine Interpreten sahen gerade in der Unspezifität das Revolutionäre des medizinischen Stress-Begriffes, nämlich in der Tatsache, „daß viele Krankheiten keine Einzelursache, keine spezifische Pathogenität haben, sondern meistens auf unspezifischen Stress-Wirkungen beruhen.“

Was im Biologischen gültig sein mag, braucht es nicht im gleichen Maß und in gleicher Weise im Psychologischen zu sein. Die moderne experimentalpsychologische Stress-Forschung jedenfalls wendet sich von dem allgemeinen Stress-Begriff ab und der Erforschung individueller bzw. krankheitsspezifischer Stress-Reaktionen zu, seitdem man erkannt hat, daß die ursprünglichen psychologischen Stress-Experimente auf der irrtümlichen Annahme beruhten, „daß das Subjekt in Übereinstimmung mit des Experimentators (d. h. einer allgemeingültigen) Einschätzung der Stress-Situation reagierte“ (LAZARUS), also das tat, was die Psychiatrie zu einem gewissen Teil heute noch tut, wenn sie den Anlaß bzw. dessen Bedeutung mittels des eigenen Einfühlens zu bestimmen sucht.

Es wäre also durchaus möglich, daß die Aussagen der genannten Kranken über die unerträgliche Belastung insofern die „Wahrheit“ trügen, als das Zusammenleben mit den Eltern einen spezifischen Stress für Schizophrene bzw. für diese beiden Kranken darstellt, während andere Belastungen besser gemeistert werden als von Nicht-Schizophrenen.

Gelebter und erlebter Anlaß

Diese Überlegungen führen zu einer zweiten methodischen Schwierigkeit bei der Eruierung von psychofördernden Anlässen, nämlich zu der Frage, welcher beim Vorliegen mehrerer Anlässe wohl der wirksamste bzw. der alleinwirkende ist. Soll man sich hier auf das eigene Wissen und die eigene Überschau der Situation verlassen oder zunächst das Erleben des Kranken zum Ausgangspunkt nehmen? In der Psychotherapie von Schizophrenen treten diese Schwierigkeiten immer wieder auf. Man findet mehrere Anlässe und weiß nicht recht, in welcher Weise eigentlich die einzelnen Anlässe wirken und ob es sozusagen eine Rangordnung der Wirksamkeit bei den verschiedenen Anlässen gibt.

Ein Schizophrener fiel nach 2 jähriger psychotherapeutischer Behandlung in eine, zwar milder als die vorangegangenen Schübe verlaufende Psychose zurück. Als Anlässe kamen folgende Ereignisse in Frage: 1. Unterbrechung der Behandlung wegen eines Urlaubs des Therapeuten. 2. Zum erstenmal im Leben führte der Pat. eine gemeinsame Ferienfahrt mit Nicht-Familienangehörigen durch. Auf dieser Reise nach Italien mußte er täglich in einem anderen Bett schlafen und — was schwerwiegender war — sein Zimmer mit anderen teilen. Die anderen waren insofern besonders belastend, als es sich hauptsächlich um persische, türkische und ägyptische Studenten handelte, in denen der Kranke nur die Vertreter einer ihm wesensfremden und auf anderen Prinzipien aufgebauten Religion sah. (Auf das Phänomen der Belastung durch Menschen anderer Kulturen und Religionen wird weiter unten eingegangen werden.) 3. Eine Woche nach Rückkehr von seiner

Ferienfahrt fuhren die Eltern auf Urlaub, so daß der Pat. zum erstenmal in seinem Leben — abgesehen von einem früheren Klinikaufenthalt und der vorangegangenen Reise — von seiner Mutter für mehr als einen Tag getrennt war.

Im Gespräch über den gegenwärtigen schlechten Zustand wurden nun diese drei Faktoren erwähnt und gewissermaßen als verständliche Motive für den Rückfall hingestellt. Zwei Tage später sagte der Kranke sinngemäß: „Was Sie mir da erzählten über die Abwesenheit meiner Eltern und Ihre Abwesenheit, das mag ja alles stimmen, auch meine Fahrt nach Italien war sicherlich nicht einfach.“ Er glaube aber, daß er das alles ganz gut gemeistert hätte, wenn nicht sein Vater zwei Tage vor seiner Abreise ihm seine gefühlsmäßige Verachtung zum Ausdruck gebracht hätte. Der Vater habe sich auf seine Reise in einer Weise vorbereitet, als wenn er gar nicht da und er nur ein „Dreck“ sei. Als der Vater dann zur Mutter über ihn etwas gesagt hätte, etwa in dem Sinn, daß er (der Pat.) fortmüsse, sei es dann mit ihm geschehen. Er sei in die Stadt gegangen und habe da die ersten Stimmen gehört, wobei er gemerkt habe, daß seine Krankheit wieder beginnen würde.

An diesem Beispiel sind die Einzelheiten weniger wichtig als die Tatsache, daß der Eindruck des Patienten über den wirksamsten Anlaß sich nicht mit dem deckt, was man von außen als veranlassendes Ereignis anzunehmen geneigt ist.

Es handelt sich also um die Frage der Bewertung der Wirksamkeit eines Anlasses. Sicherlich täuscht sich der Patient, wenn er glaubt, die genannten äußeren Veränderungen seines Lebens hätten nur wenig mit dem Beginn seiner Psychose zu tun, eine Täuschung, oder besser gesagt, ein Unvermögen, dem man auch sonst in der Psychotherapie begegnet. Klinisch oftmals kaum registrierbare äußere Anlässe tragen zu einer Umstrukturierung der inneren Situation bei, in der gewisse äußere Geschehnisse anders erlebt werden, und zwar in einer Weise, daß diese nun dem Bewußtsein als Anlaß erscheinen, obwohl sie tatsächlich Auswirkungen vorhergegangener, aber nicht als solche erlebter Anlässe sind.

In dem genannten Fall war das Verhalten des Vaters also nicht der entscheidende Anlaß, jedenfalls nicht in der Art, wie es der Patient hinstellte, nämlich als die einzige Ursache für die psychotische Veränderung. Als Anlaß wurde vom Patienten eben nur das Geschehen bewertet, was zu solchen Symptomen führte, gegen die er sich nicht wehren konnte und bei denen er ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl hatte („Die Stimmen traten sofort auf, ich war wieder im Chaos“). Für die anderen, objektiv sicherlich auch wirksamen Anlässe fehlte aber das Anlaßgefühl. Das dürfte damit zusammenhängen, daß nicht jeder beliebige äußere Anlaß in jeder beliebigen Situation einfach auf Grund des belastenden Charakters in gleicher Weise wirkt, sondern daß — wie oben gefordert wurde — bestimmte Anlässe in einer bestimmten Situation auch spezifische Symptome hervorrufen. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit der Unterscheidung von objektiv wirkenden und subjektiv erlebten Anlässen, oder, wie man auch sagen kann, von gelebten und erlebten Anlässen. Diese Differenzierung deckt sich nicht mit der aus anderen Gründen

wichtigen, von PAULEIKHOFF herausgearbeiteten Unterscheidung von aktueller und potentieller Wirksamkeit einer Situation. Eher stimmt sie schon mit dem überein, was JASPERS über die Wirksamkeit von Situationen sagt: „Situationen sind entweder ungewußt und werden wirksam, ohne daß der Betroffene weiß, wie es zugeht, oder sie werden als gegenwärtige, von einem seinem Selbst bewußten Willen gesehen, der sie übernehmen, sie nutzen und wandeln kann“, oder — und das muß man im Hinblick auf unseren Fall hinzufügen — sich machtlos der Situation ausgeliefert fühlt.

Der Unterschied von gelebten und erlebten Anlässen zeigt sich an unserem Beispiel folgendermaßen: Die Italienfahrt enthielt zusätzlich zu der Ferne von zu Hause und der Abwesenheit des Therapeuten eine Reihe spezifischer Belastungen: Geldknappheit, vor allen Dingen aber das tägliche Zusammensein mit unbekannten, fremdartigen Menschen. Hier traten aber keine ausgesprochen psychotischen Symptome auf. Heißhunger, Spannungen, kurz angebundenes Verhalten zu seinen Mitmenschen und gelegentliche, vor allen Dingen beim Einschlafen auftretende, noch nicht halluzinatorischen Charakter tragende Bildvorstellungen waren die ihm und seiner Umgebung keineswegs als besonders abnorm auffallenden Symptome. Daß es — in Analogie zu ähnlichen Fällen — nicht zu einer stärkeren psychotischen Reaktion kam, hängt wohl u. a. auch damit zusammen, daß er zur Meisterung dieser Schwierigkeiten — ganz allgemein gesehen — andere Ich-Abwehrmechanismen als bei der Begegnung mit dem Vater einsetzen konnte. Was unter solchen, in ihrer Struktur heute noch zum großen Teil unbekannten Abwehrmechanismen hier ganz allgemein verstanden sein soll, mag an folgenden Beispielen erläutert werden.

Als ich mit diesem Schizophrenen eines Tages gemeinsam zum Schwimmen ging und der an sich nicht unsportliche Kranke sich weigerte, in das tiefe Wasser zu gehen, stieß ich ihn in einem unerwarteten Augenblick ins Bassin. Er schwamm völlig ruhig, mit lächelndem Gesicht ans Ufer und gab gleich beim Heraussteigen die Erklärung für die erstaunlich ruhige Reaktion: „Als ich im Wasser war, tauchte sofort das Bild von der großen tibetanischen Ruhe auf.“ Die Angstreaktion wurde also durch ein dem Kranken von früheren Angstzuständen vertrautes Bild kompensiert. Er sagte hinterher: „Es war gut, daß Sie das getan haben. Allein hätte ich das nicht gekonnt. Wenn ich im Tiefen bin, stelle ich mir immer die Tiefe so ungebändigt und gefährlich vor, daß ich nicht ruhig schwimmen kann.“

Eines Tages wartete dieser Pat. auf einen Freund, der aber nicht erschien. Ich war verwundert über die keinerlei Enttäuschung zeigende Reaktion des Pat. am nächsten Tag. Als darauf die Rede kam, sagte er: „Warum soll ich traurig sein? Denn eine Enttäuschung ist ja letztlich etwas Positives, nämlich Ent-Täuschung d. h. die Aufhebung einer Täuschung.“

Wie immer auch die Natur solcher, hier nicht näher zu erörternder Abwehrmechanismen aussehen mag, vom klinischen Gesichtspunkt aus läßt sich sagen, daß solche Abwehrmöglichkeiten dem Patienten bei der

Begegnung mit dem Vater fehlten, d. h. er produzierte andere Symptome als bei den vorangegangenen Belastungen. Das nicht etwa deshalb, weil es sich hier, wie man in Anlehnung an Vorstellungen der somatischen Medizin oder einer bestimmten Gutachter-Praxis annehmen könnte, um die Addition einer weiteren, die Grenzen des Ertragbaren überschreitenden Belastung handelte — solche Vorstellungen setzen irrtümlicherweise die Austauschbarkeit objektiver Anlässe voraus — sondern mehr auf Grund einer qualitativen Umstrukturierung der Situation, für die selbstverständlich auch die vorangegangenen Situationen mit verantwortlich zu machen sind.

War für den Patienten schon die Beziehung zum Therapeuten durch die Italienfahrt in einer ganz spezifischen Weise gefärbt, weil er dadurch stärker als gewöhnlich seine Abhängigkeit vom Arzt realisierte, so war durch die auch anschließend noch fortbestehende Abwesenheit des Arztes eine bestimmte negative Konstellation der häuslichen Atmosphäre geschaffen. Der Kranke war seinem Vater stärker ausgeliefert als sonst. Dieses Angewiesensein auf den Vater, der sich mit der Mutter zur Vorbereitung einer Reise anschickte — übrigens nach Absprache mit dem Therapeuten —, machte ihn bis zu wahnähnlichen Reaktionen hellhörig für die Äußerungen des Vaters, die praktisch eine alte Wunde aufrissen, nämlich das Zurückgestoßenwerden von ihm. Daß der Vater mit der Bemerkung zu seiner Frau gar keine Abweisung des Sohnes beabsichtigte, hielt der Patient für durchaus möglich, war für ihn aber insofern gleichgültig („Ich möchte mit Ihnen darüber nicht sprechen“), als das Verhalten des Vaters auf jeden Fall das vermissen ließ, wonach er sich ein Leben lang gesehnt hatte: Eine größere Zuneigung von seiten des Vaters. Die Unnahbarkeit des Vaters zeigte sich ihm in dieser Bemerkung, und erst, als er diese an einem konkreten Verhalten des Vaters erlebte — hierin liegt die Bedeutung der gegenständlichen Seite der Wahrnehmung, wie ich es in meinen „Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung“ näher ausgeführt habe —, kommt es zu der Schutz- und Machtlosigkeit und damit zu den akuten Symptomen, die vorher nicht da waren, obwohl der Kranke nach seiner Rückkehr aus Italien schon 5—6 Tage mit dem Vater zusammenlebte.

Man kann also sagen: Durch die vorangegangenen Situationen ist das Zusammenleben mit dem Vater und dessen geplante Abreise zu einer spezifischen Keimsituation geworden, in der allein nach Ansicht des Patienten die Psychose ausbrechen konnte. Dieser Eindruck wird insofern bestätigt, als der Vater bei allen früheren Schüben die entscheidende Schlüsselfigur war. Wenn sich auch der Patient über die Wirksamkeit der vorangegangenen Anlässe täuscht und sie einfach ignoriert, so ist sein Anlaßerleben insofern psychopathologisch wichtig, als es die Bedeutung der Beziehung zu einem ganz bestimmten Menschen zum Ausdruck

bringt, was nach meinen Erfahrungen für die Symptomwahl, d. h. für die Fähigkeit zur Mobilisierung von Abwehrmechanismen entscheidend ist. Hätte z. B. der Vater den Patienten unerwartet ins Bassin gestoßen, wie ich es tat — was der Therapeut tat, wurde als gut erlebt —, wäre es fraglich, ob dem Kranken das kompensierende Bild der tibetanischen Ruhe und damit die Abwehr gegen die Angst zur Verfügung gestanden hätte. Man wird das bezweifeln müssen, und zwar auf Grund der Tatsache, die vom Patienten mit folgenden Worten ausgedrückt wird: „Wenn ich bei Ihnen bin und an Sie denke, bin ich ein anderer als wenn ich zu Hause beim Vater bin oder auch sonst ihn mir vorstelle.“

Unbeschadet der Richtigkeit unserer Annahme über die Anlaß- bzw. Situationsspezifität bestimmter psychotischer Symptome — hierüber können nur weitere Analysen konkreter Fälle Aufschluß geben — besteht die methodische Notwendigkeit, zwischen gelebten, aber nicht als Belastung erlebten und subjektiv als Belastung oder Konflikte erlebten Anlässen zu unterscheiden, was auch durch gewisse Ergebnisse der experimentellen Psychopathologie nahegelegt zu werden scheint.

HYBL u. STAGNER kamen auf Grund von Failure-Stress-Experimenten zu dem Ergebnis, daß Schizophrene und Normale die höchste Frustrations-Toleranz zeigten im Vergleich mit Neurotikern, Alkoholikern und Psychopathen. WILENSKY dagegen kam zu gerade entgegengesetzten Resultaten. Bei Untersuchungen über die Wirkungen von Failure-Stress auf optische und akustische Gedächtnis- bzw. Wahrnehmungsleistungen schnitten die Schizophrenen im Vergleich mit Normalen sehr schlecht ab. Daraus schließt der Autor auf eine herabgesetzte Frustrations-Toleranz bei Schizophrenen.

LAZARUS versucht die beiden anscheinend entgegengesetzten Ergebnisse dadurch miteinander in Einklang zu bringen, daß er durch Hinweis auf Experimente von MALMO über die physiologische Wirkung von Stress bei verschiedenen Krankheitsgruppen die Vermutung ausspricht, daß es sich bei den Fällen von HYBL u. STAGNER, also bei den Schizophrenen mit einer größeren Frustrations-Toleranz, um chronische, bei denen von WILENSKY dagegen um mehr akute Fälle handelte. Was LAZARUS allerdings unter chronisch und akut versteht, ist nicht näher beschrieben, obwohl das insoweit wichtig wäre, als man wissen müßte, welche von den mehr akuten Schizophrenen eine geringere Frustrations-Toleranz zeigten; denn für die akuten Schizophrenen als einheitliche Gruppe kann ein solcher Befund nicht zutreffen, da nur mit einer bestimmten, wahrscheinlich relativ kleinen Gruppe der akuten Kranken solche Experimente durchgeführt werden können. Unabhängig aber von der Frage, ob der Gegensatz akut-chronisch zur Erklärung der widersprechenden Reaktion im Hinblick auf die Frustrations-Toleranz ausreicht, wird man auf Grund klinisch-psychotherapeutischer Erfahrungen mit Schizophrenen daran denken müssen, daß gewisse „objektive“ Stress-Situationen besser gemeistert werden, weil sie nicht als Belastung empfunden und deswegen in irgendeiner spezifischen Weise abgewehrt werden können, während andere als Belastungen erlebt und nicht abgewehrt werden können. Dabei scheint es nicht ausgeschlossen, sondern auf Grund psychotherapeutischer Erfahrungen sogar wahrscheinlich, daß die Beziehung zum Experimentator von signifikanter Wichtigkeit sein dürfte.

E. KRETSCHMER (b) hat im einzelnen die Erlebnisreize differenziert, auf die der Schizophrene vermindert und auf die er empfindlich reagiert. Zu den ersteren

gehören die vitalen Bedrohungen (Schreck, Lebensangst, Strapazen, Hunger, Durst, Kälte, Schmerzen); zu den letzteren neben den Eltern—Kinderkonflikten (Vaterprotest usw.) die erotischen und die ekstatisch religiösen Erlebnisse.

Von psychotherapeutischer Seite hat in jüngster Zeit vor allen Dingen HILL darauf hingewiesen, daß der Schizophrene auf viele nichtspezifische Belastungen weniger empfindlich reagiert als der Neurotiker und Normale. Im selben Zusammenhang wäre die mündlich berichtete Erfahrung K. SCHNEIDERS zu erwähnen, daß Schizophrene sich während des Krieges bei Fliegeralarm am unerschrockensten verhalten hätten.

Darüber hinaus spielt das Erfassen der subjektiv erlebten Anlässe auch in der psychotherapeutischen Arbeit mit Schizophrenen eine nicht unbedeutende Rolle. Beharrt man nämlich auf der Analyse von objektiv wirksamen, aber nur vom Therapeuten und nicht vom Kranken als Belastung gewerteten Anlässen, wird das eigene Fühlen und Reagieren zum Maßstab einer Situation, für die in erster Linie das Erleben des Kranken zuständig sein sollte. Dadurch kann der Arzt in den Augen des Kranken ein Gesicht bekommen, das den weiteren Therapieverlauf erschwert. Außerdem können unerwünschte Aggressionen gegen den „vergewaltigenden“ Therapeuten mobilisiert werden. Ist doch das Ignorieren von Belastungen immer auch eine nichtadäquate Bewältigung der Situation und damit ein Versagen, gegen dessen Eingeständnis sich der Schizophrene sträubt. Stress-Experimente an Schizophrenen haben gezeigt, daß diese sich viel weniger leicht als Normale Fehler und Versager eingestehen (WILENSKY).

Somit dürfte die möglichst genaue Erfassung der Anlaß-Situation sowohl vom wissenschaftlichen wie auch vom praktisch psychotherapeutischen Gesichtspunkt aus von entscheidender Wichtigkeit sein. So klar diese Forderung auch ist, so schwierig ist doch deren Verwirklichung. Hat man doch gerade bei Schizophrenen mit einer Anzahl von Eigenschaften zu rechnen, die eine genaue Erfassung der Ausgangssituation erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen.

Mir fielen dabei hauptsächlich folgende Phänomene auf, die zwar miteinander in Beziehung stehen, aber je nach der Art der Psychose und dem Stand der Therapie ein ganz verschiedenes Gewicht für die Erklärung der Anlaß-Situation haben.

Gründe für die Verschwiegenheit des Kranken über die Ausgangssituation

1. Am bekanntesten dürfte die nach Abklingen einer sehr akut verlaufenden Psychose festzustellende, mehr oder weniger starke Amnesie für die Erlebnisse kurz vor und in der Psychose sein. Erst nach einer gewissen Zeit füllen sich die Erinnerungslücken. Der Kranke erinnert sich an diese oder jene, meist nicht zusammenhängenden Einzelheiten der Psychose. Auch die Ausgangssituation wird gedächtnismäßig immer profillerter bis zu einem Augenblick, wo der Psychotherapeut auf Grund

der lückenlosen Schilderung glaubt, die Ausgangssituation umfassend genug zu verstehen, ja unter Umständen auch deuten zu können. Hier kann man sich leicht täuschen, weil das wirksame, konfliktträchtige Moment oft noch nach monatelanger Psychotherapie der Erinnerung nicht zugänglich ist.

Bei einer Patientin dauerte die Psychotherapie immerhin schon fast ein Jahr mit wöchentlich 3—4 Sitzungen, bevor die Einzelheiten der Ausgangssituation so erinnert werden konnten, daß alle für die innere Dynamik der Situation bedeutsamen Faktoren überschaubar waren. Vor diesem Zeitpunkt ergab sich schrittweise folgendes Bild:

Die 34jährige, verheiratete Frau ging in Begleitung eines Freundes ihres Mannes auf einen Faschingsball. Sie hatte sich auf diese Ballnacht sehr gefreut. Im Laufe der Nacht trat nach anfänglicher Anteilnahme am Ballgeschehen ein ihr unverständliches Angstgefühl auf, das auch in den nächsten Wochen nicht verschwand. Es kamen unbegründete Schuldgefühle hinzu. Sie lief öfters in die Kirche, um innigst um die Vergebung einer ihr unbekannten Schuld zu beten und fiel schließlich 2 Wochen nach dem Ball in eine schwere Katatonie, mit der sie in die Klinik eingeliefert wurde.

Dieser nach monatelanger Psychotherapie gegebene Bericht über die Ausgangssituation zeigt immerhin soviel Profil und Struktur, daß man in Analogie zu ähnlichen Fällen eine durch den Ball gegebene Konflikt-situation annehmen könnte: Die Versuchung zum Ehebruch! Da der begleitende Bekannte sie wenig interessierte, wäre irgendein Ballgast der Versucher gewesen. Als nach etwa drei weiteren Monaten der Behandlung das Gespräch wieder auf die Ballnacht kam, erfuhr die Ausgangssituation eine weitere Aufklärung.

Der Versucher war nicht irgend jemand, den die Pat. nicht kannte, den sie aber innerlich auf sich zukommen sah, sondern ein ganz bestimmter Mann. Sie kannte ihn schon von früher her, hatte ihn als sehr sympathisch erlebt und auch gelegentlich an ihn denken müssen, hatte ihn aber noch nie als so faszinierend empfunden wie eben auf diesem Ball. Nur wenn dieser Mann sich ihr genähert hätte, wäre die befürchtete Katastrophe passiert. Dazu kam es aber nicht, sondern zunächst zu dem Angstzustand und dann zur Katatonie.

Die Ausgangssituation bekam also erst jetzt ihr wirksames Gesicht. Wenn auch vorher die erinnerten Daten ausreichten, um in ihnen je nach Anschauung des Therapeuten einen verständlichen Anlaß zu sehen, so hätte doch keine dieser Deutungen die Ausgangssituation so getroffen, wie sie die Patientin erlebt hatte und wie sie dann auch für den Ausgang der Psychose bedeutungsvoll war. Strukturpsychologisch ist nämlich der Unterschied beider Berichte nicht unwichtig. Es sind ganz verschiedene Voraussetzungen in der Persönlichkeit wirksam, je nachdem, ob die Versuchung allein durch die unprofilierte, schutzlose Freiheit einer Situation auf einen zukommt oder in der Gestalt eines Menschen, zu dem schon eine gewisse Beziehung und Vertrautheit besteht.

Wollte man versuchen, die hier vorhandene Amnesie einer spezifischen Ausgangssituation psychodynamisch einzuordnen, so läßt sie sich am ehesten als eine Art Schutzmaßnahme für das eigene Ich verstehen. Die Erinnerung an die Ausgangssituationen bzw. an bestimmte Details derselben ist für den ehemaligen Psychotiker noch zu bedrückend, und es besteht die Gefahr einer durch die Erinnerung bedingten psychotischen Aktivierung. Erst wenn das Ich durch die Therapie stark genug ist, werden auch die Erlebnisse in das Gedächtnis aufgenommen, die für ein weniger starkes Ich zu überwältigend sind. Die Überwältigung durch die psychotischen Erlebnisse, d. h. das Hineingestoßenwerden in eine andere Welt, dürfte auch der Grund sein, warum es bei bestimmten psychotischen Zuständen — in ganz deutlichem Gegensatz zu Neurosen und Depressionen — unmöglich ist, über eine gerade durchgemachte traumatische und dadurch als Anlaß erlebte Erfahrung auch während einer Psychotherapie zu berichten.

Der schon erwähnte Schizophrene wurde bei einer Unterbrechung der Behandlung durch die Weihnachtsfeiertage rückfällig. Während der 1. Sitzung nach den Feiertagen zeigten sich schwere Denkstörungen und Halluzinationen. Es war aber immerhin möglich festzustellen, daß die Veränderung am Tage vorher eingetreten war. Es konnte aber trotz einer 3stündigen Sitzung nicht in Erfahrung gebracht werden, was diesen Umschwung bewirkt hatte, obwohl eine Reihe von realen Erlebnissen mitgeteilt wurden, die bei einführender Phantasie einen Anlaß hätten abgeben können. Am folgenden Tage erzählte er im Verlauf einer längeren Sitzung das Erlebnis. Der Vater habe ihm eine Illustrierte hingelegt und darauf aufmerksam gemacht, daß er ja Widder und sein Horoskop für das kommende Jahr recht günstig sei. Er wurde durch dieses als Widder-Angesprochen-Werden so verworren, daß er den Vater kurz hinterher zwar noch zur Rede stellen konnte, dann aber ziemlich schnell in die Psychose „hineinrutschte“.

Bei Berücksichtigung der oben erwähnten Unterschiede zwischen gelebten und erlebten Anlässen ist für unsere Fragestellung folgender Punkt wichtig:

Als die Sprache darauf kam, warum er das Erlebnis nicht in der gestrigen, sehr langen Sitzung hätte mitteilen können, sagte er: „Einerseits schien es mir zu lächerlich — dieser Eindruck entstammt seiner gesunden, einsichtigen Seite — und auf der anderen Seite war ich aber durch das Verhalten des Vaters schon wieder zu stark in die Krankheit zurückgestoßen. Da kann ich dann gar nichts mehr machen. Ich kann auch nicht darüber sprechen, weil ich von den krankhaften Erlebnissen fortgeschwemmt werde. Ich hatte auch den Eindruck, daß, wenn ich Ihnen das erzählen würde, der Vater in schändlicher Weise bei Ihnen bloßgestellt wäre. Und so frech kann ich in dem Augenblick nicht sein. (Warum hätten Sie ihn denn schlecht gemacht?) Ja, Sie hätten dann gedacht, daß mein Vater an die Sterne glaubt.“

Der Bericht zeigt, daß selbst kurze Zeit nach Ausbruch akuter Symptome der Patient nicht mehr in jedem Augenblick an den Ausgangspunkt der psychotischen Veränderung zurückdenken kann. Er wird von den psychotischen Erlebnissen überschwemmt. Andererseits spielt in der psychotherapeutischen Situation die Beziehung zum Arzt insofern auch

eine Rolle, als der Kranke glaubt, durch die Mitteilung der auslösenden Ereignisse einen falschen Eindruck auf den anderen zu machen.

Dieses Phänomen soll nun näher betrachtet werden:

2. Es trat bei unseren Fällen am deutlichsten und am reinsten bei weniger akuten paranoiden Schizophrenen in Erscheinung. Hier liegt die Schwierigkeit nicht in der Unfähigkeit, Vergangenes deutlich genug zu erinnern, sondern hängt mit dem Verhältnis des Kranken zur normalen Welt und insbesondere mit seinem Verhältnis zum Therapeuten zusammen. Der Kranke erinnert sich auch auf dem Höhepunkt der Psychose recht genau an die wirksamen Situationen, die zum Ausbruch der Psychose führten. Er verschweigt aber auch bei einer relativ stabilen Übertragung und längeren Therapie bestimmte Einzelheiten. Das ist um so eigenartiger, als man bei diesen Patienten im allgemeinen den Eindruck hat, daß sie mit großer Offenheit erzählen und auch über Dinge berichten, die allem Anschein nach die peinlichsten Punkte der Lebensgeschichte sind. Man bekommt daher relativ bald so viel Material in die Hand, um den Anlaß deutend zu verstehen und ist durch das Verhalten des Kranken nicht verführt, an ein bewußtes Verschweigen bestimmter Punkte der Anamnese zu denken.

Ein 31jähriger Pat. mit einem akuten homosexuellen Verfolgungswahn konnte relativ geordnet über seine Vergangenheit sprechen. Man bekam folgendes Bild:

Er hatte drei Jahre als Seilergeselle in einer süddeutschen Kleinstadt gearbeitet und im Hause seines Meisters gewohnt. Vor dem Ausbruch des Verfolgungswahns hatte sich eine wahnhafte Einstellung zur Tochter des Hauses entwickelt. Er glaubte, diese wollte ihn heiraten, obwohl er mit ihr im Laufe der Jahre nur dreimal über ganz belanglose Dinge gesprochen hatte. Eines Tages gab er die Stellung auf, weil ihm das „Liebeswerben“ des Mädchens unangenehm wurde und er überdies Differenzen mit seinem Chef „im Hinblick auf dessen Charakter und Anstand“ nicht mehr ertragen konnte. Der Hauptgrund war aber das Mädchen, das ihm keine Ruhe ließ. Er hatte zunächst versucht, sie dadurch von sich fernzuhalten, daß er auf seinen Zimmertisch — sie konnte jederzeit in das Zimmer — Fotos von entkleideten Frauen legte, um ihr damit zu zeigen, was er für ein verdorbler Bursche und künftiger schlechter Ehemann sei. Der erwartete Erfolg trat nicht ein. Im Gegenteil: die ihm von den Frauen des Hauses, besonders von dem betreffenden Mädchen entgegengebrachte Verehrung wurde stärker.

Er griff zu einem zweiten Befreiungsversuch. Er fotografierte sich nackt und belichtete das Foto zweimal, um so das Bild eines homosexuellen Pärchens zu erhalten. Mit dieser, offen auf dem Tisch seines Zimmers liegen gelassenen Aufnahme trat der gewünschte Effekt ein. Man mied ihn und wollte von ihm nichts mehr wissen. Er hatte seine Ruhe. Aber auch das dauerte — nach seinen Angaben — nur eine relativ kurze Zeit. Bald entwickelte das Mädchen doch wieder die alte Zuneigung zu ihm. Da er sich nun keinen anderen Rat mehr wußte, kündigte er und verließ die Stellung.

Er fuhr mit seinem Rad durch Süddeutschland. Unterwegs brach der akute, nicht mehr kontrollierbare Wahn aus. Die Leute, besonders die Kinder, riefen ihm nach: „Da fährt der 175er“. Die Polizei, bei der er sich des öfteren wegen seiner Verfolger beschwerte, lieferte ihn schließlich über das Gesundheitsamt in die Klinik ein.

Das ist in großen Zügen das Bild, das man nach ungefähr zweimonatiger Psychotherapie mit täglichen Sitzungen über die Ausgangssituation bekam. Der Fluchtversuch wirkt verständlich, nämlich als Flucht vor der ihn bedrängenden Liebeswerbung. Nach weiteren Wochen der Behandlung, in denen der Übertragungskontakt tiefer und sein Vertrauen größer wurde, ergab sich aber folgende Einzelheit:

Er hatte seine Stellung nicht in erster Linie — wie er zunächst angab — wegen der Werbung des Mädchens, sondern aus folgendem Grund verlassen: Eines Abends hatte er sich vorgenommen, das Mädchen endlich um ihre Hand zu bitten, nachdem für ihn feststand, daß sie ihn heiraten wolle. Das Mädchen war an diesem Abend ausgegangen. Daher wartete er auf sie, bis sie in der frühen Nacht nach Hause kam. Aber welche Enttäuschung! Sie kam nicht allein, sondern mit einem anderen Mann, und zwar offenbar mit einem Liebhaber (was auch objektiv stimmte). Er war darüber so betroffen, daß er sich sofort entschloß, die Stelle zu verlassen. Als er den erbetenen Urlaub nicht bekam, kündigte er und fuhr mit dem Rad los.

Das Beispiel zeigt deutlich, wie grundverschieden eine Ausgangssituation der Psychose zu deuten ist, je nach dem Material, das der Patient dem Therapeuten mitteilt. Hier war es nun so, daß er das für ihn unangenehmste Erlebnis vor der Psychose für sich behielt — er gab das später zu —, weil er die tieferen Zusammenhänge zwischen dem Abgewiesensein durch das Mädchen und seinem Wahn irgendwie erlebte. Gerade das konnte er aber dem Therapeuten nicht erzählen, weil er sich dadurch vor dem Arzt in das gleiche Licht gestellt sah, in dem ihn die Welt sah: Die Mädchen wollen von Dir nichts wissen.

Diese Art des Verschweigens, die nach meiner Erfahrung nicht selten ist, sei hier an einem anderen Beispiel etwas näher erläutert.

Ein seit drei Jahren in psychotherapeutischer Behandlung stehender Schizophrener bat während eines kurzdauernden Rückfalles in die Psychose den Arzt, alle Unterlagen über seinen vor 5 Jahren erfolgten Aufenthalt in der Nervenklinik vernichten zu lassen. Auf Befragen gab er nach einigem Zögern folgendes an: Jedes Mal, wenn er an der Nervenklinik vorbeikomme, höre er Stimmen, die ihm mit Schimpfworten seinen damaligen Aufenthalt vorwürfen, etwa wie: „Der ist ja deppert gewesen“ usw. (Warum denn die Vernichtung der Akten an seinem Aufenthalt in der Nervenklinik etwas ändern könnte?) „Ja, ja, dann sind die Stimmen still, dann können sie nichts mehr sagen, dann kann ich zu ihnen sagen: „Beweist mir doch, daß ich in der Nervenklinik gewesen bin!“ (Ja, aber es wissen doch einige Ärzte, daß Sie da gewesen sind!) „Nein, nein, die sind nicht mehr da, außerdem stehen sie unter Berufsgeheimnis.“

Lassen wir die „rechtlich versiegelten“ Mitwisser bei Betrachtung dieses Phänomens einmal beiseite, so kann man sagen: Solange der Kranke der einzige Wissende über ein Geheimnis seines Lebens ist, ist er der Welt gegenüber stärker, weil sie ihm nichts anhaben kann. Sobald aber das Erlebnis, das der Schizophrene wie ein Eigentum besitzt — jedes Eigentum stärkt den Kranken [vgl. hierzu: MATUSSEK, d)] —, mitgeteilt wird, gehört es ihm nicht mehr. Die anderen können nach eigenem Gutdünken darüber verfügen. Was aber heißt das? Auch im Normalen gibt

es den kategorialen Sprung von der Welt des Personalen in die des objektivierten Geistes (NICOLAI HARTMANN), d. h. den Übertritt in einen allen zugänglichen Raum. Wegen des ständigen Offenseins und Getragenseins von dem objektivierten Geist wird der Überschritt nur bei besonderen Anlässen besonders empfunden, etwa wo es sich eben um „besondere“ Dinge handelt, d. h. Dinge, die einem besonders nahe, also intim sind, aber nicht bei Geschehnissen, die zum Mitsein des Daseins gehören.

Beim Schizophrenen ist dieses Mitsein mehr oder weniger stark aufgehoben. Er steht außerhalb der Welt und als so Isolierter nicht bestimmten, konkreten Menschen gegenüber, sondern schlechthin allen anderen. Ihm geht dadurch die Fähigkeit ab, um das Schicksal einer Mitteilung zu wissen bzw. gefühlsmäßig zu ahnen, an wen eine solche Mitteilung überhaupt gelangen kann. Über das von ihm Gesagte wissen nicht einzelne Menschen, sondern alle Bescheid, so als wenn er der Mittelpunkt der Welt wäre, was er ja in der Psychose — psychodynamisch gesehen — auch ist. Da aber das Realitätsgewicht einer Mitteilung mit der Anzahl der Wissenden wächst, hat das, was alle wissen, ein viel größeres Gewicht als das, was nur 5, 10 oder 20 gehört haben.

Für die paranoide Einstellung des Schizophrenen sind also nicht nur, vielleicht nicht mal in erster Linie, eigene Triebgefahren und deren projektive Erledigung entscheidend, wie die psychoanalytische Forschung fast ausschließlich annimmt, sondern bedeutungsvoll ist auch der mehr oder weniger starke Objektverlust. Denn er führt zu einem In-der-Welt-Sein, in dem der Kranke als Isolierter gegen alle steht.

In dem erwähnten Fall zeigt sich: Solange noch ein Dokument über den Aufenthalt in der Nervenklinik vorhanden ist — auch wenn dieses nur ganz wenigen „Berufenen“ zugänglich ist —, wissen praktisch alle Menschen über diesen, ihm peinlichen Vorfall Bescheid. Die Stimmen können überhaupt nur so selbstsicher, mächtig und frech auftreten, weil sie als Vertreter aller Menschen, einer primitiven, aber gleichgearteten Masse, fungieren. Sie lassen sich nicht durch Einsicht oder sachliche Hinweise — z. B. „es schaut ja niemand ins Krankenblatt“ — zum Schweigen bringen, sondern nur durch die Vernichtung des objektiven Dokuments. Was aber in diesem Fall das Dokument bedeutet, sind in anderen Fällen Mitteilungen, die nach der Weggabe nicht mehr dem Kranken gehören, sondern in den Raum des objektivierten Geistes eingetreten sind.

3. Fungiert in der eben genannten Situation der Arzt als Vertreter einer nach gleichen Gesichtspunkten wertenden Menschenmasse, so ist er in anderen Situationen — bzw. zusätzlich zu der eben beschriebenen paranoiden Grundeinstellung — auf Grund ganz bestimmter Merkmale für den Kranken ein spezifisch geprägtes Individuum. Diese bestimmen seine Physiognomie und bewirken, daß dem Kranken nur das einfällt, zumindestens ihm nur das als mitteilbar erscheint, womit er beim Arzt

anzukommen glaubt. Die Kriterien für das Gefühl des Ankommens und Verstandenwerdens sind aber nicht in erster Linie konkrete Eigenschaften des Arztes, sondern mehr oder weniger kollektive Merkmale, d. h. Wesenheiten einer bestimmten Bewandtnisganzheit. Das zeigt sich in folgenden, aus verschiedenen Abschnitten der Behandlung stammenden Formulierungen, wie:

„Ich könnte mit Ihnen über das Problem nur sprechen, wenn Sie Priester wären.“

„Sie sind kein Philosoph, daher verstehen Sie das nicht.“

„Ihre ärztliche Einstellung macht es mir unmöglich, über Nationalökonomie zu sprechen.“

„Sie haben mir ein zu breites Kreuz, als daß ich mit Ihnen über meine Beziehungen zur Frau . . . reden könnte.“

„Wenn Sie mir als Arzt gegenüber treten, hat es gar keinen Zweck, daß wir über meine Erlebnisse reden, denn ich fühle sofort, daß Sie das als Krankheit betrachten, was für mich eine Erfahrung aus ganz anderen als den medizinisch-ärztlichen Bereichen war.“

Ein Schizophrener berichtet über zwei oder drei Besuche bei einem Psychotherapeuten kurz vor Ausbruch seiner Psychose folgendes:

„Da war gar nicht so viel Raum, daß Dr. X dafür maßgeblich war. Die Problematik war eine so tiefe und in die Breite gehende, daß ich sie vor ihm gar nicht aufrollen konnte. Der Lehrer Y — der vor der Psychose eine wichtige Funktion in der Ausgangssituation hatte — hätte sich gar nicht geöffnet . . . So ein kleiner Assistent, dieser Dr. X. Des Lehrers Onkel war Minister in der Weimarer Republik . . . Außerdem war der Arzt viel zu jung. Der Lehrer hätte dann jederzeit zu mir sagen können: ‚Was hast Du denn da für einen kleinen Psychotherapeuten aufgesucht?‘ In meiner Phantasie mußte der Raum mit dem Arzt so groß sein, daß auch dieser Lehrer mit eintreten konnte.“

Man sieht daraus: Gerade die Aussprache über die Ausgangssituation der Psychose ist hier unmöglich. Sie ist blockiert durch bestimmte „physiognomische Eigenarten“ des Arztes, die vom Kranken wesenhaft wahrgenommen werden. In die Beziehung zum Arzt gehen auch bei klinisch nicht mehr psychotischen Patienten solche Momente ein, die während der akuten Phasen in übersteigerter Form sichtbar sind. Erinnert sei nur an den Fall Olga D. von SCHULTZ-HENKE, die nach weitestgehender Besserung ihren vor Ausbruch der Psychose erfolgten Einbruch in die Reichskanzlei mit folgenden Worten erläutert: „Ich habe eben gedacht, dann werde ich zu Hitler gehen und damit zu einem Mann, der in der Lage ist, Ordnung zu schaffen, Zusammenhalt zu schaffen und Unordnung in der Welt zu bewältigen.“ Das Beispiel zeigt, wie bei der Wahl des Menschen, der dem Schizophrenen in seiner Not helfen soll — denn die Kranke meinte die eigene Unordnung —, real erfahrene Eigenschaften („Hitler als Arzt“) eine geringere Rolle spielen als irgendwelche, aus früherer oder — wie manche Kranken sagen — „apriorischer Erkenntnis“ hervorgegangene Wesenheiten. Deren Vorhandensein oder Nichtvorhandensein wird beim Therapeuten an relativ

heterogenen Merkmalen geprüft, bewegt sich also auf der Linie, wie ich sie im Hinblick auf die Wahrnehmungsseite der Wahnwahrnehmung an anderer Stelle [MATUSSEK, a) b)] herausgearbeitet habe. Eine bestimmte Wesenseigenschaft wird zum Orientierungs-Merkmal für die Beziehung zum Arzt und überschattet andere, zwar auch reale, aber vom Patienten nicht adäquat erlebte Qualitäten. Der Blick, die Gestalt, der Ton der Stimme, aber auch Stammeszugehörigkeit, Konfession, berufliche Ausbildung, soziale Stellung usw. sind dann wesentlich geprägte Entitäten, die die konkrete Existenz des Arztes mehr oder weniger stark überschatten und den therapeutischen Raum wesentlich mitzubestimmen vermögen. Welche Wesenheit nun gerade in einem bestimmten Augenblick vorherrschend ist, hängt vom Stadium der Krankheit, vor allen Dingen aber von der Problematik des Kranken ab.

Ein Schizophrener konsultierte vor Ausbruch seiner Psychose eine ihm empfohlene Psychotherapeutin. Schon in der ersten Sitzung bemerkte er ihren niederbayerischen Dialekt und fühlte sich dadurch so irritiert, daß er nach zwei weiteren Sitzungen die geplante Behandlung aufgab. Selbst in der Jahre später von mir durchgeföhrten Psychotherapie gab er als Begründung dafür an: „Ja, sie war doch aus Niederbayern“. (Haben Sie das von ihr gehört und mit ihr durchgesprochen?) „Nein, das merkt man doch!“ (Ja, und warum soll eine Ärztin aus Niederbayern nicht helfen können?) „Diese Frage zeigt, daß Sie Niederbayern nicht kennen.“ Er berichtete dann von seinem Aufenthalt in Niederbayern in der Nachkriegszeit, seine Erfahrung mit den Mitschülern, die er zwar, objektiv gesehen, auch woanders hätte machen können, aber viel stärker als der Normale auf die Wesenheit eines bestimmten Kollektivs zurückführte. Diese Erfahrungen waren zu stark eingeprägt, als daß ein enger Kontakt mit der ihm durch die Sprache als typische Niederbayerin imponierende Therapeutin möglich war.

Es handelt sich aber bei der Physiognomierung der therapeutischen Atmosphäre nicht nur um konkrete, selbst durchgemachte Erfahrungen wie in dem eben zitierten Fall. Die Orientierung an Wesenseigenschaften enthält ja, zumindest vom Bewußtsein aus, immer ein gewisses „apriorisches“ Element und dokumentiert damit eine für die meisten Schizophrenen typische Tendenz, ein konkretes Ding oder einen konkreten Menschen über eine bestimmte Wesenseigenschaft zu erfassen [MATUSSEK, a) b)].

So sagte ein anderer Kranke, er könne sich niemals von einem Atheisten therapieren lassen, weil er dann ständig das Bild der Religionskriege vor Augen habe. Ohne die Religionskriege selbst erfahren zu haben, drängen sich ihm diese als Bild, als Repräsentant einer Wesenheit auf, die für ihn auch bei einer Begegnung mit einem Andersgläubigen gegeben ist und daher den therapeutischen Kontakt blockiert.

Der Arzt wird also weniger bei der „Sache“, d. h. bei dem, was er wirklich ist, als vielmehr bei dem „Begriff“ genommen, was deswegen zu betonen so wichtig ist, weil in der modernen Literatur über die Psychotherapie von Psychosen die erstrebenswerten Fähigkeiten und

Eigenschaften des Arztes ihre berechtigte Beachtung finden, wie etwa Feinfühligkeit, Freiheit von Angst, negative Einstellung zum Patienten usw. (KEMPF, SULLIVAN, KNIGHT, BETZ, FROMM-REICHMANN u. a.), dabei aber die vom Arzt nicht beliebig beeinflußbaren realen Gegebenheiten seines Wesens kaum Erwähnung finden (Soziale Stellung, Geschlecht, Konfession, Stammeszugehörigkeit usw.). Durch diese „Eigenschaften“ wird der Therapeut für den Schizophrenen in einer viel stärkeren Weise festgelegt, als es bei Neurosen der Fall ist. Das aber beeinflußt in nicht immer kontrollierbarer Weise die Mitteilungen über die Ausgangssituation der Psychose. In extremen Fällen kann es daher, wenn man es einmal überspitzt und insofern nicht ganz richtig formulieren will, sogar so sein, daß ein Professor anderes erfährt als sein Assistent, eine Frau anderes als ein Mann, ein Bayer anderes als ein Preuß. Das physiognomische Übergewicht verschwindet zwar im Laufe der Therapie—and man kann sogar in der Erfassung des Arztes in seiner Konkretheit ein wesentliches Heilkriterium beim Schizophrenen sehen —, aber nie ganz, so daß dieses Phänomen Beachtung verdient, wo es um die methodischen Schwierigkeiten bei der Erfassung der Ausgangssituation einer Psychose geht.

4. Auch bei einer durch die Therapie erzielten Beseitigung der eben genannten Schwierigkeiten war es nicht in jedem Fall möglich, einen subjektiv erlebten Anlaß für deutlich psychotische Veränderungen in Erfahrung zu bringen. Die Patienten können sich zwar an die Ausgangssituation erinnern, erzählen auch darüber relativ frei und spontan, haben aber vom Bewußtsein her keinen Einblick in eine irgendwie geartete Konflikthaftigkeit der Ausgangssituation. Der Konflikt wird gleich psychotisch verarbeitet. Der „Auslöser“ wird also hier nicht wie in den oben angeführten Fällen in seiner ursprünglichen, wirklich erlebten Weise, sondern in einer vom Ich gelenkten Abwehrform erinnert. Der Konflikt wird nicht erlebt, sondern psychotisch gelebt.

Eine bis zum Ausbruch ihrer Psychose für die Umwelt unauffällige 28jährige, verheiratete Frau entwickelte nach dem Besuch eines in einer entfernten Stadt wohnenden Zahnarztes einen Beziehungswahn. Sie sagte, der Zahnarzt würde sie über mehrere 100 km weit hypnotisieren. In den anfänglichen Schilderungen der Pat. wurde das Eigenartige der wahnhaft verarbeiteten Begegnungssituation zum Ausdruck gebracht. Sie hätte gleich beim ersten Anblick des Arztes gespürt, wie dieser sie so eigenartig angesehen und mit ihr liebevoller als mit ihrer Mutter, die dabei war, gesprochen hätte. Er habe sich auf die Lehne des Stuhles gesetzt und ihr immer so merkwürdig über den Arm gestreichelt.

Ob die Ausgangssituation wirklich so erlebt wurde, wie hier geschildert wird, ist fraglich. Oftmals handelt es sich um Erinnerungsfälschungen in Form von gedächtnishaften Wahnwahrnehmungen, d. h. die Wahnverarbeitung erfolgt erst im Anschluß an die Situation. In der Situation selbst wird oft nur eine gewisse Spannung und Unfreiheit erlebt, die man aber zunächst nicht näher erklären kann. Während bei den erstgenannten

Fällen das Gedächtnis ziemlich wirklichkeitsgerecht funktioniert, erfolgt hier durch den Verlauf der Krankheit eine Umstrukturierung des Gedächtnisses und damit die Konfiguration einer Situation, die vom Standpunkt des Patienten aus sinnhaltiger als jede „normale“ Erklärung ist. Was Spannung, Betroffenheit, Faszination in der Situation war, wird in der Erinnerung zur Beeinflussung und Hypnose. Was hier die Psychotherapie im Hinblick auf die Erinnerung der Ausgangssituation erreichen kann, ist bestenfalls der Abbau der gedächtnishaften Wahnwahrnehmung. Oft aber ist auch das nicht möglich, und man muß sich im Zusammenhang mit der Analyse ähnlicher Erlebnisse mit der rückwirkenden Umdeutung des Geschehens begnügen, was therapeutisch allerdings insofern auch ausreicht, als das psychotische Erlebnis in einem erweiterten Verständnis in die Lebensgeschichte eingeordnet werden kann.

Begrenzte Brauchbarkeit der objektiven Anamnese

Inwieweit lassen sich die wissentlich oder unwissentlich vorhandenen Lücken der subjektiven Anamnese durch Daten der objektiven Anamnese ausgleichen? Genügen nicht die Angaben der Angehörigen, um in Analogie zu ähnlichen Erfahrungen das veranlassende Ereignis ziemlich genau zu bestimmen, z. B. wenn über den Besuch eines Faschingsfestes, den Wechsel der Wohnung, die Kündigung der Stellung, die Konsultation eines Zahnarztes oder das Tanzen mit der Mutter als vor der Psychose liegende, auffallende Ereignisse berichtet wird? Sicher sind die objektiven Angaben immer notwendig, aber nicht immer in gleicher Weise zur Bestimmung des veranlassenden Ereignisses bzw. Erlebnisses brauchbar, worauf schon K. SCHNEIDER in seiner Arbeit über die Anfänge von Psychosen hingewiesen hat. Sie sind meistens nur einigermaßen zuverlässig im Hinblick auf ein von außen registrierbares Geschehen. Was sich hinter dem Geschehen verbirgt, entgeht oft auch der engsten Umgebung und wird daher falsch bewertet. Abgesehen von den Fällen, wo die Lückenhaftigkeit und Dürftigkeit der objektiven Angaben auf die mangelnde Kenntnis des Betreffenden zurückzuführen ist, kann sich selbst die engste Umgebung über die Bedeutung gewisser Umweltfaktoren im unklaren sein, weil ein entsprechendes Vertrauensverhältnis fehlt. Im Falle des oben erwähnten homosexuellen Verfolgungswahns konnten der Meister und das betroffene Mädchen nur soviel sagen, daß sich der Patient in der letzten Zeit vor Ausbruch seiner Psychose merkwürdig verhielt, weniger sprach, gelegentlich böswillige Bemerkungen machte und schließlich kündigte, als er einen erbetenen Urlaub zu dieser Zeit nicht hatte bekommen können. In Wirklichkeit hatte der Patient auch um Urlaub gefragt und erst nach dieser Ablehnung gekündigt, so daß man den Eindruck bekam, die Kündigung der Stellung erfolgte auf Grund einer Enttäuschung über den nicht gewährten Urlaub.

Aber auch in den Fällen, wo anscheinend ein normales Vertrauensverhältnis zu den engsten Beziehungs Personen besteht, z. B. zwischen Sohn und Mutter, werden keineswegs alle bedeutungsvollen Dinge beobachtet und auch vom Patienten so erzählt, daß der Außenstehende sich ein einigermaßen zutreffendes Bild von den zur Psychose führenden Vorgängen machen kann.

Eine Mutter, die angab, daß ihr Sohn vor ihr keine Geheimnisse hätte, berichtete folgendes über die Zeit vor der Psychose:

Nach dem Abitur und der Immatrikulation an der medizinischen Fakultät habe sich der Sohn immer stärker von den anderen Menschen zurückgezogen und sei häufig in die Bibliothek gegangen, um philosophische Schriften zu lesen. Manchmal hätte er tagelang das Zimmer nicht verlassen und hätte alle möglichen Aufzeichnungen über philosophische Probleme gemacht. Sie hätte ihn des öfteren aufgefordert, ehemalige Klassenkameraden einzuladen. Er sei dazu aber nicht zu bewegen gewesen. Vor einigen Monaten sei lediglich einmal ein Freund dagewesen. Außerdem hätte er sich zeitweilig mit einem ehemaligen Lehrer und einer Bekannten dieses Lehrers getroffen, wobei philosophische und literarische Gespräche geführt worden seien. Diese hätten ihrer Ansicht nach zur Isolierung beigetragen. Was ihr Sohn gebraucht hätte, wäre aber ein echter Freund gewesen.

Daß der Kranke in dieser Zeit diesen Freund gehabt hat und die Beziehung zu diesem ein Hauptanlaß für den Ausbruch der Psychose war, ahnten die Eltern nicht. Ja, sie erfuhren erst etwas von diesem Ereignis, als der Pat. schon längere Zeit in der Psychotherapie stand, und zwar im Anschluß an einen schweren schizophrenen Schub, aus dem er mit 60 Insulinkomata, 40 Cardiazol- und E-Schocks und schließlich Megaphen herausgeholt wurde.

Auch in der Psychotherapie, die wegen der zunehmenden Versandung und des Abbruchs seiner wenigen Umweltbezüge (klinische Diagnose: beginnender Defekt) eingeleitet wurde, kam der Beginn der Psychose zwar häufig zur Sprache, ohne aber mehr Profil zu erhalten, als aus dem Bericht der Eltern schon gegeben war. Lediglich die Beziehungen des Pat. zu seinem ehemaligen Lehrer und zu einer mit diesem befreundeten Dichterin wurden in ihrer inneren Dynamik überschaubarer. Es sah sogar lange Zeit so aus, als ob diese beiden Personen die Schlüsselfiguren vor der Psychose waren. Der Kranke tat auch nichts, um diesen Eindruck zu verändern. Er wollte sich nicht, wie er später berichtete, all seiner Geheimnisse entblößen.

Eines Tages, als wieder einmal das Gespräch auf die Ereignisse vor der Psychose kam, sagte der Pat. ziemlich unvermittelt: „Nun kann ich es Ihnen ja sagen, der Freund ist eigentlich der Grund für meine Psychose gewesen.“ Er hätte den Freund einmal zu sich eingeladen und am Ende des langen Gespräches diesem einen Kuß auf die Wange gegeben. Darüber sei der Freund sehr erschrocken gewesen und sei nicht mehr erschienen. Er selbst habe sich aber wegen dieses „kriminellen Deliktes“ abwenden wollen und dies sei so geschehen, daß er den Freund nicht mehr habe sehen wollen.

Es ist für unsere Fragestellung weniger wichtig, ob diese Begegnung in diesem Augenblick wirklich die vom Patienten 2 Jahre später erlebte Rolle spielte, als die Tatsache, daß der Kuß ein entscheidender — wenn auch sicherlich nicht der allein entscheidende — Punkt der Vorgeschichte war, von dem die Eltern auch nicht im entferntesten etwas geahnt hatten. Als der Vater, der zu regelmäßigen, nicht allzu häufigen psychotherapeutischen

Sitzungen erschien, auf die freundschaftlichen Bande zwischen seinem Sohn und dem Schulkameraden hingewiesen wurde, war er völlig überrascht. Hatte sein Sohn doch diesen Freund höchstens ein- bis zweimal gesehen und nur ganz selten über ihn gesprochen.

Bei einer anderen Patientin brach die Psychose aus, als sie von der Medizinischen Klinik, wo sie wegen eines geringfügigen Herzfehlers behandelt wurde, zu einer Nachkur in ein Sanatorium geschickt werden sollte. Über Nacht trat ein akut halluzinatorisches Bild mit Wahnwahrnehmungen auf. Eine Exploration des Anlasses war in diesem Zustand nicht möglich. Die Umgebung (Mitkranke, Ärzte, Schwestern, Angehörige) konnten nicht mehr sagen, als daß die Kranke in den letzten Tagen nicht weiter auffällig war.

Sie hatte die Anordnung, in ein Sanatorium zu gehen, als ärztlich notwendigen Rat hingenommen. Über den Anlaß konnte man daher nur soviel sagen, daß der bevorstehende Wechsel die Psychose offenbar mit ausgelöst hatte, ohne daß eine solche Annahme aber sehr einleuchtend erschien. Was aber dabei so provozierend wirkte, erfuhr man erst nach Monaten von der Pat. Sie hatte sich in eine Mitkranke verliebt (. . . „die war immer so freundlich zu mir und ich spürte immer stärkere Zuneigung zu ihr“). Von dieser Verliebtheit merkten die anderen Kranken nichts.

Mangelhafte Angaben seitens der Angehörigen können ihren Grund aber nicht nur in einer unzureichenden Vertrautheit mit dem Innenleben des Kranken haben. Auch das Gegenteil ist der Fall, besonders wenn die Eltern die erreichbaren nächsten Angehörigen des Kranken sind. Die Beziehungen zu dem Schizophrenen sind dann so intim, daß Vater oder Mutter oft entscheidende Beobachtungen verschweigen oder entstellt wiedergeben, weil sie sich instinktiv durch ihre Beobachtungen wegen einer außergewöhnlichen Beziehung zu dem Kinde entblößt fühlen.

So hatte ein 45jähriger Kunstmaler eine ausgesprochen inzestuöse Bindung zu seiner 17jährigen Tochter. Schon bei der ersten Schilderung über den Ausbruch der Psychose betonte er, daß gewisse Männer, die er nicht kenne, hinter diesem Zusammenbruch stehen müßten. In einem späteren Gespräch zeigte der Vater Fotografien von der im Bad aufgenommenen nackten Tochter, um dem Arzt zu zeigen, wie schade es eigentlich um dieses schöne Kind sei. Aber erst im Verlauf einer psychoanalytischen Therapie erzählte er, daß er mit seiner Familie, als die Kranke 4—6 Jahre alt war, öfters nackt baden gegangen sei. Das Mädchen hätte dann an seinem Glied herumgespielt, was er deswegen nicht verboten hätte, weil er das Mädchen nicht habe erschrecken wollen. Mehr war an Einzelheiten nicht zu erfahren.

Die Psychotherapie des Vaters hatte den Effekt, daß die in einem Zeitraum von zwei Jahren alle 2—3 Monate auftretenden hebephrenen Schübe bei dem Mädchen verschwanden, wobei es natürlich fraglich ist, ob sie nicht in einem späteren Zeitraum wieder auftreten werden.

Man kann also sagen: So wertvoll und wichtig die Angaben der engsten Angehörigen auch sind, so lassen sich die von außen registrierten Verhaltensweisen und Situationseigenarten nur durch zusätzliche Eigenberichte des Patienten ganz verstehen. Dessen Berichte sind aber nur

selten vollständig, selbst nicht bei längerem psychotherapeutischen Kontakt, der auch ein ganz allmähliches Sich-Öffnen des Schizophrenen ermöglicht. So sagte ein Patient mit Beobachtungswahn 4 Wochen nach Beginn seiner psychotherapeutischen Behandlung: „Was ich Ihnen erzähle, Herr Doktor, ist nur ein Viertel von dem, was innerlich wirklich in mir vorgeht. Manche Dinge kann ich Ihnen nicht sagen.“

Was solche Verschlossenheit therapeutisch bedeutet und in welcher Weise sie langsam aufzuschließen ist, ist eine uns hier nicht interessierende Frage [vgl. hierzu: MATUSSEK, d)]. Erwähnt sei nur, daß ein zu schnelles und von einer bestimmten, nämlich diagnostischen Fragestellung geleitetes Explorieren die Psychotherapie erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen kann.

Besonders lehrreich war für mich in dieser Hinsicht folgender Fall:

Eine Pat. wurde mit einem beginnenden Verfolgungswahn in die Klinik gebracht. Sie glaubte, daß die Polizei hinter ihr her sei und sie bald ins Gefängnis gebracht werden würde. Die zunächst verschlossene und sich nur auf die Mitteilung ihrer Wahnideen beschränkende Pat. wurde im Verlaufe der sehr lang dauernden Exploration zugänglicher und erzählte wichtige Daten aus ihrer Vergangenheit, vor allen Dingen die Liebesgeschichte mit einem zukünftigen Priester. Schließlich erzählte sie mir auch die nicht mehr erinnerlichen Details, die kurz vor Ausbruch der Psychose bestanden. Am Ende der Exploration äußerte sie kaum noch etwas von ihren Wahnideen. Man hatte den Eindruck, daß der Schub bald vorüber sein werde. Statt dessen verfiel sie wenige Stunden nach Beendigung der Sitzung in eine schwere Katatonie, aus der sie erst nach Wochen mit massiver Cardiazol- und ES-Behandlung herausgeholt wurde.

Eine Psychotherapie war aus äußeren Gründen nicht möglich, so daß eine Kontrolle des Zusammenhangs zwischen Exploration und Verstärkung der Psychose nicht möglich war.

Aus der Erfahrung an ähnlichen Fällen glaube ich aber annehmen zu können, daß mein Verhalten während der Exploration, nämlich möglichst klar die Entwicklung vor der Psychose zu übersehen, von ausschlaggebender Bedeutung war.

Grundsätzlich also lassen sich die methodischen Schwierigkeiten bei der Feststellung von Anlässen schizophrener Psychosen dahingehend zusammenfassen, daß man unabhängig von der Vollständigkeit der oben erwähnten Gründe sagen kann: Auch bei ausreichendem psychotherapeutischem Kontakt ist keine Gewähr dafür gegeben, daß man die zu psychotischen Veränderungen führenden Anlässe mit der für die Beantwortung der Frage notwendigen Sicherheit überblickt. Das scheint insofern etwas Spezifisches für die schizophrene Struktur zu sein, als bei endogenen Depressionen und Neurosen unter gleichen therapeutischen Bedingungen die Wahrscheinlichkeit viel größer ist, daß die veranlassenden Ereignisse und Erlebnisse dem Therapeuten genannt werden. Das Bezugnehmen auf Einzelheiten der Ausgangssituation während akuter Zustände spricht nicht gegen diese Erfahrung. Denn bei allen während

der Psychose gemachten Mitteilungen hat man nie die Gewißheit, ob das alles ist und wie der eigentliche Zusammenhang strukturiert ist. Das Ausfüllen der Lücken mit neurosenpsychologischen Erfahrungen (SCHULTZ-HENKE) oder auch analogen Erfahrungen an Schizophrenen ist bei der Erfassung der jeweiligen konkreten Ausgangssituation nur bedingt brauchbar.

Zur Struktur der Ausgangssituation

Die hier erwähnten und andere nicht näher entwickelte methodische Schwierigkeiten machen es verständlich, daß über die Ausgangssituation bei schizophrenen Psychosen bisher so wenig Allgemeinverbindliches ausgesagt wurde. Die geringe Anzahl von Arbeiten, die sich ausschließlich mit dieser Frage beschäftigen, bestätigen das. Von diesen seien folgende erwähnt:

Auf der einen Seite stehen die Autoren, die im Einklang mit der klassischen Psychiatrie der Ansicht sind, daß die Belastung (Frustration) nichts Strukturspezifisches sei. So fanden z. B. NIELSEN u. THOMPSON bei 5 Fällen vorübergehender, aber evidenter schizophrener Symptomatik ganz verschieden geartete Frustrierungen. Auf der anderen Seite mehren sich die Stimmen, die eine spezifisch schizophrene Keimsituation annehmen. HILL sieht diese auf Grund psychotherapeutischer Erfahrungen an Psychosen immer dort gegeben, wo der Schizophrene das Bedürfnis hat, mit einer anderen Person in Beziehung zu treten. Das würde eine Bedrohung durch das Über-Ich und heftige Impulse von Seiten des Es in einem solchen Grade mobilisieren, daß das Ich eine panische Angst erführe, die der kindlichen Angst gleiche.

BECKETT u. Mitarb. explorierten 27 Schizophrene (Alter: 4—33 Jahre) bei ihrem ersten Schub und deren Eltern bzw. elterliche Bezugspersonen und kamen zu dem Ergebnis, daß für die vor dem Ausbruch des akuten Schubes auftretenden Wahnideen „Angriffe der Eltern“ verschiedenster Art verantwortlich gemacht werden müssen, wie etwa Kastrationsandrohung, Selbstmordversuche, tätliche Angriffe, grausames Einsperren, Verbot mit anderen Kindern zu spielen. Diese Angriffe der Eltern würden vom Kranken verdrängt und mittels Introjektion erledigt.

Auch die Erfahrung an unserem Material, bei dem durch den therapeutischen Kontakt die oben entwickelten methodischen Schwierigkeiten weitestgehend überblickt werden konnten, läßt keine allgemein verbindliche Beantwortung der Frage nach der Bedeutung und Spezifität des Anlasses zu. Dafür ist das Material zu klein. Trotzdem seien unter Außerachtlassung aller genetischen und tiefenpsychologischen Hypothesen die Anlässe mitgeteilt, die uns insofern als spezifisch imponierten, als sie sich zunächst einmal am häufigsten fanden und ferner eher zu akuten Symptomen im Sinne der Symptome ersten Ranges (K. SCHNEIDER) als zu chronisch schizophrenen Störungen führten.

Zunächst fiel auf, daß bei diesen Fällen das wirksamste Moment der Ausgangssituation die mißglückte Begegnung mit einem Menschen war, auch dort, wo sich zunächst, d. h. in der ersten Zeit des psychotherapeutischen Kontaktes, kein bestimmter Partner feststellen ließ. Diese Tatsache ist spezifischer, als sie auf den ersten Blick zu sein scheint. Vergleicht man nämlich diese Anlässe mit denen bei cyclothymen Depressionen und Süchten — wie wir es an einem größeren Material zur Zeit untersuchen bzw. im Hinblick auf die Sucht mitgeteilt haben [MATUSSEK, c)] —, so fällt auf, daß bei Süchten und endogenen Depressionen der Anlaß weitaus seltener in einer zwischenmenschlichen Beziehung zu suchen ist als bei den untersuchten Schizophrenen. Relativ häufig sind bei endogenen Depressionen und Süchten folgende Momente zu finden: Wachsende Verantwortung, Krankheit, Verlust von Besitz und Geld, Wohnungswechsel. Diese Anlässe fehlen bei schizophrenen Psychosen zwar nicht völlig, treten aber zahlenmäßig und ihrer Bedeutung nach zurück, ein Befund übrigens, der gut zu der Auffassung von v. BAAYER paßt, der die Begegnungsstörung als zentrales Phänomen der Schizophrenie interpretiert.

Bei dem Versuch, die mißglückte Begegnung mit einem anderen Menschen bei meinen Fällen etwas näher zu beschreiben, boten sich einer unbefangenen, jede genetische und ätiologische Fragestellung zunächst vermeidenden Deskription wie von selbst zwei daseinsanalytische Begriffe an, nämlich die der Nähe und Ferne einer menschlichen Begegnung, also die gelebte Distanz zwischen zwei Menschen. Beide Begriffe seien hier ohne nähere daseinsanalytische Ausführungen — diesbezüglich sei besonders auf die Arbeit von MINKOWSKI verwiesen — lediglich zur Deskription eines allgemein bekannten, für meine Fragestellung relevanten Phänomens benutzt, so wie man etwa sagt: „Mir ist (kommt) jemand nahe“ und: „Mir ist jemand fremd“ bzw. „geht von mir weg“.

Unter diesen Voraussetzungen lassen sich die erlebten Anlässe zu akut psychotischen Veränderungen bei den genannten Fällen folgendermaßen gruppieren, wobei die Gruppierung der Ausgangssituationen nicht eine Einteilung in bestimmte Krankheitsgruppen meint. Verschiedene Anlaß-Strukturen können bei ein- und demselben Schizophrenen zu verschiedenen Zeiten auftreten.

1. Die häufigste Anlaß-Situation war eine menschliche Begegnung, in der eine Beziehungsperson dem Kranken vor Ausbruch der Psychose „zu nahe gekommen“ ist.

Eine 17jährige Schizophrene wird von ihrem Freund geküßt; eine 23jährige geht ein halbes Jahr mit ihrem Freund und spürt, daß das Intime jetzt eigentlich kommen müsse; eine Tochter kehrt nach langer Abwesenheit in das Haus ihrer Mutter zurück, die daraufhin in einen

schizophrenen Schub gerät; ein 22-jähriger wird akut psychotisch, nachdem er am Abend vorher mit der sonst ängstlich gemiedenen Mutter zum Tanzen gegangen ist; ein anderer gibt seinem Freund einen Kuß auf die Wange, und bei der bereits erwähnten jungen Frau kommt es zu einer Katatonie, als sie auf einem Faschingsball ihren im Stillen schon lange verehrten „Liebhaber“ trifft; und schließlich ein zeitlich nicht streng abgrenzbares und von außen feststellbares Ereignis, sondern lediglich die erlebte Erfahrung eines 19-jährigen Kranken: „Die Mutter kommt mir zu nahe.“ In dieselbe Kategorie fallen die während der psychotherapeutischen Behandlung auftretenden akuten Verschlechterungen in dem Augenblick, wo der Therapeut auf Grund einer wachsenden Übertragung zu nahe kommt, was ich an anderer Stelle näher beschrieben habe [MATUSSEK, d].

Die hier nur angedeuteten Ereignisse sind natürlich nicht „isolierte Anlässe“, sondern Ausdruck einer allmählich oder mehr plötzlich eintretenden Distanzveränderung über eine bestimmte Grenze hinaus. Wo bei den einzelnen diese Grenze liegt, bei deren Überschreitung eine Psychosegefahr besteht und auf Grund welcher Konflikte das Überschreiten der Grenze zur Katastrophe führt, mag uns hier nicht beschäftigen. Das hängt von vielen lebensgeschichtlichen, inneren und äußeren Faktoren ab.

Wie unspezifisch die Kennzeichnung der genannten Situation durch den allgemeinen Ausdruck „Konflikt“ wäre, zeigt ein kurzer Seitenblick auf die endogene Depression. Auch bei endogenen Depressionen haben wir — allerdings viel seltener als bei Schizophrenen — als auslösende Faktoren einer Phase Erlebnisse gefunden, die zunächst im oben genannten Sinn verstanden werden könnten. Ein Patient erkrankte z. B. dreimal an einer endogenen depressiven Phase, als sich ihm ein Mädchen in offensichtlicher Heiratsabsicht näherte. Die angstauslösende, gefürchtete Gefahr bestand aber nicht in der gelebten Nähe mit der Frau, sondern in der Furcht vor der Heirat im Sinne einer dauernden Einschränkung der Freiheit. Mit allen anderen Frauen, bei denen eine Heirat aus äußeren Gründen ausgeschlossen war, konnte er sehr intim sein, ohne depressiv zu werden.

Daß ein *Zunahekommen eine Gefahr für den Schizophrenen darstellt*, ist in der psychotherapeutischen Literatur über die Struktur von Schizophrenen lange Zeit gar nicht bzw. zu wenig herausgestellt worden. Man sprach hauptsächlich von dem überstarken Bedürfnis nach Liebe und Nähe und übersah die mit der Befriedigung des Bedürfnisses verbundenen Gefahren, die ein Schizophrener in folgende Worte kleidete: „Die Menschen mit der christlichen Nächstenliebe sind für mich die größte Gefahr.“ Neuerdings wird aber gerade auf diese Gefahr der Nähe in der psychotherapeutischen Literatur hingewiesen (vgl. bes. SEARLES).

2. Neben dem Zunahekommen eines bestimmten Menschen, konnte auch, allerdings viel seltener, die entgegengesetzte Bewegung, nämlich die der Distanzerweiterung, als auslösende Situation erfaßt werden.

Die heimlich angebetete Freundin wird mit einem anderen Mann getroffen; eine von der Ferne bewunderte Schauspielerin verläßt die Stadt; der geliebte Freund kommt nicht mehr wieder; die Eltern verreisen; die Therapie wird aus äußeren Gründen unterbrochen, also alles Ereignisse, die auf den Verlust einer bestimmten Person hindeuten. Der andere ist in eine unerreichbare Ferne gerückt und hat damit den für eine menschliche Begegnung notwendigen Raum verlassen. Daß diese veränderte Distanz zu einer psychoseauslösenden Gefahr wird, setzt allerdings eine schon vorhandene Bindung an die betreffende Person voraus, deren „Krankhaftigkeit“ allerdings meistens nur strukturpsychologisch, aber nicht klinisch festzustellen ist.

3. Vollzog sich in den eben genannten Situationen die Begegnung in einer Weise, die das Erleben einer veränderten Distanz in einer bestimmten Richtung bedingte, so fanden sich auch Ausgangssituationen, in denen die Distanzveränderung in der einen oder der anderen Richtung als auslösender Faktor nicht festzustellen war. Schon bei der ersten Begegnung ist eine Entfernung gegeben, die keinerlei oder nur ganz geringfügige Veränderungen erfährt. Klinisch zeigt sich das darin, daß schon in diesem Augenblick oder kurze Zeit hinterher die Krankheit da ist, bei unseren Fällen in Form eines isolierten Wahns.

Der Zahnarzt, der die Patientin so merkwürdig anschaute und sie hinterher hypnotisierte; der Freund des Mannes, der bei der ersten Begegnung gleich so faszinierend charmant war, oder auch die Frau, die ihren Mann als Christus erlebte, als dieser seine Sekretärin in den gemeinsamen Haushalt aufnahm. Diese Ausgangssituationen lassen sich nur in einer längeren psychotherapeutischen Behandlung klären. Ist doch der Patient auch beim besten therapeutischen Kontakt nicht imstande, über irgendwelche Emotionen zu berichten, die eine Bewegung auf den anderen hin oder von ihm weg verständlich machen. Der andere ist gleich von Beginn an als jemand gegeben, von dem man nicht loskommt, der aber auf der anderen Seite ein Fremder ist, ohne daß für dieses Erleben ähnliche Beweggründe wie in den erstgenannten Fällen vom Patienten geschildert werden.

Damit zeigen die Anlaß-Situationen dieser Gruppe die Eigentümlichkeiten der beiden vorhergenannten, nur daß hier Nähe und Ferne zur gleichen Zeit realisiert werden. Der Zahnarzt, der schon auf Grund weniger Handlungen hypnotische Macht über die Patientin bekommt, ist wegen der Ausschaltung des Willens und der Beeinflussung der Gefühlsspäre der intimste Partner überhaupt, zur gleichen Zeit aber auch wiederum ferner als alle übrigen Menschen der näheren Umgebung.

Bei dieser „*Intimität auf Distanz*“ sind die oben angedeuteten Gefahren eines Zunahekommens oder in eine unerreichbare Ferne-Rückens aufgehoben. Das für jedes Dasein charakteristische Sich-Bewegen-Können auf den anderen hin und von ihm weg — ohne welches Leben und Entwicklung nicht denkbar sind — ist hier erloschen. Durch das Erstarrtsein auf einem bestimmten Punkt der Begegnungsdistanz, der zur gleichen Zeit Nähe und Ferne garantiert, besteht allerdings — so könnte man es jedenfalls formulieren — ein gewisser Schutz gegen die oben genannten psychoseauslösenden Gefahren.

Klinisch zeigt sich das in unseren Fällen darin, daß bei ihnen lediglich ein isolierter, gut abgegrenzter Wahn vorhanden ist und keinerlei andere Symptome, wie vor allen Dingen formale Denkstörungen und Halluzinationen. In diesem Stadium fallen die Kranken höchstens der engsten Umgebung, aber nicht irgendwelchen unbekannten Dritten in grober Weise auf. Sie gehen oft ihrem Beruf nach (Student, Schlosser, Hausfrau) und können sich überhaupt vielen Situationen der Realität in einer Weise anpassen, die man bei Kenntnis des Symptoms nicht erwarten würde. Man hat oft den Eindruck, daß sie unter dem Symptom nicht allzu sehr leiden. Es scheint sie nicht zu stören, daß man sie ungeheilt aus der Klinik entlassen muß, ja, sie drängen von selbst auf eine Entlassung im ungebesserten Zustand, indem sie den Wahn vor den Ärzten einfach dissimulieren. Auch zu Hause können sie zeitweilig ganz normal wirken, bis sie wieder von ihrer Hypnose oder Beeinflussung zu sprechen beginnen, so als ob es das Selbstverständliche auf der Welt wäre. Man hat dabei immer den Eindruck, als wenn es nur eines vernünftigen, liebevollen Gesprächs bedürfte, um diese Kranken von ihrem Wahn zu überzeugen. Der Wahn trotzt aber nicht nur einem liebevollen Gespräch, sondern in vielen Fällen auch einer Somato- und Psychotherapie. Diese Tatsache scheint nach meinen Erfahrungen auch damit in Zusammenhang zu stehen, daß die Patienten zwar über Hypnose, Vergiftung und Beeinflussung empört sind, aber doch nicht in der Weise leiden wie Kranke in der erstgenannten Gruppe. Es sieht so aus, als wenn der Wahn hier eine Schutzfunktion gegen eine Distanzveränderung und damit gegen eine akute, „chaotische Schizophrenie“ ausüben würde und daß sich die Kranken deswegen verhältnismäßig wohl fühlen, zumindest wohler als die weiter oben genannten Fälle.

Ein 20jähriger Student wurde aus der Klinik entlassen, nachdem alle Therapieversuche an seinem isolierten Beobachtungswahn fehlgeschlagen. Er fühlte sich auf der Straße von irgendwelchen Agenten der Polizei beobachtet, ohne erraten zu können, aus welchem Grunde. Der Beginn einer Therapie war für ihn zunächst wohltuend, insofern er jetzt die Beobachter im Auftrag des Therapeuten und nicht der Polizei fungieren fühlte. Sonst war der Pat. ziemlich unauffällig. Er ging seinem Studium nach, benahm sich seiner Wirtin gegenüber adäquat, hatte auch eine gewisse Krankheitseinsicht, indem er manchmal sagte: „Ich sehe zwar selbst ein, daß

mein Gefühl unsinnig ist, ich kann dagegen aber nichts machen.“ Die am Anfang der Psychotherapie gefühlte Beruhigung wich aber bald einer zunehmenden Angst und Feindseligkeit gegen den Therapeuten. Dies ging einher mit einem unseres Erachtens bedeutungsvollen Wechsel der Symptomatik: Der Beobachtungswahn wich und machte einer mehr akuten Psychose Platz, bei der schwere formale und inhaltliche Denkstörungen und Halluzinationen im Vordergrund standen. Er war des öfteren nahe daran, die Behandlung abzubrechen — was oft ein Zeichen wachsender Übertragung ist [vgl. hierzu: MATUSSEK, d)].

Das für uns Wesentliche ist folgendes: Ohne die intensive Begegnung mit dem Therapeuten bzw. ohne ein dieser Begegnung im Leben vergleichbares Ereignis im Sinne einer Annäherung beschränkte sich die Psychose auf das eine Symptom des Beobachtungswahns. Sonst bestand eine relativ integrierte Persönlichkeit. Erst durch die Begegnungsnähe in der Therapie wurde das Symptombild bald akuter.

Das Phänomen einer nicht realisierbaren „Mitte“ in der Beziehung zu einem anderen Menschen kann nun nicht so verstanden werden, als wenn dieses der allein wirksame Faktor bei der eventuellen Auslösung einer schizophrenen Psychose wäre. Die Begegnungsunfähigkeit ist nur ein Teilphänomen einer Gesamtstruktur. Ich glaube allerdings, daß es sich hier um ein Phänomen handelt, das sich nicht einfach als Folge einer akut einsetzenden Krankheit interpretieren läßt, sondern immer schon Ergebnis einer spezifischen Lebensgeschichte mit ihren einmaligen physischen und psychischen Bedingungen ist und somit auch eine vor Ausbruch der Psychose vorhandene spezifische Eigenart darstellt, die als Anlaßfaktor eine größere Rolle spielt, als man auf Grund rein klinischer Erfahrungen — unter Ausschluß des psychotherapeutischen Kontaktes — anzunehmen geneigt ist.

Unabhängig zunächst von der rein theoretisch wichtigen Frage, ob der Prozentsatz der anlaßbedingten Psychosen größer ist als allgemein angenommen wird und ob sich bei weiteren Untersuchungen ein spezifischer Anlaß genauer formulieren läßt, dürfte für die praktische Zusammenarbeit mit Schizophrenen zweierlei wichtig sein: Einmal muß man immer damit rechnen, daß der Patient die wirksamsten erlebten Anlässe lange Zeit verschweigt und man daher in der Gefahr schwebt, Anlässe und Deutungen zu konstruieren. Zum anderen geht man nicht fehl, wenn man bei der Frage nach den auslösenden Faktoren einer beginnenden Psychose bzw. einer akut auffallenden Verschlechterung auch immer daran denkt, daß hinter diesen Verschlechterungen die Beziehung zu einer ganz bestimmten Person als ein auf normalem Wege unlösbarer Konflikt stehen kann. Bevor man diese Beziehung nicht genau übersieht, ist größte Vorsicht hinsichtlich der Aussagen und Deutungen über die Anlaßlosigkeit genauso wie über die Struktur des angenommenen Anlasses am Platze.

Zusammenfassung

1. Die Verschiedenheit der Ansichten über Bedeutung und Struktur der Anlässe bei schizophrenen Psychosen beruht zum großen Teil auf der Verkenntung bzw. ungenügenden Würdigung der methodischen Schwierigkeiten, mit denen sich die Untersuchung in erster Linie beschäftigt.

2. Da die methodischen Schwierigkeiten erst bei intensivem psychotherapeutischem Kontakt mit dem Kranken überschlagbar werden, sind der vorliegenden Arbeit die Beobachtungen an 18 psychotherapierten Schizophrenen zugrunde gelegt worden.

3. Folgende Fragen werden in ihrer Bedeutung für das Problem des Anlasses diskutiert: a) Situations-Einheit von Anlaß und Reaktion. b) Bedeutung der Daueranlässe bei unveränderter äußerer Situation. c) Unterscheidung von gelebten und erlebten Anlässen.

4. Als Gründe für die Verschwiegenheit der Patienten über die erlebten Anlässe werden folgende näher beschrieben: a) Angst vor Reaktivierung der Psychose. b) Alteration des Mitseins und die dadurch bedingte paranoiden Einstellung zu Welt und Arzt. c) Physiognomische Atmosphäre der therapeutischen Situation.

5. Unter Berücksichtigung der diskutierten methodischen Schwierigkeiten wird an Hand der untersuchten Fälle folgende Hypothese formuliert: Die häufigsten und eher zu akuten als zu chronischen Veränderungen führenden Ausgangs-Situationen sind keine unspezifischen, allgemein menschlichen Konflikte, sondern spezifische Keimsituationen. Ihr Wesen wird — im Gegensatz zu endogenen Depressionen und Süchten — in einer mißglückten menschlichen Begegnung gesehen, bei der ein Partner entweder dem Kranken zu nahe kommt oder in eine unerreichbare Ferne von ihm rückt.

6. Von diesem Schema werden jene klinisch näher charakterisierten Fälle abgehoben, bei denen die Anlaß-Situation sofort eine „Intimität auf Distanz“ bedingt und dadurch die für jede menschliche Begegnung notwendige Dynamik der gelebten Distanz unmöglich macht, wodurch allerdings ein Schutz gegen einen weiteren psychotischen Verfall gegeben zu sein scheint.

Literatur

- BAEYER, W. v.: Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie. Nervenarzt **26**, 369 (1955). — BECKETT, P. u. a.: The Significance of Exogenous Traumata in the Genesis of Schizophrenia. Psychiatry **19**, 137 (1956). — BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl. Berlin 1943. — BETZ, B.: Strategic conditions in the psychotherapy of persons with schizophrenia. Amer. J. Psychiat. **107**, 203 (1950/1951). — BUMKE, O.: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl., S. 537. München 1944. — FROMM-REICHMANN, F.: Principles of Intensive Psychotherapy. London 1953. — HARTMANN, N.: Das Problem des geistigen Seins, 2. Aufl. Berlin 1949. — HILL, L. B.: Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia. Chicago 1955. — HYBL, A. R., and R. STAGNER: Frustration tolerance in relation to diagnosis and therapy.

J. cons. Psychol. **16**, 163 (1952). — JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1946. — KEMPF, E. J.: The psychoanalytic treatment of dementia praecox, report of a case. Psychoanal. Rev. **6**, 15 (1919). — KISKER, K. P.: Beitrag zur dynamischen Topologie katatoner Bewegungsformen. Nervenarzt **28**, 499 (1957). — KNIGHT, R. P.: Psychotherapy of an adolescent catatonic schizophrenic with mutism. Psychiatry **9**, 323 (1946). — KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn, 3. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950. — Psychotherapeutische Studien. Stuttgart 1949. — Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Zschr. Neur. **121**, 211 (1929). — LANGE, I.: Die Paranoiafrage. In: ASCHAFFENBURGS Handbuch. Leipzig und Wien 1927. — LAZARUS, R. S., and R. W. BAKER: Psychology. Progr. Neur. a. Psychiat. **11**, 253 (1956). — MALMO, R. B., and C. SEAGASS: Studies of blood pressure in psychiatric patients under stress. Psychosom. Med. **14**, 82 (1952). — MALMO, R. B., D. J. BELANGER and A. A. SMITH: Motor control in psychiatric patients under experimental stress. J. Abnorm. & Social. Psychol. **46**, 539 (1951). — MATUSSEK, P.: a) Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung, 1. Mitt. Arch. Psychiat. Nervenkr. **189**, 279 (1952). — b) Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung, 2. Mitt. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **71**, 189 (1953). — c) Süchtige Fehlhaltung. In: Handbuch für Psychotherapie- und Neurosenlehre, herausgegeben von V. E. FRANKL, v. GEBSATTEL u. J. H. SCHULTZ, Bd. II. München-Berlin-Wien (im Druck). — d) Psychotherapie von Schizophrenen. In: Handbuch für Psychotherapie und Neurosenlehre, herausgegeben von V. E. FRANKL, v. GEBSATTEL u. I. H. SCHULTZ. Bd. IV, München-Berlin-Wien, 1958. — MAYER-GROSS, W.: Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgegeben von O. BUMKE, Bd. IX, S. 112 (1932). — MINKOWSKI, E.: Les notions de distance vécue et d'ampleur de la vie. J. de Psychol. (Alcan) **27** (1930). — MÜLLEE-SUUR, H.: Das Psychisch Abnorme. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950. — NIELSEN, J. M., and G. N. THOMPSON: Schizophrenic syndromes and frustration reaction. Amer. J. Psychiat. **104**, 771 (1948). — PAULEIKHOFF, B.: Über Veränderungen des Situationsgefüges bei paranoid-halluzinatorischen Erscheinungsbildern. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 277 (1955). — Über Veränderungen des Situationsgefüges bei dementen Erscheinungsbildern. Nervenarzt **26**, 510 (1955). — ROSEN, J. N.: Direct Analysis. New York 1953. — SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart 1952. — Anfänge von Psychosen. Dtsch. med. Wschr. **1933**, 1029. — SCHULTZ-HENKE, H.: Das Problem der Schizophrenie. Stuttgart 1952. — SEARLES, H. F.: Die Verlaufsformen der Abhängigkeit in der Psychotherapie von Schizophrenen. Psyche Heidelberg **10**, 448 (1956). — SELYE, H., and A. HORAVA: Third annual report on stress. Acta Inc. Med. Publ., Montreal 1953. — SULLIVAN, H. St.: Schizophrenia conservative and malignant features. Amer. J. Psychiat. **81**, 77 (1924). — WILENSKY, H.: The performance of schizophrenics and normal individuals following frustration. Psychologic Monogr. **66**, 1 (1952).