

Aus der Nervenklinik der Universität Münster (Direktor: Prof. F. MAUZ)

## **Psychotherapeutische Möglichkeiten bei endogenen Psychosen \***

**(Ein persönlicher Rückblick und Ausblick)**

Von

**FRIEDRICH MAUZ**

*(Eingegangen am 15. Februar 1965)*

Bei einem gründlichen Studium der psychotherapeutischen Kasuistik von den ersten Anfängen der Burghölzli-Schule aus den Jahren vor dem ersten Weltkrieg bis zur jüngsten Zeit und einer Vertiefung in die Fallschilderungen und Diskussionen auf den Internationalen Symposien über die Psychotherapie der Schizophrenie 1956 in Lausanne und 1959 in Zürich stellte ich zu meiner Überraschung fest, daß wir uns in den Problemen und Fragen der psychotherapeutischen Praxis bei endogenen Psychosen erfreulich viel näher sind als in den theoretischen Überlegungen. Was sich mir aber als Sorge abzeichnete, ist der Eindruck, daß es im Raum der Kliniken und psychiatrischen Krankenhäuser bei der Psychotherapie von Einzelfällen bleibt und ein „beziehungsloses Nebeneinanderlaufen“ der Psychotherapie einzelner und der Routinebetreuung aller übrigen entsteht. ERNST hat in Lausanne ehrlich und offen diese abteilungspsychologischen Schwierigkeiten geschildert. Und MEERWEIN geht noch tiefer, wenn er uns die Not des Psychotherapeuten darstellt, der innerhalb einer psychiatrischen Klinik konventionellen Stils, die vorwiegend medikamentös behandelt, das Wagnis einer psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit seinen Schizophrenen unternimmt. Damit sind wir bei einer zweiten Sorge, die sich aufdrängt, angelangt, auf die M. MÜLLER immer wieder hinweist: das gegensätzliche Lager der Psychotherapeuten und der Somatotherapeuten. Er hält mit Recht eine Synthese von Somatotherapie und Psychotherapie für eine Forderung der Gegenwart, die freilich trotz Ansätzen zu einer Verständigung noch weit von einer Verwirklichung entfernt sei. Da ich mich selbst 14 Jahre lang mit den endogenen Psychosen *nur* psychotherapeutisch auseinandergesetzt habe und nach Einführung der körperlichen Behandlungsmethoden vor 28 Jahren mit der Psychotherapie nicht aufgehört, sondern beide Wege beschritten habe, werde ich im folgenden häufig von einer ver-

---

\* Nach einem Vortrag auf der Gütersloher Woche im Oktober 1964.

gleichenden Betrachtung Gebrauch machen. Vergleiche nicht nur zwischen Psychotherapie und Somatotherapie, sondern auch zwischen Neurosen und Psychosen, ambulanter und stationärer Behandlung, und zwischen Hochdifferenzierten, weniger Differenzierten und Primitivstrukturen in der Behandlungssituation.

Es sei mir erlaubt, nun in bunter Reihenfolge rein empirisch zu einigen Fragen Stellung zu nehmen. Wenn ich mit der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener beginne, hat es seinen Grund darin, daß meine ersten analytischen Versuche zwischen 1922 und 1926 sich an Neurosen abspielten, die sich dann zu klassischen Schizophrenien entwickelten. Warum ich gerade diese Fälle auswählte, ist mir relativ früh klar geworden. Es waren junge Menschen, die — wie ich damals voll Stolz meinte — mir gleich ihr Herz öffneten, trotzdem sie zunächst so verschlossen schienen, und mit einer Offenheit ohnegleichen mir alles das brachten, was ich als unbewußtes seelisches Material aus den Schriften von FREUD kannte. Ich weiß noch genau, wie betroffen ich war, als GAUPP, der sich auf den Visiten oft eingehend in die Krankengeschichten vertiefte, mir mein analytisches Kunstwerk zurückgab und mit einem besonnenen Ernst meinte, dies alles sei der Beginn einer Hebephrenie. Trotzdem haben mich damals gerade solche Patienten immer wieder zu einem analytischen Versuch verführt, weil sie auf die Symbolik von FREUD so wunderbar eingingen. Auch dachte ich, daß es an meinem noch ungenügenden Können liegen würde. Als wir dann in Marburg schon gleich in den ersten Jahren aufgrund des Ruhmes von KRETSCHMER eine Reihe von Schizophrenen bekamen, die in Wien und Berlin von weltbekannten Analytikern behandelt worden waren, war die Klinik gezwungen, eigene Wege zu suchen. Das Kongreßreferat von KRETSCHMER über die Psychotherapie der Schizophrenen aus dem Jahr 1929 gibt Zeugnis davon. Mich ließ von da an die Frage, worin sich die als Neurose beginnenden Schizophrenien von den echten Neurosen nach ihrer Persönlichkeitsstruktur und Lebensgeschichte unterscheiden, nicht mehr los. Das Glück wollte es, daß ich in Marburg dank des verständnisvollen Entgegenkommens des damaligen Leiters der Inneren Klinik, Prof. SCHWENKENBECHER, poliklinisch und als Konsiliarius sämtliche innere Kranke zu sehen bekam, die organisch ohne Befund waren, und viele davon auch behandeln konnte. In dem täglichen therapeutischen Umgang mit Organneurosen und beginnenden Psychosen zeichneten sich Unterschiede viel deutlicher ab als vorher in den Tübinger Jahren, wo nach dem Krankengut nur ein Vergleichen von Psychopathien und Psychosen möglich war. Jetzt hörte man täglich bei der Organneurose: „Ich müßte bloß keine Herzschmerzen haben, dann wäre alles gut.“ Um so mehr erfuhr man bei den beginnenden Psychosen von Problemen und Konflikten, von einem Nebeneinanderstehen gegenteiliger Gefühle, von

einer ungewollten Einsamkeit und einem Hunger nach Liebe und Kontakt. In letzterem unterschieden sich die späteren Psychotiker deutlich von den geprägten schizoiden Psychopathen, die mir sogar eher gegen den Ausbruch einer manifesten Psychose geschützt schienen. *Sie* waren die extrem Introvertierten und nicht die Präpsychotiker. Wenn KISKER in jüngster Zeit bei seinen vergleichenden Untersuchungen an später schizophren erkrankenden Jugendlichen und abnormen Fehlentwicklern festgestellt hat, daß die situative Genese präschizophrener Lebensläufe durch ein geheimes Laborieren mit Fragen der Moralität und Schuld gezeichnet sei, und von der unerbittlichen Moralität der Auseinandersetzung spricht, so trifft das recht genau das, was mir bei diesen präschizophrenen Neurosen aufgefallen ist. Sehr zutreffend finde ich auch seine Formulierung, daß die später schizophren Erkrankenden in verfahrenen Situationen — moralpsychologisch genommen — billigere Lösungen nicht möglich seien. In einem langen Überblick über viele Lebensläufe remittierender Schizophrener ist mir immer wieder aufgefallen, daß in den oft jahrelangen Intervallen so gut wie nie die Konflikthaftigkeit den Weg zur Organneurose findet. Es sei denn, man hielte fälschlicherweise die körperlichen Mißempfindungen dafür. Es lag deshalb die Annahme nahe, es könnte sich mindestens bei einer bestimmten Gruppe von Schizophrenen um eine frühe Abwandlung der normalen Verdrängungsfähigkeit handeln, sei es strukturbedingt oder schon Folge der beginnenden Krankheit. Bei der weiteren psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit hochdifferenzierten Bleulerschen Schizophrenen (die Bezeichnung „Dementia praecox“ wäre für sie gar nicht in Frage gekommen) hat sich diese Annahme immer mehr zu der Überzeugung verdichtet, daß diese Kranken schon früh aus der „Unschuld des Nichtwissens“ herausgefallen sind und sich ganz anders als die Gesunden unheimlich wissend mit der Problematik des Menschseins auseinandersetzen müssen, so unerbittlich und extrem, wie es neuerdings vor allem von HÄFNER gezeigt worden ist. Das Tragische dieser Strukturen scheint zu sein, daß es bei ihnen zu irgendeiner Stellvertretung im Körperlichen nach Art einer Organneurose gar nicht kommen kann und keine andere Form der Bewältigung als die Psychose übrigbleibt. Nachdem ich zum erstenmal 1930 in meiner „Prognostik der endogenen Psychosen“ mit aller Zurückhaltung die Frage der mangelnden Verdrängung erwähnt, dann in meinen Kongreßreferaten 1948 und 1951 eindringlicher darauf hingewiesen hatte, ohne — wie ich meinte — dafür Resonanz zu finden, glaubte ich mit dieser Auffassung ziemlich allein zu stehen. Erst jetzt bei meinem Literaturstudium habe ich entdeckt, daß für die Burghölzlschule in den Jahren vor dem ersten Weltkrieg die gestörte Verdrängungsfähigkeit des Schizophrenen schon längst Gegenstand eindringlicher Überlegungen war. So mancher Leser wird das glückliche

Gefühl kennen, wenn man plötzlich entdeckt, daß Ideen, die einem von zentraler Bedeutung sind, mit denen man sich aber allein fühlt, von anderen geteilt werden. So ist es mir jetzt mit dem Buch von FEDERN über die „Ichpsychologie und die Psychosen“ gegangen, das mir erst vor kurzem in die Hände kam, dank eines Hinweises von WEITBRECHT auf die Gedankengänge von FEDERN, die ihm „trotz verschiedener Sprache nahe verwandt mit seinen eigenen Arbeitshypothesen“ erscheinen. FEDERN berichtet, wie er sich bei seinen ersten Fällen über die reichliche Produktion von unbewußtem Material freute und sie förderte, ohne zu beachten, daß die affektiven Reaktionen als psychotisch zu werten waren. Bald werden ihm das „intuitive Akzeptieren und Übersetzen von Symbolen“ durch den Patienten und das „unheimlich Reibungslose der Analyse“ zu Anzeichen der Psychose. Er beschreibt, wie der Patient sich selber analysiert und noch mehr entdeckt, als der Analytiker erriet, wie er von Mal zu Mal mehr Material bringt und plötzlich Material und Patient psychotisch geworden sind. Treffend ist auch die Feststellung, daß der Psychotiker im Grunde begierig sei, sowohl mit dem gesunden als auch mit dem psychotischen Teil des Ichs zu übertragen und daß im Gegensatz zu den Neurotikern, bei denen die Übertragung dazu benützt werde, verdrängtes Material frei zu machen, bei Psychotikern die Übertragung dazu diene, freies Material zu verdrängtem zu machen. Es sei paradox, daß bei der Psychose die Psychoanalyse die *Realitätsbeziehung* hinter dem produzierten unbewußten Material, und nicht das Unbewußte hinter dem Bewußtsein zu finden habe. Seine Erkenntnisse münden in die klassischen Sätze: „Das therapeutische Ziel ist nicht die Aufhebung der Verdrängung, sondern Wiederverdrängung.“ Antithetisch zu FREUDS bekanntem Leitsatz: „Wo Es ist, soll Ich werden“ müssen wir in bezug auf die Psychose sagen: „Was Ichbereich geworden ist, soll dem Es zurückgegeben werden.“ Prägnanter kann man es nicht sagen. Seine vornehmste Schlußfolgerung, die ihm selbst ziemlich paradox erscheint, lautet: „Provoziere nicht; sei nicht zu aktiv; suche nicht den Grundkonflikt allzu energisch aufzuklären; bezwinde dein psychoanalytisches Interesse und deine Begierde, deinen Fall ganz zu verstehen. Verschiebe dein Verlangen, die Geschichte vergangener psychotischer Episoden zu erhalten, auf später.“ An anderer Stelle sagt er nicht minder eindringlich: „Psychotikern gegenüber sind keine Notlügen erlaubt. Freundlich auf die Wangen, die Schulter oder den Hinterteil geklopft, wie ein dummes Kind behandelt zu werden, ist beleidigend. Die Güte einer Heilanstalt in bezug auf das psychologische Verstehen und Verhalten zeigt sich beim ersten Besuche daran, wie weit das ärztliche und sonstige Personal das frevelhafte Lachen des Gesunden über den Geisteskranken abgelegt hat.“ Die therapeutische Methode bei Schizophrenen bestehe in Verminderung ihrer affektiven Konflikte, vorsichtiger, Erleichterung gewährender

Deutung, Durcharbeitung des Materials, Zurückführung der psychotischen und irrationalen Produktionen auf die zugrundeliegenden objektiven Konflikte. Jede Stunde sei zu entscheiden, ob man versuchen solle, den Patienten zur Normalität zurückzuführen oder vielmehr seinen psychotischen Zustand dazu benützen solle, ihn mit seinen tiefsten Begehungen, Triebregungen, Konflikten, Ängsten und Schrecken fertig werden zu lassen. Die normale Übertragung des Psychotikers gewinne man durch Aufrichtigkeit, Freundlichkeit und Verständnis. Das Erlebnis der guten Übertragung sei für den Psychotiker die hauptsächlichste normale Realität. Wer die Übertragung bewahren wolle, habe sehr vorsichtig zu sein. Man müsse den Patienten erlauben, außerhalb der festgesetzten Zeiten zu kommen, wenn sie sich unruhig fühlen. Es sei gefährlich, sie warten zu lassen und es könne eine Katastrophe bedeuten, einmal unpünktlich zu sein. — Damit will ich aufhören, FEDERN selbst sprechen zu lassen. Jeder Psychiater sollte dieses Buch lesen. Dem Buch ist ein schönes Bild von FEDERN beigegeben. Sein geprägtes Antlitz gleicht in einer wunderbaren Weise dem von MARTIN BUBER, der über die Begegnung — auch für den Psychiater — Entscheidenderes gesagt hat, als in so manchen unserer fachwissenschaftlichen Aufsätze darüber zu lesen ist. — Nun habe ich mich fast zu lange bei der Frage der analytischen Behandlung Schizophrener aufgehalten. Trotzdem muß ich in diesem Zusammenhang noch eine Äußerung von BINSWANGER erwähnen, die mich tief beeindruckt hat. In seinen Erinnerungen an FREUD sagt er an einer Stelle, daß es ihn 10 Jahre harter Arbeit und Enttäuschung gekostet habe, bis er eingesehen habe, daß sich nur ein bestimmter Teil seiner Anstaltspatienten für die Analyse eigne. Dazu rechnete er insbesondere Patienten mit einer guten charakterlichen und intellektuellen Grundlage, bei denen vorauszusehen war, daß sie den Anforderungen einer Analyse gewachsen waren. Ich meine, daß diese Einsicht über jeder Indikationsstellung zum Beginn einer Analyse, nicht nur bei Psychosen, sondern auch bei Neurosen stehen müßte. Und als letztes noch ein weiterer klassischer Satz aus seinem Munde: „So wenig jemand in meinen Augen ein Psychiater ist, wenn er von der Psychoanalyse nichts versteht, so wenig scheint mir die Psychoanalyse auf festem wissenschaftlichen Boden zu stehen, wenn sie die wissenschaftlichen Errungenschaften und Probleme der klinischen Psychiatrie außer acht läßt“.

Damit sind wir bei BINSWANGER und seiner Daseinsanalyse angelangt. Ich glaube, daß viele von uns, mehr als ihnen bewußt ist, unseren Patienten gegenüber eine daseinsanalytische Einstellung haben. Was ich von GAUPP als stärksten Eindruck mitgenommen habe, war die Unvoreingenommenheit, mit der er jede Äußerung des Kranken ernst nahm, und zwar genau dieselbe Unvoreingenommenheit wie jedem gesunden Gesprächspartner gegenüber. Das ist aber die Grundvoraussetzung für

die daseinsanalytische Forschungsrichtung. Wie die Daseinsanalyse neue Wege gegenüber den ersten Versuchen aus dem Burghölzli, die schizophrenen Symptome zu verstehen, geöffnet hat, ist von BLEULER in seinem in den „Fortschritten“ erschienenen Bericht über „Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941–1950“ überzeugend dargestellt worden. „Diese früheren Versuche, sagt BLEULER, brachten wohl einzelne Symptome mit einzelnen Lebenserfahrungen oder einzelnen Strebungen in Zusammenhang: sie integrierten aber noch nicht Einzelsymptome und Einzelzusammenhänge zu einer Struktur, einer Ordnung oder einer Gestalt wie die Daseinsanalyse. Die daseinsanalytische Forschungsrichtung führe — und das ist mir aus der Seele gesprochen — zu einer heilsamen Reaktion gegenüber dem Zerlegen der Psyche und der Verselbständigung von Einzelfunktionen.“ Der älteren Psychopathologie sei es von vornherein gegeben erschienen, daß nach dem Vorbild der Physik oder der systematischen Botanik und Zoologie die Psyche in Einzelfunktionen zergliedert werden müsse, damit von den Symptomen aus auf ihre spezifischen Ursachen und ihre spezifische Behandlung geschlossen werden könne. Man habe untersuchen wollen, ob der Gedankengang zufolge von Wahnideen oder Halluzinationen gestört werde oder umgekehrt. Man habe sich endlos gestritten, ob die Zerrissenheit des Empfindens auf die Zerrissenheit des Denkens zurückzuführen sei oder umgekehrt . . . Die Daseinsanalyse zeige uns die engen Grenzen einer derartig zerpfückenden Betrachtungsweise. Und wenn BLEULER schließlich bekennt, daß ihn die daseinsanalytische Einstellung im Umgang mit einem abgekapselten oder abweisenden Kranken plötzlich das richtige Wort im richtigen Augenblick habe finden lassen, so kann ich dem nichts Besseres und Wahreres hinzufügen. So wie SCHRÖDER einmal gefordert hat: „Neben KRAEPELIN auch erheblich mehr WERNICKE“, möchte ich sagen: „Neben FREUD auch erheblich mehr BINSWANGER.“

Die nächsten Punkte, zu denen ich Stellung nehmen will, sind die Fragen der Endogenität, der Spontanheilungen und der Reversibilität, bzw. Irreversibilität überhaupt. Wer unter einer endogenen Psychose eine fix und fertige Krankheit versteht, die alle Symptome macht und einzig und allein bestimmt, wann die Krankheit beginnt und wann sie aufhört, ob sie an der Person etwas verändert oder nicht, kann an der Psychiatrie keine Freude haben. Ich halte es durchaus für möglich, daß sich früher oder später somatische Korrelate der psychischen Störungen finden und auch somatotherapeutisch beeinflussen lassen. Trotzdem käme ich nie auf den Gedanken, mich auch nur ein Jota weniger mit der Person des Kranken, seiner Situation und Konstellation zu beschäftigen. Man tut immer so, als ob das Rätsel der Endogenität mit der eventuellen Entdeckung einer Somatose gelöst wäre. Ständig sehen wir, wie unsere Kinder sich einerseits in Schritten, Sprüngen und Wandlungen, die plötz-

lich Neues hervorbringen, entfalten und andererseits stets dieselben bleiben. Wir wissen, daß all dem Biologisches zugrundeliegt. Aber selbst wenn die Biochemie uns eines Tages präzise Formeln dafür liefert, würden wir doch nicht tatenlos dabeistehen? Auch die Psychose ist — und nun zitiere ich CONRAD — „ein Vorgang, ein Geschehen, eine Wandlung, ein in der Zeit sich Gestaltendes mit Aufgang, Kulmination, Abgang, ist ein Drama, eine Szenenfolge, eine Katastrophe, wie etwa ein Brand- oder Überschwemmungsunglück, ist ein Prozeß des Abbruchs, Umbaus oder Neubaus“ und dies alles — setze ich hinzu — an und mitten in der Person. Selbst wenn ein Virus für die endogenen Psychosen gefunden würde, müßte die forschende und therapeutische Auseinandersetzung mit der Person genau so weitergehen wie bisher. Aus dem bisher Gesagten ist bereits zu entnehmen, daß ich die Gedankengänge, die TELLENBACH zur Frage des Endogenen entwickelt hat, lebhaft begrüße. Es ist wirklich nicht einzusehen, warum wir mit dem Endogenen immer nur als mit dem Kryptogenen umgehen sollten. Mit der Erörterung der Verläufe und der Reversibilität sind wir dem Problembereich des Endogenen nahe und fern zugleich. Nah insofern als jedes echte Verlaufsgeschehen, und das Krankhafte erst recht, zu einem bestimmten Teil und über bestimmte Strecken immer endogen ist, wenn wir nicht den Menschen als ein reines Geistwesen ansehen wollen. Verläufe sind wie Straßen, die Strecken und Abschnitte haben, Kreuzungen und Gabelungen, Gefälle und Steigungen, Aufwerfungen und Einbrüche, nur daß keine Schilder am Weg uns darauf aufmerksam machen. Wie der morbus und die Person, die den morbus hat, die Straße passiert, ob sie stolpert oder fällt, liegen bleibt oder wieder aufsteht, eine Kreuzung im rechten oder falschen Augenblick überschreitet, an einer Gabelung sich entscheidet oder stehen bleibt, kann unmöglich alles schon in der Endogenität beschlossen sein. Und was den möglichen Heilungsvorgang anbelangt, gibt uns kein Wechsel von Rot- auf Grünlicht Kunde, daß die Straße schon längst frei ist. Sicherlich ist in unserem Organismus ein Stellwerk, das alles Ablaufgeschehen reguliert, hochwertig oder minderwertig ist, durchhalten oder versagen kann. Es ist durchaus wahrscheinlich, daß sich bei endogenen und symptomatischen Psychosen an diesem Stellwerk im Sinne von CONRAD eine Veränderung des Funktionszustandes abspielt, auch wenn wir ihn anatomisch oder physiologisch noch nicht fassen können. Ich stimme ihm sogar bei, daß dem, was er den „protopathischen Gestaltwandel“ des Gesamterlebnissfeldes nennt, auch eine physische Veränderung des Funktionszustandes des Substrats zugrunde liegt. Aber ist das alles? Ist die Psychiatrie wirklich erst Wissenschaft, wenn sie Blutzucker- und Reststickstoffbestimmung, genaueste Temperaturmessung und Sternalpunktion, chemische Analysen der Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen höher bewertet als alles, was die Psychiatrie bisher

geforscht und geleistet hat? Müssen wir uns wirklich jetzt oder nie für das eine oder das andere entscheiden? Wäre es denn wirklich so schlimm, wenn der Psychiater Natur- und Geisteswissenschaftler sein müßte? Jeder muß sich diese Fragen selbst beantworten.

Ich bin überzeugt, daß es das Ende der Psychiatrie wäre, wenn wir zu reinen Somatikern würden. In meinen Augen ist schon die Fragestellung „Somatiker oder Psychiker“ falsch.

Doch kehren wir zu den Verläufen zurück. Wir entfernen uns von der Krankheit und rücken der Person immer näher, sobald wir uns auf das Gebiet der Prognostik begeben. Soviel sich auch in den letzten 34 Jahren Auffassungen und Meinungen in der Psychiatrie gewandelt haben, sind die prognostischen Regeln und Anhaltspunkte, die von M. MÜLLER, BLEULER, LANGFELD und mir erarbeitet worden sind, beständig geblieben und haben ihre Richtigkeit behalten. Sämtliche Untersucher stimmen darin überein, daß alles prognostisch Bedeutsame in der Person liegt. Kein Symptom oder Syndrom sagt darüber etwas aus. Erst in der Zuordnung der Syndrome zum Gesamt der Person formt sich ein vollständiges klinisches Modell aus, das Aussagekraft hat. Allein mit der prämorbidem Persönlichkeit und dem Körperbau ist das Gesamt der Person, von dem alles weitere, abgesehen von dem Dasein der Krankheit, abhängt, nicht erfaßt. Seine Möglichkeiten und Grenzen werden durch den Grad der Differenzierung wesentlich mitbestimmt. Bereits in der ersten Auflage der „Allgemeinen Psychopathologie“ hat JASPERS dem Begriff der Differenzierung einen eigenen Abschnitt gewidmet. Er führt darin aus, daß jede seelische Erkrankung in ihrer Erscheinungsweise der seelischen Höhe des Befallenen entspricht. Das Maß der Differenziertheit des Seelenlebens sei ein auf alle Erscheinungen sich auswirkender Grundtatbestand. Nicht nur in bezug auf den Reichtum des Inhalts, sondern auch in der Form des einzelnen Seelenvorgangs seien die seelischen Erscheinungen erst von einer bestimmten Höhe der Differenziertheit ab überhaupt möglich. Für das Verständnis einer Persönlichkeit sei das Bewußtsein davon, auf welchem Niveau der Differenzierung sie sich befindet, entscheidend. Das ganze Gebaren und Tun eines Menschen sei mit dem eines andern im einzelnen nur dann vergleichbar, wenn es sich in beiden Fällen um das gleiche Niveau handele. Ich habe mich immer gewundert, daß das Problem der Differenzierung so wenig Eingang in die Psychiatrie und Psychotherapie gefunden hat. Vermutlich deshalb, weil es im Grunde genommen selbstverständlich ist und sich dadurch der Wissenschaft entzieht. Es kann aber auch sein, daß es sich mit der Beachtung des Niveaus ebenso verhält wie mit der mehrdimensionalen Diagnostik, die ja auch jeder „selbstverständlich“ betreibt. Die Berücksichtigung des Differenzierungsgrades umreißt bereits die Konturen der Situationen, die der Einzelne hat und hervorbringen kann. Auch sie



gehören zum Gesamt der Person. Es ist interessant, zu sehen, wie in den letzten Jahren das Umgehen mit dem Situationsbegriff für viele von uns, meist unabhängig voneinander, selbstverständlich geworden ist. Sicherlich verstehen wir das Wesen der Situation zum Teil noch verschieden. Aber ich meine, daß wir darüber früher zu einer Verständigung kommen werden als über das Wesen der Schizophrenien.

Die *prognostischen* Möglichkeiten sind im wesentlichen auch unsere *therapeutischen* Möglichkeiten. Das gilt für die Psychotherapie und die Somatotherapie. Eine Zeitlang habe ich geglaubt, daß die Insulinbehandlung bei den schizokaren Verlaufsformen die Prognose überlisten könnte. Im Endergebnis blieb es dann doch dasselbe. Also ein therapeutischer Pessimismus? Beileibe nicht. Wenn wir all die Chancen therapeutisch ausnützen würden, die im Potentionellen des Gesamts der kranken Person liegen, wäre viel erreicht. Diese Chancenfaktoren in der Person und Welt des Kranken können in der Psychose bis zur Unkenntlichkeit maskiert und erstarrt sein. Aber da sind sie deswegen doch. Die psychotherapeutischen Bemühungen, die notwendig wären, um diese Chancen wahrzunehmen, könnten bei jedem *Kranken* und auf *jeder Station* eingesetzt werden. Dann würde das besorgniserregende „beziehungslose Nebeneinanderherlaufen“ der Psychotherapie einzelner und der Routinebetreuung aller übrigen zum Glück des Kranken und des Therapeuten aufhören. Die Atmosphäre einer Psychiatrischen Klinik muß eine psychotherapeutische sein oder sie ist keine. Die Einbeziehung der Person muß bei der Diagnose beginnen und alle noch so psychotischen Abwandlungen überdauern. Nur wenn wir ständig an der Person dran bleiben, können wir im richtigen Augenblick die Chancen einer Einflußnahme auf Symptom und Verlauf wahrnehmen. Wer als Stationsarzt einer Wachstation nur zu den Visiten auf der Station erscheint, kann es gleich aufgeben. Solange die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit dem Kranken die einzige Form der Therapie war, blieb die Person des Arztes immer ein Stück Realität, an dem sich der Kranke orientieren konnte. Der Arzt erlebte in einem ständigen Teilhaben alle Nuancen des Ablaufgeschehens mit und konnte jeden Wechsel von Rot- auf Grünlicht therapeutisch ausnützen. Wenn der Patient zur Entlassung kam, wußte man über die Art und den Grad der Gesundung, über seine individuelle Weise der Verarbeitung der Psychose oft erstaunlich gut Bescheid. Der richtige Zeitpunkt der Entlassung wurde *von innen her gesehen* bestimmt. Und der Patient hatte in der ständigen psychotherapeutischen Kommunikation mit dem Arzt Erfahrungen gemacht, die ihm den Übergang zur Normalität erleichterten und ihm das Standhalten ermöglichten.

Seit Beginn der pharmakologischen Ära haben sich alle diese Möglichkeiten in zunehmendem Maße verschlechtert. Wenn es nicht gelingt, die pharmakologische Behandlung so zu gestalten, daß die psychotherapeu-

tischen Möglichkeiten nicht darunter leiden, sehe ich schwarz. Erfreulicherweise sind überall in der Welt Ansätze zu einer Synthese von Somatotherapie und Psychotherapie vorhanden. ENGELMEIER und ihm gleichgesinnte Forscher im In- und Ausland sind darum bemüht, auch bei der pharmakologischen Behandlung die Person immer mit dabei zu haben und das Pharmakologische und Psychotherapeutische aufeinander abzustimmen. Dort, wo mit der pharmakologischen Behandlung auffallend gute Ergebnisse gezeitigt werden, wie z. B. bei EICKE in Marburg, hat die therapeutische Atmosphäre, die dort offenbar alles durchdringt, sicherlich einen wesentlichen Anteil an dem Erfolg. Daß die Psychopharmaka einen Gewinn brachten, steht außer Zweifel. Die Gefahr besteht — um mit SCHULTE zu sprechen — darin, daß „die Psychopharmaka dem Gesetz der Bequemlichkeit und Handlichkeit verführerisch entgegenkommen und die so notwendigen Ansätze für eine Psychotherapie verkümmern oder gar nicht aufkommen lassen“. Bei aller Anerkennung der besseren Beeinflussungsmöglichkeit lasse sich aufgrund des äußeren Bildes der Eindruck einer motorischen Einmauerung oft nicht unterdrücken. „Geht man heute — so fährt er fort — durch die Abteilungen einer Anstalt, so ist eigentlich nicht mehr die Unruhe das Problem, sondern diese geradezu beunruhigende Ruhe der Erstarrung, Lähmung und Abstumpfung.“ Eine große Schwierigkeit für die Klinik liegt heute darin, daß der Psychotiker und der endogen Depressive oft erst nach monatelanger psychopharmakologischer Behandlung in die Klinik kommen. Bei den beginnenden Psychosen bin ich an sich dafür, solange wie möglich in ambulanter Behandlung zu versuchen, den Patienten an der manifesten Psychose vorbeizumogeln und ihn zu normalisieren. Das gelingt aber nur auf psychotherapeutischem Weg, höchstens mit einer leichten pharmakologischen Unterstützung dabei. Man muß dann die psychotischen Zeichen mit einer natürlichen Unbefangenheit ignorieren und Gesundes in Gang bringen. Aber hat ein Nervenarzt mit 60 Patienten am Tag dazu die Zeit? Dagegen sollte die endogene Depression so früh wie möglich in klinische Behandlung kommen. In völligem Gegensatz zu allen Kranken aus dem schizophrenen Bereich sollte der endogen Depressive zum frühesten Zeitpunkt erleben, daß er eine anständige körperliche Krankheit hat, die wie eine Hepatopathie strengste Bettruhe und eine medikamentöse Regulierung der Stoffwechsellaage erfordert. Er muß erfahren, daß er sich fallen lassen, in die Welle hineinlegen muß, um ganz von selbst mit dem Ausschwingen der Welle wieder herausgetragen zu werden. Monatelang hat er sich damit herumgeschlagen, daß er ein willenloser Schwächling sei und daß es nur an ihm selbst liege, wenn er nicht hochkomme. Ständig spürt und hört er die gut gemeinten Ermunterungen und den vorwurfsvollen Appell an den Willen. Täglich kämpft er gegen die Leere an und merkt gar nicht, wie er sich immer mehr zermürbt.

Die charakteristischen Aufhellungen am Abend und das oft blühende Aussehen solcher Pykniker erschweren das Ganze nur. Draußen wird der endogen Depressive stündlich mit dem konfrontiert, was ihn früher beglückt hat und worin er tätig und frisch geschaltet und gewaltet hat. Um so schrecklicher und quälender empfindet er, daß nun alles stillsteht und nichts mehr geht. Und alles wie ein Berg vor ihm liegt, was er sonst spielend bewältigt hat. Ob die Depression als solche erkannt und pharmakologisch behandelt oder, was das Schlimmste ist, als Neurose verkannt und psychotherapeutisch angegangen wird, ob die Umwelt ideal oder weniger ideal ist, der zusätzliche Zermübbungsvorgang schreitet fort und liegt wie eine schwere Wolke über der Krankheit Depression. In der konsequent gehandhabten klinischen Situation kann man mit denselben Medikamenten dann oft in wenigen Wochen die Depression heilen.

Die grundsätzliche Bejahung der Endogenität darf nicht dazu führen, daß man jede neue Phase oder jeden neuen Schub von vornherein für endogen hält. Nachdem ich 1930 zum erstenmal auf die Psychogenie vermeintlicher Schübe und auf die häufigen psychogenen Teilstrecken in endogenen Phasen hingewiesen habe, kann ich heute rückblickend sagen, daß solche Verläufe sehr viel häufiger sind als es nach der landläufigen Auffassung scheint. Oft sind es — gerade auch beim Postpsychotiker — lediglich situativ bedingte Dekompensationen, die bei genügender Voraussetzung und entsprechendem Kontakt mit der Familie oder dem Arbeitsplatz hätten vermieden werden können. Ungemein wichtig ist ferner, daß man beim Übergang zur Chronizität sich fragt, ob es sich um eine echte chronische Verlaufstendenz handelt oder nur um eine Chronifizierung, an der das endogene Moment am allerwenigsten beteiligt ist. *Fast in jedem chronischen Verlauf steckt ein Stück vermeidbarer Chronifizierung darin.* Man muß diesen Unterschied nur kennen, um dahinter zu kommen. Auch der chronischste Fall hat immer noch irgendwo etwas von Reversibilität. Es gehört zu den erfreulichen Fortschritten der Psychiatrie, daß wir bei hirnorganischen Psychosyndromen und endogenen Syndromen bezüglich der Frage der Reversibilität bzw. Irreversibilität gelernt haben, neu zu denken.

Damit komme ich zum Schluß. So heterogen, wie sich der Kreis der Psychiater zusammensetzt, wird jede Klinik und jede Anstalt unter verschiedenen Aspekten forschen und arbeiten. Aber niemand sollte seinen methodischen Aspekt verabsolutieren und daraus eine Weltanschauung machen. Auch dazu hat BINSWANGER etwas Schönes und Beherzigenswertes gesagt und das soll mein Schlußwort sein: „Wenn es jeder Partei unbenommen bleibt, von dem, was die andere treibt, nichts zu verstehen, so macht sie sich doch eines Übergriffs schuldig da, wo sie mit ihrer Methode Aussagen macht über Tatbestände, die nur mit der anderen

Methode beurteilt werden können.“ Daß es für unsere Kranken besser ist, wenn in einer Klinik möglichst viele Aspekte zusammenwirken, brauche ich eigentlich nicht hinzuzufügen.

### Zusammenfassung

Beim Studium der psychotherapeutischen Literatur auf dem Gebiet der endogenen Psychosen von den ersten Anfängen der Burghölzliche Schule bis zur jüngsten Zeit zeichnet sich als eine Sorge der Eindruck ab, daß es im Raum der Kliniken und psychiatrischen Krankenhäuser bei der Psychotherapie von Einzelfällen bleibt und ein „beziehungsloses Nebeneinanderlaufen“ der Psychotherapie einzelner und der Routinebetreuung aller übrigen entsteht (ERNST; MEERWEIN). Eine weitere sich aufdrängende Sorge ist das gegensätzliche Lager der Psychotherapeuten und der Somatotherapeuten (M. MÜLLER). Da der Verfasser nach Einführung der körperlichen Behandlungsmethoden vor 28 Jahren mit der Psychotherapie der endogenen Psychosen nicht aufgehört, sondern beide Wege beschritten hat, wird von ihm in einer vergleichenden Betrachtung zu einigen sich aus der gegenwärtigen Situation ergebenden Fragen Stellung genommen, so vor allem zur psychoanalytischen Behandlung Schizophrener, zur Daseinsanalyse von BINSWANGER und zu Fragen der Endogenität und der Reversibilität. Die Bedeutung des Buches von FEDERN über die „Ichpsychologie und die Psychosen“ wird herausgestellt und „neben FREUD auch erheblich mehr BINSWANGER“ gefordert. Unter Bezugnahme auf CONRAD wird erörtert, ob es wirklich so schlimm wäre, wenn der Psychiater Natur- und Geisteswissenschaftler sein müßte.

Soviel sich in den letzten 34 Jahren Auffassungen und Meinungen in der Psychiatrie gewandelt haben, sind die prognostischen Regeln und Anhaltspunkte (M. MÜLLER; BLEULER; LANGFELD; MAUZ) beständig geblieben und haben ihre Richtigkeit behalten. Alles prognostisch Bedeutsame liegt in der Person. Auch die Situationen gehören zum Gesamt der Person. Erfreulich ist, wie selbstverständlich das Umgehen mit dem Situationsbegriff geworden ist. Ein weiterer Fortschritt der Psychiatrie wird darin gesehen, daß wir bei hirnorganischen Psychosyndromen und endogenen Syndromen bezüglich der Frage der Reversibilität gelernt haben, neu zu denken.

Die prognostischen Möglichkeiten sind im wesentlichen auch unsere therapeutischen Möglichkeiten. Das gilt für die Psychotherapie und die Somatotherapie. Wenn all die Chancen therapeutisch ausgenützt würden, die im Potentiellen des Gesamts der kranken Person liegen, wäre viel erreicht. Die psychotherapeutischen Bemühungen, die notwendig wären, um diese Chancen wahrzunehmen, könnten bei *jedem* Kranken und auf *jeder Station* eingesetzt werden. Solange die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit dem Kranken die einzige Form der Therapie war,

blieb die Person des Arztes immer ein Stück Realität, an dem sich der Kranke orientieren konnte. Der Arzt erlebte in einem ständigen Teilhaben alle Nuancen des Ablaufgeschehens mit und wußte, wenn der Patient zur Entlassung kam, über die Art und den Grad der Gesundung, über seine individuelle Weise der Verarbeitung der Psychose oft erstaunlich gut Bescheid. Und der Patient hatte in der ständigen psychotherapeutischen Kommunikation mit dem Arzt Erfahrungen gemacht, die ihm den Übergang zur Normalität erleichterten und ihm das Standhalten ermöglichten. Seit Beginn der pharmakologischen Ära haben sich alle diese Möglichkeiten in zunehmendem Maße verschlechtert. Es muß gelingen, die pharmakologische Behandlung so zu gestalten, daß die psychotherapeutischen Möglichkeiten nicht darunter leiden. Die grundsätzliche Bejahung der Endogenität darf nicht dazu führen, daß man jede neue Phase oder jeden neuen Schub von vornherein für endogen hält. Auf die Notwendigkeit der Unterscheidung einer echten chronischen Verlaufstendenz von einer Chronifizierung, an der das endogene Moment am allerwenigsten beteiligt ist, wird hingewiesen. Fast in jedem chronischen Verlauf steckt ein Stück vermeidbarer Chronifizierung darin.

### Literatur

- BASH, K. W.: Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Stuttgart: G. Thieme 1955.
- BENEDETTI, G.: Psychotherapie eines Schizophrenen. *Psyche* (Stuttg.) **9**, 51 (1955).
- BINSWANGER, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Bd. II. Bern: Franke 1955.
- Erinnerungen an Sigmund Freud. Bern: Franke 1956.
- Der Mensch in der Psychiatrie. Pfullingen: G. Neske 1957.
- Melancholie und Manie. Pfullingen: G. Neske 1960.
- Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins, 2. Aufl. Zürich: M. Niehaus 1953.
- Schizophrenie. Pfullingen: G. Neske 1957.
- BLEULER, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Familienbild Schizophrener. Stuttgart: G. Thieme 1941.
- Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941—1950. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **19**, 385—452 (1951).
- BRÄUTIGAM, W.: Psychotherapie in anthropologischer Sicht. Stuttgart: F. Enke 1961.
- Die Stellung der Psychotherapie in der Klinik. *Z. Psychother. med. Psychol.* **11**, 222—230 (1961).
- , u. CHR. MÜLLER: Zur Kritik der Schizophreniediagnose bei psychotherapeutisch behandelten Kranken. *Nervenarzt* **33**, 342 (1962).
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: G. Thieme 1958.
- Die symptomatischen Psychosen. *Psychiatrie d. Gegenwart*. Bd. II, S. 369. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- ENGELMEIER, M.-P.: Verlaufsgestalten depressiver Erkrankungen unter Pharmakotherapie. *Arzneimittel-Forsch.* **14**, 528—531 (1964).
- ERNST, K.: Die Prognose der Neurosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- FEDERN, P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Bern: H. Huber 1956.

- HÄFNER, H.: Prozeß und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **31**, 393—438 (1963).
- JANZARIK, W.: Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **202**, 140—154 (1961/62).
- JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer, 1. Aufl. 1913; 6. Aufl. 1953.
- JUNG, C. G.: Die Schizophrenie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **81**, 163—177 (1958).
- Der Inhalt der Psychosen. Leipzig u. Wien: F. Deuticke 1914.
- KISKER, K. P.: Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- , u. L. STRÖTZEL: Zur vergleichenden Situationsanalyse beginnender Schizophrenien und erlebnisreaktiver Fehlentwicklungen bei Jugendlichen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **202**, 1—30 (1961/62).
- KOLLE, K.: Psychotherapie. Vorlesungen zur Einführung in das Wesen und die Probleme der seelischen Krankenbehandlung. Basel u. New York: S. Karger 1953.
- KRANZ, H., u. K. HEINRICH: Neuroleptie und Schizophrenie. Stuttgart: G. Thieme 1962.
- KRETSCHMER, E.: Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie. Z. Psychother. med. Psychol. **7**, 183—191 (1957).
- Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Z. ges. Neurol. Psychiat. **121**, 211—223 (1929).
- KULENKAMPEFF, C.: Über den Vergiftungswahn I. Nervenarzt **26**, 89—96 (1955).
- LANGFELDT, G.: The Prognosis in Schizophrenia and the Factors influencing the Course of the Disease. Acta psychiat. (Kbh.), Suppl. 12—14 (1937).
- MATUSSEK, P.: Exploration und Psychotherapie als Methoden psychopathologischer Forschung. In: Psychopathologie Heute. Stuttgart: G. Thieme 1962.
- Psychotherapie bei Schizophrenen. Hdb. d. Neurosenlehre u. Psychotherapie, Bd. IV. Hrsg. von V. E. FRANKL, Wien, V. E. VON GEBSATTEL, Würzburg und J. H. SCHULTZ, Berlin. Urban & Schwarzenberg 1959.
- Psychopathologie II. Psychiatrie der Gegenwart I/2 (1963).
- Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **197**, 91 (1958).
- MAUZ, F.: Narkoanalyse. Z. Psychother. med. Psychol. **2**, 33—41 (1952).
- MÜLLER, CH.: Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener. Nervenarzt **29**, 456—462 (1958).
- Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen. Psyche (Stuttg.) **9**, 350—369 (1955).
- Die Psychotherapie der Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. **27**, 363 (1959).
- MÜLLER, M.: Die Therapie der Schizophrenien. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, S. 27. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Leipzig: G. Thieme 1936.
- PAULEIKHOFF, B.: Über Veränderungen des Situationsgefüges bei paranoid-halluzinatorischen Erscheinungsbildern. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 277—294 (1955).
- Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **197**, 669—685 (1958).
- Über die Auslösung endogener depressiver Phasen durch situative Einflüsse. Arch. Psychiat. Nervenkr. **198**, 456—470 (1959).
- ROSEN, J. N.: Psychotherapie der Psychosen. Stuttgart: Hippokrates 1964.
- SCHULTE, W.: Der chronisch Anstaltskranke als Problem für Forschung und Therapie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **91**, 190—200 (1963).

- SCHULTE, W.: Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestation neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. *Nervenarzt* **22**, 140—149 (1951).
- STIERLIN, H.: Die Schizophreniebehandlung in der Klinik. *Psyche* (Stuttg.) **11**, 459—471 (1957/58).
- Somatische und psychotherapeutische Aspekte in der gegenwärtigen Schizophrenieforschung. *Psyche* (Stuttg.) **11**, 881—886 (1957/58).
- STORCH, H.: Beiträge zum Verständnis des schizophrenen Wahnkranken. *Nervenarzt* **30**, 49 (1959).
- Symposium Internationales über die Psychotherapie der Schizophrenie: Lausanne, Oktober 1956. Hrsg. von C. BENEDETTI, Basel, und C. MÜLLER, Lausanne-Zürich. Basel: S. Karger 1957.
2. Symposium Internationales über die Psychotherapie der Schizophrenie: Zürich 1959. Basel: S. Karger 1960.
- TELLENBACH, H.: Melancholie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
- Therapeutische Gespräche deutscher und französischer Psychiater. Sondernummer von *Rev. Lyon. Méd.* September 1960.
- WAGNER, W.: Versuche zu einer geisteswissenschaftlich fundierten Psychiatrie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- WEITBRECHT, H. J.: Endogene phasische Psychosen. Symptombilder und Verläufe. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **29**, 129—144. (1961).
- Psychiatrie in Grundriß. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- Die Bedeutung der Psychopathologie in der heutigen Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **25**, 2 (1957).
- WIESENHÜTTER, E.: Entwicklung, Reifung und Neurosen. Stuttgart: Enke 1958.
- WINKLER, W. T.: Dynamische Phänomenologie der Schizophrenien als Weg zur gezielten Psychotherapie. *Z. Psychother. med. Psychol.* **7**, 192—204 (1957).
- Zum Begriff der „Ich-Anachorese“ beim schizophrenen Erleben. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **192**, 234 (1954).
- WYRSCH, J.: Klinik der Schizophrenie. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, S. 1. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- Die Person des Schizophrenen. Bern: P. Haupt 1949.
- Psychopathologie I. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I/2, S. 1. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- ZUTT, J.: Diskussion zu Vorträgen auf dem Kongreß Bayrischer Psychiater. *Nervenarzt* **26**, 395—396 (1955).
- Über verstehende Anthropologie. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I/2, S. 763. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- Über Daseinsordnungen, ihre Bedeutung für die Psychiatrie. *Nervenarzt* **24**, 177—187 (1953).

Prof. Dr. F. MAUZ,  
Nervenklinik der Universität, 44 Münster/Westf.