

Band 7

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOSENTHERAPIE

herausgegeben von Stavros Mentzos

Günter Lempa/Elisabeth Troje (Hg.)

Gesellschaft und Psychose

VANDENHOECK & RUPRECHT

---

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Gesellschaft und Psychose

V&R

**FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOENTHERAPIE**

**Schriftenreihe des Frankfurter Psychose-  
projekts e. V. (FPP)**

---

Herausgegeben von Stavros Mentzos  
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,  
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

**Band 7: Günter Lempa/Elisabeth Troje (Hg.)  
Gesellschaft und Psychose**

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Gesellschaft und Psychose

**Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)**

# **Gesellschaft und Psychose**

Mit einer Abbildung

**Vandenhoeck & Ruprecht**

© 2002, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

ISBN Print: 9783525451083

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

*Gesellschaft und Psychose* /  
Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.). –  
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002  
(Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie; Bd. 7)  
ISBN 3-525-45108-3

© 2002 Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen. –  
<http://www.vandenhoeck-ruprecht.de>

Printed in Germany. – Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Fotosatz 29b, Göttingen  
Schrift: Walbaum

Druck und Bindung: Hubert & Co., Göttingen

## Inhalt

Editorial ..... 7

### ■ THEORIE-FORUM

Gaetano Benedetti  
Aufschlüsse über die *conditio humana* in der Begegnung  
mit dem psychotischen Patienten ..... 9

Georg Bruns  
Psychose als soziale Tatsache – Aspekte  
eines Wandels ..... 31

Stavros Mentzos  
Die bemerkenswerte Korrespondenz zwischen der  
Selbst-Fragmentierung in der Psychose und der  
Dezentrierung und Inkonsistenz in der Postmoderne .... 50

Günter Lempa  
Ethische und gesellschaftspolitische Perspektiven  
der psychoanalytischen Psychosentheorie ..... 68

### ■ KLINISCHES FORUM

Dieter Schwenk  
I-love-you-Viren in der therapeutischen Beziehung.  
Fallvignette ..... 85

Stavros Mentzos  
Kommentar zu der Fallvignette und den Reflexionen  
Dieter Schwenks ..... 89

■ **INFORMATIONEN**

Rezension .....	93
Rezensionsvorschläge .....	97
Die letzte Seite .....	99
Die Autoren .....	102

## Editorial

Psychische Krankheiten, Neurosen wie auch Psychosen, Schizophrenien, manisch-depressive Zustände, endogene Depressionen, sind nicht selten und gehören wie körperliche Krankheiten zum Leben der Menschen. Gerade die Idealisierung des Menschen, seiner Gesundheit, Stärke, Arbeitsfähigkeit, »Reinheit«, war einer der Faktoren, die im Nationalsozialismus die Ermordung, die »Ausmerze«, die »Euthanasie« aus »Mitleid« mit den »geistig Toten« oder dem »lebensunwerten Leben« in Deutschland möglich machte. In diesem Band fehlt der Beitrag, um den wir Alice Ricciardi-von Platen gebeten hatten. Ihre Zusage mußte sie wegen Alter und Krankheit zurückziehen. Es ist dadurch eine Lücke entstanden, über die wir ein paar Worte sagen möchten: Alice Ricciardi, die 1946 als Alice Platen-Hallermund Mitglied einer von Alexander Mitscherlich geleiteten Kommission war und im Auftrag der Ärztekammer den sogenannten Ärzteprozeß vor dem Nürnberger Militärgericht beobachtete, hat schon 1948 das Buch »Die Tötung Geisteskranker in Deutschland« veröffentlicht. Da damals seine Verbreitung behindert wurde, erschien es mit einem Vorwort von Klaus Dörner noch einmal 1993\*. Sie beschreibt darin nicht nur die Vorbereitung und Durchführung der Euthanasie, sondern auch die Arbeit des »Reichsausschusses für erb- und anlagebedingte schwere Leiden«, der eigene Anstalten und Stationen einrichtete, in die Kinder mit Behinderungen oder Krankheiten, auch schwererziehbar Kinder aus Heimen eingewiesen werden sollten. Sie schildert, wie Eltern zur schrift-

---

\* Alice Platen-Hallermund (1948): Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Bonn, 1993.



lichen Einwilligung in diese »Behandlung« gebracht wurden, die ihnen als risikoreich, aber als einzige erfolgversprechend dargestellt wurde. Zweck der »Behandlung« war die Tötung der Kinder.

1948, in einer Zeit, in der der Schrecken über die Verbrechen, die geschehen waren, der Tendenz zu Verleugnung und Verdrängung gegenüberstand, schrieb A. Ricciardi, es werde eine Arbeit von Generationen sein, die Auffassung vom Geisteskranken und vom Kranken überhaupt, wie sie im Nationalsozialismus propagiert und politisch umgesetzt wurde, durch eine andere zu ersetzen, »eine Aufgabe, die nur durch eine neue Sicht des Menschen zu lösen ist« (S. 17).

Neue Erkenntnis über die *conditio humana* aufgrund einer therapeutischen Arbeit, die zu einem wechselseitigen Verständnis zwischen Arzt und dem Kranken führt, ist das Thema bei Gaetano Benedetti. Georg Bruns betrachtet die »Verrücktheit«, sich mit der Wortwahl von der Medizinersprache distanzierend, als eine »soziale Tatsache« und beschreibt den Umgang mit ihr in einem historischen Überblick über die deutsche medizinische Literatur und Praxis der letzten zweihundert Jahre. Stavros Mentzos prüft, inwieweit Erkenntnisse aus der psychoanalytischen Theorie und Behandlungserfahrung bei Psychosen und Borderline-Erkrankungen für die Interpretation von Phänomenen der Postmoderne verwendet werden können. Günter Lempa betont das Recht des psychotisch Kranken auf eine Kohärenz seiner persönlichen Lebensgeschichte und einer Reflexion seiner Psychogenese, wobei er ihm die Möglichkeit der Symbolisierung und Verbalisierung seiner psychotischen Erfahrung zuspricht.

In einem kürzeren klinischen Teil nimmt Dieter Schwenk als Arzt, der selbst Erfahrungen als Patient gemacht hat, kritisch zu einem Lehrbuchbeispiel Stellung, was Mentzos kommentiert.

Es folgt eine Rezension von Elisabeth Troje über das von Bernd Rachel herausgegebene Buch über Benedetti anlässlich seines 80. Geburtstags. Alois Münch macht weitere Rezensionsvorschläge. Die letzte Seite von Norbert Matejek fehlt nicht.

Elisabeth Troje / Günter Lempa

## ■ THEORIE-FORUM

Gaetano Benedetti

### **Aufschlüsse über die *conditio humana* in der Begegnung mit dem psychotischen Patienten**

Seit vielen Jahren übe ich den Beruf des Psychiaters aus; meine Entdeckung dabei ist die Würde und Größe, die bisweilen mit der Geisteskrankheit einhergeht. Ich bin bereits soweit zu glauben, daß die Geisteskrankheit die Spiritualität des Menschen ganz umfassen, ja sogar ihr Ausdruck geben kann.

*Silvano Arieti, Il Parnas*

Wenn ich mich mit der Psychopathologie der Schizophrenie *von innen heraus* beschäftige, heißt das, es geht mir um unsere Identifikation mit dem Leiden des Kranken.

Diese Sichtweise verlangt von mir auch, die nosologischen Abgrenzungen zu überschreiten, die wir zum Verständnis der Schizophrenie festgelegt haben – Abgrenzungen, die, nahezu das ganze vergangene Jahrhundert hindurch diskutiert und nur vorläufig im Rahmen einer internationalen Klassifikation definiert wurden, die einzig den praktischen Zweck hatte, eine gemeinsame psychiatrische Terminologie zu etablieren. Ein Blick *von innen heraus* ist weniger nosologisch als vielmehr wesentlich eine humanistische Sicht; sie umspannt das ganze riesige Gebiet des psychotischen Leidens.

Zur Einführung in meinen Bericht möchte ich für einen Augenblick die geschichtliche Dimension des Themas beleuchten. Wiewohl die tatsächlichen heutigen Probleme in ihrer aktuellen Konstellation von den gesellschaftlichen und kulturellen Vorgaben unserer Zeit bestimmt sind, haben sie doch eine historische Wurzel; sie stellen uralte Probleme der Menschheit dar. Vergewärtigen wir uns vor allem, daß es

den Terminus »Schizophrenie« vor Beginn des 20. Jahrhunderts, vor dem genialen Einfall Bleulers im Jahr 1911, schlichtweg nicht gab. Es war nicht die Schizophrenie, sondern die »Melancholie«, welche die »anthropologische Konstante« der Psychiatrie aller Zeiten darstellte, wie es Schmidt-Degenhard 1983 festhielt.

Tatsächlich gibt es kein einziges so klar definiertes psychopathologisches Syndrom mit solch symptomatischer Kohärenz, das das menschliche Nachdenken über das psychische Leiden wie ein roter Faden im Lauf der Jahrhunderte durchziehen konnte. Insbesondere im 19. Jahrhundert hat der Begriff der Melancholie allen Versuchen großer Psychiater standgehalten, andere nosologische Akzente zu setzen: Esquirol hatte 1827 den Begriff »Lypemanie« vorgeschlagen (griech. lypeo – ich werde traurig), Flemming wollte 1844 »Disthymia atra« einführen, Kahlbaum 1863 den Terminus »Melanè«, um »den gebräuchlichsten Begriff aus dem Verzeichnis der psychischen Erkrankungen zu streichen«. Die Melancholie hat sich indes behauptet, bis in die Psychoanalyse hinein, wie der bekannte Titel von Freuds Schrift 1917 zeigt: »Trauer und Melancholie«.

Die Psychopathologie der Melancholie erscheint äußerst monoton. Sie kennt keine Widersprüche, Paradoxien, auch nicht jene schöpferischen Züge, die wir an schizophrenen Patienten beobachten oder entdecken können. Aber auch der Melancholiker hat seine dramatische innere Welt. Ideler (1835), der große humanistische Psychiater des 19. Jahrhunderts, stellte fest: »Die Melancholie ist das letzte Glied einer Kette, die meist unvermeidliche Folge aller vorhergehenden Stadien, aller Beziehungen des Individuums mit seiner Umwelt.«

Die düstere Kreativität der psychotischen Welt der Melancholie ist schon den Beobachtern in der Antike nicht entgangen. »Warum«, fragt sich Theophrastos, ein Schüler von Aristoteles, »sind so viele schöpferische Männer (perittoï), Philosophen, Politiker Melancholiker?« Das Hauptgewicht der Gedanken Theophrastos' liegt auf der Erkenntnis, daß mit der Melancholie nicht nur eine Krankheit an sich zu beschreiben wäre (im Sinn der hippokratischen Medizin, die als Ursache ein Überwiegen der »schwarzen Galle« in den Säften es Körpers annahm), sondern auch ein spezifischer Persönlichkeits-

typ als Ursprung des Phänomens anzunehmen wäre. Das Altgriechische hat ein und dasselbe Adjektiv für die beiden Erscheinungen, die nosologische wie die charakteryptologische: *melancholikos*.

Nach Theophrastos neigen Melancholiker aufgrund ihrer natürlichen Anlage zur Kreativität, gleichzeitig sind sie aber prädisponiert zur Melancholie, und zwar durch den Verlust dessen, was er »meson« nennt, des *inneren Maßes*.

Tellenbach (1974) nähert sich dieser Sicht an, wenn er die psychiatrische Beobachtung der Zylothymie unter einem anthropologischen Gesichtspunkt aufgreift und von einer »athymisch-ekstatischen Antinomie« spricht.

Hier zeichnet sich ein charakteristisches Dilemma ab, für das antike Denken wie auch für die heutige Psychiatrie, das nicht nur für die Melancholie, sondern auch für die Schizophrenie gilt: Ist das psychotische Individuum lediglich ein Kranker oder aber ein menschliches Wesen am Rand des existentiellen Erfahrens, das gerade durch diese tragische Grenzsituation die Fähigkeit zu psychischen Prozessen erlangt hat, zu denen das gewöhnliche Individuum nicht fähig ist?

Alternative Standpunkte haben sich im Verlauf der Geschichte um dieses Problem herum entwickelt. Die typologische Sicht auf die Melancholie, die auch eine positive Wertschätzung der melancholischen Lebensform zuläßt, hat keine Berücksichtigung bei den Ärzten der Spätantike gefunden, zum Beispiel bei Galen (Flashar 1966); hier war der nosologische Aspekt der Krankheit vorherrschend. Ein Ausschlag in die andere Richtung bis hin zu einer »Adelung« des depressiven Temperaments ist anderen Epochen wie der Renaissance und dem elisabethanischen Zeitalter in England zu eigen. Eine Rückkehr zum viel strengeren medizinischen Standpunkt und die Ablehnung des Konzepts von Melancholie als Daseinsform findet sich wiederum während der Aufklärung des 18. Jahrhunderts (Lepenies 1969; Schings 1977).

Die Psychiatrie des 19. Jahrhundert besann sich wieder darauf, Licht in die verborgene Welt des Melancholikers zu bringen. Für Ideler ist der melancholische Wahn »nicht das betrübliche Bild von einem Geist, der sich selbst zerstört: weil der Geist aus der schmerzhaften Erfahrung der Begrenztheit

und der Niederlage dieses schöpferische Potential hervorbringt, das sich durch nichts zerstören läßt«.

Schüle (1880) fügte hinzu: »Der oberste Grundsatz der Therapie ist der Individualismus ... man muß nicht die kranken Hirne heilen, sondern kranke Personen ... wir haben keine Melancholien zu heilen, sondern Melancholiker.«

Und Griesinger (1861) fügte zu jener Zeit hinzu: »Niemals und auf keinem anderen Gebiet ist die Einzigartigkeit der Annäherung so groß wie in der Therapie des psychotisch Kranken ... nirgendwo anders ist es so wichtig, sich bewußt zu machen, daß nicht die Krankheit, sondern der einzelne Kranke der Gegenstand unserer Behandlung ist.«

Ich möchte in diese Reihe auch moderne Autoren wie Wyrsh (1960) oder Tellenbach einordnen, die zwischen Psychosen mit somatischen Ursachen und endogenen Psychosen unterscheiden, weil das *Endon*, auch wenn es durchaus nicht, wie bei den psychoreaktiven Störungen, mit der Umwelt gleichgesetzt werden kann, die ganze Persönlichkeit meint, die innere Welt des Patienten, folglich ist es ein Substrat, das weder mittels einer physischen Kausalität noch allein durch ein Verständnis der psychogenetischen »Mechanismen« analysierbar ist. So finden wir uns hier mit einer Sorge konfrontiert, anhaltend und bis heute immer prekärer, die nur von einer Psychiatrie als »vorwissenschaftlich« bezeichnet werden konnte, die selbst nicht ausreichend wissenschaftlich war.

In diesem Licht will ich mich der Psychopathologie einer besonderen, aber auch wirklich zentralen Form der Psychose zuwenden, der Schizophrenie.

Das, was ich über den Melancholiker gesagt habe, diente einzig dazu, in die Geschichte des psychiatrischen Bemühens um die innere Welt des psychotischen Patienten einzuführen. Allein im vergangenen Jahrhundert wurde durch ein glückliches Zusammentreffen von psychodynamischen, phänomenologischen, anthropologischen und schließlich linguistischen und philosophischen Studien erreicht, diese inneren Welten zu erforschen. Dabei hat man die beiden Leitlinien der Forschung eingehalten: einerseits den verlässlichen Respekt für die Einzigartigkeit des Kranken (auch wenn die Zuordnung zu einem System, einer Kategorie, einer Diagnose möglich bleiben mußte); auf der anderen Seite bemühen wir uns aber

auch, das Gemeinsame zu sehen, das den Patienten zu eigen ist, für die die psychiatrische Diagnose gilt. Je mehr wir uns an die erste Leitlinie halten und den Fall gewissenhaft über Monate oder Jahre in seiner Einzigartigkeit begleiten oder gleichzeitig im Schmelztiegel der Dualität mit gegenseitigen Introjektionen und Projektionen zwischen Patient und Therapeut, um so mehr nähern wir uns dem Erleben des einzelnen Kranken an und bleiben dabei eingeschlossen in die Beziehung zu ihm. Je mehr wir hingegen die Erfahrungen mit den verschiedenen Patienten sozusagen aus der Vogelperspektive sammeln und versuchen, sie miteinander zu verknüpfen, desto mehr entgleitet uns ein Modell von der Psychodynamik der Schizophrenie, das interessant ist, auch faszinierend, aber niemals überprüfbar oder falsifizierbar wie eine Hypothese; denn in diesem Modell ist auch die ganze Subjektivität dessen enthalten, der sich mit seinem Patienten identifiziert – ein Bild entsteht auch durch das Auge, das es betrachtet.

Das Modell ist heuristisch, operational und dient dazu, unsere Erfahrungen so zu organisieren, daß sie für uns und unsere Mitarbeiter annehmbarer, einsichtiger sind und somit von größerem Nutzen für andere Patienten.

Eine zweite Beobachtung, die wir in einem solchen Forschungsprozeß machen, ist die, daß wir, je deutlicher wir das Antlitz der Krankheit kennenlernen, auch einen Blick auf die *conditio humana* erhalten. Im Unterschied zur sogenannten Deskriptiven Psychopathologie (jener der großen Schulen der Psychiatrie, vornehmlich der deutschen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts), die dazu neigt, mit größtmöglichem Scharfsinn Syndrome gegeneinander und gegenüber dem Normalen abzugrenzen, versucht die psychotherapeutische Psychopathologie herauszuarbeiten, was für den Patienten hilfreich ist, um dann seine Pathologie zu psychologisieren, seine inneren Erfahrungen, die ihn isolieren und gegen die er sich wehrt, nicht der Abnormität, sondern der Gesamtheit der psychischen Eigenschaften aller Menschen zuzuordnen. »Schizophrenia as a Human Process« ist der Titel eines Buchs von Sullivan (1962); und im Deutschen gibt es den Begriff »sich einfühlen«; die Einfühlung des Therapeuten in den Kranken kann in bestimmten Momenten der Psychotherapie so weit gehen, daß er die Psychopathologie nicht mehr hinlänglich

überblickt – er sieht zum Beispiel nicht mehr so deutlich den Wahn, sondern vielmehr das, was er in dem Wahn sagen will. Der Patient erscheint uns nun wie ein Träger von Konflikten, die auch in uns sind, aber in einer extremen Einsamkeit, welche verhindert, daß seine Erfahrungen sagbar werden. Aus seiner Position am Rand scheint der Patient so das Zentrum der Existenz zu beleuchten, so wie wir mit unserem Verständnis versuchen, sein Erfahren zu erhellen.

Seine »Kreativität« hängt mit dieser Situation von Dualität zusammen, sie kann nicht von außen betrachtet und verstanden werden.

Ich möchte mich hier auch mit einem Aspekt beschäftigen, der mir für die Psychopathologie der Schizophrenie fundamental zu sein scheint und der uns *von innen heraus* das psychotische Leiden zeigt: die Existenz in den verschiedenen Ausformungen der Paradoxie.

Hier knüpft das Grundthema meines Beitrags an, die Untersuchung der schizophrenen Produktivität, die sich in der therapeutischen Beantwortung als eigentliche Kreativität entwickelt, zunächst aber als tragische Dimension der *conditio humana* erkannt und gedeutet werden soll, bevor daraus eine »progressive Psychopathologie« entsteht.

Ich beginne hier mit der Beschreibung von drei grundlegenden Situationen, welche die schizophrene Psychose strukturieren und also in ihren Symptomen vorhanden sind.

- Der Rückzug aus der sozialen Welt
- Die autistische Suche nach dem eigenen Selbst
- Die Spaltung des Selbst

## Der Rückzug aus der sozialen Welt

Die Libido, sagt Fairbairn (1962), ist, noch vor der Sexualität, »Hunger nach Objekten«. Die Schizophrenie, meine ich, ist, noch vor der Krankheit, Angst vor den Objekten.

Noch bevor wir uns fragen, was die Gründe einer solchen Angst sind, müssen wir sie als tatsächlich *erlebt* erachten, um sie tiefer zu begreifen als nur durch eine Hypothesenbildung über ihre Ursachen. Bereits Monate oder Jahre vor der klinischen Manifestation neigt der Patient dazu, sich von seiner so-

zialen Umwelt zurückzuziehen; er meidet die früheren Freunde, die sozialen Kontakte, alle Zusammenstöße, er versteckt sich im Haus, grübelt über alles nach, über sich, über Gott und die Welt und bringt von seinen täglichen Verrichtungen immer weniger zustande.

Es ist eine Tragödie, die er meist vor sich selbst verleugnet, weil er sozusagen ihre Unausweichlichkeit erkennt. Es ist zuerst die Familie, die das alarmiert bemerkt. – Diese selbe Familie, in der wir (zu Recht oder nicht) die seelischen Ursachen für die Psychose suchen. Die Familie, die das erste große Opfer der Psychose ist, wenn sie ihre eigene Zerstörung im Zusammenbruch des Patienten erlebt.

Wir hören vom Patienten nach dem Ausbruch der Psychose zum Beispiel, daß die Objekte ihn »auflösen«. Der Patient »verliert sich in den Dingen«, in Begegnungen mit Menschen, in denen er nicht gespiegelt, sondern durcheinandergebracht wird.

Ich kenne Patienten, die vor der Psychose auf diese Weise Jahre in angstvoller Unruhe verbracht haben. – Und eine solche Angst ist von einer anderen Kategorie als neurotische Ängste, auch wenn sie sich manchmal inhaltlich diesen annähert. Die präpsychotische Angst entspricht einer Vorahnung vom *Verlust des Ich*. Ganze emotionale Schichten vertrocknen, der Patient versteht sich selbst nicht mehr; andere Gefühle intervenieren heftig, aber ohne daß er sie als zugehörig zu sich selbst erlebt; andere wiederum erscheinen dem Patienten im Spiegel der Projektion.

Der Rückzug aus der sozialen Welt ist nach meiner Erfahrung nicht nur durch ein extrem starkes Gefühl der Unzulänglichkeit in den verschiedensten Bereichen alltäglicher Verrichtungen bedingt, wie es schon so oft vorgetragen wurde, sondern auch durch eine fortschreitende Unfähigkeit, sich von allen Objekten abzugrenzen. Diese sind einerseits notwendig für die psychische Zufuhr des Selbst, sie müssen aber auch, wie das normalerweise der Fall ist, »metabolisiert« werden. Sie müssen assimiliert, transformiert und in das »unveränderliche Selbst« integriert werden, und zwar von einem stabilen Teil des Selbst, das dem Patienten zu fehlen scheint. Wie oft habe ich in der Psychotherapie Fragen gehört wie: »Wer bin ich? Was soll ich über mich denken?«



Wenn der Therapeut nun etwas über den Patienten denkt – gewiß etwas Positives –, läuft er Gefahr, in ihn einzudringen, ihm jenen isolierten Bezirk zu nehmen, den er sucht, um wirklich er selbst zu sein. Aber wenn der Therapeut sich jetzt weigert, etwas zu denken, empfindet ihn der Patient als weit entfernt, passiv, ohne irgendeine Beziehung zu ihm, der sich gerade in seiner Leere verliert.

Der Rückzug aus der sozialen Welt scheint nicht allein durch das Fehlen eines stabilen, unveränderbaren Selbst verursacht, sondern auch durch zwei andere Umstände, die womöglich zunächst in ihrem tiefen Ursprung eins sind. Ich meine vor allem das Erlebnis, keinen Platz in den anderen zu haben, und jenes, daß die anderen keinen Platz im eigenen Erleben haben.

Das Erleben, keinen Platz bei den anderen zu haben, offenbart sich in den Worten jener Patienten, die fürchten, schon durch das Anmelden ihrer kleinsten emotionalen Bedürfnisse einen übermäßig großen Raum beim anderen zu reklamieren, ihm das Dasein zu »rauben«, ihn zu »überfluten«. Searles (1965) hat auf ergreifende Weise die Angst vor der Abhängigkeit des schizophrenen Patienten beschrieben; das kann ich nur unterstreichen. Aber es gibt nicht nur diese Angst, da ist auch eine »Schuld«, wenn er sich dem andern gegenüber durchsetzt – für manche Patienten ist es sogar unmöglich, eine Kleinigkeit, eine Zigarette oder etwas anderes zu verlangen.

Gleichzeitig ist die Angst wirksam, dem anderen keinen Raum einräumen zu können: Weil der Patient keine Persönlichkeit ist, seine eigenen Gefühle nicht kennt und meint, überhaupt nichts geben zu können, kann er nicht zulassen, daß ein anderer bei ihm bleibt. Die Angst vor der gegenseitigen Enttäuschung, die sich in solchen Zuständen einstellt, ist sicherlich bedeutend, sie scheint aber lediglich die Folge dieses »Mangels an Platz« in jeder Beziehung zu sein.

Der dritte Faktor, der am Rückzug aus der sozialen Welt beteiligt ist, ist das Erleben von Blöße und seelischer Wertlosigkeit aufgrund der Unfähigkeit zur Symbolisierung. Was dem Patienten widerfährt, zerstört ihn, weil es nicht auf einer symbolischen Ebene erlebt werden kann. Von der ersten Beobachtung Freuds an der Patientin, welcher der untreue Verlobte

buchstäblich »die Augen verdreht« hatte, über das Konzept des »Konkretismus« von Arieti (1955) bis zu Lang (1982) oder Holm-Hadulla (1982) liegt eine ganze Reihe gleichlautender Erkenntnisse vor, an deren Wahrheitsgehalt nicht zu zweifeln ist.

Der Verlust des unveränderbaren Selbst, der Verlust des Platzes in jeder Beziehung, der Verlust der Fähigkeit zur Symbolisierung scheinen alle aus einer tiefen emotionalen und kognitiven Störung herzurühren, die möglicherweise auch nach anderen Konzepten zu beschreiben wäre, vielleicht erklärbar aus dem frühkindlichen Erleben, im Hinblick auf die Beziehung zur Mutter, zur Brust, zu einem schlechten Selbst, aber als psychopathologische Realität muß sie viel ernster genommen werden als irgendeine Theorie.

## Die autistische Suche nach dem eigenen Selbst

Es ist eine alte Frage, ob der Autismus ein primäres Symptom der Schizophrenie ist oder nicht. Für Minkowski war er es, für Bleuler war er es nicht, er sah die Spaltung als vorhergehend an. Das ist nur ein Problem für den, der allein das Symptom und den Verlauf betrachtet und nicht die Einheit der schizophrenen Welt. Wenn es einerseits stimmt, daß der Autismus im psychodynamischen Verständnis als Abwehr gegen die auflösenden Begegnungen mit allen Dingen erscheint, so gilt doch auch, daß die Erschaffung einer autistischen Welt erst die Grundlage der anhaltenden Spaltungen ist, weil Individuation nur in der Beziehung zu einem anderen möglich ist, in der Dualität, während es in der autistischen Welt nur untereinander widersprüchliche Zustände gibt, je nach Überwiegen von diesem oder einem anderen Gefühl. Im hermetischen Eingeschlossensein des Autismus ist eine Kohäsion des Selbst unmöglich. Der Patient versucht verzweifelt, sich durch ständige Selbstdefinitionen des eigenen Zustands, der immer wahnhafter und konfuser wird, ein Gesicht zu geben. Dem Entwurf von einem Selbst fehlen jene unverzichtbaren Mitteilungen, die vom Austausch mit anderen Menschen stammen und die den Menschen durch die Art, wie sich ihm der andere zuwendet, das eigene Selbst wahrnehmen lassen. Je mehr der

Patient sich allein erforscht, um so weniger findet er über seine eigenen Gedanken heraus. Einer Therapeutin, die versuchte, ihre Patientin davon zu überzeugen, daß die halluzinierten »Stimmen« ihre eigenen Gedanken seien, könnte die Patientin mit psychiatrischer Klarheit antworten: »Sie sind nicht erkennbare Teile von mir, die ich deshalb nur außerhalb wahrnehmen kann.«

## Die Spaltung des Selbst

Ich habe vorhin festgestellt, daß die Spaltung mit dem Autismus einhergeht. Dementsprechend sieht Manfred Bleuler (1972) im Autismus und in der Spaltung die zwei essentiellen primären Symptome der Schizophrenie.

Im manchen Fällen wird die Spaltung vom Patienten als ein Verlust der Kohäsion des Selbst wahrgenommen, als Anwesenheit unterschiedlicher selbständiger psychischer Instanzen innerhalb des Selbst. Zumeist aber entflieht der Patient diesem unerträglichen Zustand der Widersprüchlichkeit, der sonst in die Verwirrung und Katatonie führte, durch die Projektion eines Teils seines Selbst auf die Welt. Das führt in eine unerhörte Bedeutungsfülle der eigenen Welt (in der jedes banale Detail, vom Baum im Garten bis zum Liedchen im Radio, das dem Patienten etwas Privates mitteilt, sich ganz speziell auf ihn bezieht – im für die Schizophrenie so charakteristischen Bezugswahn). Das trägt auch zur ständig wachsenden Schwierigkeit bei, das eigene Selbst vom Nicht-Selbst zu unterscheiden und, zusätzlich, zum Erleben, verfolgt zu werden. Die Objekte, die nicht nur unterdrückte Gefühle personifizieren, sondern Teile des abgespaltenen Selbst sind, lassen sich nicht mehr »in Parenthesen« fassen – denn ohne sie wäre der Patient nichts mehr als ein unbedeutender Teil seiner selbst. Es gibt Kranke, die offen sagen, daß sie Verfolger brauchen, daß sie deren Verschwinden nicht weniger fürchten als ihr Auftreten. Vielleicht werden bestimmte depressive Zustände, die auf eine rasche Dämpfung der Psychose durch Psychopharmaka folgen, durch die unbewußte Wahrnehmung eines solchen »Verlusts« hervorgerufen. Die innerpsychischen Verbindungen mit den wahnhaften Einbildungen erreichen eine

außergewöhnliche Intensität, eben weil solche Phantasmen Teile des Selbst wiederherstellen, sie sind nicht bloß »Objekte«. Und diese Intensität macht gerade die Halluzination aus, das durchaus sinnliche Empfinden für das, was für die anderen überhaupt nicht existiert!

In diesem Zusammenhang zeichnet sich das ab, was ich »Paradoxien« des schizophrenen »Erlebens« nenne, das Zusammenexistieren der Gegensätze, die sich eigentlich, logisch betrachtet, widersprechen, sich gegenseitig ausschließen, aber zugleich beide wichtig sind, weil sie wie zwei Gesichter ein und dasselbe Phänomen ausdrücken. Gleichzeitig bringen sie in ihrer Absurdität die autistische Welt hervor und spalten dabei, durch ihre Widersprüchlichkeit, das Selbst des Patienten.

Es gibt viele solcher Paradoxien; ich will indes versuchen, sie in drei wesentliche zusammenzuführen:

- Die Übersymbolisierung und der Verlust des Symbols
- Die Symbiose mit der Welt, bis hin zur Verschmelzung, und die radikale Entfernung von ihr
- Die Ohnmacht und die Allmacht, die Nicht-Existenz und die Super-Existenz

## Die Übersymbolisierung und der Verlust des Symbols

Mit dieser Paradoxie will ich mich im Detail beschäftigen, weil sie mir von zentraler Bedeutung erscheint.

Im schizophrenen Erleben hat alles den Anschein eines Symbols, weil jedes Ding seine Bedeutung verliert und eine andere annimmt: Die Handbewegung des Priesters auf der Kanzel ist eine Anklage, die schwarze Kleidung des Passanten bedeutet eine eigene Schuld, die Morgenzeitung enthält Anspielungen auf den Patienten, und so fort. Wenn wir über dieses Erleben gründlich nachdenken, sind die wahren Symbole verschwunden: Wenn hinter allen Bildern der Patient steckt und wenn das Selbstbild des Patienten – genauer gesagt, seine Wahrnehmung vom eigenen Selbst – nicht existiert, außer in dem, was ihm aus der Welt zurückgesendet wird, haben wir nur das Spiegelbild eines Selbst vor uns, das bis in jeden Winkel und in jeden Bruchteil der eigenen Welt verfolgt wird. Die

Vielstimmigkeit von Bedeutungen ist verschwunden, die Abbildungen der Welt, die sich immer nur auf den Patienten beziehen, haben jeden Gehalt verloren. Außerdem sieht der Patient nie das wahre Selbst in den Bildern, die er von sich bekommt, sondern immer nur ein Stereotyp. Und schließlich ist gar das Bild selbst konkret; es läßt nicht mehr, wie das wirkliche Symbol, die Möglichkeit zur Interpretation. Das Bild bedeutet nur noch das, was es im Wortsinn materiell ist.

Daher rührt die Zurückweisung der psychoanalytischen Deutung, die etwas entdecken will, das nicht der einfachen Behauptung der Halluzination entspricht.

Eine schizophrene Ordensschwester halluziniert Christus am Kreuz, umgeben von Kindern, die sich um ihn versammeln, um ihn sexuell zu befriedigen. In der Wahnvorstellung bedeutet das die Wiederholung der Ursünde – von der Patientin gar ausgedehnt auf die ganze Menschheit –, das Ende der Geschichte, das auf ihren verhängnisvollen Ursprung zurückweist. Für uns ist Christus am Kreuz ein Symbol für das gequälte Selbst der Patientin, und die Kinder, die ihn masturbieren, sind Symbole der sexuellen Impulse, welche die junge Ordensfrau tatsächlich seit einiger Zeit durcheinanderbrachten. Für sie waren diese Figuren äußerste, absolute Wirklichkeit, hinter der sich nichts anderes mehr verbarg.

Wäre die Patientin keine Schizophrene, sondern lediglich eine Neurotikerin gewesen, hätte sie anstelle der Halluzination einen Traum dieser Art haben können; und hätte sie sich in Psychoanalyse befunden, hätte sie mit Hilfe des Analytikers die psychische Bedeutung des Traumsymbols verstehen können.

Aber hier prallte die Deutung gegen die Überzeugung der Patientin, daß die Realität der Vision ganz in ihr selbst enthalten sei und verwies nicht, wie eben das Symbol, auf eine psychische Bedeutung. Eine solche Patientin kommt nicht zu dem Schluß, daß Christus am Kreuz ein Symbol für das eigene Leiden ist. Wenn überhaupt, wird ein männlicher Patient behaupten, Christus zu sein, oder eine Patientin selbst bezeichnet sich als Madonna. Das Selbst existiert nicht als Wahrnehmung der eigenen Qual, als inneres Bild, das das äußere symbolisch darstellt. Das Selbst existiert nur in der Projektion, in der einzigen greifbaren Realität, die genau das halluzinierte Selbst ist. Das halluzinierte Bild ist dabei nicht so sehr eine Widerspiegelung,

sondern viel mehr ein Ersatz und deshalb von lebenswichtiger Bedeutung für den Patienten. Es kann nicht auf etwas Rationales zurückgeführt werden. Wenn wir der Patientin erklären, daß Christus am Kreuz das Symbol der eigenen Kreuzigung ist – und das haben wir getan, weil in bestimmten Fällen die Funktion der Symbolisierung noch nicht ganz erloschen ist –, entziehen wir ihr das einzige Bild, in dem das Selbst noch leben kann. Daher der entsetzliche Widerstand des schizophrenen Patienten gegen jedwede reduzierende Deutung, die ihm, könnte er denn davon überzeugt werden, sein einziges, nämlich das wahnhaftes Selbst rauben würde, ohne daß ihm bereits ein anderes gegeben werden könnte. Dieses müßte sich vor allem auf den affektiven Austausch und die duale Begegnung mit dem Therapeuten begründen.

Wie kann man dem Patienten ein anderes Selbst geben, ohne den Wahn zu unterstützen, der ihm die Möglichkeit gibt, sich im Inneren »zu berühren« und sich eine eigene Identität aufzubauen, und ihm doch nur eine Art »verdammte Identität« anbietet?

Angesichts der psychotischen Paradoxie müssen wir eine Art Gegenübertragungsparadoxie annehmen, nicht im Sinn von Mara Selvinis »Paradoxon und Gegenparadoxon« (1975), wo sie mehr die Begegnung mit der nicht-geisteskranken Familie in den Vordergrund rückt, sondern vielmehr in dem Sinn, daß wir dem Patienten ein *Urteil über seine Existenz* vermitteln – nicht über seine Realität. Wir müssen den Patienten annehmen mit dem, was in ihm nur durch seine Halluzinationen leben kann. Wir müssen, wenn wir es schaffen, darauf antworten wie auf ein »Protosymbol«, das fähig ist zu einer positiven Umwandlung, zu einer dualisierenden Progression, jedoch noch nicht zur Rationalisierung. *Transforming imaging* habe ich das manchmal genannt. Mit dem Begriff »Protosymbol« möchte ich eine Wahnvorstellung bezeichnen, eine Halluzination, die für den Patienten noch kein Symbol sein kann, jedoch in der therapeutischen Umgestaltung den Keim legen kann für ein Symbol.

Wenn es uns gelingt, unterstützt durch unser Unbewußtes oder vielleicht mit Hilfe des Unbewußten des Patienten, das »Protosymbol« im Gespräch (in Worten oder Bildern) mit dem Patienten dergestalt zu modifizieren, daß die neue Version

keine reduzierende Erklärung, sondern eine neue gegenüber der ersten erweiterte Vorstellung wäre, die vielleicht auch für uns Raum neben dem Patienten ließe, dann hätten wir einen »therapeutischen Vorschlag« gemacht.

Im Fall der Ordensschwester erinnerte sich die Therapeutin – hier sieht man die Wichtigkeit der schöpferischen Assoziation des Therapeuten – an die Vision des Heiligen Bernhard, der, vor dem Kruzifix im Gebet versunken, Christus vom Kreuz herabsteigen und ihn umarmen sieht. Die Therapeutin sagte der Patientin, daß sie über ihre Vision meditiert habe und daß sie, die Therapeutin, *wie im Traum* (sie verdeutlicht ihre nicht-wahnhaftige Position) gesehen habe, wie Christus vom Kreuz herabstieg, diese Kinder umarmte und sie so von seinem Genital ablenkte.

»Ist das wahr? Aber dann gibt es vielleicht eine Hoffnung ...«

Das war in der Psychotherapie eine Voraussetzung dafür, daß die Patientin eine emotionale Beziehung (vom prägenitalen Typus) zu ihrer Therapeutin begründen konnte.

Eine solche Deutung sagt nicht: »Schau, du hast eine Wahnvorstellung, deren Bedeutung ich dir nun erkläre.« Und um so weniger spricht sie von sexuellen Impulsen, die im Augenblick nicht sagbar waren, die die Patientin von sich abtrennte, die in der wahnhaften Projektion offenbar wurden und die nur später, im Spiegel der Übertragung zur geliebten Therapeutin, integriert werden konnten.

Der Christus, der in der Halluzination das »Protosymbol« psychotischen Leidens war, wird nun, durch die therapeutische Reaktion, zum »Protosymbol« einer Therapeutin, die sich der Patientin entgegenneigt – ein Übergangssubjekt, das beiden gehört. Hier erleben wir die Entstehung des dualen Symbols aus dem psychotischen Mangel an Symbolisierungsfähigkeit.

## Die Symbiose mit der Welt, bis hin zur Verschmelzung, und die radikale Entfernung von ihr

Hierzu möchte ich zunächst an die Erfahrungen des Psychiaters und Psychotherapeuten Pao aus seiner fünfzehnjährigen Tätigkeit in der amerikanischen Chestnut-Lodge-Klinik erin-

nern. Nichts hatte seine Aufmerksamkeit in seinen mehrjährigen Begegnungen mit Schizophrenen so sehr beeindruckt wie die Paradoxie ihres Verhaltens in der Widersprüchlichkeit zwischen einem Hunger nach Objekten, wie es Fairbairn nannte, und einer unermüdlichen Abwehr gegen sie. In der Unmöglichkeit, zwischen selbst und nicht-selbst zu unterscheiden, ist der Objekthunger furchtbar gefährlich. Am Ursprung dieser Gefahr steht manchmal die zerstörerische Erfahrung einer pathologischen frühkindlichen Symbiose. In der Therapie imponiert die Unmöglichkeit, sich der Abhängigkeit in einer Übertragung anzuvertrauen. Aber die Störung verbleibt nicht nur auf emotionaler Ebene, wie in der Neurose, sie wird kognitiv, dergestalt, daß der Patient Teile von sich in der Welt versenkt hat, wie es die Psychiater beschreiben, wenn sie von einem psychotischen »Transitivismus« sprechen. Und gleichzeitig dringen Teile der anderen in das Selbst ein, wie es der psychiatrische Terminus der »Depersonalisierung« anzeigt.

Gegen die symbiotische Nähe wehrt sich der Patient durch Projektion und mit Hilfe des Autismus. Die Gefühle, die in ihm durch die Begegnung mit den anderen entstehen, projizierte er bei ihrem ersten Auftauchen auf eben diese anderen: Unerträgliche Objekte innerhalb der Psyche werden auf diese Weise ausgestoßen, wie es Melanie Klein postuliert hat. Aber dieses Ausstoßen nützt nicht viel, da der Patient keine andere Wahl hat, als sich mit diesen Objekten, die Teile von ihm aufgenommen haben, zu identifizieren – das ist die projektive Identifikation (Rosenfeld 1959). Im Autismus werden diese Identifikationsobjekte, die furchtbar gefährlich sind, weil es nicht gelingt, sie so vollständig auszustoßen, daß sie nur noch einfache Objekte wären, vom Patienten durch die Schaffung eines Wahns manipuliert. Trotzdem ist das schizophrene Subjekt in keiner seiner Phantasien frei, da es von den nicht assimilierbaren Einbildungen »verdinglicht« wird. Es hat nicht das Erleben eines freien Willens, der für uns, mehr noch als das *cogito ergo sum* von Descartes, die Grundlage des Gefühls ist, überhaupt zu existieren. Der Patient ist eine »Sache« und damit tatsächlich allen Einflüssen der Welt unterworfen, denen die materiellen Objekte unterworfen sind: magnetische, elektrische, telepathische Einwirkungen. Die Introjekte sind in der Psychose entweder abgespaltene Teile aus dem Selbst,



jedoch Träger der eigenen Eigenschaften und deshalb, durch ihren Charakter der Entfremdung und Zugehörigkeit zugleich, ausschließlich Verfolger; oder sie sind vollkommen mit dem Selbst verschmolzen und infizieren auf schreckliche Weise die Identität dessen, der sich vergeblich anstrengt, sich von der Welt zu unterscheiden.

Das charakteristische Gegenübertragungserleben besteht darin, die beiden Pole in sich zu akzeptieren, zwischen denen sich das Erleben des Patienten artikuliert. Das Erleben von Getrenntheit – in der Psychiatrie weist bisweilen nur »Spürsinn« darauf hin, mit einem Schizophrenen konfrontiert zu sein, wie Ruemke (1970) schreibt – wird in der Psychotherapie zur »erlittenen« Getrenntheit, wie bei Racamier (1967), der in seiner Gegenübertragung den Eindruck hatte, niemand zu sein; oder wie bei C. G. Jung (1907), der es nicht wagte, sich seiner Patientin zu nähern, sondern sie von der Türschwelle des Zimmers aus ansprach; oder wie bei mir, als ich von den paranoiden Augen meines Patienten träumte, sie riesengroß und außerirdisch sah – während der Patient hingegen Angst hatte, von meinen Augen hypnotisiert zu werden.

Der andere Pol in der Gegenübertragung, jener der Symbiose, ist ebenso symmetrisch zu dem Erleben des Patienten. Ich erinnere mich hier an meinen Mitarbeiter Peciccia. Als er eine katatone und halluzinierende Patientin vor sich hatte, die von Angst gepackt und unfähig war, ein Wort hervorzubringen, stand er auf und trat an jene Stelle des Zimmers, an der für die Kranke anscheinend die Geister erschienen, mit denen sie symbiotisch verbunden war. In dem Moment, in dem er den »Platz« der Patientin eingenommen hatte, spürte er in sich das Gefühl der Angst.

Das alles ist eine Voraussetzung dafür, daß die negativen Erlebnisse der Symbiose und der Getrenntheit sich im Patienten in erträgliche und sogar positive Erlebnisse verwandeln. Ein positives, wenn auch wahnhaftes Erlebnis ist das jenes Patienten, der glaubt, in seinem Bauch ein Musikinstrument zu haben, das ihm der Therapeut geschenkt hat. Ein positives Erleben von Getrenntheit ist das des Patienten, der bemerkt, daß der Therapeut eine von ihm verschiedene Person ist, »zu sehr getrennt« freilich, so daß ihm die Therapiestunden wie rare Wassertropfen in der Hölle vorkommen.

Die Bedeutung der menschlichen Beziehung, die für uns etwas Natürliches, Alltägliches ist und die im Gegenteil im Spiegel des Erlebens des Patienten als etwas Außergewöhnliches erscheint, wenn sie entsteht – als etwas, das der Tod war und anfängt, das Leben zu sein –, gibt uns womöglich den Aufschluß über die *conditio humana*, den uns gerade das menschliche Wesen geben kann, das in der Psychose entmenschlicht ist.

## Die Ohnmacht und die Allmacht, die Nicht-Existenz und die Super-Existenz

Widloecher (1969) hat darauf hingewiesen, daß der paranoide Allmachtswahn das Erleben von jemandem ist, der in seinem frühen postnatalen Leben niemals das physische Erlebnis von Allmacht in der guten körperlichen Symbiose mit der Mutter erfahren konnte, nach Freud dem primären Narzißmus zugehörig.

Das sind gewiß interessante Gedanken, die aber doch Zweifel aufwerfen. Vor allem wissen wir nicht, ob es dieses normale Erleben kindlicher Allmacht wirklich gibt. Kein Kind konnte je mitteilen, was es vor dem Erwerb der Sprache erlebte. (Seit D. Stern, 1985, wird die frühkindliche Symbiose in Frage gestellt.) Daß darüber hinaus ihr Fehlen in der Kindheit später im Erwachsenenalter durch Allmachtswahn kompensiert wird, ist eine Hypothese. Und schließlich sind solche Postulate, deren Wahrheit immer nur operational ist, das heißt von ihrer psychotherapeutischen Brauchbarkeit abhängt, für die schizophrenen Patienten kaum nützlich, die wegen ihrer Psychose zu dieser Zeit kaum zur introspektiven Beschäftigung mit den ersten Lebensjahren in der Lage sind.

Dazu kommt noch, daß die emotionale Tatsache der Ohnmacht und ihrer Umkehr in die Allmacht in der Psychose auch eine kognitive Tatsache geworden ist: Es gibt nicht nur das Nicht-Können, sondern auch die negative Existenz, das Nicht-Sein. Es gibt nicht nur die Allmacht (wie im grandiosen Selbst), sondern eben auch die Super-Existenz wie in der paranoiden Vorstellung, Gott zu sein oder irgendeine große Persönlichkeit in der Geschichte.