



ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE

Organ der Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie und der Österreichischen Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie

Herausgegeben von E. Kretschmer, Tübingen
unter Mitwirkung von F. Mauz, Hamburg, und G. Kühnel, Göttingen

Beirat: F. Alexander, Chicago · L. Binswanger, Kreuzlingen · F. Boehm, Berlin · O. Brüel, Kopenhagen · V. E. Frankl, Wien · E. v. Gebattel, Bamberg · F. A. Kehrer, Münster · W. Kemper, Rio de Janeiro · J. Klaesi, Bern · F. Mohr, Düsseldorf · H. C. Rümke, Utrecht · J. H. Schultz, Berlin · H. Schultz-Hencke, Berlin · E. Speer, Lindau · B. Stokvis, Leiden · E. B. Strauss, London

2. Jahrgang

September 1952

Heft 5

INHALT

Dührssen, A.: Überprüfung prognostischer Urteile bei psychogenen Erkrankungen 174	Kuhnke, E.: Ein objektiver Nachweis des reflektorischen Immobilisationszustandes beim Menschen 208
Spoerri, Th.: Über die Psychotherapie Schizophrener in der Berner Klinik Waldau 186	Diskussionsbemerkungen 214
Häfner, H.: Quincke-Ödem als lebendiger Ausdruck 198	Buchbesprechungen 216

Neuerscheinung!

Dr. H. SCHULTZ-HENCKE, Berlin

Das Problem der Schizophrenie

Analytische Psychotherapie und Psychose

1952. XVI, 308 Seiten, Ganzleinen DM 27.—

Verfasser unternimmt den Versuch, zu zeigen, daß die Schizophrenie kein „endogenes“ Leiden ist. Es werden die Gründe besprochen, die gegen die Theorie der endogenen Entstehung und für die seelische Genese dieser Psychose sprechen. Bei der Schizophrenie handelt es sich nach Ansicht des Verfassers nicht um einen primär-organischen Prozeß, sondern um eine seelische Störung. Auf die Entwicklung der psychiatrischen Forschung werden diese Anschauungen, die eine lebhaftige Diskussion auslösen dürften, großen Einfluß ausüben.

GEORG THIEME VERLAG · STUTTGART

GEORG THIEME VERLAG · STUTTGART

fern es sich um die entsprechenden Krankheitsfälle handelt und unter Umständen mit zwei Gesprächen Erschöpfendes leisten, und sie kann unter gleichen Gesichtspunkten und gleicher Technik des therapeutischen Vorgehens eine Zeit von 200 Stunden beanspruchen. Auch diese Feststellung ist nicht neu. Von *Schultz-Hencke* wurde sie seit langem unter der Formel vertreten: „Eine analytische Therapie dauert zwischen 3 und 300 Stunden.“ Immerhin geben die von uns ermittelten Zahlen einen gewissen Beleg für diese so vertretene Meinung.

Im übrigen ist es wohl selbstverständlich, daß die bisher aufgeführten und verwerteten Untersuchungen erst dann volle Beweiskraft haben, wenn nach einem Zeitraum von mindestens 4—5 Jahren katamnestische Untersuchungen vorliegen. Ohne uns hier in einem naiven Optimismus wiegen zu wollen, glauben wir allerdings heute schon vorwegnehmend sagen zu können, daß die selbstverständlich zu unternehmenden katamnestischen Untersuchungen bei psychotherapeutisch behandelten Krankheitsfällen sicher kein schlechteres Ergebnis zeitigen kann, als die katamnestischen Nachuntersuchungen bei psychogen Erkrankten, an die — etwa bei Organneurosen — das gesamte Arsenal klinischer Behandlungen, Heilverschickungen usw. vergeben wurde. Wir glauben sagen zu können, daß es nach der gegebenen wissenschaftlichen Situation und in Anbetracht der zur Zeit benötigten Kosten für eine analytische Psychotherapie ohne Leichtsinn möglich ist, dem Kostenträger die Übernahme dieser Behandlungsmethode anzubieten, die in ihrem Kostenaufwand etwa einem Heilverfahren oder aber einem 5—6wöchigen Krankenhausaufenthalt gleichkommt.

Abschließend sei nun im Zusammenhang mit unseren Untersuchungen an alle Beteiligten, deren Bemühungen dem gleichen Arbeitsbereich gelten, noch die Bitte ausgesprochen, daß sie mit Untersuchungen in ähnlicher Richtung dazu beitragen mögen, daß allmählich vergleichbares und zahlenmäßig ausreichendes wissenschaftliches Material heranwachsen kann.

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau (Bern) (Prof. Dr. *J. Klaesi*)

Über die Psychotherapie Schizophrener in der Berner Klinik Waldau

Von *Th. Spoerri*

H. W. Gruhle beschließt den 1932 erschienenen Schizophrenieband des *Bumkeschen Handbuches* mit den Worten: „Da die Psychologie des Leidens jetzt im wesentlichen sorgsam erforscht erscheint, da wenig Aussicht besteht, von der Konstitutionsseite her neue Aufklärung zu gewinnen, wird wohl am ehesten die Aufdeckung neuer körperlicher Symptome Licht bringen können.“ Auch *K. Schneider* setzt seine Erwartungen auf somatische, und zwar pathophysiologische Untersuchungen, denn seiner Ansicht nach ist die Schizophrenie „durch seelische Behandlung nicht entscheidend beeinflussbar, wohl aber durch körperliche“¹⁾. Bedauernd stellt *H. Kunz* im Jahre 1941

¹⁾ *K. Schneider*: Die Psychiatrie und die Fakultäten. In: Vom neuen Geist der Universitäten. Berlin und Heidelberg 1946.

fest, daß „die psychopathologische Forschungsrichtung in den Hintergrund gedrängt worden ist“, doch gibt er gleichzeitig der Hoffnung Ausdruck, daß „das psychopathologische Interesse . . . sich in der Stille bewahren wird, getragen von jener inneren Haltung des Staunens, die seit den Anfängen der abendländischen Wissenschaft der Forschung den Antrieb gab“^{1a)}. Im gleichen Sinne schreibt J. W y r s c h noch im Jahre 1949, daß die Psychotherapie aus dem wissenschaftlichen Interesse verdrängt sei und man nur noch selten von ihr lese, dagegen aber unzählige Aufsätze und Vorträge über ausschließlich körperliche Behandlungsmethoden die Zeitschriften füllen würden.²⁾ — Zu diesen rein somatisch orientierten Untersuchungen äußert sich M a n f r e d B l e u l e r 1951 zusammenfassend in seinem Bericht über Forschungen und Begriffsumwandlungen in der Schizophrenielehre während des letzten Jahrzehnts³⁾ und stellt fest, daß die anfänglich in diese Problemstellung gesetzten Erwartungen nicht erfüllt worden seien, und die Arbeiten über die pathologische Physiologie der Schizophrenen „uns keinen Schritt der Möglichkeit näher geführt (haben), hinter der Psychose Schizophrenie eine spezifische, pathologisch-physiologisch beschreibbare ‚Somatose Schizophrenie‘ zu finden“. M. B l e u l e r kommt zu dem Schluß, daß „die Flut von Arbeiten über die körperlichen Behandlungsmethoden nicht zu verbergen vermag, daß sich die Hoffnungen . . . von der körperlichen Behandlung zur Psychotherapie hin verschoben haben“.

Während der vorwiegend somatisch ausgerichteten Schizophrenieforschung der beiden letzten Jahrzehnte wurden in der Berner Klinik Waldau durch J. K l a e s i, J. W y r s c h und deren Schüler das psychopathologische Interesse und psychotherapeutische Bemühen unverändert bewahrt, eine Haltung, die in den letzten Jahren vielfach als veraltet und überholt galt, heute jedoch — wie aus dem Bericht M. B l e u l e r s u. a. hervorgeht — wieder in das Zentrum des allgemeinen Interesses rückt. Diese psychologische Haltung ist aber weder praktisch noch theoretisch übertrieben und einseitig. Allein die Tatsache, daß durch K l a e s i die Dauernarkose in die Psychosenbehandlung eingeführt wurde, zeigt eine therapeutische Einstellung, die nicht eingleisig ist, sondern „mehrdimensional orientiert“ (K r e t s c h m e r) ebenfalls körperliche Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen läßt. Doch wie bereits E u g e n B l e u l e r den Wert der medikamentösen Therapie Schizophrener vor allem in einer vermehrten Kontaktnahme sah, so sind die Schlafkur und die übrigen somatischen Behandlungsverfahren keine spezifische Therapie, sondern nur als „Wegbereitung für die psychische Behandlung“⁴⁾ zu werten, die allein dem Wesen der Schizophrenie zu entsprechen scheint. Es erübrigt sich eigentlich festzustellen, daß nur die seelischen Symptome für die Schizophrenie pathognomisch sind, doch nötigt hierzu die vorschnelle Bereitwilligkeit mancher Autoren, nicht allein für die körperlichen, sondern auch die seelischen Anzeichen der Krankheit eine somatische Ursache anzunehmen, eine Auffassung, der nur allzu oft das materialistische Dogma zugrunde liegt, daß es nichts als Körperliches und somit auch kein eigengesetzlich Seelisches geben würde. Die Konsequenzen dieser Theorie führen vielfach zu bedenklichen Auswüchsen wie u. a. der abenteuerlichen Mei-

^{1a)} H. K u n z: Die anthropologische Betrachtungsweise in der Psychopathologie. Z. f. d. gesamte Neur. und Psychiatr. 172 (1951), 145.

²⁾ J. W y r s c h: Die Person des Schizophrenen. Bern 1949.

³⁾ In: Fortschr. d. Neur. u. Psychiatr. u. ihrer Grenzgebiete 19 (1951), 365.

⁴⁾ J. K l a e s i: Zur somatischen Therapie der Schizophrenie. Schweiz. med. Jahrbuch 69 (1942).

nung, daß die Schizophrenie durch bazilläre Thromben im Gehirn hervorgerufen würde⁵⁾. Ebenfalls sind die Annahmen, mit den Akroagoninen Cerlettis oder Kornmüllers Hirnextrakten⁶⁾, die Schizophrenie heilen zu können, dem Charakter des Psychischen nicht entsprechende Hypothesen, die eine Art Penicillin für die Schizophrenie zu finden erwarten und im Grunde genommen nur die Hoffnungen auf einen Deus ex machina sind. Auch wenn wider Erwarten einmal wirkliche Therapieerfolge einer solchen Auffassung scheinbar recht geben sollten, wäre damit nicht bewiesen, daß die Krankheit nur somatisch bedingt ist, sondern nur dargetan, daß sie über das Körperliche erreicht werden kann. Trotzdem wäre hiermit nichts Eigentliches über die hypothetische Grundstörung ausgesagt, vor allem nicht ihre körperliche Natur bewiesen, wie möglicherweise diese Grundstörung überhaupt jenseits einer somatischen oder psychischen Festlegbarkeit ist. Somit kann aus den erwähnten Gründen auch Bumke nicht zugestimmt werden, der behauptet, daß „alle psychologischen Deutungsversuche der Schizophrenie in dem Augenblick abgetan sein werden, in dem wir die körperlichen Grundlagen dieser Krankheit gefunden haben werden“⁷⁾. Dagegen scheint uns H. Kunz die Sachlage gerechter zu beurteilen, wenn er schreibt, daß das Wesen des Schizophrenen bleibt, was es ist, auch wenn man einen ihm entsprechenden, spezifischen somatischen Prozeß kennen würde⁸⁾.

Die Schizophrenielehre erfährt aber nicht nur nach der somatischen, sondern auch der psychologischen Seite hin manche unberechtigte Simplifizierung. Wie die Psychiker im Beginn des letzten Jahrhunderts, so erliegt man ebenfalls heute noch vielfach der Versuchung, die Schizophrenie nur psychologisch zu sehen. Freud sowie McDougall stehen diesen Auffassungen nahe, und auch die Interpretationen C. G. Jungs verführen nur zu leicht zu der Einseitigkeit, die Schizophrenie in einer Komplextheorie aufgehen zu lassen.

Sowohl die somatologische wie auch die psychologische Verabsolutierung stellen ein theoretisches Gemälde dar und sind nicht das wirkliche, anschauliche und erschließbare Bild des Kranken. Denn „die Schizophrenie ist eine Erkrankung der Person“, und wenn die Person „der Theorie zuliebe“ verzerrt und zerstückelt wird, „so entschwindet sie einfach dem Blick und mit ihr die psychologisch-einheitliche Erscheinung der Krankheit“⁹⁾. Mit diesen Gedankengängen berühren wir bereits den Problemkreis, um dessen praktische Anwendung sich J. Klaesi seit jeher bemüht hat.

„Was ist das Schwerste von allem? Was Dir am leichtesten dünket: mit den Augen zu sehen, was vor den Augen Dir liegt“ — diesem Goethe-Wort entspricht es, wenn zu Beginn einer klinischen Beobachtung das Gegenüber nicht durch die Brille einer theoretischen Systematik betrachtet wird, sondern was vor Augen liegt, mit Augen gesehen wird, die unmittelbar, „ab ovo“ sehen und nicht bereits zu Anfang beeinflusst und verbogen sind durch das Instrumentarium vielfältiger Untersuchungsmethoden. Nur zu leicht trübt das Medium eines bereitliegenden Klassifizierungsschemas das unvoreingenommene

⁵⁾ E. Loewenstein: Tubercle bacilli in the spinal fluid of dementia praecox. J. Nerv. and Ment. Diss. 101 (1945), 576.

⁶⁾ A. E. Kornmüller: Über die Existenz hirneigener Wirkstoffe und ihre Wirkung bei Psychosen. Fortschr. Neur. psych. 12 (1951).

⁷⁾ Zit. n. Kehrner: Das Verstehen und Begreifen in der Psychiatrie. Stuttgart 1950.

⁸⁾ H. Kunz: Die anthropologische Betrachtungsweise in der Psychopathologie: a. a. O.

⁹⁾ J. Wyrsch: a. a. O., S. 173. — Auf die zahlreichen Veröffentlichungen von J. Wyrsch kann in diesem Zusammenhang nur hingewiesen werden.

Sehen und filtert die kleinen und heimlichen individuellen Besonderheiten ab, die sich dem „physiognomischen Blick, der nicht weiß, sondern sieht“¹⁰⁾ zeigen und vielfach den Schlüssel zum Inneren des Kranken finden lassen. Ein solches „reines Anschauen der Phänomene“ (Goethe) übt J. Kl a e s i, indem er den Patienten nicht in erster Linie lebensgeschichtlich sieht, sondern das momentane, ungeschichtlich gestalthafte Erscheinungsbild anschaut, wie es sich in den Ausdrucksphänomenen darbietet. Der Kranke wird nicht durch eine objektivierende Technik vergegenständlicht und in der Subjekt-Objekt-Spaltung, die L. B i n s w a n g e r das Krebsübel aller Psychologie nennt¹¹⁾, zum verfügbaren Ding gestempelt, sondern er bleibt Person, deren Sein und Tun als ein sinnvolles verstanden wird. Darum beruht auch unser Wissen vom andern nicht auf Analogieschlüssen, vielmehr sind die „Erlebnisse (des fremden Ichs) uns in den Ausdrucksphänomenen . . . ‚unmittelbar‘ gegeben im Sinne originären Wahrnehmens“¹²⁾, und wir können als Verstehende „aus einem in der Anschauung mitgegebenen geistigen Zentrum des Andern heraus seine Akte . . . gegenüber uns und der Umwelt ohne weiteres als intentional auf etwas gerichtet erleben und nachvollziehen“¹³⁾. Um dieses Miterleben der Intentionalität im Spiege l des Ausdrucks ist es Kl a e s i zu tun. Er versteht die dem Kranken selbst unbewußten Regungen, wenn er — um nur einige Beispiele zu nennen — im Schließen der Hände oder Zuknöpfen des Rockes die verborgene Abwehr spürt oder in einem Gesicht, das nur mit einer Hälfte lacht, die beginnende schizophrene Spaltung vorausahnt. Ein solches Ausdrucksverstehen kann nicht in Gesetzen eingefangen werden, vielmehr ist es von diesen wesensmäßig verschieden und erwächst stets neu und anders aus der jeweiligen Situation¹⁴⁾. So weist ein Nasereiben als eine Art „Onanie“ nur für den speziellen Fall auf eine gewisse Selbstgefälligkeit hin, und wenn ein Patient die Zunge im Mund hin- und herbewegt und damit seine eigenen Worte zu zerbeißen und zerstören scheint, bedeutet das weder die Sicherheit eines Beweises, noch das Modell zu einer Regel. Dieses mehr künstlerische Bemühen Kl a e s i s, dem es in erster Linie um ein „Wissen des Auges“¹⁵⁾ und nicht des Begriffes geht, beschränkt sich auf die mimischen Bewegungen und versteigt sich nicht zu einer pseudo-wissenschaftlichen Physiognomik, die mit Sicherheit in den festen Körperformen bestimmte Wesenszüge erkennen zu können glaubt¹⁶⁾. Bereits Goethe tadelt an Lavater, daß „seine Physiognomik auf der Überzeugung ruht, daß sinnliche Gegenwart mit der geistigen durchaus zusammenfalle“¹⁷⁾ und meint, daß man „mehr durch Ahnung als durch klaren Begriff sich und andern davon Rechenschaft geben könne; wie es ja bei aller Physiognomik der Fall ist, welche bei ihrem ächten Naturgrunde nur dadurch außer Credit kam, daß man sie zu einer Wissenschaft machen wollte“¹⁸⁾. Kl a e s i erliegt der

10) K. J a s p e r s : Allgemeine Psychopathologie. Berlin und Heidelberg 1946. S. 216.

11) L. B i n s w a n g e r : Über die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 57 (1946), 209; s. ferner J. W y r s c h : Die psychiatrische Untersuchung und die Subjekt-Objekt-Spaltung. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 67 (1951), 126.

12) M. S c h e l e r : Wesen und Formen der Sympathie. Bonn 1926. S. 6.

13) Zit. n. J. W y r s c h : Die Person des Schizophrenen, a. a. O., S. 53.

14) Siehe: Über verstehende und erklärende Psychologie: K. J a s p e r s : a. a. O.; sowie H. H e i n e m a n n : Der Einfluß von Karl Jaspers auf die Psychopathologie. Mschr. f. Psych. u. Neur. 120 (1950), 1.

15) K. J a s p e r s : a. a. O., S. 222.

16) Die Konstitutionslehre K r e t s c h m e r s hat nichts mit Physiognomik zu tun, sie ist eine objektive Forschung, die zwischen Körperbau und Charakter keine wesenhafte Beziehung annimmt, sondern die Häufigkeit eines gemeinsamen Vorkommens statistisch nachweist.

17) G o e t h e : Dichtung und Wahrheit. 4. Teil, 19. Buch.

18) G o e t h e : Tag- und Jahreshefte, 1809.

Versuchung nicht, sein Ausdrucksverstehen durch Systematik zu verbilden, vielmehr bewahrt er seinen Deutungen den Charakter eines künstlerischen Einfalls, insonderheit, da es ihm vorwiegend um den Ausdrucksgehalt der fließenden mimischen Erscheinungen zu tun ist. Begibt er sich trotzdem einmal in die Nähe des Physiognomischen und spricht bei einer nach oben gebogenen, kleinen Nase von einem „Soubrettenäschen“, dem diesbezügliche Eigenschaften zugehörig scheinen, so ist aber auch hier nur Mimik gemeint, obgleich erstarrt und fixiert, und man spürt noch das Element der Bewegung, wenn mit der kecken Nasenspitze sich die Atmosphäre eines hüpfenden Trillers auftut, und die genußsüchtig breiten Nasenflügel an entsprechende, nicht weiter auszuführende Eigentümlichkeiten dieses Berufsstandes erinnern. Das mimisch Dynamische ist ebenfalls spürbar, wenn er, den zwiespältigen Eindruck eines Gesichtes begründend, in der vorspringenden Nase Aktivität und im fliehenden Kinn Schwäche sich aussprechen sieht. Im übrigen bestätigt, von andern Voraussetzungen ausgehend, die Anwendung der Kretschmerschen Konstitutionslehre das Ergebnis des letzteren Beispiels, indem sie dem leptosomen Körperbau, der auf Grund des beschriebenen Winkelprofils vorzuliegen scheint, ein schizothymes Temperament zuordnen würde, für das eine gewisse Gegensätzlichkeit, z. B. in der psychästhetischen Proportion, charakteristisch ist. — Das methodische Vorgehen *Klaesis*, das sich als *verstehende Ausdrucksphänomenologie* definieren läßt, bezieht sich nicht nur auf unmittelbar evidente Zusammenhänge, vielmehr erstreckt es sich auch auf Erscheinungen, bei denen ein Verstehen nicht blitzartig erfolgt, sondern erst durch Beobachtung und Befragung erschlossen werden muß. Abgesehen von den Begleitphänomenen der Affekte u. a. öffnen sich vor allem die sinnlosen Wiederholungen der Stereotypen, die weder eine Stimmung ausdrücken, noch sonst der Wirklichkeit angepaßt sind, dem Verständnis erst durch ein sorgfältiges und einführendes Nachforschen¹⁹⁾. So erweist sich z. B. ein stereotypes Kneten des Knies als Relikt der Bewegung, zum Fenster hinauszusteigen²⁰⁾, oder ein Scheuern an der Wand enthüllt sich als verstümmelter Rest einer früheren Stereotypie, an die Türe zu klopfen, die wiederum ihre Ursache in dem Verlangen hatte, aus der Anstalt entlassen zu werden²¹⁾. Neben diesen Restleistungen stellen die Stereotypen in anderen Fällen ebenfalls autistische Zweckhandlungen dar oder sind als Abwehr gegen Körperhalluzinationen erkennbar. Auch bedeuten sie vielfach Zeremonien; so erscheint das stereotype „Anlangen“ eines Schizophrenen sinn- und zwecklos, bis ein Verstehen durch die Erkenntnis erschlossen wird, daß dem wiederholten Berühren die Absicht zugrunde liegt, die Mitmenschen für das Himmelreich zu „verhaften“²²⁾.

Das ausdrucksphänomenologische Verstehen lebt sich über das Erscheinungsbild in die Persönlichkeit des Kranken hinein, indem es nicht bei der Feststellung von Traurigkeit, Ängstlichkeit oder Gehemtheit stehenbleibt, sondern sofort fragen läßt, warum der Patient traurig, ängstlich oder gehemmt ist. Hierdurch wird der Kranke selbst zur aktiven Mitarbeit aufgefordert und nimmt seinem Charakter und Temperament entsprechend Stellung. Er ist betroffen, empört oder gerührt, wenn er sich als rechtschaffen aussehend, gütig, leichtsinnig oder gewalttätig beurteilt hört. Und diese Stimmung spiegelt seine Reaktion wider, die in der Antwort des Arztes erneut als Frage zurückkehrt und zu weite-

¹⁹⁾ J. Klaesi: Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypen. Berlin 1922.

²⁰⁾ J. Klaesi: a. a. O., S. 61.

²¹⁾ J. Klaesi: a. a. O., S. 70.

²²⁾ J. Klaesi: a. a. O., S. 41.

ren Äußerungen Veranlassung gibt, bis der innere Zustand im Wechselspiel von Ausdruck und Deutung querschnittartig erhellt, durchforscht und verstanden ist. Es braucht in erster Linie einen gefühlsmäßigen Einsatz des Therapeuten, seine Wärme, Güte und seinen Humor, um den Zugang zum Kranken zu finden, denn — so schreibt Klaesi — „letzten Endes ist es bei allen psychotherapeutischen Anwendungen die Affektivität des Arztes, auf die es ankommt“²³⁾. Doch muß mit Jaspers bedacht werden, daß „der Nervenarzt ein guter nur für einen bestimmten Kreis von Menschen zu sein pflegt“²⁴⁾, und daß somit die affektiven Wellenlängen von Arzt und Patient nicht immer übereinstimmen können. In einem solchen Fall ist es dann vor allem die Aufgabe der weiteren klinischen Untersuchung, die sich stets an die erste Begegnung anschließt, sich über Anamnese, Konstitutionsanalyse usw. langsam den Weg zum Patienten zu erfragen. Der Versuch, den Kontakt mit dem Kranken schlagartig herbeizuführen und durch affektive Haftstellen eine Übertragung zu ermöglichen, bedarf bei Schizophrenen, mit denen man einen sogenannten schlechten affektiven Rapport hat, eines besonders feinen, intuitiv gesteuerten Reagierens. J. Wyrch hat gezeigt, daß dem gestörten affektiven Rapport kein Ausfall der Gefühle selbst und nicht allein eine Erschwerung ihrer Äußerung zugrunde liegt, sondern daß es auch an den Vorbedingungen von seiten des Verstehens und Wollens fehlt²⁵⁾. Wenn Klaesi einem Schizophrenen seine Komplexe auf den Kopf zusagt, so kann es sich ereignen, daß dieser sich plötzlich verstanden fühlt, seine Sperrung und Hemmung verliert und sich eines natürlich gefühlsmäßigen Empfindens fähig zeigt. Es ist mehr als ein eindrucksvolles Schauspiel, wenn die steife Mimik eines Stuporösen auf einmal lebendig wird oder ein Hebephrener, der sonst nur seiner eigenen Lächerlichkeit eine lange Nase macht, zu weinen beginnt. Der Kranke, dessen spontanes Reagieren durch verbogene Gedanken und Grundsätze blockiert war, oder der seine verwundbare Stelle mit einer krampfhaften Wurstigkeit abgesperrt hatte, fühlt seine eingerostete Spontanität auftauen und wird in einem solchen Augenblick wieder der eigenen Lebendigkeit inne. Das anfangs nur erkennende Verhalten des Arztes ist hier schon zu einem helfenden geworden, und wenn die affektive Aufschließung des Patienten auch noch keine Heilung bedeutet, so ist sie doch bereits ein Anfang der Therapie.

Für den schizophrenen Kranken besteht heutzutage nur zu leicht die Gefahr, nach der Diagnosestellung der unmittelbaren Fühlungnahme mit dem Arzt verlustig zu gehen und dessen Wirkung nicht in erster Linie durch die Wärme und Nähe eines therapeutischen Gespräches, sondern nur über die Unpersönlichkeit und Ferne von Schockelektrode und Insulinspritze zu spüren, deren Anwendung dem technischen Charakter entsprechend immer nur gleichförmig und ohne individuelle Nuancierung sein kann. Kretschmer erinnert aber daran, daß „wir nicht Krankheiten, sondern Kranke behandeln“, und für Klaesi steht die Persönlichkeit des Kranken so sehr im Vordergrund, daß er Krankheit geradezu als eine „Erschwerung oder Schwächung der Persönlichkeitsverwirklichung“²⁶⁾ definiert. In diesem Sinne gibt es auch für Klaesi nicht die Therapie einer Krankheit Schizophrenie, vielmehr nur eine Behandlung schizophrener Persönlichkeiten, indem er den Charakter erforscht und den Kranken, den gefun-

²³⁾ J. Klaesi: Über psychiatrisch-poliklinische Behandlungsmethoden. Z. ges. Neur. u. Psych. 36 (1917), 431.

²⁴⁾ K. Jaspers: a. a. O., S. 676.

²⁵⁾ J. Wyrch: Über den affektiven Rapport mit Schizophrenen. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 37 (1936) 139.

²⁶⁾ J. Klaesi: Der unheilbare Kranke und seine Behandlung, Bern 1950.

denen Eigenschaften entsprechend, therapiert. Es geht darum, „die Anlageeigenschaften, sozusagen das Urbild der Persönlichkeit, festzustellen und die Behandlung danach zu richten, die Auswirkungsmöglichkeiten zu schaffen und zu dosieren, und damit so viel als möglich, die Anlage wieder zu ordnen und, bildlich ausgedrückt, wieder herzustellen“²⁷⁾. Dieses therapeutische Vorgehen, das K l a e s i anfangs als *Ä s t i m a t i o n* und später als *E i d o d i a t h e s e* bezeichnet hat, stützt sich darauf, daß man „aus der Art und Weise, wie jemand krank ist, auf die Charakteranlage schließen und ihm an seinen eigenen Krankheitserscheinungen zeigen kann, was er eigentlich erstrebt, wünscht und will, aber eben erfolglos erstrebt, wünscht und will und damit in der Irre bleibt“. Somit ist *Ä s t i m a t i o n* die „erzieherische Würdigung der spezifischen Krankheitserscheinungen als verkappter kritischer Stellungnahmen und Selbstheilungsversuche“²⁸⁾. Unter *Selbstheilungsversuchen* versteht K l a e s i, wie bereits angedeutet, die Tendenzen und Strebungen des Kranken, gemäß seinem Charakter der drohenden Isolierung zu entkommen, aber in die Wirklichkeit zu entkommen und nicht autistisch in eine Wahnwelt, wie es mit Selbstheilungsmechanismen nach S. F r e u d, M. M ü l l e r u. a. geschieht. Vor allem im Beginn der Krankheit wehrt sich der Kranke vielfach gegen seine Anpassungsschwierigkeiten, Fremdheitsgefühle usw., doch unternimmt er seinen Selbstheilungsversuch mit krankhaften und untauglichen Mitteln. So kann es dazu kommen, daß ein Patient, um der Vereinsamung zu entinnen, plötzlich seine Lebensweise ändert, in Gesellschaft geht und unsinnig Geld ausgibt, seine Haartracht wechselt oder konvertiert. „Dem aus einer bestimmten Krankheitseinsicht entspringenden Streben nach plötzlicher, gewalt-samer Abkehr von der schizophränen Einstellung . . . kommen wir mit möglichst sinn-fälligen, eingreifenden ärztlichen Verordnungen entgegen“²⁹⁾. Der Therapeut sucht „so individuell und so rasch wie möglich den im Selbstheilungsversuch manifest gewordenen Anschluß- und Gesundungswillen zu fassen und auf den richtigen Weg zu führen“³⁰⁾. Wenn ein Kranker ziellos umherreist, die Stelle oder den Beruf wechselt, kann der Arzt — allerdings erst nach Abklingen der akuten Erscheinungen — seinen Bestrebungen Form geben, indem er ihn aus seinem alten, durch Mißtrauen oder Erinnerung an eigenes Ver-sagen vergifteten Milieu herausnimmt, ihn vorübergehend in einer neuen Tätigkeit das Gefühl des eigenen Wertes wiedergewinnen läßt, oder auf einer Reise die autistischen Grübeleien über der Beschäftigung mit einer schönen Umwelt zu vergessen hilft. K l a e s i meint: „Wie oft denkt man sich angesichts solcher Beobachtungen nicht, das Beste für manche Schizophrenen wäre eigentlich eine Weltreise“³¹⁾. Eine derartige Behandlung, die sich nach dem Zustand des Kranken, seinem Charakter und den äußeren Umständen richtet, kann natürlich nicht nach einem bestimmten Rezept erfolgen, vielmehr ist ein immer neues und anderes Reagieren notwendig, um die keimhaft im Kranken sich regen-den Gesundungsstrebungen zu fördern und methodisch zu gliedern. Diesen Selbstheilungstendenzen liegen Leistungsantriebe zugrunde, die entweder individuell schöpferischer Natur sind oder allgemein sozialen Charakter haben wie Tatendrang, Opferbedürfnis, Verantwortungsgefühl usw.³²⁾. „Gütige, kontaktfreudige und schöpferische

27) J. K l a e s i : Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 52 (1943), 153.

28) J. K l a e s i : Der unheilbare Kranke und seine Behandlung, a. a. O.

29) J. K l a e s i : Einiges über Schizophreniebehandlung. Z. ges. Neur. u. Psych. 78 (1922), 606.

30) J. K l a e s i : Ohne Insulin. Schweiz. Med. Wschr. 63 (1938), 1164.

31) J. K l a e s i : Einiges über Schizophreniebehandlung, a. a. O.

32) J. K l a e s i : Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik, a. a. O.

Kranke haben eine gute Prognose, leidenschaftslose Bravtuer und langweilige Mißgönner aber sind verloren“, sagte K l a e s i einmal in einer klinischen Vorlesung.

Wie die Förderung der Selbstheilungstendenz einer phantasievollen Arztpersönlichkeit bedarf, so bewährt sich auch in der Neurosen-therapie die Behandlungsweise K l a e s i s. Mit 2 Beispielen sei nur am Rande gezeigt, wieviel ein an die Intuition des alten Hausarztes erinnernder therapeutischer Einfallsreichtum vermag, ohne daß sofort und stets Ödipus-Komplex oder Analfixierung bemüht werden müßten. — Ein Ehepaar macht sich gegenseitig das Leben zur Hölle; mit Aufregungszuständen peinigt die Frau den Mann, verdirbt ihm jede Freude, hat Magenkrämpfe oder Ohnmachten vor gemeinsamen Unternehmungen, während er sie mit Vorwürfen überhäuft, immer schlechte Laune und zudem den Beginn einer Herzneurose hat. Bereits erfolglos durch die Hand mehrerer Psychiater gegangen, versuchen sie es mit einer Konsultation in Bern. Und sie stimmen zu, als ihnen gesagt wird, daß sie sich sehr gern haben müßten, wenn sie trotz dieser Schwierigkeiten noch beieinander seien und sind einverstanden, daß man ihr Auto samt Nerz, Lippenstift und steifem Hut allein über den Gotthard fahren läßt. Statt einer Analyse werden sie wetterfest ausgestattet zu Fuß über die Alpen den Tessin hinabgeschickt und ihnen nur zur Pflicht gemacht, einmal eine Karte zu schreiben. Aber bald flattern die Kartengrüße herein, die anfangs zurückhaltend, bald erfreuter tönen und schließlich berichten, daß sie sich unter neuen Bedingungen neu kennengelernt und aufeinander eingestellt hätten. Der Ehemann schreibt, daß sie — ein lang verheiratetes Paar — jetzt erst auf der Hochzeitsreise seien, und die Frau bemerkt, daß er ihr bereits zum dritten Male die Schuhe gebunden habe, worauf der Mann nicht umhin kann, hinzuzusetzen, daß sie aber auch danach sei. Die Besserung war im übrigen von Dauer und blieb nicht nur die Reise über, sondern bis heute bestehen.

Ein anderes ebenso einfaches, aber auf alle Fälle wirksames Mittel ist der Rat an einem jungen Akademiker, der latent homosexuell sich vergeblich mit Heiratsversuchen quält und jede Freude am Leben verloren hat, daß er zu einem Notar gehen solle, um ein Testament mit Vergabungen in Höhe von 300.000 Franken aufzusetzen und sein Lebensziel — wenigstens vorläufig einmal — in der Erwerbung des genannten Geldbetrages zu sehen. Über der Verfolgung dieses Scheinzieles stellten sich dann Lebensfreude und echte Strebungen von selbst ein.

Von den Selbstheilungstendenzen sind die Stellungnahmen des Kranken zu unterscheiden, die sich in den Wahnideen, Zwängen, Stereotypien, Manieren usw. ausdrücken und nicht Abwehräußerungen gegen die Krankheit sind, sondern autistischer Ersatz der Wirklichkeit und „statt einer Heilung mehr nur einer Selbstgenugtuung, Selbstvertröstung und Verdeutlichung der eigenen Sonderstellung gleichkommen“³³⁾. Das Studium solcher Stellungnahmen, die in manchen Sekundärsymptomen zu erkennen sind, zeigt „wie eine Schizophrenie von innen aussieht“ (K r e t s c h m e r), und gibt Hinweise auf die individuelle Struktur der Krankheit, die wiederum auf therapeutische Möglichkeiten aufmerksam macht. So können viele Stereotypien als Symbolhandlungen im Sinne F r e u d s erkannt und die Aufmerksamkeit des Kranken wieder auf das ursprünglich erstrebte Ziel gelenkt werden, das er aus den Augen verloren hatte, denn „diesen Stereotypien ist durch Entzug ihrer sinngemäßen Angriffsfläche oder durch anderweitige Behinderung ihrer Auswirkung das Zielobjekt entrückt; sie sind ein Schlag ins Leere geworden“³⁴⁾. Wird im Patienten die zweckdienliche Angriffsfläche erneut geschaffen, so vervollständigt sich die vielfach zerfallene Stereotypie zur ursprünglichen Bewegung, und mit der Rückkehr der adäquaten Mimik und Stimmung kann der zugrunde liegende Sinn wiedererkannt werden, dessen Bewußtmachung

³³⁾ J. K l a e s i : Ohne Insulin, a. a. O.

³⁴⁾ J. K l a e s i : Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien, a. a. O., S. 72.

dann oft zur Entwöhnung von der Stereotypie führt. — In erster Linie aber spiegelt sich die Stellungnahme in den Wahninhalten wider. Steck³⁵⁾ nimmt mit Binswanger an, daß die Unterscheidung zwischen verständlichem und unverständlichem Wahn immer mehr schwindet, und auch Kahn spricht sich für eine weitgehende Verstehbarkeit des Wahns aus, wenn er ihn als kompensatorischen Wunsch betrachtet, aus der unerträglichen objektiven Wirklichkeit in eine neue subjektive Wirklichkeit zu kommen³⁶⁾.

Vor allem aber ist es Klaesi um ein Verstehen der Wahninhalte zu tun, ohne daß er jedoch die trennende Grenze einer letzten Uneinfühlbarkeit und Unverständlichkeit der andersartigen schizophrener Erlebniswerte übersieht. So ist es ihm u. a. gelungen, die psychologische Verstehbarkeit des Beeinflussungswahnes nachzuweisen, der bei schüchternen und schwächlichen Patienten vielfach einen letzten, verzweifelten Versuch darstellt, doch noch den Kontakt, obgleich auf negative Weise, mit der Umwelt aufrechtzuerhalten. Im besonderen liegt den Vergiftungsideen eine verstehbare Ursache zugrunde; sie kommen beim Mann größtenteils bei Impotenz oder infolge sonstiger Anzeichen von Inaktivität vor und deuten darauf hin, daß der Kranke, anstatt den Grund für die Schwäche in sich selbst zu suchen, die Mitmenschen dafür verantwortlich macht³⁷⁾. Beim weiblichen Geschlecht hingegen behalten die Vergiftungsideen fast ohne Ausnahme den Sinn von Betäubung zum Zweck der Vergewaltigung und damit von Entschuldigung und Rechtfertigung im Sinne einer Unzurechnungsfähigkeitserklärung³⁸⁾. In welchem hohem Maße sich persönliche Bindungen und Charaktereigenschaften in der Wahnbildung ausdrücken, zeigen die Untersuchungen von F. Bärtschi-Rochaix³⁹⁾ und H. G. Bressler⁴⁰⁾, die festgestellt haben, daß ein Kind im Wahnsystem der Mutter nie die Rolle eines Verfolgers übernimmt, außer wenn es sich um bereits präpsychotisch-egozentrische, unmütterliche und gefühlskalte Frauen handelt. Diese starke Abhängigkeit des Krankheitsbildes von der jeweiligen Persönlichkeit des Erkrankten hat J. Klaesi folgendermaßen gekennzeichnet: „Welcher Psychiater wüßte beispielsweise nicht, daß gegen angeborene Herzengüte und gute Kinderstube so und so oft auch die schwerste Katatonie nicht aufkommt, indem auch die häßlichsten und peinigendsten Halluzinationen und Verfolgungsideen den von Natur gütigen, gemeinschaftszugewandten und wohlherzogenen Kranken nicht dazu bringen können, dreinzuschlagen und zu zerstören, während bekanntlich ein geborener Eigennutz und Griesgram sich schon bei einem einfachen Kopfweh maßleidend, störrisch und rücksichtslos zeigt⁴¹⁾. — Außer in den Stereotypen und Wahnideen zeigen sich ebenfalls in den Träumen die Stellungnahmen des Patienten zu seiner Krankheit. Die selten faßbaren Träume Schizophrener lassen größtenteils die Gefühle der Einsamkeit und Isolierung in Bildern der Öde und Verlassenheit symbolisch Ausdruck finden⁴²⁾.

Wenn einmal ein Traum ausnahmsweise eine Wahnidee wiedergibt, so bedeutet die-

³⁵⁾ H. Steck: Psychopathologie des Wahns. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 67 (1951), 66.

³⁶⁾ E. Kahn: Über Wahnbildung. Arch. f. Psychiatrie 88 (1929), 435.

³⁷⁾ L. Sachs: Über Beeinflussungswahn und Charakter. Z. ges. Neur. u. Psych. 166 (1938), 680.

³⁸⁾ J. Klaesi: Lebensalter und Wahnform. Arch. f. Psych. 2 (1937), 107.

³⁹⁾ Bärtschi-Rochaix: Die Stellung des Kindes im Wahnsystem der Mutter. Z. ges. Neur. u. Psych. 159 (1937), 746.

⁴⁰⁾ Bressler: Das Kind im Wahnsystem der Eltern. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 67 (1941), 3.

⁴¹⁾ Klaesi: Aufgaben und Ziele der ärztlichen Fortbildung in der Psychiatrie. Bericht über den 3. Intern. Kongreß für ärztliche Fortbildung. 216 (1938).

⁴²⁾ S. Sussman: Beitrag zum Problem der Träume der Schizophrenen. Nervenarzt 9 (1936), 453.

ses, daß die Wahndee entweder im Entstehen begriffen ist oder aus anderen Gründen noch der Ergänzung und Veranschaulichung bedarf (Klaesi). Auf das Deuten der Träume — um dieses Problem nur im Vorübergehen zu streifen — findet das ausdrucksphänomenologische Verstehen ebenso wie auf die mimischen Erscheinungen Anwendung. Klaesi geht nicht nach der Freudschen Methode vor, indem er den Traum in Einzelheiten zerlegt und den Patienten dazu assoziieren läßt, sondern er nimmt die alte chaldäische Traumdeutung insofern wieder auf, als er ganzheitlich nach dem Affektgehalt fragt, den Traum als Gleichnis auffaßt und die Inhalte nur beschreibt und für sich sprechen läßt, ohne sich auf die Bequemlichkeit fester Symbole zu stützen. vielmehr stets bemüht ist, um eine der Persönlichkeit und dem Traumbild gleichermaßen gerechtwerdende Deutung.

Wie bereits zu Anfang erwähnt, werden in der Berner Klinik auch die üblichen körperlichen Behandlungsmethoden angewandt. Sie sind aber nicht grundsätzlich und immer angezeigt — wie eine Psychotherapie bei Schizophrenen grundsätzlich und immer indiziert ist, auch wenn sie erst über den Umweg einer körperlichen Behandlung ermöglicht wird — sondern ihre Anwendung erscheint nur bei bestimmten Fällen berechtigt und erfolgversprechend. Das Bemühen Klaesis, durch die im Kranken selbst liegenden Heilungstendenzen psychotherapeutisch zu helfen, findet sich auch in seiner körperlichen Behandlungsweise, indem er — „physiologischer“ als die Applizierung von Schocks — den natürlichen Schlaf medikamentös verlängert und damit innerhalb von Heilungs- und Erholungsmöglichkeiten, die durch die Natur selbst gegeben sind, therapeutisch wirksam ist. Mit der im Jahre 1921 erstmals angewandten Schlafkur⁴³⁾ wird nicht nur eine allgemeine Ruhigstellung erstrebt, sondern versucht, „durch künstliche Erzeugung eines bestimmten Grades von Hilfsbedürftigkeit und Anlehnungsbedürfnis an Arzt und Personal . . . die gewünschte Grundlage zu schaffen für eine heilsame Aufschließung und Umstimmung“⁴⁴⁾. Der Dauerschlaf, der vorwiegend nur eine „Wegbereitung für die psychische Behandlung“ darstellt, ist indiziert bei agitierten Aufregungszuständen, trotzigem Negativismus, Stereotypien des Gedankens und Wunsches sowie bei akut halluzinatorischen Schüben.

Während die Schlafkur in früheren Jahren eine nicht ungefährliche Behandlung war und O. Briner 1938 bei 47 Schlafkuren noch 4 Todesfälle verzeichnete⁴⁵⁾, ist heute durch eine neuartige Handhabung die Mortalität auf ein Minimum gesunken. Die Vorbereitungen zur Schlafkur⁴⁶⁾, von der alle Kreislauf-, Leber- und Nierengeschädigten ausgeschlossen sind, bestehen in reichlicher Flüssigkeitszufuhr, Zahnsanierung, Phlebitisprophylaxe und vor allem in gründlichem Abführen während zweier Tage. Die Schlafkur selbst wird 10–15 Tage lang durchgeführt, und zwar meist mit 2–3 Ampullen Somnifen pro die. Notfalls können noch zweimal 1½ ccm Mo-scop. zusätzlich gespritzt werden. Während der ganzen Kur werden täglich 2 l 4proz. Traubenzucker- und 1 l physiologischer Kochsalzlösung, 300 000 E. Penicillin, 10 Tropfen Digalen, dreimal 15 Tropfen Coramin, je 1 Ampulle Becozym, Redoxon und Hepaglandol gegeben sowie alle 8 Stunden 1 Minute lang ein Kohlensäure-Sauerstoff-Gemisch inhaliert. Neben einer alle 30 Minuten erfolgenden Kontrolle von Puls und Atmung müssen Blutdruck und Temperatur alle 2 Stunden gemessen werden. Vor allem sind Temperatur-

⁴³⁾ Klaesi: Über die therapeutische Anwendung der Dauermarkose mittels Somnifen bei Schizophrenen. Z. ges. Neur. u. Psych. 74 (1922), 557.

⁴⁴⁾ J. Klaesi: Zur somatischen Therapie, a. a. O.

⁴⁵⁾ O. Briner: Untersuchungen über die Art und Häufigkeit der Remissionen bei Schizophrenie mit besonderer Berücksichtigung der Frühentlassenen und der Dauerschlaftherapie. Z. ges. Neur. u. Psych. 102 (1938), 582.

⁴⁶⁾ Siehe Anleitung zur Durchführung der Schlafkur von M. Remy (nicht veröffentl.).

steigerungen zu beachten; falls der Patient nicht auf Flüssigkeitszufuhr, Katheterisieren oder Abführen fieberfrei wird, ist die Kur sofort abzubrechen.

Neben der Schlafkur kommen an der Berner Klinik aber auch bei entsprechender Indikation Insulin- und Elektroschock-Behandlung zur Anwendung, und zwar letztere vorwiegend bei Depressionen und Katatonien. Wie diese Methoden aber nur der Psychotherapie den Weg bereiten, ist auch die bei ganz schweren Fällen angezeigte Leukotomie letztlich vorwiegend dadurch wirksam, daß sie einen „Durchbruch aktiver, aber in der Psychose brachliegender, an charakterliche Dispositionen gebundener Kräfte zur Auswirkung kommen läßt und Raum schafft für eine mögliche Neuorientierung der Persönlichkeit“⁴⁷⁾ (H. Heiman). — Die erfolgreich durchgeführte Dauernarkose hat eine allgemeine Beruhigung und aufgeschlossenerere Einstellung zur Umwelt sowie vielfach ein Verschwinden der Stereotypien, Halluzinationen und Wahnideen zur Folge. Für die weitere psychotherapeutische Beeinflussung bietet vor allem der bessere Rapport die Grundlage, der sich bereits während der Kur anbahnt, wenn der Arzt im verdunkelten Zimmer an das Bett des Kranken tritt, einige beruhigende Worte sagt oder durch eine kleine Hilfeleistung seine Fürsorge zeigt — eine Atmosphäre, die nicht nur ästhetischer als Stromstoß, Schrei und Krampf des Elektroschocks ist, sondern auch geeigneter erscheint, sich das Vertrauen und die Zuneigung des Kranken zu erwerben. Unter der Führung des Arztes lernt der Patient dann langsam, sich neu und anders seinen inneren und äußeren Bedingungen anzupassen und kehrt allmählich über die Beschäftigung mit persönlichen Liebhabereien, Spaziergängen und kleinen Pflichten ins Leben zurück. Die psychotherapeutische Behandlung besteht anfangs mehr in einer „zudeckenden“ Therapie, doch bedeutet dieses kein dogmatisches Gesetz, denn für jeden Patienten ist die rechte Stunde für das rechte Wort eine andere. So können auch keine gültigen Regeln für die Behandlung der einzelnen Schizophreniegruppen aufgestellt werden, und entsprechende Vorschläge wollen nur als Hinweise und Anregungen aufgefaßt sein. Nach Klaesi sind für krankheitseinsichtige und behandlungssüchtige Patienten vor allem überzeugend eingreifende Mittel, wie physikalische oder diätische Maßnahmen, am Platze, während für hysteriforme und unter Zwängen leidende Kranke einfache Suggestivmethoden und psychoanalyse-ähnliche Befragungen angebracht scheinen. Die Unterwürfigen, Entschlußunfähigen und Gleichgültigen zeigen sich in den Arbeitskolonien brauchbar, die kleine Bauernhöfe außerhalb der Anstalt mit einer relativ selbständigen Verwaltung sind; auch in der Familienpflege, als einer Zwischenstation zwischen Anstalt und Freiheit, finden sie die geeigneten Bedingungen, um sich wieder an eine gewisse Selbständigkeit zu gewöhnen⁴⁸⁾. Vor allem aber ist die Arbeitstherapie, die die Patienten aus autistischen Grübeleien und stumpfer Gleichgültigkeit herauslockt und zu einer zielvollen Tätigkeit konzentriert, eine unentbehrliche Behandlungsmethode. Die heilbaren Kranken werden zweckmäßigerweise mit mehr mechanischen Arbeiten beschäftigt, um ihnen nicht durch die Arbeit einen Ersatz der Außenwelt zu geben, sondern ihnen über dem langweiligen Kleben von Papiersäcken und anderem zu Bewußtsein kommen zu lassen, daß nicht in der Anstalt, sondern draußen in einer sinnvollen Tätigkeit ihr Platz ist. Hingegen werden die chronischen Kranken,

⁴⁷⁾ H. Heiman: Erfahrungen mit der frontalen Lobotomie bei Schizophrenen. Mschr. f. Psych. u. Neur. 121 (1951), 163.

⁴⁸⁾ Klaesi: Einiges über Schizophreniebehandlung, a. a. O.

die in einem besonderen Gebäude untergebracht sind, zu abwechslungsreichen Betätigungen herangezogen und ihnen in der Landwirtschaft und den handwerklichen Betrieben Arbeitsmöglichkeiten geboten. Es wird versucht, ihnen die Umgebung einigermaßen wohnlich zu gestalten und auch durch Vergnügungen, wie Konzerte, Faschnachtsfeste, Theatervorführung und Tanzanlässe, die Möglichkeit zur Abwechslung und damit zu „Metachoresen“⁴⁹⁾, d. h. Einstellungswandlungen, zu geben, wie sie ihrer auch der Normale draußen im Leben bedarf. Sie haben Pflichten und Rechte innerhalb ihrer Gemeinschaft wie der Bürger in seiner Welt, und vielfach wachen sie mit einem sehr gesunden Gefühl darüber, daß ihnen Lohn wie Strafe zuteil wird, und fühlen sich als krank und nicht vollsinnig angesehen, wenn ihnen ein Vergehen, ohne es zu rügen, nachgesehen wird. Auch für sie gilt: „Endogenität ist nicht Fatum“⁵⁰⁾ und „so lange muß man mit ihnen gesund spielen, bis sie es wirklich sind“⁵¹⁾ — wobei man allerdings die unheilbar Kranken nur dann als „gesund“ bezeichnen kann, wenn man mit Klaesi der Meinung ist, daß „Krankheit und gleichzeitige Leistungsfähigkeit gleichbedeutend mit Gesundheit“ ist⁵²⁾. Die Aufgabe des Arztes bedeutet nicht unbedingt die Rückführung des Kranken zur Norm, vielmehr: „Sein höchstes ärztliches Wirken und Können setzt da ein, wo die Heilbarkeit der Krankheit aufhört.“⁵³⁾ Mit diesen Gedankengängen ist bereits gesagt, daß die chronischen Zustandsbilder nicht einfach ausgebrannte Schlacken der akuten Schübe darstellen, sondern „unter dem Zwang des Äußerungswillens sich wandelnde und vertiefende Fortentwicklung derselben, wobei es zu einer Reichhaltigkeit der Formen und Ausdruckstendenzen kommt, die denen akuter Stadien mindestens gleichstehen; sie verhalten sich zu diesen ungefähr wie die gesammelten Schriften eines Politikers zu seiner Jungferrede im Nationalrat“⁵⁴⁾. Vor allem J. Wyrch ist die Beschreibung chronisch-schizophrener Zustandsbilder zu verdanken, von denen besonders die eindruckliche Schilderung der Ida J. im Gedächtnis haften bleibt⁵⁵⁾. Solchen skurril-originellen Gestalten begegnet man im Anstaltsleben tagtäglich, und man ist immer wieder amüsiert, wenn die umfangreiche Wäscherin einem den Löwenanteil ihrer unfehlbar eintreffenden Millionen verspricht, und beschämt und betroffen über die Treue des mageren Fräuleins, das mit unverändert strahlendem Gesicht seit Jahren den Bräutigam erwartet, oder man winkt Tag für Tag gleichermaßen erfreut der Galerie abenteuerlicher Hüte zu, die sich freundlich, widerwillig, lahm oder läppisch-heiter lüften, wenn im Schneckentempo die Arbeitsgruppe vorüberzieht, von manchen Patienten nicht ohne einen Anflug von Selbstironie „der Blitzzug“ genannt. Immer wieder aber ist man darüber erstaunt, daß ein schwerkranker Patient plötzlich einmal einen Augenblick lang zu sein vermag wie ein Gesunder und fühlen, denken und sprechen kann wie dieser — eine Tatsache, die uns, wenn wir über die Ursache der Krankheit nachdenken, die Unwahrscheinlichkeit der Schizophrenie als einer Heredodegeneration im Sinne Kleists eindeutig vor Augen führt. Freilich sind wir hiermit nur um eine Einschränkung reicher geworden und der Erforschung der Ursache dieser Krankheit nicht näher gekommen, die wir nicht erklären, sondern nur beschreiben und

49) Klaesi: Vom seelischen Kranksein. Bern und Leipzig 1937. S. 24.

50) E. Kretschmer: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart 1949.

51) S. Klaesi: Klinische Vorlesungen.

52) J. Klaesi: Klinische Vorlesungen.

53) J. Klaesi: Der unheilbare Kranke und seine Behandlung. Bern 1950. S. 24.

54) J. Klaesi: Durchgangsklinik oder nicht? Z. f. Psych., Bd. 163, 1935.

55) J. Wyrch: Die Person des Schizophrenen, a. a. O.

verstehen können und deren Erscheinungsfülle wir hinnehmen müssen als eine Seite und Schicksalsmöglichkeit des menschlichen Seins.

Nur zu oft hat die These der Uneinfühlbarkeit und Unverstehbarkeit der Schizophrenen zu der Bequemlichkeit verleitet, das Seelenleben des Kranken in der Überzeugung seiner grundsätzlichen Fremd- und Andersartigkeit lediglich aus der kopfschüttelnden Distanz des kühlen Beobachters zu sehen. Gegen diese Auffassung hat sich in Fortführung der Bleulerschen Tradition vor allem K l a e s i gewandt, und nicht zuletzt ist es seinem ausdrucksphänomenologischen Verstehen zu verdanken, daß man sich in den letzten Jahrzehnten weniger um einzelne Symptome kümmert, sondern die Persönlichkeit des Kranken in das Zentrum des Interesses rückt und unter diesem ganzheitlichen Aspekt bemüht ist, sich in die schizophrene Erlebnisweise einzufühlen und sie als sinnvoll zu verstehen. K l a e s i hat gezeigt, daß zum Verstehen stets zwei gehören und daß nicht immer der Kranke daran schuld ist, wenn seine Ideen als uneinfühlbar und unverständlich bezeichnet werden — somit es nicht ganz unberechtigt erscheinen mag, die Lichtenbergsche Sentenz, die K i e r k e g a a r d über seine „Stadien“ schreibt, auch für das Wesen des Schizophrenen in Anspruch zu nehmen: „Solche Werke sind Spiegel, wenn ein Affe hineinguckt, kann kein Apostel hinausschauen.“

Aus der Inneren Abteilung des Nymphenburger Krankenhauses München
(Chefarzt: Prof. Dr. H u g o K ä m m e r e r)

Quincke-Ödem als lebendiger Ausdruck (Ein kasuistischer Beitrag zur Psychosomatik der Allergosen)

Von Dr. Dr. H e i n z H ä f n e r

Es fehlt im reichen Schrifttum über allergische Erkrankungen nicht an Hinweisen auf den großen Einfluß, den das vegetative Nervensystem und die Psyche auf Ablauf und Symptomatik der Allergosen haben. Wenn man aber die Fülle der Ansichten überblickt, so lassen sich doch im wesentlichen zwei Grundeinstellungen herauskristallisieren. Die erste, die vor allem durch K ä m m e r e r (5), B e r g e r (1) u. a. vertreten wird, sieht das Wesen der Allergie in der Antigen-Antikörper-Reaktion (AAR.), die primär durch Sensibilisierung organisch ausgelöst wird, die aber stets in enger Korrelation mit dem Nervensystem und der Psyche abläuft, und besonders im Effekt durch die Reagibilität des Schockgewebes und der Gefäßregulation stark beeinflußt wird. Dabei verschließt sich K ä m m e r e r durchaus nicht der Möglichkeit einer rein psychischen Genese von urtikariellen und anderen allergieähnlichen Erscheinungen; doch kommen sie nach seiner Meinung nicht über eine AAR. zustande, sondern durch zentral ausgelöste Dysregulationen im vegetativen System und in der Gefäßinnervation.

Diesen Anschauungen gegenüber steht jene Gruppe von Forschern, die allergische Symptome als primär psychisch entstanden glaubt. Dabei soll von den Theorien M e t a l n i k o w s (11), D i a c o n o s (2) u. a., die die AAR. als bedingten Reflex deuten, abgese-