

A. RIBI

Die Auffassung C. G. Jungs von der Schizophrenie

Vortrag in der Psychiatrischen Klinik Königsfelden Theoretische Fachausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie 18. März 1993

Erstmals erschienen in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie Band 144 (1993), Heft 6, Seiten 487-500

Als sich C. G. Jung Anfang unseres Jahrhunderts am Burghölzli mit der häufigsten Geisteskrankheit zu beschäftigen begann, hieß sie noch Dementia praecox (vorzeitige Verblödung). Schon aus der Tatsache allein, dass wir diese Krankheit heute nach dem Vorschlag von Eugen Bleuler Schizophrenie (gespaltenes Irresein) nennen und die Kranken keineswegs mehr mit den Dementen oder Alzheimerpatienten vergleichen, können Sie den Wandel in der Auffassung dieser Krankheit ermessen, der sich in diesen neunzig Jahren vollzogen hat. Die vermehrte Beschäftigung des Pflegepersonals mit diesen Kranken hat nicht nur zu einer freieren Führung der psychiatrischen Kliniken, sondern auch zu einer wesentlichen Verkürzung der Aufenthaltsdauer geführt. Dagegen musste Jung, der sich sein Leben lang mit dieser rätselhaften Krankheit befasst hat, am Ende seines Lebens feststellen (1959), dass «seit dem bescheidenen Versuch, den er vor fünfzig Jahren auf diesem noch unerforschten Gebiet gemacht habe, kein großer Fortschritt erzielt worden» sei (GW 3 543). Das dürfte auch heute noch gültig sein; obwohl in der Zwischenzeit eine enorme Masse von Einzeltatsachen angehäuft wurde, fehlt uns eine ganzheitliche Schau der Krankheit. Mir scheint, diese sei nicht zuletzt deshalb aus dem Blickfeld geraten, weil wir in den modernen antipsychotischen Medikamenten ein leichtes Mittel zur Hand haben, die Psychologie und Psychogenese der Krankheit außer Acht zu lassen.

Ich will im Folgenden - besonders den jungen Psychiatern - nicht trockene Theorie über Schizophrenie auftischen, sondern ihnen die Augen für die praktischen menschlichen Horizonte öffnen, die mit ihr verknüpft sind. Das hat zwei Gründe: erstens begegnet der Psychiater und Therapeut in seiner ambulanten Praxis vielen leichten Fällen, die keiner medikamentösen Behandlung, dafür aber dringend eines psychologischen Verständnisses bedürfen, und zweitens, weil die gefährlichen latenten Psychosen in der Praxis erkannt werden müssen, da sie die betes noires der Psychotherapie sind. Zum ersten Punkt ist zu sagen, dass das Krankheitsbild Schizophrenie wohl sehr anders aussehen würde, wenn es nicht von den Klinikern beschrieben worden wäre, die vorwiegend die schweren Fälle sehen. Sie können das mit der Tuberkulose vergleichen, wenn die Sanatoriumsärzte sie in ihrer Schwere und Prognose beurteilt hätten. In der Praxis werden Sie es mit vielen Fällen zu tun haben, die lediglich drohen in eine Psychose abzugleiten oder erst am Anfang der Psychose stehen oder leichte Psychosen sind, deren Hospitalisation verfehlt wäre. Sie müssen daher die Möglichkeiten einer imminenten Psychose erkennen können. Zum zweiten Punkt schätzt Jung das Verhältnis von latenter zu manifester Psychose in der Bevölkerung 10:1. Das Vorkommen von Schizophrenie beträgt auf der ganzen Welt 2% der Bevölkerung. Daraus ersehen Sie, dass wir bei einem Fünftel der Bevölkerung mit latenter Psychose zu rechnen haben. Latente Psychose bedeutet Personen mit einer schwachen psychischen Konstitution oder einem übermächtigen Unbewussten.

Diese Diagnose hat in der Psychotherapie einen großen praktischen Wert. In der Forensik gibt es sie nicht, denn für die Beurteilung eines Täters gibt es nur die Frage, ob Symptome einer Psychose vorhanden sind oder nicht. Früher sprachen die Psychiater von einem so genannten Präcox-Gefühl, was viel zu subjektiv und zu unscharf ist. Zweifellos erkennen Sie oft latente Psychosen daran, dass Sie der Patient plötzlich sehr müde macht, dass er ein seltsames Flackern in den Augen hat und dass sein Blick merkwürdig unsicher ist. Es braucht aber viel Erfahrung, um sie diagnostizieren zu können, und selbst dann braucht es oft lange Zeit mit dem Patienten, bis man sich sicher ist. Denn eine Diagnose ist nicht eine Verurteilung und muss daher mit aller Umsicht gestellt werden, was besonders für jene der Schizophrenie zutrifft, welche vom Laien oft als ein Todesurteil aufgefasst wird.

Ich will nach diesen Präliminarien zu meinem eigentlichen Thema kommen und dieses Ihnen anhand eines von Jung geschilderten Falles erläutern (GW 3 571): Ein neunzehnjähriges Mädchen, das bereits mit siebzehn Jahren wegen Katatonie und Halluzinose in einer Klinik untergebracht worden war, wurde ihm von ihrem Bruder, der Arzt war, zur Behandlung gebracht. Sie war in einem katatonen Zustand, völlig mutistisch, mit kalten blauen Händen, fleckigen Stasen im Gesicht und erweiterten, schwach reagierenden Pupillen. Er sah sie täglich zu einstündigen Konsultationen, in welchen es ihm nach monatelangen Bemühungen gelang, sie dazu zu bringen, dass sie zu Ende jeder Stunde ein paar Worte flüsterte. Im Moment, wo sie sich zu sprechen anschickte, verengten sich jeweils die Pupillen, die Stasen im Gesicht verschwanden, bald erwärmten sich auch die Hände und nahmen normale Farbe an. Schließlich begann sie nach endlosen Sperrungen zu reden und ihm den Inhalt ihrer Psychose zu erzählen. Sie hatte eine nur fragmentarische Bildung und wies keine Spur von mythologischen und folkloristischen Kenntnissen auf. Sie erzählte ihm nun einen langen und ausführlichen Mythos, eine Beschreibung ihres Lebens auf dem Monde, wo sie die Rolle eines weiblichen Heilandes für das Mondvolk spielte. Wie die klassische Beziehung des Mondes zur Geisteskrankheit (die Engländer nennen Geistesranke «lunatics»), so waren ihr auch die zahlreichen anderen mythologischen Motive in ihrer Erzählung als solche unbekannt. Das erste Rezidiv erfolgte nach etwa viermonatiger Behandlung und war verursacht durch die plötzliche Erkenntnis, dass sie nicht mehr auf den Mond zurückkehren konnte, nachdem sie ihr Geheimnis einem Menschen verraten hatte. Sie verfiel in einen heftigen Erregungszustand, welcher ihre Überführung in eine psychiatrische Klinik notwendig machte, aus welcher sie nach zwei Monaten entlassen werden konnte. Sie war nun etwas zugänglicher und fing an, Probleme zu diskutieren, wie sie für Neurosenfälle charakteristisch sind. Ihre frühere Apathie und Affektlosigkeit machte allmählich einer gewissen schwerflüssigen Emotionalität und Gefühlshaftigkeit Platz. In zunehmendem Masse dämmerte ihr das Problem ihres Wiedereintrittes und der Anpassung an das normale Leben und der Bejahung einer menschlich-sozialen Existenz. Als sie sich der Unvermeidlichkeit dieser Aufgabe gegenübergestellt sah, erfolgte das zweite Rezidiv: Sie musste mit einem schweren Tobsuchtsanfall in die Klinik gebracht werden. Jung konnte die Patientin trotz einiger Zweifel nach etwas mehr als einjähriger Behandlung als geheilt entlassen. Die Katamnese über die nächsten dreißig Jahre zeigte, dass sie einige Jahre später geheiratet und Kinder hatte und niemals mehr pathologische Anwendungen verspürte.

Nun muss ich Sie sofort warnen, irgendetwas von diesem Fall zu verallgemeinern. Es gibt keine Standardmethode der Behandlung Schizophrener. Auch bessern sich nicht alle Schizophrenen unter Psychotherapie, noch weniger heilen aus wie im vorliegenden Fall. Die Tatsache aber, dass es solche

Fälle zweifellos gibt und wo an der Diagnose nicht zu rütteln ist, sollte uns in jedem Falle Ansporn sein, das menschenmögliche zu versuchen. Man kann es dem Patienten nicht von vornherein ansehen, ob er sich für eine Therapie eignet. In unserem Falle erkennen Sie auch, wie viel Geduld es für den Therapeuten braucht, so jemand überhaupt erst zum Sprechen zu bringen. Mir ist ganz klar, dass dieser Zeitaufwand in einer psychiatrischen Klinik gar nicht erbracht werden kann und in einer ambulanten Praxis stets die Ausnahme bleiben wird. Man hat aber schon lange erkannt, dass die menschliche Zuwendung, besonders in der akuten Phase der Psychose, der entscheidende therapeutische Faktor ist. Die Patienten drohen den Kontakt zur Umwelt völlig zu verlieren und in der traumartigen Welt der Psychose unterzutauchen. Die Isolierung durch eine fundamentale Störung der Beziehung des Kranken zu seiner Umwelt scheint ein primäres Symptom zu sein. In der Behandlung kommt es darum weniger auf die «Methode», sondern auf den persönlichen Einsatz, den ernstesten Vorsatz und die Hingabe, ja Aufopferung der Behandelnden an (GW 3 573). «Man kann zwar in der Tat auch schwere Schizophrenien durch psychische Behandlung merklich bessern oder sogar heilen, sofern es die eigene Konstitution aushält», sagt Jung (1. c.). Man darf nämlich nicht außer Acht lassen, dass eine solche Behandlung nicht nur ungewöhnliche Anstrengungen erfordert, sondern auch psychische Infektionen beim Therapeuten veranlassen kann, wenn er selber eine etwas unsichere Disposition besitzt. Die Gefahr einer induzierten Psychose ist viel zu wenig bekannt. Die kaltschnäuzige Art gewisser Psychiater gegenüber ihren Patienten ist oft nichts anderes als eine Abwehr psychischer Ansteckung.

Therapie und Verständnis des Inhaltes der Psychosen gehen Hand in Hand. Sobald ein Kranker aus dem katatonen Stadium herausgekommen ist und über den Inhalt sprechen kann, der ihn umtreibt, werden an den Therapeuten große Anforderungen hinsichtlich seines Verständnisses gestellt. Während eine Neurosen-therapie mit dem Rüstzeug persönlicher Psychologie noch durchkommen mag, gelingt das im Falle der Psychose nicht mehr. Es ist, als seien die Kranken durch die persönliche Schicht ihrer Psyche durchgebrochen in den Bereich der Menschheitspsyche oder der objektiven Psyche. Diese ist die Substanz jeglicher Mythologie, jeglicher Religion, der Folklore und der Märchen. Besonders aber ist es die Psychologie der Naturvölker, weshalb wir vielen Archaismen bei Schizophrenen begegnen. Sie sind aus unserer Zeit und unserer Kultur herausgefallen. Wir müssen ihnen helfen, den Einstieg in unsere Welt wieder zu finden. Sie leben den Traum der Völker verflorener Jahrhunderte, der niemals in ihrem Bewusstsein war und der mit der Alltagswelt ihrer Umgebung keinerlei Anknüpfungspunkte aufzuweisen scheint. Als Welt der Mythen und Märchen übt sie wegen ihrer Numinosität eine derartige Faszination aus, dass die gewöhnliche Welt völlig banal und unattraktiv erscheint.

Das ist der Grund, weshalb die Schizophrenen selber die grössten Widerstände einer Heilung entgegensetzen. Ein Neurotiker leidet meistens unter seinem inneren Uneinssein und sucht herauszufinden. Der Psychotiker leidet zwar auch, aber meist am Unverständnis der Umgebung seiner «Traumwelt» gegenüber. Deshalb wollen Paranoide oft ihre Umgebung für ihren Wahn missionieren. Im geschilderten Fall war es so, dass ihr Mutismus darauf beruhte, ihr «Geheimnis» nicht zu verraten. Das ist wohl der häufigste Grund für den schizophrenen Mutismus. Denn, sobald sie sich ihrem Therapeuten anvertraut hatte, konnte sie nicht mehr in ihre psychotische Fantasiewelt zurückkehren. Der Bann des Numinosums war gebrochen.

Hier ist es sehr wichtig, zu wissen, dass selbst in der schwersten Psychose eine gesunde Ichpersönlichkeit erhalten bleibt. Diese gilt es zu stärken! Sie kritisiert nämlich ständig die abnormen Gedanken oder Handlungen und versucht sie zu kompensieren. Damit, dass wir den Kranken offen sagen, was wir für krank und was wir für gesund halten, helfen wir der geschwächten «fonction du réel» (Janet). Die kranke Seite wird uns selbstverständlich sofort an die Kehle springen, um uns vom Gegenteil zu überzeugen. Wir dürfen uns nur nicht auf ein solches Machtspiel von Recht und Unrecht einlassen, sondern sollen ruhig einen point de repere darstellen für das verunsicherte Ich.

Im geschilderten Fall trat an diesem Punkt ein Rezidiv mit einem heftigen Erregungszustand auf. Wir dürfen uns auch durch Rückfälle nicht beirren lassen, sie können auch eine Etappe auf dem Wege zur Besserung sein. Ich habe lange einen chronisch Schizophrenen behandelt und dort bemerkt - was ich gar nicht laut zu sagen wage -, dass der Kranke manchmal eine Wahlfreiheit hat, ob er der anstürmenden Psychose stattgeben oder standhalten will. Ich wage diese Tatsache darum nicht laut zu äußern, weil sie sofort zu Missverständnissen Anlass geben kann. Man erkennt diese Willensfreiheit nur, wenn man jemand genau kennt. War bei ihm die Qual der Anpassung an die Umwelt zu groß, ließ er die Psychose zu, denn er wusste, in der Klinik brauchte er nicht gegen sie zu kämpfen, dort hätte er «Narrenfreiheit», dort wäre er unter seinesgleichen und würde nicht auffallen. Konnte ich ihm jedoch die Anpassung an die normale Umwelt verlockender erscheinen lassen als das Aufgeben, dann hielt er durch und nach kurzer dramatischer Phase ließ der Ansturm des Unbewussten regelmäßig nach. Dann erforderte seine Anpassung keine übermenschlichen Anstrengungen mehr.

Die Therapie besteht daher in großen Zügen aus zwei Seiten:

1. dem Kranken durch das Verstehen seiner psychotischen Inhalte Brücken zur normalen Welt seiner Mitmenschen zu bauen, damit der abgerissene Kontakt wieder hergestellt werden kann, und
2. der Stärkung der «fonction du réel», seiner Realitätsfunktion, damit die Anpassung an die Realität geleistet werden kann. Dabei spielt die Persona, der Kodex von Anstands- und Verhaltensnormen eine hilfreiche Rolle. Oft ist die regressive Wiederherstellung der Persona der Grund für jenen Mangel an Spontaneität und der Grund für eine gewisse Steifheit bei Schizophrenen im Intervall.

Anhand dieses ersten Falles versuchte ich Ihnen eine erste Orientierung über den Inhalt und die Therapie der Schizophrenie zu geben. Wir wollen nun in die subtileren Fragestellungen der Psychogenese der Krankheit eindringen. Zunächst ist die wichtige Feststellung zu machen, dass es keine strikte Ätiologie gibt, womit ich meine, dass es keinen menschlichen Konflikt gibt, der kausal auslösend wäre für die Krankheit. Wir können von keinem Problem sagen: Das muss ja zu einer Schizophrenie führen! Das zeigt, welche Plastizität der menschlichen Psyche eigen ist. Über demselben Problem, über welchem einer schizophren geworden ist, wird ein anderer vielleicht neurotisch oder psychosomatisch krank und ein anderer bleibt gar gesund.

Daraus kann man ersehen, dass ein konstitutioneller Faktor eine Rolle spielen muss. Nun wissen wir nicht, und aus der Erfahrung scheinen beide Möglichkeiten vorzukommen, ob es eine konstitutionelle Fragilität der Persönlichkeit oder eine konstitutionelle Übermacht des Unbewussten ist. Es gibt Persönlichkeiten, deren Haus sozusagen mit schlechtem Mörtel gebaut ist, bei welchen die

Dissoziabilität der Psyche erhöht ist. Zweifellos gibt es auch jene Persönlichkeiten, die ständig von mächtigen eindrücklichen Träumen heimgesucht werden und für das i Unbewusste besonders durchlässig sind. Was nun das Auslösende für die Schizophrenie ist, ist ein übermächtiger Affekt, der zu einem abaissement du niveau mental (Janet) führt. Jeder Affekt führt zu einer Senkung der Bewusstseinsschwelle, das kennen Sie aus eigener Erfahrung. Das abaissement ist an sich ein normales psychologisches Phänomen, das bei Müdigkeit, Erschöpfung, beim Tagträumen und unter Drogen oder anderen toxischen Substanzen auftritt. Jede Nacht verfallen wir dem abaissement, worauf unbewusste Inhalte in Form unserer Träume zu einem reduzierten Ich vordringen können. Das abaissement (GW 3 510)

1. verursacht den Verlust von ganzen Bereichen normalerweise kontrollierter Inhalte;
2. erzeugt abgespaltene Bruchstücke der Persönlichkeit, die als handelnde Personen in unseren Träumen auftreten;
3. verhindert, dass normale Gedankengänge folgerichtig durchgeführt und vollendet werden, was sich ebenfalls im Traum ereignet;
4. verringert die Verantwortlichkeit und die adäquate Reaktion des Ichs;
5. verursacht unvollständige Vorstellungen von der Wirklichkeit und lässt dadurch ungenügende und unangemessene emotionale Reaktionen entstehen, was Sie erleben, wenn Ihnen jemand ins «Fettnäpfchen» tritt und Sie «nur noch rot sehen»;
6. senkt die Schwelle des Bewusstseins und erlaubt damit normalerweise zurückgehaltenen Inhalten des Unbewussten, in Gestalt autonomer Invasionen in das Bewusstsein einzudringen.

Das abaissement du niveau mental hat nun im Gegensatz zum Normalen oder zum Neurotiker bei einer disponierten Persönlichkeit verheerende Folgen, die die Einheit der Persönlichkeit nahezu irreparabel beschädigen; sie wird wie ein zersplitterter Spiegel (GW 3 507), in welchem sich die Umwelt vielfach bricht.

Es besteht kein Zweifel daran, dass alle Folgesymptome sich psychologisch aus diesem ersten «big bang» ableiten lassen. Ich will Ihnen ein Beispiel dafür geben, welche subtilen psychologischen Vorgänge sich in diesem Initialstadium ereignen, die der gewöhnlichen psychiatrischen Beobachtung entgehen (GW 3 482 ff.).

Ein junges Mädchen, eine Bauerntochter, erkrankte plötzlich an Schizophrenie. Der Hausarzt, der sie kannte, meinte, sie sei stets sehr ruhig und zurückhaltend gewesen. Ihre Symptome traten ganz plötzlich und unvermutet auf: Eines Nachts hörte sie die Stimme Gottes zu ihr sprechen, über Krieg und Frieden und die Sünden der Menschen. Jesus erschien ihr in einer Vision. Als Jung sie untersuchte, war sie völlig ruhig, aber gänzlich ohne Interesse für die Umgebung. Sie stand den ganzen Tag am Ofen, schwankte hin und her und sprach mit niemandem, außer wenn sie gefragt wurde. Ihre Antworten waren kurz und klar, aber ohne Gefühl.

Jung bat sie, ihm von ihren Erlebnissen zu erzählen. In ihrer-schweigsamen und leidenschaftslosen Art sagte sie, sie habe lange Gespräche mit Gott gehabt, aber das Thema ihrer Unterhaltung

vergessen. Christus habe wie ein gewöhnlicher Mensch mit blauen Augen ausgesehen, auch hier erinnere sie sich nicht mehr, was er gesagt habe. Als Jung meinte, es sei bedauerlich, dass sie diese Gespräche völlig vergessen habe, sie hätte sie aufschreiben sollen, antwortete sie, sie hätte sie aufgeschrieben und brachte ihm ein Kalenderblatt, auf dem nichts weiter war als ein Kreuz, womit sie den Tag markiert hatte, an welchem sie erstmals Gottes Stimme hörte. Obwohl sie intelligent und als Lehrerin ausgebildet war, verhielt sie sich gänzlich indifferent und zeigte keine Spur von intellektueller oder emotionaler Reaktion.

Es war unmöglich, einen zusammenhängenden Bericht von ihr zu erhalten, und an dieser Stelle bricht meist die psychiatrische Exploration ab. Sie hatte offensichtlich keinerlei emotionale Beziehung mehr zu ihrer Umgebung. Sie hatte keinerlei Schwierigkeiten mit irgendeinem religiösen Erlebnis, noch gab es Konflikte, weder mit ihren Verwandten noch mit anderen Leuten. Sie kennen vielleicht das Gefühl, wie unnützlich und störend man sich aus der Sicht solcher Patienten fühlt.

Die Mutter, die Jung befragte, konnte lediglich sagen, dass die Patientin am Vorabend mit ihrer Schwester eine religiöse Versammlung besucht hatte. Als sie nach Hause kam, schien sie erregt und sprach davon, eine vollständige Bekehrung erfahren zu haben. Ihre Verwandten konnten nichts weiter sagen, als dass sie seit ihrem sechzehnten Lebensjahr immer außergewöhnlich still, zurückhaltend und scheu gewesen war. Ihre Kindheit war unauffällig. In der Familie gab es keine Erbkrankheiten.

Über die Diagnose Schizophrenie dürfte es wahrscheinlich keine Zweifel geben.

Es brauchte Jung etwa zwei Stunden, in mühsamen Befragungen den Schleier zu lüften. Die Patientin blieb die ganze Zeit einsilbig und gleichgültig, sodass es ihn die ganze Energie kostete, die Untersuchung weiterzuführen. Er achtete besonders auf ihr Benehmen, das die Selbstverteidigung verriet, mit welcher sie die überwältigenden Emotionen des verborgenen Konflikts abzuwehren suchte. Die Erforschung einer Psychose verlangt nahezu unbegrenzte Zeit. Nur das Gefühl, dass der Fall einfach schien, gab Jung den Mut und die Geduld, seine Fragen fortzusetzen. Wäre die Patientin in eine Klinik gebracht worden, hätte man in ihrer Anamnese nicht mehr als das bereits Gesagte entdeckt.

Jungs eindringende Untersuchung zeitigte folgendes Ergebnis: Einige Wochen vor Ausbruch der Krankheit war die Patientin mit einer Freundin in der Stadt. Dort lernte sie Herrn M. kennen. Als sie sich in ihn verliebte, erschrak sie über die außerordentliche Stärke ihrer Gefühle. Daraufhin wurde sie schweigsam und scheu. Sie erzählte ihrer Freundin nichts von ihrem Angstgefühl. Sie hoffte, Herr M. würde ihre Liebe erwidern. Da sie davon aber nichts bemerkte, kehrte sie fast unmittelbar darauf nach Hause zurück. Sie glaubte, wegen der Intensität ihrer Gefühle eine große Sünde begangen zu haben, obgleich sie zuvor nie besonders religiös gewesen war. Das Gefühl von Schuld ließ sie nicht mehr los, und als ihre Freundin, die sehr religiös war, sie einige Wochen später besuchte, willigte sie ein, mit ihr zu einer religiösen Versammlung zu kommen. Sie war dort tief ergriffen und erklärte ihre Konversion. Sie fühlte sich vom Schuldgefühl befreit. Gleichzeitig war ihre Liebe zu Herrn M. gänzlich erloschen. Jung forschte weiter, weshalb sie ihr Liebesgefühl für sündhaft hielt, worauf sie ihm gestand, sie habe gegenüber solchen Gefühlen eine Scheu seit ihrem sechzehnten Lebensjahr. Damals habe sie mit einer Freundin ihres Alters eine ältere geistesschwache Frau auf einem Spaziergang zu obszönem Verhalten provoziert. Davon erfuhren ihre Eltern und ihre Lehrer, und von

beiden wurde sie streng bestraft. Sie erkannte erst hinterher die Schlechtigkeit ihrer Tat und schämte sich sehr und gelobte sich feierlich, von nun an ein reines untadeliges Leben zu führen. Von der Zeit an zog sie sich zurück, weil sie fürchtete, die Nachbarn wüssten von ihrer Verfehlung. Sie machte es sich zur Gewohnheit, zu Hause zu bleiben und alle weltlichen Vergnügen zu meiden.

Aus dieser Geschichte können Sie unschwer erkennen, dass der Schuldkomplex der pathogene Komplex war. Die Patientin war ein moralisch wohlgezogenes Kind, das aber wegen ihres sensitiven Charakters etwas zu lange Kind blieb. So konnte sie noch in ihrem sechzehnten Lebensjahr eine solche kindlich unverantwortliche Tat begehen. Die darauf folgende Einsicht führte zu tiefer, ja übertriebener Reue, die ihren Schatten auf das Gefühl der Liebe vorauswarf. Sie fühlte sich durch alles unangenehm berührt, was nur im entferntesten diese Episode betraf. Das war der Grund für ihre Schuldgefühle, als sie ihre plötzliche Liebe zu Herrn M. entdeckte. Durch sofortige Abreise suchte sie eine weitere Entwicklung der Bindung zu verhindern und gab gleichzeitig alle Hoffnung auf. Ihre Sehnsucht versuchte sie auf die Sphäre der Religion zu übertragen. Die unerwartete und vollständige Konversion mag vielleicht überraschen, ist aber nicht ungewöhnlich auch bei Personen, die nicht zur Psychose neigen. Sie sehen, die pathogenen Eindrücke waren nicht unbedingt morbid, sie waren nur besonders intensiv. Ihre Freundin, die an derselben Sache teilgenommen hatte, wurde gleichermassen getadelt und bestraft, doch wurde sie nicht das Opfer immer wärender Reue und eines Rückzugs aus dem Leben. Der unterdrückte Wunsch nach menschlicher Beziehung machte sich in ihrem überwältigenden Liebesgefühl zu Herrn M. Luft. Ihre plötzliche Abreise und ihr Rückzug in die Einsamkeit, als ihr Gefühl nicht sofort erwidert wurde, war ein Rückfall in die frühere Weitabgewandtheit. Aus dieser glaubte sie ihre unerfüllten Hoffnungen in der Religion sublimieren zu können, die sie nicht nur von ihren Schuldgefühlen, sondern auch von ihren normalen Sehnsüchten nach Liebe befreien sollte. Nun, da ihre Hoffnungen von der Welt abgelenkt waren, schuf ihre «fonction du reel» eine Welt in ihr selbst. Wenn Menschen ihren Halt an den konkreten Werten des Lebens verlieren, werden die unbewussten Inhalte überwältigend real.

Wir können nicht eine von allen in unserem Fall sichtbaren Noxen als kausal im Sinne einer *conditio sine qua non* erkennen. Wie der Fall der Freundin zeigt, können solche Traumata auch scheinbar spurlos an einem Menschen vorbeigehen.

Wir müssen eher von Konditionalismus sprechen, indem verschiedene krankheits-auslösende Faktoren zusammenkommen müssen, damit eine Schizophrenie ausbricht. Die Dissoziation zum Beispiel ist auch für Neurosen typisch. Wir können bei dieser Krankheit auch den kompensatorischen Charakter des Unbewussten (wie bei Träumen) deutlich sehen. Eine psychologische Regel besagt, dass das Unbewusste gerade jene Inhalte zum Bewusstsein bringt, die dieses infolge seiner Einseitigkeit vernachlässigt. Die Schuldgefühle wollen die Patientin von weiteren solchen unverantwortlichen kindlichen Taten abhalten. Der gesunde Mensch «schreibt sich das hinter die Ohren», wie man sich auszudrücken pflegt. Auch die Strafen von Eltern und Lehrern verfolgen das gleiche Ziel. Das sensitive kindliche Naturell unserer Patientin dagegen zieht sich von der Aussenwelt zurück, um niemals mehr eine derartige Sünde zu begehen.

Der korrigierende Impuls des Unbewussten war es wiederum, der sie zu Herrn M. heftige Gefühle entwickeln ließ, um sie dadurch in die Welt zu verstricken und ihrem natürlichen Ziel als Ehefrau und Mutter zuzuführen. Doch ihre unbewältigten Schuldgefühle ließen sie ihrem Schicksal entrinnen und

sich in ihre eigene Welt des Unbewussten verstricken. Von einigen Mystikerinnen abgesehen ist es für eine junge Frau nicht natürlich, sich vor dem Leben in die Religion zu flüchten. Möglicherweise haben ihr das auch Gott oder Christus gesagt in den Gesprächen, deren Inhalt sie nicht mehr erinnerte. Der abnorme Mensch kann die kompensierenden Impulse des Unbewussten nicht annehmen, sondern versteigt sich noch mehr in seine Einseitigkeit. Er empfindet das Unbewusste als Bedrohung und bekämpft das, was eigentlich eine Heilungstendenz ist. Das läuft auf einen erheblichen Mangel an Übereinstimmung zwischen bewussten und unbewussten Tendenzen hinaus. Das führt zu einer unheilvollen Spaltung der Gegensatzpaare, und das Unbewusste beginnt bald, sich dem Bewusstsein gewaltsam aufzudrängen. Das ist der Augenblick, in dem Erregungszustände ausbrechen, seltsame, unverständliche Gedanken oder Launen, oft sogar Halluzinationen auftreten: der Kranke mit Stimmen wird dem Unbewussten «hörig». Das Unbewusste, das im normalen Seelenleben ein heilsamer Regulator ist, hört damit nicht auf und treibt den Kranken mit den Stimmen zur Verzweiflung, damit er in seiner Erregung versucht, mit seiner Umgebung in Kontakt zu kommen und genau das zu tun, was er vorher ängstlich vermieden hat. Der Paranoide sieht sich gezwungen, sich gegen jede von aussen kommende Kritik zur Wehr zu setzen, weil sein Wahnsystem von innen zu sehr bedroht ist (GW 3 457-462). Dasselbe gilt für jene mühsamen Chronischkranken, die auf jeder Visite die gleichen Fragen stellen.

Die kompensatorische Reaktion von selten des Unbewussten muss im Falle der Schizophrenie als fehlgeschlagener Heilungsversuch aufgefasst werden. Überhaupt haben Schizophrene eine merkwürdige Auffassung vom Unbewussten. Sie nehmen es oft ganz konkret, wie z.B. einer meiner Patienten, der die Stimme Gottes zu ihm sagen hörte, er müsse nackt vor ihn treten. Darauf zog er seine Kleider aus und ging auf die Straße, wo ihn die Polizei «schnappte» und ins Burghölzli brachte. Hätte er Gottes Aufforderung mehr cum grano salis verstanden, hätte sie ihm eine tiefe Weisheit vermittelt. So aber vermochte sein armes Gehirn die Weisheit nicht zu fassen. Oft stammen Wahnideen direkt aus zu konkretistisch verstandenen Träumen. Manchmal bekommt man gar den Eindruck, der unbewusste Trickstergeist treibe sein Spiel mit dem armen Kranken. Die Kompensation kann sich allerdings nur in der Sprache des Unbewussten ausdrücken, welche symbolisch ist. Zudem ist sie in der Krankheit durch diese verzerrt und noch unverständlicher geworden.

Der pathogenetische Schuldkomplex ist in unserem Fall nicht die Ursache für die Schizophrenie, er ist lediglich der Auslöser, der einen unumkehrbaren Prozess in Gang bringt. Er ist für die übertriebene Emotion verantwortlich, die unserer Patientin «die Sprache verschlagen» hat, dass sie mutistisch wurde. Das könnte auch einer normalen Person geschehen, doch würde die Wirkung der Emotion über kurz oder lang abklingen und je nach der Verarbeitung eine Neurose oder eine einfache Lebenserfahrung hinterlassen. Wenn sie jedoch zur Schizophrenie führt, hat sie tiefgreifende Veränderungen der Persönlichkeit zur Folge: Die Verbindung zwischen dem Ich und einigen Komplexen reißt mehr oder weniger vollständig ab. Die Komplexe werden losgelöste, autonome Teilpersönlichkeiten, die sich entweder nicht wieder in die psychische Totalität einfügen oder aber sich unerwartet wieder miteinander verbinden, als ob nichts geschehen wäre (GW 3 506). Die Dissoziation bei Schizophrenie ist weitaus ernster als bei Neurosen und sehr oft unwiderruflich. Die abgespaltenen Figuren nehmen bei der Schizophrenie im Gegensatz zur Neurose banale, groteske oder höchst übertriebene Namen und Charaktere an und sind oft in vieler Hinsicht nicht einwandfrei. Sie sind nicht taktvoll und haben keinen Respekt vor Gefühlswerten. Alle sind unangenehm und schockierend, entweder durch ihr lautes und unverschämtes Benehmen oder durch ihre groteske

Grausamkeit und Obszönität (GW 3 508). Wenn es sich überhaupt bei diesem augenscheinlichen Chaos von unzusammenhängenden Visionen, Stimmen und Typen um ein Drama handelt, so liegt es gewiss jenseits der Verständnismöglichkeit der Patienten. In den meisten Fällen übersteigt es sogar das Begriffsvermögen des Arztes, und zwar so sehr, dass er geneigt ist, an der geistigen Normalität jedes anderen zu zweifeln, der in den Wahnideen des Irren mehr sieht als bloße Verrücktheit (I.e.).

Das sagt Jung, weil er der erste war, der das seltsame Kauderwelsch der Schizophrenen zu verstehen versuchte. In seiner Arbeit «Über die Psychologie der Dementia praecox» (1907), die ihn übrigens mit Freud zusammenbrachte, entzifferte er die Neologismen und Machtworte einer chronisch Schizophrenen. Diese Arbeit hat auch heute nichts von ihrer Aktualität verloren, fand aber in der Psychiatrie kaum ein Echo, was sehr bedauerlich ist. Mittels fortlaufender Assoziationen gelang es ihm, die unverständlichen Kunstworte zu entschlüsseln. Es handelt sich um die berühmte Babette, eine ledige, dannzumal etwa 60-jährige Schneiderin, die mit 42 Jahren hospitalisiert wurde und seither die Klinik nicht mehr verlassen konnte. Sie war von jeher für die Ärzte ein Rätsel, denn die Unsinnigkeit ihrer Wahnideen übertraf alles, was sich auch die kühnste Fantasie erträumen mochte. Viele hunderte von Medizinstudenten haben bei ihr einen nachhaltigen Eindruck von der unheimlichen zerstörenden Macht der Psychose erhalten.

Sie sagte zum Beispiel stereotyp: «Ich leide hieroglyphisch.» Die fortlaufenden Assoziationen sind: «Gerade jetzt leide ich hieroglyphisch. Die Marie (eine Pflegerin) hat gesagt, ich solle heute nur gerade auf der ändern Abteilung bleiben, die Ida (eine andere Pflegerin) sagt, sie könnte nicht einmal die Flicke machen -es war nur Güte von mir, die Flicke zu machen - ich bin in meinem Haus, und die ändern wohnen bei mir - ich stelle die Anstalt sechsfach fest, nicht dass ich mich darauf kapriziere, hier zu bleiben, man hat mich gezwungen, hier zu bleiben - auf dem Münsterhof habe ich auch ein Haus festgestellt - vierzehn Jahre war ich eingesperrt, dass mein Atem nirgends herauskommen sollte - das ist hieroglyphisch gelitten - das ist das allerhöchste Leiden - dass nicht einmal der Atemzug herauskommen sollte - ich stelle doch alles fest und gehöre noch nicht einmal einem Zimmerchen an - das ist hieroglyphisch gelitten - durch Sprachröhren, die nach aussen innegehalten sind.» (GW 3 260).

Die Patientin hatte gleichentags ein Intermezzo mit Pflegerinnen; darum die Anspielung am Anfang. Das gibt ihr wieder das Gefühl, «auf eine unbekannte Weise, das ist hieroglyphisch» zu leiden. Für den Ungebildeten sind Hieroglyphen sprichwörtlich unverständliche Zeichen. Seit vierzehn Jahren wird sie hier gegen ihren Willen festgehalten, was das Leiden verursacht. Sie droht hier drinnen zu ersticken: ihr Atem kann nirgends herauskommen. Die Luftröhre ist wie aussen zugehalten. Luftröhre wird mit Sprachrohr kontaminiert zu Sprachröhren. Ihr Protest findet keinen Widerhall, ist aussen verschlossen. Dabei ist sie «der Hauptschlüssel», wie sie in einer anderen Stereotypie betont, was heisst, der Passepartout der Ärzte, der ihr alle Türen der Anstalt in die Freiheit öffnen würde. Diese gehört nämlich ihr, als Hauptschlüssel ist sie ihr Eigentum, denn er schließt das Haus in sich. Das sind alles ihre eigenen Assoziationen. Darum ist sie in ihrem Haus und die ändern wohnen bei ihr. Sie stellt die Anstalt sechsfach fest, sie hat die Irrenanstalt schon sechsfach festgestellt als Weltinhaberin. Feststellen heisst bei ihr «beglaubigen, beurkunden, befürworten - begutachten - berücksichtigen». Sie ist ohnehin dreifache Weltinhaberin, das heisst, ihr gehört alles, sodass ihr auch die Anstalt gehört. Sie ist nicht bloss eine arme geisteskranke Schneiderin, sondern hätte Anspruch

auf eine gehobeneren Stellung und Achtung. Stattdessen hält man sie eingesperrt, obwohl sie nicht einmal einem Zimmerchen angehört.

Diese Stereotypie drückt ihr unverständliches und unverstandenes Leiden aus, wegen welchem sie in der Anstalt festgehalten wird, wo ihr doch die Welt gehörte, in der sich ihr Leben erfüllen sollte. In ihrem «hieroglyphischen» Leiden drückt sich die Tragik chronisch Schizophrener aus, deren Leben sich nicht verwirklichen kann, sondern bloss in ungelebten und unlebhaften Fantasien abspielt.

Ich habe Ihnen den Sinn dieser Stereotypie auch vorgeführt, um Ihnen den Zerfall der Vorstellungen und die eigenartige Entartung des schizophrenen Komplexes zu zeigen. Es sieht so aus, als würde sich der Komplex selber vernichten durch Verzerrung seiner Inhalte und Mitteilungsfähigkeit, das heisst seiner Ausdrucksmöglichkeit durch geordnetes Denken und Sprechen. Der schizophrene Komplex verbraucht seine eigene Energie, indem er sie seinen Inhalten entnimmt durch Senkung ihres «niveau mental». Man könnte es anders auszudrücken versuchen und sagen, die emotionale Intensität des Komplexes führe wider Erwarten zu einem Absinken seiner eigenen Grundlagen oder auch zu einer Störung der normalen Synthese der Vorstellungen (GW 3 546). Wenn Sie die Analyse der Stereotypie mit den gewöhnlichen Größenfantasten bei einem Minderwertigkeitskomplex vergleichen, um was es sich bei der Babette handelte, werden Sie verstehen, was Jung mit der Selbstzerstörung des Komplexes bei Schizophrenen meint. Sie äußert sich in erster Linie durch eine Störung der Ausdrucks- und Mitteilungsfähigkeit sowie eine inadäquate Affektivität. Inadäquate Gemütsbeteiligungen (Übertreibung, Apathie, Depression) sind bei Neurosen im Gegensatz zur Schizophrenie stets systematisch. Innerhalb des Komplexes scheinen die emotionalen Werte widersinnig verteilt oder nicht vorhanden zu sein, wobei ihr Zerfall weitgehend der Störung der geistigen Elemente entspricht. Jedenfalls ist dieses Phänomen ziemlich kompliziert, möglicherweise von sekundärer Art, oder es könnte das Zeichen einer allgemeinen Zerstörung der Affektivität selbst sein (GW 3 547). Sie sehen, wie wir sofort in ganz schwierige Fragen geraten, sobald wir die primären Störungen der Schizophrenie untersuchen.

Die sekundären Symptome sind zweifellos psychischer Natur. Für die primären Vorgänge ist das gar nicht sicher. Jung hat seit seiner ersten Arbeit über Schizophrenie (1907) angenommen, ein organischer Faktor müsste mitbeteiligt sein wegen der Tendenz zur Fixierung. Zuerst dachte er, eine Stoffwechselanomalie könnte das Gehirn in mehr oder weniger irreparabler Weise schädigen und die höchsten psychischen Funktionen lahm legen. Das könnte vorbestehend sein, sodass der zufällig neueste, letzte, auslösende Komplex sozusagen «gerinnt» (Masseion), oder dieser Komplex könnte unter dem emotionalen Druck zu einer Störung der Funktion der Gehirnzellen führen, was zu einer sekundären Fixierung führen würde. Die von Sollier (1905) beschriebenen «troubles cenesthésiques» könnten in diese Richtung weisen. Sie bestehen in Explosionen, Pistolenschüssen und anderen lauten Geräuschen im Kopf, die in der Projektion als Erdbeben, kosmische Katastrophen, als das Herabfallen von Sternen, die Spaltung der Sonne, das Auseinanderbrechen des Mondes, die Verwandlung von Menschen in Leichen oder das Gefrieren des Universums (GW 3 522) im Prodromalstadium der Schizophrenie auftreten können.

Zweifellos gibt es Schizophrenieformen, in denen man an eine primäre Störung denken muss, nämlich die perniziöse Schizophrenie, jene schwere Katatonie mit lethalem Ausgang, welche recht selten zu sein scheint.

Die Auseinandersetzung der Ichpersönlichkeit mit den vom Unbewussten andrängenden Inhalten ist zunächst beim Neurotiker gleich wie in den schizophrenen Vorstadien. Darum fand K. Ernst in der prämorbidem Persönlichkeit bei später an Schizophrenie Erkrankten lediglich gewöhnliche neurotische Symptome. Der Patient, jeder Neurotiker, kämpft um die Suprematie seines Ichbewusstseins und um die Unterjochung der widerstrebenden unbewussten Kräfte. Prof. M. Bleuler, einer der besten Kenner der Schizophrenie, sprach anlässlich des Festvortrages zu seinem achtzigsten Geburtstag (1983) von einem point of no return. Jung (1939) sprach von etwas Ähnlichem, wenn er sagt, dass sich der Neurotiker stets auf dieser Seite der Gefahrenzone oder des kritischen Punktes halte. Auf der anderen Seite derselben kämpft der Patient nicht mehr, ja er identifiziert sich sogar mit den morbiden Elementen. Sein abaissement erreicht den verhängnisvollen, extremen Grad, bei dem das Ich alle Kraft verliert, dem Ansturm eines scheinbar mächtigeren Unbewussten zu widerstehen (GW 3 516-517).

Sollte aber eine Neurose jene Gefahrenlinie überschreiten, dann hört sie auf, eine Neurose zu sein. Man weiss, dass man Fälle jahrelang für Neurosen hält, in denen es plötzlich passiert, dass dieser Grenzpunkt überschritten wird und sich eindeutig eine Schizophrenie manifestiert. In einem solchen Fall sagen wir, es sei immer eine Psychose gewesen, aber eine «latente», eine unter der Neurose verborgene oder durch sie getarnte. Ich habe zweifellos Fälle von latenter Psychose gesehen, die unter Alkoholismus, Suchten anderer Art, Zwangssymptomen und Psychopathien verborgen waren und gefährlich nahe an diesem point of no return kamen, wenn die darüberliegende Problematik durch die Therapie aufgearbeitet war. Die überlagerte Problematik gab dem Patienten die Möglichkeit, um die Erhaltung seines Ichs zu kämpfen. Dieser Kampf hielt den Kontakt mit der Aussenwelt aufrecht, die an sein Ich die Forderungen der Anpassung stellte. An diesem Gefahrenpunkt durchbricht er den Boden, auf welchem er bisher stand, und wird eine Beute des kollektiven Unbewussten.

Das kollektive Unbewusste ist ein normaler Bestandteil jeder Psyche. Es ist der Schatz angeborener Vorstellungsmöglichkeiten, der der Menschheit gemeinsam ist. Im normalen Leben muss sich das Ich genauso an diese Inhalte anpassen wie an die Umwelt. Der Schizophrene jedoch sieht sich plötzlich mit einer ihm völlig unbekanntem fremdartigen Welt konfrontiert, und für eine Anpassung an sie fehlen ihm die Kraft, das Verständnis und die Zeit, so wird er eine leichte Beute für sie. An diesem Punkt scheint etwas irreversibel in die Brüche zu gehen, das möglicherweise körperlich fixiert (geronnen) bleibt.

Die Schizophrenie ist nicht, wie man früher meinte, eine unheilbare Krankheit. Besonders wenn man in der ambulanten Praxis auch leichte, liquide, beginnende Fälle sieht, ist man von der «Heilbarkeit» der Schizophrenie überzeugt. Besonders die schizophrenen Reaktionen, die symptomatologisch das Vollbild der Psychose zeigen, aber eine einfühlbare Psychogenese aufweisen, sind dankbare Objekte einer Therapie. Was aber heisst «Heilung» im Falle von Schizophrenie? Im geschilderten Fall konnte die Frau ein «normales» Leben führen, heiraten und Kinder großziehen. Das ist wohl das Maximum, was wir therapeutisch erreichen können. Das ist sehr viel, für den von der Krankheit Betroffenen. Darum habe ich einem Paar, von denen der eine Partner eine schizophrene Episode durchgemacht hatte, meine Zustimmung zur Ehe gegeben, nachdem ein anfallfreies Intervall von zwei Jahren vorlag. Ich meine, das Leben selber sei mit seinen Forderungen nach Anpassung der beste Therapeut, wenn es nicht zu große Konflikte birgt.

In alle diesen «geheilten» Fällen bleibt aber ein für den Fachmann spürbares gewisses Etwas zurück, welches von der Überschreitung des Grenzpunktes zeugt. Dieses Etwas spürt man aus langer Erfahrung mit Schizophrenen. Es ist eine gewisse Unsicherheit, ein Zögern, eine gelinde, fast unmerkliche Linkischheit und Verschrobenheit in Gestik und Ausdrucksweise, eine gewisse Ängstlichkeit und Gehemmtheit. Das ließ den Verdacht auf eine organische Fixierung der Krankheit aufkommen. Denn jede Emotion, jede Dissoziation, jedes abaissement klingt früher oder später ab. Nur bei der Schizophrenie bleiben sie persistierend, wofür ein organischer Prozess verantwortlich sein muss.

Ich möchte meine Ausführungen mit einem Ausblick in die Zukunft abschließen. Ich möchte mir nur wünschen, dass die angehenden Psychiater ob der heute zur Verfügung stehenden Medikamente den Menschen nicht vergessen, der Träger der Krankheit ist. Die noch Ende der Fünfzigerjahre gehegten Hoffnungen, bald ein für die Psychose spezifisch wirksames Mittel zu finden, haben einer nüchterneren Beurteilung dieses Zweiges der Therapie Platz gemacht. Kein Medikament auf der ganzen weiten Welt vermag bis heute menschliche Probleme zu lösen. Dies ist Aufgabe und Ziel der Psychotherapie, der menschlichen, aufrichtigen und ausdauernden Hingebung an den kranken Menschen. Sie meint nicht diese oder jene Methode. Gerade bei Schizophrenen, die in der Regel intelligente Menschen sind, verfangen irgendwelche Tricks nicht. Eine solche Therapie ist sehr anspruchsvoll, weil die Schizophrenen sehr schnell die Schwachstellen des Therapeuten selber erkennen. Lügen und seichte Beschwichtigungen werden rasch durchschaut und zerstören das nötige Vertrauensverhältnis.

Unentbehrlich sowohl in theoretischer wie in praktischer Hinsicht wird ein vermehrtes Verständnis des Inhaltes und der Bedeutung der Schizophrenie sein. Wir stehen erst am Anfang eines Erfassens der Geistesprodukte von Schizophrenen. Sie können nicht aus dem individuellen Geist und aus sich selbst verstanden werden, sondern bedürfen des interkulturellen und historischen Vergleichs. Das macht diese Krankheit aber auch zu einer spannenden Forschungsaufgabe.

Literatur:

Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen. Stuttgart 1972.

Ernst, K., Kind, H., und Rotach-Fuchs, Margrit: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Berlin 1968.

Jung, G.G.: Psychogenese der Geisteskrankheiten. Gesammelte Werke Bd.3. Zürich/Stuttgart 1968.

Masseion, R.: La D6mence precoce. Paris 1904, zit. bei Jung.

Sollier, P.A.: Le mecanisme des emotions. Paris 1905, zit. bei Jung.