

FRANK MATAKAS, KÖLN

Zur Behandelbarkeit der Schizophrenie*

Übersicht: Im ersten Teil wird die Psychodynamik der Schizophrenie unter Zuhilfenahme der bestehenden psychoanalytischen Theorien beschrieben. Die spezifische Störung bei der Schizophrenie ist eine Ichschwäche, die sich besonders in Beziehungskonflikten manifestiert und zur Desintegration der psychischen Prozesse führt. In der psychotischen Regression kommt es zum Rückgriff auf infantile Reaktionsweisen und Vorstellungen. Die produktiven Symptome sind eine Verarbeitung sowohl des aktuellen als auch eines wichtigen infantilen Konflikts. Im zweiten Teil sichtet der Autor die umfangreichen, aber fast vergessenen Untersuchungen zu Familien mit Schizophrenie. Verknüpft mit den Ergebnissen der neueren Säuglingsforschung, ergibt sich daraus eine mögliche Erklärung für die Entstehung der spezifischen Ichschwäche. Auf der Basis massiver Projektionen und projektiver Identifizierungen in der Familie kann sich bei dem Kind keine sichere Ichgrenze bzw. Autonomie entwickeln. Es entsteht eine in sich widersprüchliche psychische Struktur, was u. a. dazu führt, daß die kindlichen Bindungen nicht aufgegeben werden können. Die Konsequenzen, die sich daraus für eine Psychotherapie der Schizophrenie ergeben, werden im dritten Teil anhand von Fallvignetten behandelt.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Psychose, Psychotherapie der Psychose, psychotische Desintegration, psychotisches Introjekt

Die Ansicht Freuds ist bekannt. Nach seiner Meinung richtet die Psychoanalyse bei der Schizophrenie nichts aus (1916–17a, S. 256ff.). Angesichts des Eifers, mit dem es die Analytiker dennoch versuchten, spottete Eissler (1952, S. 134), Freud schein der einzige Analytiker von Rang gewesen zu sein, der keinen schizophrenen Patienten durch die analytische Methode geheilt habe.

Mit der Entdeckung der Neuroleptika in den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts schien das Problem auf andere Weise gelöst. Die auffällige Symptomatik der Schizophrenie läßt sich mit ihrer Hilfe in den meisten Fällen beherrschen. Aber schnell zeigte sich, daß viele Patienten, wenn sie nur mit Medikamenten behandelt werden, behindert bleiben (Karon 2003), abgesehen davon, daß die langfristigen Folgen der Behandlung mit Neuroleptika nicht ausreichend erforscht sind.¹

* Bei der Redaktion eingegangen am 26. 6. 2007.

¹ So hat z. B. eine umfangreiche prospektive Studie in Finnland ergeben, daß es eine positive Korrelation zwischen Neuroleptikamedikation und Mortalität gibt (Joukamaa, Heliövaara, Knekt, Aromaa, Raitasalo u. Lehtinen 2006).

Ohne Psychotherapie ist die Behandlung schizophrener Menschen unzureichend. Menschen mit einer schizophrenen Psychose profitieren davon, wenn sie Gelegenheit haben, über ihre seelischen und sozialen Probleme zu sprechen. In einer Übersicht, die 21 Metaanalysen aus den Jahren 1990 bis 2005 mit 485 Originalarbeiten über die Psychotherapie psychotischer Menschen auswertet, wird das eindrucksvoll belegt (Pfammatter, Junghan u. Brenner 2006). Für die psychoanalytische Behandlung haben dies Gottdiener u. Haslam (2007) in einer sehr gründlichen Metastudie (37 Originalarbeiten aus den Jahren 1954 bis 1999) gesondert nachgewiesen.²

Die Skepsis Freuds scheint insofern unbegründet. Aber es geht nicht mehr um Heilung, sondern nur noch um Besserung. Und die Frage, mit der es angefangen hat (Freud 1911c), nämlich nach der Natur der Schizophrenie, ist in den Hintergrund getreten, obwohl doch inzwischen die psychoanalytische Forschung, die Familienforschung und die Entwicklungspsychologie vieles zur Beantwortung beitragen können. Es lohnt sich darum, die Frage noch einmal zu stellen und vom gegenwärtigen Kenntnisstand aus eine Antwort zu versuchen.³

Die produktiv-psychotischen Symptome

Am auffälligsten sind von den Symptomen der Schizophrenie⁴ der Wahn und die Halluzinationen.⁵ Beide sind Ausdruck einer mangelhaften Realitätskontrolle. Es kommt vor, daß die Patienten wissen, daß ihr Wahn ein Wahn ist. Daß die Stimmen, die sie hören, von ihnen selbst kommen, wissen viele.

Ein Mann erzählt, daß er merkt, wenn er psychotisch wird. Ihm kommt dann alles fremd vor, und er ist davon überzeugt, daß man ihn beobachtet, um ihn irgendwelcher Verbrechen zu überführen. Er weiß, daß dies nicht der Wahrheit entspricht, daß es mit seinem Zustand zu tun hat, aber er kann sich dessen nicht erwehren. – Eine Studentin, 21 Jahre alt, kommt in die Sprechstunde, weil sie »wieder laut denken« muß. Das habe sie seit einigen Jahren, immer dann, wenn

² Siehe auch Leuzinger-Bohleber (2007), wonach überraschend viele Patienten, die von Psychoanalytikern in Deutschland behandelt werden, die Diagnose Schizophrenie haben.

³ Dieser Aufsatz ist entstanden aus meiner Tätigkeit als Leiter einer psychiatrischen Klinik mit Regelversorgung, in der seit jetzt mehr als 25 Jahren psychoanalytisches Verstehen die Grundlage der psychiatrischen Arbeit in allen Bereichen ist.

⁴ Literaturhinweise zu allen Themen der Schizophrenie bei Olbrich, Leucht, Fritze, Lanczik u. Vauth 2004, S. 529 ff.

⁵ Die anderen produktiven Symptome, Coenästhesien, katatone Symptome usw., werden im folgenden nicht eigens behandelt. Für sie gilt im Prinzip das gleiche wie für Wahn und Halluzinationen.

sie in schwierigen Lebenssituationen sei. Dann ergibt sich, daß es richtige, für sie laut hörbare Stimmen sind. Es ist nicht das bekannte psychopathologische Symptom des »Gedankenlautwerdens«. Sie nennt es »laut denken«, weil sie immer davon ausgegangen ist, daß die Stimmen von ihr erzeugt werden.

Wir können diese Symptome »Externalisierung« nennen (Jacobson 1967). Aber damit ist nur ausgedrückt, daß etwas Inneres zu Äußerem gemacht wird. Etwas weiter führt Freuds kurze Arbeit »Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose« (1924e): Eine unbefriedigende Realität wird angesichts eines Triebwunsches verleugnet und in einem zweiten Schritt durch die produktiven Symptome verändert. Dieser Prozeß der Realitätsverleugnung und der Retusche soll als erstes betrachtet und die Frage, was an der Realität so unerträglich ist, einstweilen aufgeschoben werden.

Eine Frau, um die 50 Jahre, hat ihren Mann vor einigen Jahren verloren. Nun hat sie sich am Arbeitsplatz in einen verheirateten Mitarbeiter verliebt und ist der festen Überzeugung, daß auch er sie liebt. Ein »Beweis« dafür sei, daß er ständig ihre Nähe suche. Sie sieht ihn von ferne, aber »er muß sich fast immer schnell entfernen«, wenn sie ihm näherkommen will, »weil sonst seine Frau dahinterkommt«.

Halluzinationen sind wie der Wahn Externalisierungen. Inneren psychischen Empfindungen wird der Charakter von äußerer Wirklichkeit zugeschrieben. Aber Halluzinationen unterscheiden sich vom Wahn dadurch, daß sie zusätzlich den Charakter von sinnlicher Wahrnehmung haben, was beim Wahn fehlt.

Im Verlauf einer Besserung der psychotischen Verfassung kommt es nicht selten vor, daß sich der Patient mehr und mehr mit dem, was die Stimmen sagen, identifizieren kann. So sind es vielleicht zu Anfang fremde Stimmen, dann hört der Patient sie noch, weiß aber, daß sie aus seinem Inneren kommen, dann sind es nur noch laute Gedanken, und schließlich verschwindet das Symptom ganz.

Pao (1979) beschreibt eine Frau, die Stimmen mit sexuellem Inhalt hörte, wenn sie zu Bett ging. Zuerst kamen die Stimmen aus der äußersten Ecke des Schlafzimmers, im weiteren Verlauf der Behandlung kamen sie aus dem Bett, schließlich waren es Stimmen in ihrem Kopf.

Diese Veränderung der akustischen Halluzinationen demonstriert ihren eigentümlichen Abwehrcharakter. Der Grad der Abwehr wird über die Entfernung geregelt. Aber was heißt das? Einerseits wird die Abwehr verdinglicht. Es ist keine innere Instanz, mit der sich der sexuelle Wunsch auseinandersetzen muß. Andererseits ist es eine Instanz wie eine

fremde Person, die aber nicht z. B. streng und weniger streng spricht, sondern die Stimme wird als dem eigenen Körper näher oder ferner angesehen. Der eigene Körper ist in einer bestimmten Weise die Welt, und die Welt ist das Selbst. Davon wird später noch die Rede sein.

Wenn man Wahn und Halluzination so versteht, dann sind sie nicht die Krankheit. Sie sind die psychotisch verzerrte Antwort auf ein Problem mit der Wirklichkeit. Sie sind in verdinglichter Form der Versuch, eine konflikthafte Wirklichkeit zu meistern, und eine Form der Abwehr. Das Pathologische muß man darin suchen, daß die Realität nicht so akzeptiert werden kann, wie sie ist. In der Tat geht den produktiven Symptomen oft ein Prodromalstadium voran, in dem Störungen des Denkens, wie Argwohn oder Beziehungsideen, affektive Labilität und Zweifel an der eigenen Identität, auftreten (z. B. Yung u. McGorry 1996). Bleuler (1911) und Freud (1911c) haben dies als Ausdruck eines psychischen Zerfalls angesehen, den sie für den eigentlichen pathologischen Prozeß der Schizophrenie hielten.

Der Zerfall, vielleicht besser die Desintegration der psychischen Prozesse, bedeutet, daß die gewohnten Zusammenhänge von innerer Empfindung, äußerer Wahrnehmung, Affekten, kognitiver Verarbeitung und Intentionalität auseinanderbrechen. Die Dinge bekommen eine neue, bisher unbekannte Bedeutung, wie es viele Patienten über den Beginn der Psychose berichten. Z. B. ist das Zuhause nicht wie sonst mit dem Gefühl von Schutz verbunden, der geliebte Freund wird zum Verfolger etc.

Desintegration der Psyche

Man kann also die Schizophrenie als eine Desintegration oder Fragmentierung (Hartmann 1964) der psychischen Prozesse definieren. Bion (1967, S. 48) beschreibt es so, daß das Ich (durch seine Aggression) Teile des Ichapparats nach außen projiziert. Weil es nur psychische Teilfunktionen sind, können es auch Gegenstände sein, auf die sie projiziert werden. Die Ichfunktion, die projiziert wird, wird nun dem Gegenstand zugeschrieben. Bion bringt das Beispiel, daß auf ein Grammophon die Funktion des Hörens projiziert wird, so daß der Betreffende die Vorstellung hat, das Grammophon höre ihm zu. Externalisierung meint das gleiche. Die Projektion eines Gedankens auf eine andere Person wird zu deren Stimme.

Unter dem Begriff »Desintegration« darf man aber nicht zu viel verstehen. Er beschreibt lediglich die Tatsache, daß eine Vorstellung, ihre

begriffliche Repräsentation, die begleitenden Affekte und die damit verbundenen Wahrnehmungsinhalte nicht so zu einem konsistenten Bild der Welt zusammengefügt sind, wie wir es gewohnt sind.⁶ Was jedoch ein »konsistentes« Bild der Welt ist, wird durch gesellschaftlichen Konsens entschieden, und danach hören CD-Player nicht zu. Ein Wahn ist ein Wahn, weil er die Wahrheit verleugnet. – Wahrheit aber ist das, was wir für die Wahrheit halten.

Ein Mann, berufstätig und mit Familie, hört seit vielen Jahren Stimmen, von denen er weiß, daß es die NASA ist, die ihm Botschaften übermittelt. »Natürlich geht das nicht über die große Entfernung.« Darum hat man ihm heimlich bei einer Zahnbehandlung einen kleinen Empfänger in einen Zahn implantiert. Die Stimmen »aphrodisieren« ihn. Zu »Versuchszwecken« wird ihm so sexuelle Lust ermöglicht.

Hartmann (1965) beschreibt dagegen, daß mit der Fragmentierung des Ich eine Störung unterschiedlicher Ichfunktionen verbunden ist. Betroffen sein können Abwehrprozesse, die Affektkontrolle, die Fähigkeit zum Sekundärprozeß, die Neutralisierung von Triebregungen, die Symbolisierungsfähigkeit usw.

Zur Frage der organischen Bedingtheit der produktiv-psychotischen Symptome

Wahn und Halluzinationen können durch toxische Einflüsse, wie etwa im Delirium tremens, verursacht werden. Das wirft die Frage auf, ob es überhaupt statthaft ist, den produktiven Symptomen eine inhaltliche Bedeutung beizumessen. Sind es nicht – wie die sprichwörtlichen weißen Mäuse im Delir, die es ja tatsächlich gibt – sinnlose Vorstellungen?

Ein Mann im Alkoholdelir erzählt mit großer Angst, daß er durch die Wand im Nachbarhaus die Menschen gesehen habe. Sie saßen am Tisch und unterhielten sich über seine »Verbrechen«. Später sei die Feuerwehr durchs Fenster eingestie-

⁶ Die biologische Verhaltensforschung hat einige phylogenetisch alte Verhaltensmuster identifiziert, die aus einer festgefügtten Kombination verschiedener Handlungselemente mit einem typischen Affekt bestehen (Panksepp 1998). Ein gut erforschtes Beispiel dafür ist die Fluchtreaktion/Furcht (LeDoux 1998). Sie besteht aus mehreren Reaktionen (Aufmerksamkeit, Bewegungsstarre, Flucht, evtl. Gegenwehr), die nacheinander ablaufen. Bei Säugern ist sie mit dem Affekt Furcht, beim Menschen zusätzlich mit kognitiven Elementen verbunden. Möglicherweise kommt dem begleitenden Affekt die Funktion zu, die notwendigen Reaktionselemente zusammenzufügen bzw. zu organisieren. – Man kann sich vorstellen, daß die einzelnen Elemente, also motorisches und vegetatives Muster, Affekt und Kognitionen, in der Psychose auseinanderfallen, unter Umständen auch neu zusammengesetzt werden.

gen und habe ihn herausgeholt. Tatsächlich kam sie durch die Tür, um ihn in die Klinik zu bringen.

Wie wir wissen, liegt solchen Halluzination ein krankhafter Prozeß in bestimmten Hirnarealen zugrunde. Aber es wäre extrem unwahrscheinlich, daß genau die Nervenzellen erkrankt sind, die auch betroffen wären, wenn es sich um eine reale Wahrnehmung handelte. Die Auswahl der Hirnzentren und Nervenzellen, die erkranken, erfolgt allein durch den organischen Krankheitsprozeß, und der folgt der Gewebetextur, nicht funktionellen Strukturen. Trotzdem entstehen nicht chaotische, unstrukturierte Sinneswahrnehmungen. Das Gehirn versucht vielmehr, aus diesen Reizen einen »sinnvollen« Text zu machen, der aus lebensgeschichtlichen und aktuellen Elementen zusammengesetzt wird (vgl. z. B. Kandel 2006). Die organische Bedingtheit eines Wahns schließt also nicht aus, daß es lebensgeschichtlich oder situativ bedeutsame Ereignisse sind, die in dem psychotischen Symptom zum Ausdruck kommen. Man muß vermuten, daß die weißen Mäuse oder Schmetterlinge oder Vögel, die ein Deliranter oft sieht, zustande kommen, wenn die Reize so beschaffen sind, daß sich partout keine Geschichte daraus machen läßt.

Was hier interessiert, ist aber das Umgekehrte, nämlich ob psychosoziale Faktoren zu den Zuständen führen können oder gar in der Regel führen, wie sie die Schizophrenie ausmachen. Nun spricht das bloße Erscheinungsbild vieler schizophrener Zustände dafür, daß organische zerebrale Prozesse beteiligt sind, wie auch Pao (1979, mit Beispielen etwa S. 215 f.) argumentiert.

Ein Mann war in einen Zustand, der einer perniziösen Katatonie entsprach. Er lag bewegungslos im Bett, hatte immer wieder Schweißausbrüche, einen beschleunigten Puls, zeitweise Fieber, tagelang eine Erektion, schlief erkennbar nicht, reagierte aber auf keinen äußeren Reiz. – Eine Patientin lief neun Tage lang über die Station, schrie in Verzweiflung, dann wieder aggressiv, sprach unverständliches Zeug, aß nicht und wollte bzw. konnte nicht schlafen. Mit massiver neuroleptischer Medikation gelang es, sie immer wieder für wenigstens einige Stunden zu beruhigen, so daß sie auch schlief.

Aber auch wenn man annimmt, daß in den letztgenannten Beispielen organische Prozesse beteiligt sind, folgt erstens daraus nicht, daß die psychopathologischen Symptome beliebig sind, wie oben gezeigt wurde. Zweitens kann man daraus nicht schließen, daß das Organische die Ursache ist. Ebenso gut ist es möglich, daß psychosoziale Faktoren das Primäre sind und diese sich in organischen Veränderungen des Gehirns niederschlagen. So hat es schon Pawlow (1926, S. 329ff.) vermutet, daß nämlich

sensorische Reize, die widersprüchliche Reaktionen hervorrufen, zu Verhaltensstörungen führen, die sich in organischen Veränderungen niederschlagen. Auch daß bei gesunden Personen psychotische Symptome durch psychische Faktoren induziert werden können⁷, zeigt, daß organische Faktoren in der Tat nicht das Primäre sein müssen.

Das hat nichts mit der trivialen Tatsache zu tun, daß allen psychischen Prozessen ein organisches Substrat zugrunde liegt. Und es wäre töricht, wenn man die mögliche organische Beteiligung bei der Entstehung der schizophrenen Psychose außer acht ließe. Aber bislang ist noch kein organischer Faktor identifiziert worden, der unstreitig und sicher als Ursache oder Teilursache der Schizophrenie bezeichnet werden könnte.⁸ Dagegen sind eine Reihe psychosozialer Faktoren bekannt, die auf die Entwicklung einer Schizophrenie entscheidenden Einfluß haben (z. B. Ozarin 1954; Kisker 1960).

Ichschwäche als Grundlage der Schizophrenie

In der Schreber-Arbeit (1911c) ist Freud noch davon ausgegangen, daß es zum Ausbruch der Psychose kommt, wenn ein Triebanspruch nicht realisiert werden kann. Die Erkenntnis, daß der Psychose ein Konflikt mit der Realität zugrunde liegt, hatte Freud erst später. Es ist also nicht der Trieb, sondern die Realität, die abgewehrt werden muß. Nun ist aber die Realität im Falle der schizophrenen Psychose – jedenfalls nach objektiven Kriterien – meist nicht besonders schrecklich, so daß dadurch eine psychische Desintegration erklärlich wäre. Menschen in Extremsituation, wie z. B. in Gefangenschaft oder unter Folter, leiden zwar als Folge davon unter schwerwiegenden psychischen Störungen, aber sie werden nicht besonders häufig psychotisch (Gerrity, Keane u. Tuma 2001).

Also muß es am Ich liegen, das eine spezifische Schwäche hat. Das Ich wird mit den Triebansprüchen angesichts einer bestimmten Realität

⁷ Beispiele bei Jaspers (1973, S. 52f.).

⁸ An dieser Stelle auch ein Wort zur Genetik der Schizophrenie. Der Genetiker Propping (1989) führt aus, daß schizophrene Menschen, wie nachgewiesen, weniger Kinder haben als andere. Darum wäre die Schizophrenie, wenn sie allein durch genetische Faktoren verursacht wäre, längst ausgestorben, wie sich aus Modellrechnungen ergibt (S. 297). Es ist auch ausgeschlossen, daß Mutationen die Zahl der Fälle konstant halten. – Eine dänische Studie über 30 Jahre mit 42 187 (!) Fällen ergab für die Schizophrenie eine höhere Konkordanz bei heterozygoten als bei monozygoten Zwillingspaaren (Klänig 1999). – Adoptionsstudien sind methodisch äußerst schwierig. Ob darum die vorläufige Mitteilung von Tienari et al. (1994), daß adoptierte Kinder, in deren Aszendenz die Schizophrenie vorkommt, häufiger erkranken als Adoptivkinder, in deren Aszendenz keine Schizophrenie vorkommt, zutreffend ist, muß sich noch zeigen.

nicht fertig, es entsteht unverhältnismäßig viel Angst, und primitive Abwehrmechanismen werden mobilisiert, ähnlich wie bei anderen schweren Pathologien (Blanck u. Blanck 1974; Kernberg 1975). Die psychische Spannung, die auch bei Ambivalenz, bei Triebversagung oder ähnlichem entstehen kann, führt aber im Fall der Schizophrenie darüber hinaus zur Desintegration mit einer Störung von Ichfunktionen.

Ein Mann, der nach einer schizophrenen Psychose schon lange symptomfrei ist, bekommt im Rahmen seiner Berufstätigkeit den – wie es schien zutreffenden – Eindruck, daß sein Geschäftspartner ihn um Geld prellen will. Er wird erst wütend, dann fürchtet er, daß der Geschäftspartner ihm nachstellen und ihn körperlich attackieren will, wahrscheinlich auch mit den Menschen um ihn herum im Bunde ist. Er berichtet, daß sein Vater den Geschäftspartner aufgesucht hat und daß man bei einer Tasse Kaffee miteinander geplaudert und sich bestens verstanden habe. Später, als die psychotische Episode vorbei ist, ergänzt er, daß der Vater ihm mit diesem Besuch helfen wollte, mißbilligt aber die Illoyalität nach wie vor.

Auslöser der wahnhaften Stimmung ist bei diesem Mann die Tatsache, daß er betrogen werden soll. Man darf annehmen, daß dies eine narzißtische Kränkung für ihn darstellt. Im Zusammenhang damit taucht möglicherweise zweitens Aggression auf, was für ihn ein Problem darstellt, weil er seit jeher Schwierigkeiten hat, Aggression in sozial verträgliche Handlung umzusetzen. Drittens erlebt er den Vater als illoyal. Jedenfalls ist eine innere Spannung entstanden, die er nicht aushalten kann. Seine Ichfunktionen zur Bewältigung der entstandenen Spannung versagen. Das ist seine Ichschwäche, die zur Desintegration führt. Die Aggression wird nach außen projiziert, er reagiert paranoid.

Federn (1927) hat das Problem auf andere Weise zu lösen versucht. Er hat dem Ich eine besondere Funktion zugeschrieben, nämlich die »Ichgrenze«. Damit meint er, daß es eine autochthone Funktion des Ich ist, Vorstellungen als innere oder äußere zu identifizieren. Wenn diese Funktion in der Psychose versagt, wird die Unterscheidung von Phantasie und Wirklichkeit unsicher, was sich in Wahn, Halluzinationen oder anderen Symptomen manifestiert.

Schließlich kann die Fähigkeit, Vorstellungen von der Wirklichkeit sicher zu unterscheiden, auch nur partiell gestört sein. Dann lassen sich wahnhafte Vorstellungen durch Realitätsprüfung wenigstens kurzfristig einigermaßen korrigieren, wie im folgenden Beispiel:

Ein Mann, Ende 30, war einige Male im Leben psychotisch gewesen. In der Unterhaltung mit ihm war nie eine auch nur annähernde Übereinstimmung über die Realität möglich. Wenn er z. B. erzählte, daß sich eine Frau auf seine Kontaktan-

zeige mit einem Brief gemeldet hatte, sprach er schon davon, wie viel Kinder er mit ihr haben wollte und wie sie sich die Hausarbeit aufteilen würden. Darauf hingewiesen, daß es sich doch noch mehr um seine Wünsche als um Realität handelte, lenkte er sofort ein und akzeptierte das, um in gleicher Weise über ein anderes Thema zu sprechen.

Anders als in diesem Fall hatte der Mann, der sich betrogen fühlte, jedoch keinen Gewinn von seiner Realitätsretusche. Im Gegenteil, durch den Verfolgungswahn ist die Sache eher schlimmer für ihn geworden. Er wurde nun nicht nur betrogen, sondern auch noch verfolgt. Dadurch hatte er noch mehr Gegner als nur den Geschäftspartner. – Warum also das produktive Symptom?

Der Sinn in den psychotischen Symptomen

Folgt man Federn, Hartmann, Jacobson oder Bion, die in den zitierten Arbeiten ichpsychologisch argumentieren, dann sind die produktiven Symptome Folge eines psychischen Zusammenbruchs und des nachfolgenden Versuchs, mit den beschädigten Ichfunktionen die Außenwelt wieder aufzubauen. Dabei kann allerdings herauskommen, daß die neu konstruierte Außenwelt schlimmer erscheint als die abgewehrte. Das paßt nicht gut zu der Annahme, daß durch die produktiven Symptome eine unliebsame Realität abgewehrt werden soll. Es legt außerdem nahe, daß die Rekonstruktion der Realität nicht beliebig ist.

Ein Mann Mitte 30 wird wegen einer akuten schizophrenen Psychose in ein großes psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert. Im Aufnahmegespräch entwickelt sich der folgende Dialog zwischen Patient und Ärztin:⁹

»Ä.: Sie wissen ja, wo Sie hier sind? – Pat.: Ja, ich weiß nicht genau. – Ä.: Ich kann es Ihnen sagen, im Landeskrankenhaus in Düren. Sie sind hierhergekommen. Sie haben eine Freiwilligkeitserklärung unterschrieben, d. h. Sie sind mit der Aufnahme einverstanden. – Pat.: Ich bin mit der Aufnahme [ob er ›nicht‹ oder ›hier‹ sagt, ist nicht zu verstehen] einverstanden ... – Ä.: Können Sie mir ganz kurz eben schildern, was zu Hause gewesen ist, weshalb Sie hierhergekommen sind? – Pat.: Ja, ich bin geführt worden. – Ä.: Von wem? – Pat.: Ja, von den Fahrern, ... vom ...

[Es folgen einige weitere Sequenzen.]

Ä.: Sie sagten, Sie sind geschieden? – Pat.: Hm. Moment, ich glaub ... Ich schau nur noch geradeaus. – Ä.: Bitte? – Pat.: Ich schau nur noch geradeaus. – Ä.: Ja, war das eben Ihre geschiedene Frau, die hier war? Haben Sie zuletzt noch mit ihr Kontakt gehabt? Hat sie es veranlaßt, daß Sie hierhergekommen sind? – Pat.: Ich kann jetzt erst alles anfassen, überall wo Strom drin ist? – Ä.: Haben Sie das Ge-

⁹ Aus dem Dokumentarfilm *Drinnen ist es wie draußen – nur anders* (WDR 1977). Ich war während der Aufzeichnung anwesend.

fühl, daß das gefährlich ist? – Pat.: Könnte sein, daß da irgendwo der Wurm drin sitzt.«

Dieser Dialog zeigt an einigen Stellen, wie die schizophrene Kommunikation daneben ist und doch den Sachverhalt trifft. Auf die erste Frage der Ärztin (»Sie wissen ja, wo Sie hier sind?«) antwortet der Patient fast witzig: Er bejaht die Frage und nimmt seine Antwort ganz unscheinbar wieder zurück (»Ja, ich weiß nicht genau«). Die Antwort auf die Frage, warum er gekommen sei, ist in ihrer konkretistischen Art (»Ich bin geführt worden«) zugleich ein Kommentar zu dem Vorgang. Am deutlichsten wird der kommunikative Stil des Patienten in der Passage, in der die Ärztin die Ehefrau des Patienten bzw. die Scheidung anspricht. Zuerst weigert er sich, darauf einzugehen (»Ich schau nur noch geradeaus«). Die Ärztin versteht das aber nicht und beharrt auf ihrer Frage. Schließlich antwortet er mit der Gegenfrage, ob in den Wänden Strom sei.

Zweifellos handelt es sich bei der Gegenfrage des Patienten um ein psychotisches, wahnhaftes Symptom. Der Patient weicht mit seiner Frage nach dem Strom in den Wänden auf eine Metaebene der Kommunikation aus. Sein Bild vom Strom in den Wänden bedeutet, daß das Thema »Ehefrau« bzw. »Scheidung« schmerzlich und gefährlich für ihn ist. Er verlegt aber den Schmerz und die Gefahr in das Krankenhaus, was man als Kommentar dazu verstehen kann, daß die Ärztin dieses Thema anschneidet. Also ist der Ort schmerzlich und gefährlich.

Wenn man den Dialog so versteht, wird es ein sinnvoller Dialog – jedenfalls von seiten des Patienten. In der metaphorischen Bedeutung kann man dem Wahnhalt »Strom in den Wänden« auch einen Wahrheitsgehalt unterstellen. Das Problem liegt weniger darin, was der Patient sagen will, das erscheint mehr oder weniger normal, als vielmehr darin, daß er dafür den Umweg einer psychotischen Symptombildung wählt.¹⁰

Die Wahnhalte nehmen also Bezug auf die Realität und verändern sie zugleich. In welcher Weise sie die Realität verändern, dazu gibt es auch Erkenntnisse. Niederland (1974) hat am Beispiel der Arbeit von Freud über Schreber (1911c) detailliert gezeigt, wie die Wahnvorstellungen Schizophrener auf reale Ereignisse der Kindheit zurückgehen. Paul Schreber war Ende des 19. Jahrhunderts Gerichtspräsident in Dresden und hat nach einer langen psychotischen Erkrankung 1903 unter dem Titel *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* eine Beschreibung seiner Psychose veröffentlicht. In dem Buch findet man viele Wortschöpfungen, z. B. »Kopfzusammenschnürungsmaschine« oder »Engbrüstigkeitswunder«, die zunächst

¹⁰ Die Arbeiten von Searles (1965) enthalten viele Beispiele dieser Art.

keinen Sinn ergeben. Tatsächlich beschreiben diese Worte ziemlich genau Apparaturen, die sein Vater, der Orthopäde war, entwickelt und eingesetzt hat, um die Haltung von Kindern zu beeinflussen (Niederland 1974, dort auch Abbildungen).

Die produktiven Symptome sind also in doppelter Weise nicht gänzlich eine Veränderung der Realität. Einmal nehmen sie Bezug auf die aktuelle Realität, und sie bedienen sich zweitens kindlicher Erfahrungen. Es läßt sich nicht sicher sagen, ob das immer so ist, aber es ist jedenfalls oft so (ein sehr informatives Beispiel auch bei Lidz u. Fleck 1965, S. 150ff.).

Ein Patient, der im psychotischen Wahn fürchtet, daß die Nazis die politische Herrschaft übernommen hätten, verrät schließlich, daß sein Vater ständig darüber geklagt habe, die Nazis hätten sein Leben zerstört. – Eine etwa 50jährige Patientin mit einer chronischen schizophrenen Psychose kommt in die Klinik, weil sie die Vorstellung hat, sie müsse sich zerschneiden, was sie in sehr drastischen Bildern beschreibt. Anlaß für diese Vorstellungen ist ein Konflikt in ihrer Ehe. Der Vater der Frau war Metzger.

Der psychotische Wiederaufbau der äußeren Realität ist also nicht beliebig, sondern geschieht mit den gestörten Ichfunktionen im Rückgriff auf kindliche Vorstellungen. Das führt zu den produktiven Symptomen. Die schizophrene Psychose ist insofern auch eine Regression.

Beziehungskonflikte in der Schizophrenie

In dem wiedergegebenen kurzen Dialog antwortet der Patient, angesprochen auf Ehefrau und Scheidung, mit einer wahnhaften Verkennung. Der Grund dafür scheint klar. Es ist nicht schwer, sich vorzustellen, daß die Anwesenheit der Ehefrau, die sich von ihm getrennt hat, für den Patienten einen Konflikt beinhaltet, gleichgültig, was die näheren Umstände der Trennung waren. So ist es in der Regel. Patienten mit einer schizophrenen Psychose, die akute Symptome haben, reagieren mit psychotischen Symptomen, wenn die Situation für sie konflikthaft ist.

Ein junger Mann mit einer schizophrenen Psychose hat vor allem katatone Symptome, die sich in manierten Bewegungen äußern. Wenn er sich nach einer psychotherapeutischen Sitzung verabschiedet, nimmt das extreme Formen an. Er dreht sich um sich selbst, wirft die Arme in die Luft und schneidet Grimassen.

Hier reicht schon die Schwierigkeit des Abschieds vom Therapeuten, um die katatone Symptomatik zu verschärfen. Aber auch in der Sitzung windet er sich auf dem Stuhl, verdreht den Körper, wenn irgend etwas angesprochen wird, was problematisch für ihn ist. Der Mann, der erwähnt

wurde, weil er seine Zukunft kraft seiner Wünsche gestalten konnte, und natürlich Schreber sind weitere Beispiele dafür, daß die psychotische Symptomatik zur Konfliktlösung herangezogen wird. Aber all diese Konflikte lassen nicht die Schwere erkennen, die den psychischen Zusammenbruch, der die Grundlage der Schizophrenie ist, überzeugend erklären könnte.

Doch ist nicht ausgemacht, ob es überhaupt einen Grundkonflikt gibt, der die schizophrene Psychose auslöst, wie Freud zunächst angenommen hat. Wenn man sich nur auf die Triebtheorie stützt, ist eine Lösung so oder so ähnlich, wie sie Freud in der Schreber-Arbeit versucht hat, naheliegend. Die Triebtheorie verlangt, die Gründe ausschließlich in Schreber selbst zu suchen und – angesichts der Schwere, die die schizophrene Symptomatik kennzeichnet – in einem Triebkonflikt, der so schwerwiegend ist, daß er die Identität des Kranken berührt. Freud fand sie in der Homosexualität. Wenn man aber annimmt, daß Menschen, die zu einer schizophrenen Psychose disponiert sind, an einer gravierenden Ichschwäche leiden, braucht man keinen Grundkonflikt, um zu erklären, warum eine schizophrene Psychose ausbricht. Erklärungsbedürftig ist dann, wie es zu der Ichschwäche gekommen und welcher Art diese ist.

Um in dieser Frage weiterzukommen, ist es sinnvoll, die Beispiele von psychotischer Kommunikation etwas genauer zu untersuchen. Der Patient, der nach dem Strom in den Wänden fragt, antwortet auf die Bemerkung der Ärztin zu Ehefrau und Scheidung mit einem Wechsel der Kommunikationsebene. Anstatt etwas zu seiner Frau bzw. zu der Scheidung zu sagen, spricht er von Strom in den Wänden. Er macht damit einen Kommentar zum Ort und zur Gesprächsführung. Das Bild von dem Strom in den Wänden meint eigentlich einen Affekt, nämlich Angst, die der Patient aber nicht ausdrücken kann. Ähnlich geht es dem Mann, der betrogen werden soll. Er ist wütend und ängstlich, schließlich aber nur paranoid. Obwohl man sicher nicht sagen kann, daß Schizophrene keinen Affekt ausdrücken können – besonders in der akuten Phase beobachtet man sehr heftige Affektäußerungen –, scheinen sie doch damit Probleme zu haben.

Affekte haben eine kommunikative Funktion.¹¹ Insofern sind sie der

¹¹ Die läßt sich schon im Tierreich nachweisen. Ein junges Rhesusäffchen reagiert nicht, wenn es eine Schlange sieht. Wenn es aber erlebt, daß sich die Mutter vor der Schlange fürchtet, zeigt auch das Jungtier, und zwar für das ganze Leben, Angstreaktionen, sobald es eine Schlange bemerkt (Mineka, Davidson, Cook u. Keir 1984). Entwicklungsgeschichtlich gesehen, verkürzen die Affekte, dadurch daß sie Kommunikation möglich machen, eine langwierige evolutionäre Anpassung.

Sprache ähnlich. Aber sie unterscheiden sich in ihrer kommunikativen Qualität von der Sprache. Das Kommunikative des Affekts besteht darin, daß der Empfänger der Botschaft den Affekt teilt, nicht in der Erkenntnis, daß der andere einen Affekt hat. Man kann das – fast experimentell – am besten bei einer Mutter mit einem Säugling beobachten. Wenn man, etwa bei einer Konsultation, mit einer Mutter, die ihren Säugling im Arm hat, ein konflikthafte Thema anspricht, fängt oft der Säugling an zu schreien. Beruhigt man die Mutter, ist auch das Kind ruhig.

Affekte schaffen durch ihre Form der Kommunikation Beziehung¹², was die Sprache allein offensichtlich nicht kann. Wenn also der Patient mit seinem psychotischen Bild vom Strom in den Wänden einen Affekt ausdrücken will, dann ist er damit von der Sachebene auf die Beziehungsebene gewechselt. Aber genau genommen ist das unsere Interpretation, er hat es gerade nicht getan. Er hat die Beziehungsebene, von der man sagen könnte, daß er sie »eigentlich meinte«, gerade vermieden, indem er das Bild vom Strom in den Wänden benutzte. Hätte er z. B. der Ärztin gesagt, daß er Angst habe oder daß ihn die Gegenwart seiner Frau traurig mache, dann hätte er sich dadurch in Beziehung gesetzt zu der Ärztin. Aber vielleicht ist das falsch ausgedrückt, weil diese Formulierung unterstellt, daß der Patient den Affekt vermeiden wollte. Vielleicht konnte er ihn nicht haben und nahm darum ersatzweise das Bild. Jedenfalls blieb er auf der kognitiven Ebene, indem er Aussagen zum Zustand der Wände machte. Ähnlich machten es die Metzgerstochter, die mit ihrem Mann haderte, und der katatone junge Mann, der den Abschied nicht mochte. Der Mann, der sich von seinem Geschäftspartner betrogen fühlte, hat den Affekt nicht gänzlich ersetzt. In seiner paranoiden Reaktion hat er noch Angst. Man könnte vermuten, daß er den Beziehungsaspekt nicht vollständig beseitigt hat, sondern noch ausdrückt, daß er ihn vermeiden will. Er flieht.

Es scheint also, daß Schizophrene Schwierigkeiten haben, Affekte angemessen auszudrücken, wie sich auch experimentell nachweisen läßt (Krause u. Merten 1999). Die hier herangezogenen Beispiele begründen die Vermutung, daß dadurch ein Beziehungsaspekt vermieden wird.

¹² Die Bearbeitung, der die Affekte in der Entwicklung des Menschen unterliegen, bedeutet, daß sie bestimmte Funktionen im »psychischen Apparat« übernehmen, also mit Triebwünschen, Abwehrprozessen, Kognitionen, sozialem Kontext etc. verknüpft werden. So übernehmen sie, obwohl sie selbst der Regulation bedürfen, auch regulierende Funktionen (Fonagy, Gergely, Jurist u. Target 2002). Der Affekt »Furcht« z. B. induziert eine Kaskade von Körperreaktionen, unbewußten Vorstellungen, Intentionen etc., die teils angeboren, teils lebensgeschichtlich geprägt sind und teils vom aktuellen Erlebenskontext abhängen (LeDoux 1996).

Aber der vermiedene Affekt und der Beziehungsaspekt verraten sich in dem produktiven Symptom.

Ein Zwischenresümee

Auslöser der schizophrenen Symptomatik ist innere Spannung angesichts einer nicht handhabbaren Realität. Es sind Beziehungskonflikte, die nicht lösbar erscheinen, obwohl sie, »objektiv« gesehen, nicht unbedingt schwerwiegend sind. Das Unvermögen, den Beziehungskonflikt zu lösen, ist Folge einer spezifischen Ichschwäche. Die Ichschwäche manifestiert sich darin, daß es angesichts des Beziehungskonflikts zu einem Ichzerfall kommt. Bestehende Verknüpfungen psychischer Funktionen und Prozesse, vielleicht auch psychische Strukturen, werden gelöst bzw. aufgelöst, was man sich vielleicht als eine Art Beschädigung vorstellen muß. Hinzu kommt, daß Ichfunktionen ausfallen oder gestört sind. Der schizophrene Prozeß wird durch diesen Zerfall eingeleitet. Der nächste Schritt ist ein Reparationsversuch, der durch Rückgriff auf infantile Funktionsweisen und infantile Kategorien des Weltverstehens geschieht. Die Schizophrenie ist insofern eine Regression. Die produktiven Symptome sind darum auch ein Hinweis auf wichtige infantile Konflikte. Eine weitere Schlußfolgerung ist, daß der latente Sinn der psychotischen Symptome in Beziehungsaspekten liegt. So gesehen ersetzen sie Affekte bzw. Beziehungsaspekte. Kann man den latenten Sinn der produktiven Symptome entschlüsseln, ergeben sich sinnvolle Aussagen. Möglicherweise ist der Reparationsversuch auch »fehlerhaft«, weil Ichfunktionen gestört sind, was zu dem Bizarren an den Symptomen beiträgt.

Vergleichsweise häufig beobachtet man in akuten psychotischen Zuständen eine unvollständige Impulskontrolle. Patienten schlagen, wenn sie wütend werden, unter Umständen schnell zu, können ihren Appetit nicht zügeln und gehen ungeniert in fremde Betten.

Die schizophrene Welt

Aber warum oder unter welchen Bedingungen Beziehungskonflikte zur psychotischen Desintegration führen bzw. warum die schizophrene Welt eine Lösung für die Beziehungsproblematik des Schizophrenen sein soll, ist immer noch nicht erklärt. Warum lag es für den Patienten näher, nach Strom in den Wänden zu fragen, als auf die Frage nach seiner Frau so zu antworten, wie man es erwartet hätte?

Bion hat sich bei dem Versuch, das zu erklären, am weitesten vorge-

wagt (1967, 1970). Ein Gedanke (>thought<), so seine Argumentation, hat immer auch eine negative Bedeutung. Er ist die Repräsentation des Dinges, das er aber nicht ist. Denken entsteht so aus der Anerkennung des Verlustes. Insofern bekräftigt ein jeder Gedanke auch ein ›no-thing<. Wenn die Abwesenheit des Dings nicht ertragen werden kann, wird das ›no-thing< geleugnet. Dann ist der Gedanke des Dings nicht eine Repräsentation des Dings, die zugleich Anerkennung seiner Nichtanwesenheit ist, sondern ist das Ding selbst (>thing-in-itself<), also Halluzination. So war es bei dem Mann, für den das Aufgeben einer Kontaktanzeige schon Grund war, die Zahl der gemeinsamen Kinder zu planen. Das meinte auch Freud (1915e, S. 303) – freilich aus der entgegengesetzten Richtung gesehen – mit seiner Bemerkung, daß in der Schizophrenie Dinge behandelt werden, »als ob sie abstrakte wären«.

So wie der Schizophrene mit der äußeren Realität umgeht, macht er es auch mit der inneren. Das unerfüllte Begehren kann er nicht ertragen. Könnte er das, müßte er die Abwesenheit dessen, was er begehrt, anerkennen. Das Gefühl, das von der Abwesenheit der Erfüllung seines Begehrens ausgeht, ist darum für ihn ununterscheidbar von der Abwesenheit (des Objekts) selbst, vom ›no-thing<. So wird die Emotion zu einer ›no-emotion<. Das kann Gefühllosigkeit sein oder auch die Ersetzung eines Gefühls durch ein anderes. Parathymie nennen das die Psychiater. So ersetzte der Mann, der durch seine manierierten Bewegungen auffiel, Angst durch Motorik oder der andere Kummer durch Angst vor Strom.

Soweit die Affekte vermieden werden, entsteht keine Beziehung zu den Objekten. Ein Objekt kann nur als Objekt wahrgenommen werden, wenn eine Beziehung zu ihm hergestellt wird. Das aber geschieht, wie oben gezeigt wurde, nur dadurch, daß das Objekt in mir einen Affekt induziert oder ich einen Affekt im Objekt induziere – einen, den wir teilen, oder einen komplementären. Wenn das vermieden wird, wird das Objekt in seiner Existenz nicht wahrgenommen. Die Objekte sind dann nur Projektionen des Selbst. Eine Patientin drückte es so aus: »Ich treffe in allen Menschen immer nur auf mich selbst.« Freud hat es so ausgedrückt, daß es in der Schizophrenie zu einer mehr oder weniger totalen Aufhebung der Objektbesetzung kommt (1915e).

Die produktiven Symptome sind der Versuch, eine eigene Welt zu konstruieren. Sie sind eine individuelle Schöpfung, die unter dem Aspekt von Wirklichkeit erscheint. Aber diese Konstruktion ist aus einem anderen Stoff gemacht als die Welt. Welt ist nur, soweit ich in der Welt mit anderen bin und die anderen mit mir in der Welt sind. Wenn die Mutter und das Kind sich gemeinsam dem Dritten, nämlich dem Begriff, unterwer-

fen, der, indem er gedacht wird, das Abwesende als Gedachtes abwesend präsent sein läßt, dann entsteht Welt. Es ist dies der Heraustritt aus der affektiven Verbindung zwischen Mutter und Kind, die aus sich heraus keine Differenzierung zwischen beiden möglich macht. Die gemeinsame Unterwerfung unter das Dritte (Lacans »Gesetz des Vaters«) ist die Voraussetzung dafür, daß das Objekt als eigenes wahrgenommen werden kann. Diese frühe Triangulierung (Loewald 1980) macht die Trennung von der Mutter oder die Individuation des Kindes überhaupt erst möglich. Insofern aber die Welt des Schizophrenen nicht Welt ist, hat er selbst auch keine Existenz in unserer Welt, das heißt keine soziale Identität.

Das alles kann erklären, was Ichschwäche im Fall der Schizophrenie bedeutet. Die Vermeidung von Verlust und Trennung in der frühen Objektbeziehung verhindert eine ausreichende Individuation, die Ausbildung sicherer Ichgrenzen und damit die klare Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanzen. Die Schizophrenie ist nicht etwas, was einen ansonsten psychisch gesunden Menschen überfällt, sondern es gibt eine mehr oder weniger spezifische psychische Disposition dafür. Bions Erklärung hat den weiteren Vorzug, auch entwicklungsgeschichtliche Aspekte zu berücksichtigen, und das ist Anlaß, die Familienkonstellation im Hinblick auf die Schizophrenie genauer zu betrachten.

Was aber die Eingangsfrage dieses Abschnitts betrifft, so wäre immerhin schon die Antwort möglich, daß das psychotische Symptom einen bestimmten Beziehungsaspekt zu vermeiden hilft. Strom in den Wänden ist nicht so schmerzhaft wie der Verlust eines geliebten Menschen.

Die Familienkonstellation der Schizophrenie

Ob biologische Psychiater, allen voran die Genetiker (z. B. Moises u. Gottesmann 2000), Familiendynamiker (z. B. Zuk u. Rubinstein 1965) oder Psychoanalytiker (z. B. Alanen 1993; Langegger 2007) – alle Forscher sind sich darin einig, daß die Familien, aus denen Schizophrene stammen, Auffälligkeiten aufweisen.

Levy beschrieb die »maternal overprotection« (1931), womit er meinte, daß die Mütter der von ihm beobachteten Familien ihre Kinder auf elementare Weise mißverstehen bzw. nicht adäquat auf deren emotionale Bedürfnisse reagieren. Die Fürsorge für das Kind ist mehr von den eigenen (infantilen) Bedürfnissen geleitet als von den Bedürfnissen des Kindes und wird darum übertrieben. Die Eltern sind den Kindern keine ausreichende Stütze bei ihrer psychischen Entwicklung, sondern for-

dern eher selbst von den Kindern emotionale Unterstützung ein (z. B. Lidz u. Fleck 1965).

Die Studentin, die eingangs erwähnt wurde, weil sie »laut denkt«, berichtet, daß die Mutter sie täglich anruft und ihr die finanziellen Sorgen, die sie hat, erzählt, aber auch die Probleme, die sie mit dem geschiedenen Ehemann hat.

Bowen (1965) hat den Begriff der »undifferenzierten Ichmasse der Familie« geprägt. Damit wollte er sagen, daß es innerhalb von Familien Beziehungen gibt, die einzelnen Mitgliedern ermöglichen, eigene Gefühlszustände durch einen anderen in der Familie auszudrücken. Diese Art Beziehung gibt es nach Bowen in jeder Familie, aber es sind die psychotischen Familien, in denen die Differenzierung und die Abgrenzung der einzelnen Mitglieder besonders schlecht sind. Die Eltern in solchen Familien projizieren zudem eigene Probleme auf ein Kind in der Weise, daß »die Mutter nach einem Defekt beim Kind sucht und ihn diagnostiziert, der am besten ihrem Gefühlszustand entspricht« (S. 256).

Ein schizophrener junger Mann erzählte von seinem Vater, daß der, wenn er ihn besuchte, die Gespräche auf Tonband aufzeichnete. Wieder allein, untersuchte der Vater die Gespräche mit der Frage, was in der Kommunikation falsch gelaufen sei.

Brown, Birley u. Wing (1972) sowie Vaughn u. Leff (1976) haben die kritischen und emotionalen Äußerungen der Eltern gegenüber den Kindern gezählt. In Familien mit einem schizophrenen Mitglied reagierte die Mehrheit der Angehörigen besonders emotional, und zwar in negativer Weise auf das schizophrene Kind. Die Autoren nannten diese Familien »high expressed emotions families« (HEE-Familien). Ohne daß es die Autoren so formuliert hätten, ist doch aus ihren Befunden herauszulesen, daß in den HEE-Familien die kritischen Äußerungen der Eltern über ihr psychotisches Kind Projektionen sind. – Wynne (1978) sowie Singer, Wynne u. Toohey (1978) haben mit Hilfe des Rorschachtests mit einer 90prozentigen Sicherheit Eltern schizophrener Kinder identifizieren können.¹³

Searles, dessen Arbeiten in dieser Hinsicht besonders aufschlußreich

¹³ Die Widerstände gegen die Ergebnisse der Familienforschung sind erheblich. Der renommierte Sozialpsychiater Wing zitiert in einem Handbuchartikel (1987, S. 328) die Arbeiten von fünf Autorengruppen, die nach seiner Ansicht die Ergebnisse der zitierten Familienforscher widerlegt haben (Ferreira u. Winter, Haley, Ringuette u. Kennedy, Sharan, Winter u. Ferreira). Tatsächlich bestätigen die drei ersten die Ergebnisse über die gestörte Familienkommunikation, die zwei anderen Arbeiten sind in ihrer Einschätzung sehr zurückhaltend, aber sie widerlegen nichts.

sind, hat einem seiner Aufsätze den Titel gegeben: »Das Bestreben, die andere Person zum Wahnsinn zu treiben – ein Bestandteil der Ätiologie und Psychotherapie von Schizophrenie« (1959). Er führt darin aus, daß in der psychotischen Aussage auch die Auseinandersetzung der Familie um die Frage steckt, wer verrückt ist. Die Familien behandeln den »später Kranken [...] als das Behältnis der Verrücktheit aller anderen Familienmitglieder« (S. 79).

Die schizophrene Bindung

Die Ergebnisse der Familienforschung sprechen eine klare Sprache. Das Kind, das später schizophren wird, wird von der Mutter (oder dem Vater; vgl. dazu Karon u. Widener 1994)¹⁴, unbewußt dazu benutzt, das eigene psychische Gleichgewicht zu sichern. Die Eltern fordern eine emotionale Unterstützung vom Kind ein, die zur Stabilisierung des eigenen Narzißmus notwendig ist, wie es ähnlich bereits Searles (1965) beschrieben hat.

An einem Beispiel aus den Untersuchungen von Fonagy, Gergely, Jurist u. Target (2002, S. 175ff.) läßt sich das etwas deutlicher machen: Wenn der Säugling z. B. einen schmerzlichen Affekt hat, braucht er eine Reaktion der Mutter, die den Affekt in seiner spezifischen Qualität spiegelt. Aber die Mutter macht es auf eine Weise, die dem Kind zugleich signalisiert, daß der negative Affekt, den sie mit ihm teilt, nicht ihr eigener ist. Die Mutter spürt den Schmerz des Kindes, ist beunruhigt, jedoch für den Säugling erkennbar nicht deshalb, weil sie selbst den Schmerz des Kindes hätte. Nur so kann sie trösten (vgl. auch Bions [1967] Konzept des Containment). Wenn die Mutter oder der Vater aber »nach einem Defekt beim Kind sucht und ihn diagnostiziert, der am besten ihrem [eigenen] Gefühlszustand entspricht«, wie es Bowen (1965) formulierte, dann projiziert sie oder er eigene Gefühle von Schmerz in das Kind. Normalerweise wird sie oder er aber nicht Gefühle, die das Kind nicht hat, in es hineinprojizieren. Sie oder er sucht erst den »Defekt«. Wenn wir bei dem gewählten Beispiel von Fonagy et al. bleiben, wird sie oder er den schmerzlichen Affekt des Kindes unbewußt dazu benutzen, einen eige-

¹⁴ Ich habe den Eindruck, daß nichts so sehr die psychische Entwicklung eines Kindes beeinflusst wie die psychische Stabilität des gleichgeschlechtlichen Elternteils. Darum scheint es mir so zu sein, daß z. B. bei einem schizophrenen Mann das problematische Verhältnis in der Regel zu seinem Vater besteht, bei einer Frau zur Mutter. Natürlich wird man annehmen müssen, daß die Paarbeziehung der Eltern sehr entscheidend für die Beziehung eines jeden Elternteils zu dem Kind ist. Aber diese Verhältnisse sind kompliziert und kaum erforscht.

nen schmerzlichen Affekt loszuwerden. Für das Kind ist in diesen Fällen nicht entscheidbar, ob der schmerzliche Affekt der eigene oder der des Elternteils ist.¹⁵

In einer Therapiestunde übergibt mir ein Patient – er heiße Robert – einen Zettel, auf dem er das Folgende notiert hat:

»Meine Mutter und ich verlassen kurz meine Wohnung. Ich trage mit beiden Händen einen Wäschekorb. Die Mutter soll die Türe von außen schließen und vorher den Schlüssel abziehen.

Ich: (provokant autoritär, halb lustig) »Aber, daß du mir ja nicht vergist, den Schlüssel abzuziehen!«

Sie: »Ja. Da hast du recht. Ist dir das schon mal passiert?«

Ich: »Nein. Noch nie.«

Sie: »Oho. Mir würde das auf jeden Fall passieren.«

Ich: (resigniert) »Ja. Das glaube ich dir.«

Ich verstehe hieraus nur: »Komisch, daß dir das noch nicht passiert ist. Stimmt das wirklich?«

Und selbst hierauf könnte ich dann mit »Es stimmt wirklich« antworten – sie würde mir immer noch nicht glauben.«

In diesem Dialog ist es nicht gelungen, eine Übereinstimmung darüber zu erzielen, ob Robert den Schlüssel schon einmal hat stecken lassen oder nicht, obwohl er auf die entsprechende Frage mit einem klaren Nein antwortet. Diese Nichtübereinstimmung entstand dadurch, daß die Mutter sich selbst an die Stelle von Robert setzt. Sie sagt, daß es ihr passieren würde, drückt aber zugleich implizit damit aus (wenn wir der Interpretation des Sohnes folgen), daß es darum ihrem Sohn auch passiert sein muß. Sie tut so, als wollte sie eine Schusseligkeit von Robert vertuschen, die bei ihm jedoch gar nicht besteht. In Wahrheit ist die Mutter nicht in der Lage, seine realitätsbezogenen Befürchtungen zu akzeptieren, sondern projiziert auf ihn und in die Situation erstens ihre eigene Schusseligkeit und zweitens ihre Scham deswegen. Die Mutter entlastet sich von Schamgefühlen, indem sie sie ihrem Sohn aufbürdet, in diesem Beispiel indem sie Unklarheit über die Realität herstellt. Robert akzeptiert resignativ die Interpretation der Mutter, d. h. introjiziert im Prozeß einer

¹⁵ Doch muß man die Charakterisierungen der hier beschriebenen Beziehungsmuster relativieren. Es sind Beschreibungen aus der Perspektive einer bestimmten, gesellschaftlich festgelegten Vorstellung von Normalität. Autonomie z. B. gilt uns als ein wichtiges Ziel der Sozialisation, wobei das, was wir Autonomie nennen, nicht mehr ist als die Fähigkeit, uns mit unseren Sollvorschriften und Handlungen auf gesellschaftliche Regeln zu beziehen. Nur aus dieser Perspektive erscheint das Verhalten der Familien mit einem schizophrenen Mitglied als pathologisch. Andere Gesellschaftsformen sozialisieren mit anderen Zielen, und dann können Entwicklungen, die wir schizophren nennen, unter Umständen ganz andere Bedeutungen haben.

projektiven Identifizierung (Ogden 1982) die Scham für ein Verhalten der Mutter.¹⁶

Ein Mann in Analyse erzählte, daß er seinen kleinen Sohn oft böse anschreie, obwohl er das eigentlich gar nicht wolle. (Er war selbst als Junge von seiner Mutter viel geschlagen worden.) Schließlich kam er auf den Grund. Wenn der Sohn nach einer Auseinandersetzung weinend und einsam in seinem Zimmer lag, fühlte er sich ihm in besonderer Weise verbunden und nahe. Oft war dieses Gefühl verknüpft mit einem stillen Vorwurf an die Ehefrau, daß sie mit dem Sohn nicht richtig umging. Es war zwar auch für den Vater ein schmerzhaftes Gefühl, zumal es den Kummer seiner eigenen Kindheit lebendig machte, aber es lag auch ein Trost darin: der Sohn weinte für ihn.

Die schizophrene psychische Struktur

Das Kind kann keine Klarheit darüber erreichen, ob seine affektiven Zustände eigene oder die der Eltern sind. Nun haben aber Affekte unter anderem die Funktion, Handlungsprozesse und Kognitionen zu organisieren (vgl. auch Fonagy, Gergely, Jurist u. Target 2002). Das hat die Konsequenz, daß ein Kind in dieser Lage nicht lernen kann, seine psychischen Prozesse autonom zu organisieren. Immer bleibt ein Bezug zu Mutter oder Vater notwendig. Das Kind ist damit beschäftigt, das Gleichgewicht der Mutter (oder des Vaters) herzustellen, weil, wenn es z. B. um Angst geht, diese allenfalls dann schwindet, wenn auch die Projektionen der Angst von Mutter oder Vater nachlassen. Das Verhalten von Mutter oder Vater kann nur als ein Introjekt internalisiert werden, das in einem Gegensatz zu den autochthonen Funktionen der kindlichen Psyche steht. Das Introjekt bleibt abgegrenzt, kann nicht mit dem Ich verschmelzen, bleibt gewissermaßen ein mit dem Ich konkurrierendes Neben-Ich. Das soll heißen, es gibt konkurrierende Weisen, wie der Ichapparat organisiert wird, wenn man das Ich hier als Organisator der psychischen Funktionen versteht (Blanck u. Blanck 1974).

Fonagy, Gergely, Jurist u. Target (2002) zufolge ist die Bildung der Selbstrepräsentanz kein eigenständiger Prozeß des Kindes, sondern eine Internalisierung dessen, was die Mutter als das Selbst des Kindes er-

¹⁶ Stanton u. Schwartz (1954) haben durch eine detaillierte Untersuchung nachweisen können, daß dieser Mechanismus auch in der Beziehung zwischen schizophrenen Patienten und Krankenhauspersonal wirksam ist. Unbewußte Konflikte des Krankenhauspersonals über den richtigen therapeutischen Weg schlagen sich in einer verstärkten Symptomatik eines schizophrenen Patienten nieder. Aber es gibt auch den umgekehrten Weg, daß nämlich das Krankenhauspersonal sich den psychotischen Beziehungsformen der Patienten nicht entziehen kann, wenn nicht spezielle Vorsorge getroffen wird (Leuschner 1985). – Leider ist die Forschung darüber so gut wie abgerissen.

kennt. Etwas pointiert sagen sie, daß »das Selbst ursprünglich eine Erweiterung des Erlebens des Anderen ist« (S. 271). Voraussetzung für eine gedeihliche Entwicklung des Kindes ist demnach, daß »der Andere« dabei das Eigene des Kindes erkennt und anerkennt. Im Fall der schizophrenen Entwicklung kommt es zur Konfusion beim »Anderen« und dann beim Kind darüber, wessen Empfindungen es sind, die »der Andere« im Kind zu erkennen glaubt.

Die psychotische Regression tritt ein, wenn die psychische Organisation angesichts eines ernsthaften Konflikts die innere Spannung nicht mehr aushält. Spannung entsteht, so die These, wenn die zwei psychischen Organisationsprinzipien, also die Tendenz, die psychischen Prozesse autonom zu regulieren, und die Notwendigkeit, bei dieser Regulation auf Bedürfnisse eines Elternteils Bezug zu nehmen – hier hypostasierend Ich und »Neben-Ich« genannt –, nicht mehr miteinander in Einklang zu bringen sind. Das ist dann zu erwarten, wenn der Anspruch an autonome psychische Leistung hoch ist. Oft ist es die Schwellensituation, wenn ein Jugendlicher sich aufmacht, selbständig zu werden. Möglich ist auch, daß die Eltern verstärkt eigene Sorgen durch projektive Identifizierung auf das Kind loszuwerden versuchen (z. B. die Sorgen, die durch die Loslösung des Kindes entstehen). Häufig entstehen keine größeren Probleme, solange nicht zu viel Autonomie verlangt wird, sondern es wird erst dann kritisch, wenn mit zunehmender Reifung größere Anforderungen an die Autonomie gestellt werden, wie z. B. bei Schreber. Darum ist es meistens die mittlere bis späte Adoleszenz, in der die Schizophrenie ausbricht (Häfner 1987).

Daß die psychische Organisation der Schizophrenen den Eindruck macht, als sei sie zweigeteilt, drückt ja schon der Name aus. Im modernen psychoanalytischen Sprachgebrauch wird dies als Sektorenmodell bezeichnet (Müller 1999¹⁷), womit gesagt werden soll, daß es neben dem eigentlichen schizophrenen Persönlichkeitsanteil auch gesunde Persönlichkeitsanteile gibt, ein Gedanke, den bereits Freud (1940a) äußerte. Andere, wie z. B. Racamier (1980) oder Mentzos (2007), gehen von einer dilemmatischen Struktur aus, einem der Schizophrenie zugrunde liegenden unlösbaren inneren Widerspruch.

Diese Struktur erklärt die Angst des Schizophrenen, in engen Beziehungen vom Objekt überwältigt zu werden. Das Objekt macht mit einem, was es will, d. h. es reguliert die psychischen Prozesse des Schizophrenen zum eigenen Nutzen. Oder die Beziehung wird, wenn es eine

¹⁷ Dort auch eine Übersicht über Autoren, die sich mit diesem Problem beschäftigt haben.

»gute« ist, als Verschmelzung phantasiert, weil es dann keine Divergenz im Erleben mit dem Objekt gibt (Müller 2003). In diesem Fall erscheint der Einfluß des Objekts erträglich, weil seine Interessen mit denen des Schizophrenen identisch vorgestellt werden. Eine weitere Konsequenz ist, daß die Ichgrenzen des Kindes schwach bleiben. Eine dritte, daß es nie zu einer richtigen Trennung von den Eltern kommt, die einen Widerstand gegen jede Veränderung haben, gegen den sich die Patienten oft nicht wehren können. Das zeigt sich vor allem im Verlauf einer Therapie. Eine vierte Konsequenz ist, daß das Kind, wenn es die Not der Eltern spürt, bemüht ist, Vater oder Mutter zu helfen, psychische Stabilität zu gewinnen. Weil dies aber nicht gelingen kann, wird es sein Verhalten als Scheitern erleben, was eine Quelle der schweren narzißtischen Probleme schizophrener Menschen ist.

Ein Psychoanalytiker meint in einem Gespräch über seinen erwachsenen schizophrenen Sohn: »Ich kann es besser ertragen, daß er verrückt ist, als daß er sich aggressiv mir gegenüber verhält.« Was man ja so verstehen kann, daß der Vater die mit der Aggression verbundene Abgrenzung nicht ertragen kann.

Noch einmal ein Resümee

Der Rekurs auf die Familien führte zu der Überlegung, daß in der psychischen Organisation des Schizophrenen ein Bezug zu den Eltern besteht, und zwar von der Art, daß die Regulation des psychischen Gleichgewichts gewissermaßen konkurrierenden Prinzipien folgt, nämlich autonomen und denen der Eltern. So bleibt auch eine reale Abhängigkeit von den Eltern bestehen. Diese Abhängigkeit kann nicht gelöst werden, weil die Eltern für ihre psychische Stabilität eigene Anteile auf das Kind projizieren. Eine Folge davon ist, daß das Kind nicht lernt, sicher zwischen eigenen und elterlichen Affekten zu unterscheiden und daher keine klare Identität oder Ichgrenzen ausbilden kann.

Eine Patientin drückte es so aus: »Ich bin wie ein Haus, in das jeder reingeht, wie er will. Er nimmt mit, was ihm gefällt, und läßt liegen, was er nicht mehr brauchen kann.«

Die Eltern verhalten sich so, weil sie aus unbewußten Gründen Verlust und Trennung nicht ertragen können. Statt dessen bleibt die affektive Einheit zwischen Eltern und Kind erhalten. Der Vater, der sich mit dem weinenden Sohn verbunden fühlte, oder der Analytiker, der seinen Sohn lieber schizophren als aggressiv weiß, sind Beispiele dafür, wie eine solche Trennung vermieden wird.

Die manifeste Schizophrenie ist die Folge einer Desintegration, die auftritt, wenn Anforderungen an die Autonomie gestellt werden. Je nach Ausprägung der psychotischen Disposition können dies die ganz normalen Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz oder besondere Belastungen sein, wie z. B. die endgültige Trennung von den Eltern, möglicherweise auch intensive Projektionen der Eltern oder berufliche Herausforderungen, wie im Fall Schreber.

Die psychotische Reaktion als emanzipatorischer Versuch

Die Überlegungen der vorangehenden Abschnitte lassen erwarten, daß die psychotische Regression den ursprünglichen Konflikt, der ein Abgrenzungskonflikt ist, wieder sichtbar macht. Das scheint in der Tat der Fall zu sein. Bei dem der Psychose zugrunde liegenden Konflikt geht es nicht um Triebregungen und deren Realisation bzw. Abwehr wie bei der Neurose, nicht um das narzißtische Gleichgewicht wie bei der Depression, sondern um die Frage »Wer bin ich?«, also um die Identität (vgl. Lempa 2007). Die Regression sollte daher bis zu der Position der individuellen psychischen Entwicklungsgeschichte gehen, in der der Konflikt relevant wurde, der die spezifische psychotische Bindung an die Eltern begründet. Das können verschiedene Beziehungskonstellationen in der Familie sein. Die sexuellen und homosexuellen Wahnvorstellungen von Schreber verweisen auf das Problem, das er in seiner Entwicklung mit dem Vater hatte. Aber es war kein Triebkonflikt im Rahmen der ödipalen Konstellation, bei dem es um das Objekt der Triebwünsche und die Frage, ob sie erlaubt sind, gegangen wäre. Bei Schreber, so muß man vermuten, ging es darum, wessen Triebregungen es waren: seine eigenen oder die des Vaters.

Somit ergibt sich, daß der Rückgriff auf kindliche Sichtweisen, also die Regression, auch die Rückkehr auf eine Position ist, in der ein wichtiger Schritt zur Abgrenzung von den Eltern versucht worden, aber nicht gelungen ist. Und in der Tat, niemals habe ich die Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose gesehen, in der der Patient nicht eine starke Tendenz zur Abgrenzung von den Eltern hatte (wenn ich auch damit nicht in Abrede stellen will, daß es vorkommen mag). Das war unabhängig davon, ob die Eltern eine positive oder negative Haltung gegenüber ihrem Kind hatten. Schon im Prodrom, das die Eltern oft besorgt zum Psychiater treibt, berichten sie, daß das Kind sich abkapsle, wenig oder gar nicht mehr mit den Eltern spreche, Streit provoziere, sich gegen die Eltern rücksichtslos benehme, weglaufe usw. Nach Ausbruch der mani-

festen Psychose verschärfen sich diese Verhaltensweisen. Nicht selten weigern sich junge Patienten, die Adresse der Eltern preiszugeben. Oft ist heftiger Streit mit den Eltern der unmittelbare Anlaß für eine Klinik-einweisung.

Es sind also in den psychotischen Äußerungen zwei Aussagen enthalten. Die »manifeste« Aussage, so könnte man in Analogie zum Traumgeschehen sagen, erscheint meist unsinnig. Daneben gibt es eine »latente Aussage«, die sich durch Deutung erschließen läßt. Wie im Traum ist in den psychotischen Symptomen ein aktueller Konflikt angesprochen, aber zugleich ein Konflikt der Kindheit enthalten, der die Identitätsbildung betrifft. Ähnlich wie im Traum kommen in den produktiven Symptomen ein Konflikt und die Lösung zur Sprache, und zwar unter Mißachtung der Realität. Darum kann De Masi (2003) sagen, daß der Schizophrene wie in einem nicht endenden Traum lebt.

In einem allgemeineren Sinn gilt also doch, daß durch die produktiven Symptome eine unerträgliche Realität durch eine genehmere ersetzt wird. Wenn es anders erscheint, dann deshalb, weil die psychotische Wirklichkeit der Versuch ist, die eigene Identität zu retten, manchmal eben für einen hohen Preis.

Die Behauptung Schrebers in den *Denkwürdigkeiten*, daß er zum Weibe Gottes gemacht wurde, muß man vor dem Hintergrund sehen, daß sein Vater ein sexuelles Interesse am Körper seiner Kinder hatte und daß in der psychiatrischen Anstalt, in der Schreber untergebracht war, manche schizophrene Patienten kastriert wurden, um sie zu »heilen« (Niederland 1974).

Schrebers Wahn, er sei eine Frau, kann man also einerseits so verstehen, daß er das sexuelle Interesse des Vaters an seinem kindlichen Körper introjiziert hat. Seine Behauptung, er werde »in einen weiblichen Körper verwandelt, [und] als solcher dem betreffenden Menschen zum geschlechtlichen Mißbrauch überlassen«, womit er nach Freud (1911c, S. 170) den Anstaltsleiter Prof. Flechsig meinte, bekommt so eine unheilvolle Bedeutung. Der Wahn beschreibt einmal die kindliche Wirklichkeit Schrebers, (»das Körnchen Wahrheit«; Freud 1907a, S. 108) die, solange Schreber »normal« war, unbewältigt im Unbewußten gehalten wurde. Im schizophrenen Wahn schließlich setzt er sich damit auseinander. Freuds Idee war, daß sich ein mächtiger, abgewehrter Triebanteil, der die Identität Schrebers ausmachte, nämlich seine Homosexualität, in der Psychose durchgesetzt hat. Im Grunde kehren wir dahin zurück, versuchen aber die Beziehung zwischen Schreber und seinem Vater, soweit wir sie kennen, zu berücksichtigen. Danach scheint es so, daß es für Schreber

nicht oder nicht nur darum ging, ob der homosexuelle Triebanteil anerkannt oder geleugnet wird, sondern ob es der seine oder der des Vaters war. Der Wahn ist so auch eine Antwort. Homosexualität ist nicht das Problem Schrebers, sie wird an Schreber praktiziert und ist Ausdruck von Willkür (des Vaters, des Anstaltsleiters). Die Attitüde des Göttlichen macht das Ganze lächerlich (und blasphemisch) und ist insofern Anklage und Kritik.

Der Wahn des jungen Mannes, die Nazis hätten die Herrschaft übernommen, als er von seinem Geschäftspartner betrogen wurde, ist Erleichterung und Kritik zugleich, wenn man weiß, daß er als Kind den Vater trösten mußte, wenn der einerseits die Nazis für sein persönliches Mißgeschick verantwortlich machte und andererseits eigene Unzulänglichkeiten in den Sohn projizierte. Der Wahn ist eine Zurückweisung dieser Projektionen, freilich in den Kategorien seiner Kindheit, in der Nazis und jedes erdenkliche Übel gleichbedeutend waren.

So ist im Wahn auch eine Wahrheit enthalten, die anders nicht ausgesprochen werden kann.

Ein Patient, der für lange Zeit in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus – wie die großen psychiatrischen Anstalten im Rheinland hießen – untergebracht war, richtete an den Direktor der Anstalt ein Schreiben, auf dem er seine Adresse so angab: Land-is-krank-im-Haus.

Zur Therapie der Schizophrenie

Wenn es überhaupt noch eines Nachweises bedurfte, so gilt, was schon Freud konstatierte (1916–17a, S. 256ff.), daß nämlich die Psychose eines Patienten ohne psychoanalytisches Denken überhaupt nicht verstanden werden kann. Aber seine Skepsis hinsichtlich der Heilungsmöglichkeiten erscheint ebenfalls nach wie vor berechtigt. Es geht also um weniger (wobei man durchaus in Frage stellen kann, ob es wirklich weniger ist), nämlich darum, was Therapie ausrichten kann und mit welchen Besonderheiten zu rechnen ist.

Im folgenden sind drei Therapieverläufe skizziert. Der erste illustriert den Umgang mit der familiären Bindung, der zweite zeigt, wie die psychotische Symptomatik zur Identitätssicherung beiträgt, und der dritte wirft ein Licht auf einige Probleme, die mit dem elterlichen Introjekt verbunden sind.

Die Parentifizierung

Mehr Autonomie erreicht ein schizophrener Patient, wenn er sich aus der psychotischen Bindung wenigstens teilweise lösen kann. Ein Weg dahin ist, daß die Parentifizierung und die Abhängigkeit, die daraus resultiert, bewußt wird. Damit läßt sich auch das narzißtische Problem einigermaßen gut lösen. Wenn die Patienten nämlich begreifen, daß sie mit der Besonderheit ihrer Entwicklung die Stabilität der Familie möglich machten, müssen sie ihre psychotischen Symptome nicht ausschließlich negativ bewerten. Sie realisieren, daß sie Verantwortung für die Eltern und die Familie getragen haben, wenn auch nicht freiwillig.

Robert kam etwa ein Jahr nach seiner akuten paranoid-halluzinatorischen Psychose, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machte, zu mir in Behandlung. Die Psychose war aufgetreten, nachdem er ein Studium begonnen hatte. Er war aber inzwischen symptomfrei und nahm eine mittlere Dosis Neuroleptika. Robert war mir sympathisch, und da der Altersunterschied erheblich war, kann man es väterliche Gefühle nennen, was ich ihm gegenüber empfand. Robert kommt jetzt seit mehr als acht Jahren zu mir, aber die Behandlung beschränkte sich immer auf eine Stunde die Woche. Einmal war für mehrere Wochen ein Krankenhausaufenthalt notwendig, jedenfalls empfand das Robert so, während ich eigentlich keinen Grund dafür erkennen konnte. Robert hat insgesamt eine positive Entwicklung gemacht, was er auch selbst so sieht. Er ist in einem anspruchsvollen Beruf erfolgreich und lebt jetzt mit seiner Freundin zusammen, wenn das auch oft schwierig ist.

Der Ausgangspunkt war, daß Roberts Versuch, ein Studium in einer fremden Stadt zu beginnen, scheiterte. Die Psychose hatte so seinen Versuch, eine eigene soziale Identität zu begründen, zunichte gemacht. Sie hatte ihm nachhaltig klar gemacht, daß er nicht einmal wußte, wer er war. Es ist darum nicht schwer, sich vorzustellen, was es für Robert bedeutet hätte, in dieser Situation belehrt zu werden, daß er krank sei, möglicherweise für immer, und daß er ohne die dämpfende Wirkung von Medikamenten kaum eine Chance haben würde. Was er brauchte, war eine Erklärung, was die Psychose mit dem Kern seiner Person zu tun hatte, eine Stärkung seiner Identität und eine positive Lebensperspektive, in der er sich nicht als Kranker definieren mußte. Er mußte herausfinden, warum er zu den absonderlichen Mitteln der Paranoia hatte greifen müssen.

Die Parentifizierung, der er als Kind ausgesetzt gewesen war, hatte bei Robert, wie es die Regel ist, zu der Überzeugung geführt, daß er ein Versager sei, schließlich unwiderleglich bewiesen durch seine Psychose. Die Aufklärung darüber, daß gerade in den psychotischen Symptomen die Identifizierung mit dem Vater zum Ausdruck kam, der ihn für seine Projektionen brauchte, brachte eine Entlastung in dieser Hinsicht. Robert leuchtete der Zusammenhang ein, und er begann sich vom Vater abzugrenzen. Es ist schwer zu sagen, welche psychischen Prozesse dabei ablaufen. Da es sich wahrscheinlich nicht um einfaches (kognitives) Lernen handelt, wird man annehmen müssen, daß es über eine Identifikation abläuft.

Identifikation würde heißen, daß Robert in der therapeutischen Beziehung soweit regrediert ist, daß er mir die Regelung gewisser psychischer Prozesse unbewußt überlassen hat. Das ist offensichtlich eine Fähigkeit, die in der Kindheit das psychische Wachstum ermöglicht, aber lange erhalten bleibt.¹⁸

Wir haben beide gute Gründe anzunehmen, daß die Therapie und besonders sein Bemühen, sich vom Vater abzugrenzen, zu der guten Entwicklung beigetragen hat, obwohl man berücksichtigen muß, daß auch unbehandelt etwa ein Drittel aller Schizophrenien einen gutartigen Verlauf nimmt (Retterstøl 1987).

Die Distanzierung vom Vater war mit viel Trauer für ihn verbunden, da er immer wieder vergeblich versuchte, das Interesse des Vaters zu wecken. Der Vater konnte die Beziehung zu ihm, die darin bestand, daß er ihm entweder erzählte, was er für Sorgen hatte, oder daß er sich negativ über die Unternehmungen des Sohnes äußerte, nicht ändern. Robert brauchte lange, um den schlimmsten Kummer darüber zu überwinden.

Die Psychose als Verteidigung der Identität

Die folgende Falldarstellung beschreibt die Behandlung eines Patienten, der die Distanz zu den Eltern nicht finden können. Wie es scheint, braucht er den psychotischen Zustand für seine Identitätsbildung.

Victor war, ähnlich wie Robert, an einer floriden schizophrenen Psychose erkrankt, als er als Student in eine andere Stadt wechselte. Aber er erholte sich nie wieder richtig. Es gab viele Krankenhausaufenthalte in den folgenden Jahren, und Victor verlangte immer viele Neuroleptika.¹⁹ Wenn die floride Symptomatik, in der ihn heftige Angst quälte, vorüber war, hatte er den Wahn, daß sich wegen seiner Masturbationen an seinen Händen Sperma befinde, durch das er jede Frau, die er berührte, schwängern würde. Diese »Erkenntnis« kam ihm, als er einmal unter der Dusche stand.

Die Ängste und Wahngedanken Victors sind leicht zu deuten. Seine Vorstellung, er würde durch Sperma an den Händen Frauen schwängern, kann man als Ausdruck seiner ödipalen Verstrickung verstehen. Unter anderem meinte einmal der Vater Victors, daß der Patient »mehr als nur die Mutter« in seiner Mutter gesehen habe. Victor hat diese Deutung nach einiger Skepsis auch angenommen und in die Furcht vor Cellophanpapier verändert. Als ich schließlich darauf kam, daß Cellophan Kondom meinte, war er sichtlich befriedigt.

¹⁸ Erkennbar an der identitätsbildenden Wirkung von Schulen, Kirchen, Armeen und anderen Organisationen.

¹⁹ Übereinstimmend kennzeichnen die Patienten die Wirkung der Neuroleptika mit den Worten »wie in Watte gepackt«, »wie hinter Glas«, »ich bin gleichgültiger« und, wenn sie die Medikamente absetzen, »alles ist intensiver, farbiger«. Die Wirkung der Neuroleptika scheint also darauf zu beruhen, daß sie die Vitalität, möglicherweise besonders die affektiven Reaktionen, dämpfen. Dadurch entsteht eine konfliktfreie Situation, und die Integration der psychischen Prozesse ist auf niedrigerem Niveau leichter möglich. Wenn umgekehrt die psychotischen Symptome gebraucht werden, um z. B. Beziehungen zu regulieren, wird der spezifische Effekt der Neuroleptika als Behinderung erlebt (vgl. van Putten, Crumpton u. Yale 1976).

Diese und ähnliche Deutungen änderten am Zustand von Victor nichts Grundlegendes. Er schaffte es, alleine zu wohnen, doch mußte die Mutter die Wohnung sauberhalten. Seine Kontakte zu Menschen waren auf die Familie reduziert. Erst nach Jahren hatte er sporadischen Kontakt zu einem Freund, den er aus der Klinik kannte. In Abständen brauchte er immer wieder die Klinik, was er meist damit einleitete, daß er für einige Tage verschwand.

Victor kam einige Jahre ein- bis zweimal die Woche. Diese Frequenz wählte er selber. Ich habe lange und viel mit ihm darüber diskutiert, was ihm die regelmäßigen Termine bei mir nützen sollten. Seine Antwort war, daß er durch die Therapie gelernt habe zu denken. Das erklärte er so, daß er bis zum Ausbruch der Psychose »der Sonnenschein« der Familie war. (Er hatte noch drei Geschwister.) Aber er habe bis dahin, wie er sagte, »nicht gedacht«. Erst nach der Psychose habe er begonnen zu denken, und das verdanke er der Therapie. Denken ist, daß er sich nun fragt, ob er etwas tun soll oder nicht. Zwar ist er mit dieser Frage oft intensiv beschäftigt, und es behindert ihn bei den Dingen des Alltags oft beträchtlich, aber er habe das Gefühl, daß er eigene Entscheidungen treffen könne.

Die Psychose hat Victor eine gewisse Identitätsbildung ermöglicht. Er kann nun denken, was heißt, sich mit seinen Entscheidungen identifizieren. Aber das geht nur um den Preis wahnhafter Vorstellungen, und es geht nur mühsam. Die Mühe, sich in Alltagsfragen festzulegen, verstehe ich so, daß er die Balance suchen muß, damit seine Entscheidungen ihn nicht in einen zu starken Gegensatz zu sich selbst oder dem ichfremden Introjekt bringen. Deutungen können Victor helfen, mehr Eindeutigkeit für sich zu erreichen, aber die psychotische Organisation können sie nicht überwinden.

Victor hat sich nie mit seinem Vater beschäftigen wollen. Der war ein freundlicher und kooperativer Mann, dem es in den akuten psychotischen Phasen von Victor sichtlich schlecht ging und der dann fürchtete, daß der akute Zustand nie vorübergehen würde.

Wenn Victor das Krankenhaus brauchte, war er in ziemlich schrecklichen Zuständen. Die Gründe, warum Victor akut exazerbierte, sind nie erkennbar gewesen. Ich hatte immer den Eindruck, daß es die Sorgen der Eltern, besonders des Vaters, waren, die den Rückfall auslösten, obwohl sich die Sache immer so darstellte, daß die Eltern sich sorgten, weil Victor einen Rückfall hatte. Diese Situation ist bei vielen schizophrenen Erkrankungen anzutreffen. Eine wohlwollende beruhigende Haltung gegenüber den Eltern unterstützte darum am ehesten eine Beruhigung auch des Patienten.²⁰

²⁰ Es gibt keine Einzelmaßnahme, die so eindeutig positiv auf den Verlauf einer schizophrenen Störung einwirkt wie Familieninterventionen. In einer Metastudie, die 43 Einzelstudien umfaßte, ergab sich ein positiver Effekt auf Rückfallhäufigkeit, Krankenhausaufenthalte und soziale Kompetenz (Pharoah, Mari, Rathbone u. Wong 2007), und zwar in einem Umfang, der sich durch keine andere Einzelmaßnahme erreichen läßt. – So unerlässlich es erscheint, bei der Behandlung die Familiendynamik des Patienten zu berücksichtigen, sprechen doch m. E. gewichtige Gründe gegen Familientherapie. Erstens kann man im Familienrahmen Unbewußtes nicht ansprechen, und zweitens ist das Eindringen eines Therapeuten in das Familiensystem unweigerlich mit einer Schwächung der Autorität der Eltern verbunden. Eine ganz andere Sache ist es, eine Familie zu entlasten, z. B. indem Eltern ein offenes Ohr für ihre Sorgen finden, damit sie diese nicht mehr so sehr auf die Kinder projizieren müssen.

Hätte Victor an einer Untersuchung über die Wirksamkeit von Psychotherapie bei schizophrener Psychose teilgenommen, müßte man ihn der Gruppe »nicht gebessert« zuordnen. Er hat unverändert schwerwiegende Symptome, seine soziale Situation ist nach wie vor desolat, und er nimmt viele Medikamente. Trotzdem hat ihm die Behandlung geholfen. Obwohl schwer gestört, ist ihm an Deutungen gelegen, und er kann damit umgehen. Er möchte wissen, warum er so absonderliche Gedanken hatte wie die, daß er Frauen schwängern würde, warum er in der Regel nur des Nachts die Wohnung verläßt, wie er denken solle etc. Es ist auch kein sinnloses Interesse, etwa derart, daß er das Ganze in ein Wahnsystem einbauen würde. Seine psychotischen Wahngedanken quälen ihn, und wenn er sie verstanden hat, ist er beruhigt, auch wenn er früher oder später neue produziert.

Das psychotische Introjekt

Die dritte Fallgeschichte demonstriert, wie die kindliche Unsicherheit über die eigenen Empfindungen in der Analyse wiederkehrt. Sie beleuchtet überdies den Zusammenhang zwischen dem der Schizophrenie eigentümlichen Introjekt und der Tendenz, innere Konflikte zu externalisieren.

Barbara kam nicht lange nach Beendigung ihres Studiums mit dem Wunsch, eine Analyse zu machen. Sie hatte Angstzustände, und sie war sich unsicher in Beziehungen. Später gestand sie, ernsthafte Befürchtungen gehabt zu haben, verrückt zu werden. Sehr bald stellte sich heraus, daß Barbara eigentümliche Vorstellungen über menschliche Beziehungen hatte, genau genommen: keine richtigen. Sie hatte zwar Affekte, konnte diese aber nicht gebrauchen, um sich Klarheit darüber zu verschaffen, wie sie zu anderen Menschen stand und wie diese zu ihr standen. Es gab auch psychotisch anmutende Verkennungen in der Übertragung. Barbara hatte z. B. die unerschütterliche Überzeugung, daß meine Bemerkungen während der Sitzungen einem im voraus festgelegten Plan folgten und daß ihre Äußerungen lediglich Reaktionen darauf waren.

Barbara hatte die Liebe als schmerzhaftere Vereinnahmung durch die Eltern erlebt, was ihr allerdings nur beim Vater bewußt war. Erst im Verlauf der Analyse merkte sie, wie sehr sich die Mutter auf sie gestützt hatte und noch stützte. Aber sie wollte sich in der Analyse nicht mit ihrer Mutter beschäftigen.

Barbara versuchte ständig, in mich einzudringen, fragte mich, wie ich mich fühlte, zog Erkundigungen über mich ein, versuchte Deutungen meines Unbewußten etc. Es war schwierig, die analytische Grenze zu wahren, weil sie unablässig versuchte, sie zu unterlaufen oder zu überrennen. Oft machte mir das Angst. Zugleich äußerte Barbara das Verlangen, mir nahe zu sein. Sie hatte die Überzeugung, daß ich alles, was ich tat, um meinetwillen tat. Sie erlebte sich darum nur als Mittel für meine Zwecke.

Barbara war im übrigen eine lebensstüchtige Frau, sie war verheiratet, hatte ein Kind und fand schnell eine Tätigkeit in einem anspruchsvollen Beruf, den sie erfolgreich ausübte.

Ich hatte das Verhalten von Barbara so verstanden und gedeutet, daß sie wissen wollte, welches meine Gefühle ihr gegenüber waren. Viel später erst fanden wir heraus, daß sie Zweifel darüber hatte, ob die Gefühle, die sie empfand, wirklich ihre waren. Ihre Frage an mich in der Analyse war nicht oder nicht nur, ob ich sie auch liebte – wie ich es lange verstanden hatte –, sondern, ob ihre Liebe zu mir wirklich ihr eigenes Gefühl war oder ob ich es ihr aufgezwungen hatte. Sie hatte sich eine Antwort auf diese Frage versprochen, indem sie versuchte, mich auszuforschen. Wenn sie wüßte, was ich empfand und wollte, könnte sie Sicherheit darüber erlangen, was sie selbst empfand und wollte. Aber diese Strategie scheiterte daran, daß sie in mir immer nur ihre eigenen Projektionen fand. Barbara konnte sich nicht mit ihrer Liebe identifizieren. Diese blieb ein isoliertes Introjekt, das wie eine fremde Macht von ihr Besitz ergriffen hatte.

Dieses Problem beherrschte auch die Übertragung. Barbara hatte zunächst eine sehr positive Haltung mir gegenüber, was in ihren Vorstellungen schnell zu einem realen Liebesverhältnis wurde. Aber diese Phantasie war verbunden mit der Vorstellung, daß sie ihre Identität aufgeben müsse, weil sie völlig mit mir verschmelzen würde. Sie sagte es einmal direkt, daß es ihr sicherer Tod sei, wenn sie sich auf ihre Liebe zu mir einlassen würde. Ihr Drang, mich auszuforschen, war auch eine Abwehr der Gefahr, selbst verlorenzugehen. Dem konnte sie entgehen, wenn sie sich das Objekt einverleibte oder die totale Kontrolle über es gewönne. Aber da sie damit keinen Erfolg hatte, blieb nur noch die Abwehr durch Aggression, womit sie sich das Objekt vom Leibe halten und sich vor Vernichtung schützen konnte. Die Gefühle von Enttäuschung und Wut, die nun überhandnahmen, hatten für sie den gleichen Charakter von Wirklichkeit wie vorher die Liebe, und es war ihr nicht möglich, sie auch nur ansatzweise zu relativieren, ebensowenig wie deren Quelle in sich selbst zu suchen. Alle Aggression ging in ihren Augen von mir aus. Nach jeder längeren Pause wiederholte sich diese Abfolge der Übertragungsgefühle.

Barbara konnte die Spannung zwischen ihrem Wunsch nach Nähe und der Angst davor nicht aushalten und mußte darum den inneren Gegensatz zu einem Gegensatz zwischen innen und außen machen, also Empfindungen externalisieren. Eine Folge davon war, daß sie innere Konflikte ständig in der Realität inszenieren mußte, weil andernfalls die psychotische Desintegration drohte, wie es Jacobson (1967) eindrucksvoll beschrieben hat.²¹

²¹ Man kann die Dynamik auch in den Begriffen Melanie Kleins und Bions ausdrücken. Barbara hatte die schizoid-paranoide Position nicht überwinden können. Die Mutter hatte die altersgerechten Angriffe des Kindes nicht annehmen und entschärfen und dadurch das Kind befriedigen können, sondern sie hat diese Angriffe mit eigenen aggressiven Impulsen aufgeladen und zurückgegeben. Das entspricht ziemlich genau der Beschreibung Barbaras und drückt in anderen Worten aus, was oben als typisches Beziehungsmuster zwischen den Eltern schizophrener Kinder und dem Kind beschrieben wurde. Barbara hat darum keine kohärenten Selbst- und Objektrepräsentanzen ausbilden können. Sie war ja nicht nur mit ihren aggressiven Anteilen allein, sondern mußte auch noch die der Mutter bzw. der Eltern integrieren. Wie die übrigen klinischen Beispiele zeigen, ist das, was dabei so destruktiv ist, nicht die Tatsache, daß die Eltern aggressiv auf das Kind reagieren, sondern vielmehr, daß sie ihre eigenen Aggressionen (oder andere Empfindungen) als Aggression des Kindes ausgeben. Was hier als psychotisches Introjekt bezeichnet wurde, ist in der Terminologie Bions die projektive Identifizierung. Barbara konnte nicht sicher zwischen Eigenem und Frem-

Die Analyse war lang und intensiv, hat aber das Introjekt nicht auflösen können. Das Ergebnis empfand Barbara dennoch als positiv, und sie war in den 16 Jahren, die ich überblicke, nie manifest psychotisch. Sie sei ruhiger geworden, könne sich besser von anderen Menschen abgrenzen, was ihr vor allem dadurch möglich sei, daß sie etwas bessere Vorstellungen über die Empfindungen anderer habe. Gegen Ende meinte sie einmal, daß sie viel Fremdes in sich abgekapselt habe, das sie weder verdauen noch richtig loswerden könne. So gesehen, könnte die Analyse ihr entscheidend geholfen haben, nicht psychotisch zu dekomensieren (vgl. dazu auch Günter 2007).

Abschließendes Resümee

Die strukturelle Besonderheit der Schizophrenie läßt sich am besten als Störung der Ichgrenzen beschreiben. Selbst- und Objektrepräsentanzen sind nicht deutlich unterschieden. Es ist nicht eindeutig, was dem Objekt und was dem Ich zugerechnet werden muß. Damit ist gleichbedeutend, daß die psychischen Prozesse und Strukturen nur unvollkommen integriert sind. Am augenfälligsten wird dies durch die massiven Projektionen und Introjektionen. Die Objektbesetzungen sind ein uneindeutiger Vorgang.

Genetisch läßt sich das durch eine eigentümliche Beziehung des Kindes zu den Eltern erklären. Bei der für das Kind notwendigen Moderation und Regulation der psychischen Prozesse durch Mutter oder Vater kommt es zu massiven Projektionen auf das Kind, so daß eine Unsicherheit für das Kind resultiert, was Eigenes, was Fremdes ist. Es kann sich keine stabile Ichgrenze ausbilden, und die Ichfunktionen können sich nicht adäquat entwickeln, sondern sind in unterschiedlichem Ausmaß gestört.

Triebtheorie, Ichpsychologie, Objektbeziehungstheorie, Bindungstheorie usw. sind darum gleichermaßen geeignet, eine schizophrene Störung zu beschreiben, obwohl im Einzelfall die Symptomatik unter Umständen durch die eine Theorie besser abgebildet wird als durch die andere.

Der psychotische Zusammenbruch ist die Regression auf ein Entwicklungsniveau, auf dem eine Abgrenzung auf verzerrte Weise möglich ist. Dafür muß die Realitätskontrolle mehr oder weniger aufgegeben werden. Abgrenzung ist in dieser Verfassung nur möglich, indem der Schizophrene sich in eine eigene Welt zurückzieht.

Das therapeutische Ziel ist es, die psychische Integration zu stärken, was

dem unterscheiden. Der Begriff »Introjekt« in diesem Kontext trägt zwei Besonderheiten Rechnung: (1) eine spezifische Abhängigkeit zwischen Eltern und Kind bleibt über die Adoleszenz hinaus erhalten; (2) das Introjekt ist nicht nur eine Form der Abwehr, sondern eine psychische Instanz, Struktur oder Disposition.

heißt, größere Autonomie möglich zu machen. Oft ist es das Problem für den Patienten, Gewißheit darüber zu erlangen, was seines ist und was nicht. In der Übertragungsbeziehung lassen sich die Grenzen zwischen Therapeut und Patient für den Patienten sicherer machen. Eine wichtige Voraussetzung dafür scheint zu sein, daß der Patient gegenüber den Eltern ausreichend Freiheit gewinnt, seine besondere Beziehung zu ihnen zu untersuchen und gegebenenfalls zu ändern. Wegen der Natur der schizophrenen Beziehung ist dies nicht nur ein intrapsychisches Problem, sondern wird – wie es scheint – auch vom realen Verhalten der Eltern mitbestimmt.

Es hängt von der besonderen Ausprägung im Einzelfall ab, welche analytischen Techniken anwendbar sind. So kann man weder bestimmte Techniken, wie z. B. Triebdeutungen, grundsätzlich ausschließen noch für alle Patienten empfehlen.

Aus der hier beschriebenen Charakteristik der Schizophrenie entsteht allerdings ein neues Problem, das in diesem Aufsatz nicht behandelt wurde. Was psychische Integration ist, scheint nämlich keine Naturkonstante zu sein, sondern wenigstens teilweise durch gesellschaftliche Strukturen bestimmt. Die Anforderungen an Autonomie, Ichgrenzen und Ichfunktionen sind für einen Menschen der europäischen Mittelschicht wahrscheinlich auch qualitativ andere als für andere soziale Schichten und andere Kulturen (vgl. Parin 1978). Jede Gesellschaftsform induziert spezifische Formen der Sozialisation, die eben auf verschiedene Weise auch scheitern kann. Wenn diese These stimmt, ergäben sich daraus auch Konsequenzen sowohl für das Verständnis wie auch für die Therapie der Schizophrenie.

Anschrift des Verf.: Prof. Dr. med. Frank Matakas, Tagesklinik Alteburger Straße gGmbH, Fachkrankenhaus für Psychiatrie & Psychotherapie, Alteburger Str. 8–12, 50678 Köln.
E-Mail: fmatakas@netcologne.de

BIBLIOGRAPHIE

- Alanen, Y.O. (1993): Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. Stuttgart (Klett-Cotta) 2001.
- Bion, W.R. (1967): *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. London (Heinemann Medical).
- (1970): *Aufmerksamkeit und Deutung*. Übers. E. Vorspohl. Tübingen (edition diskord) 2006.
- Blanck, G., u. R. Blanck (1974): *Angewandte Ich-Psychologie*. Übers. H. Weller. Stuttgart (Klett-Cotta) 1985.
- Bleuler, P.E. (1911): *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Wien (Deuticke).

- Bowen, M. (1965): Familienpsychotherapie bei Schizophrenie in der Klinik und in der Privatpraxis. In: I. Boszormenyi-Nagy u. J.L. Framo (Hg.): Familientherapie. Theorie und Praxis, Bd. 1. Übers. A. Rohde-Liebenau. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1975, 244–276.
- Brown, G. W., J.L.T. Birley u. J.K. Wing (1972): Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: a replication. *Brit J Psychiatry* 121, 241–258.
- De Masi, F. (2003): On the nature of intuitive and delusional thought: Its implications in clinical work with psychotic patients. *Int J Psychoanal* 84, 1149–1169.
- Eissler, K.R. (1952): Remarks on the psychoanalysis of schizophrenia. In: E.B. Brody u. F.C. Redlich (Hg.): Psychotherapy with Schizophrenics. New York (International UP), 130–167.
- Federn, P. (1927): Narzißmus im Ichgefüge. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 13, 420–438.
- Fonagy, P., G. Gergely, E.L. Jurist u. M. Target (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Übers. E. Vorspohl. Stuttgart (Klett-Cotta) 2004.
- Freud, S. (1907a): Der Wahn und die Träume in W. Jensens ›Gradiva‹. *GW VII*, 29–122.
- (1911c): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). *GW VIII*, 239–316.
- (1915e): Das Unbewußte. *GW X*, 264–303.
- (1916–17a): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW XI*.
- (1924e): Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. *GW XIII*, 363–368.
- (1940a): Abriß der Psychoanalyse *GW XVII*, 63–138.
- Gerrity, E., T.M. Keane u. F. Tuma (2001): *The Mental Health Consequences of Torture*. New York (Kluwer Academic/Plenum).
- Gottdiener, W.H., u. N. Haslam (2007): Der Nutzen der Einzeltherapie für schizophrene Menschen. Eine Metaanalyse. In: T. Müller u. N. Matejek (Hg.), 7–44.
- Günter, M. (2007): Traumatischer Objektverlust, psychotische Übertragung und Realitätskontrolle. Was bringt eine psychoanalytisch orientierte Frühbehandlung schwerer juveniler Psychosen? *Psyche – Z Psychoanal* 61, 195–217.
- Häfner, H. (1987): Epidemiology of schizophrenia. In: Ders., W.G. Gattaz u. W. Janzarik (Hg.): *Search for the Causes of Schizophrenia*. Berlin u. a. (Springer), 47–74.
- Hartmann, H. (1964): *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart (Klett) 1972.
- Jacobson, E. (1967): *Psychotischer Konflikt und Realität*. Übers. F. Herborth. Frankfurt/M. (Fischer) 1972.
- Jaspers, K. (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. 9., unveränd. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York (Springer) 1973.
- Joukamaa, M., M. Heliövaara, P. Knekt, A. Aromaa, R. Raitasalo u. V. Lehtinen (2006): Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Brit J Psychiatry* 188, 122–127.
- Kandel, E. (2006): *Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes*. Übers. H. Kober. München (Siedler).
- Karon, B.P. (2003): The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal* 31, 89–118.
- , u. A.J. Widener (1994): Is there really a schizophrenogenic parent? *Psychoanal Psychol* 11, 47–61.
- Kernberg, O.F. (1975): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Übers. H. Schultz. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1978.
- Kisker, K.P. (1960): Erfahrungen und Methodisches zur Gruppenbildung im psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt* 31, 392–402.
- Klänig, U. (1999): Greater occurrence of schizophrenia in dizygotic but not monozygotic twins: Register-based study. *Brit J Psychiatry* 175, 407–409.
- Krause, R., u. J. Merten (1999): Affects, regulation of relationship, transference and countertransference. *Int Forum Psychoanal* 8, 103–114.

- Langegger, F. (2007): High-Risk-Kinder für Schizophrenie. Eine Übersicht. In: T. Müller u. N. Matejek (Hg.), 68–101.
- LeDoux, J. (1996): Das Netz der Gefühle: wie Emotionen entstehen. Übers. F. Gries. München (Hanser) 1998.
- Lempa, G. (2007): Überlegungen zum Verständnis und zur Behandlungstechnik der schizophrenen Psychose. In: D. v. Haebler, T. Müller u. N. Matejek (Hg.): Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie, Bd. 17. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 68–83.
- Leuschner, W. (1985): Psychiatrische Anstalten – ein institutionalisiertes Abwehrsystem. Psychiatr Prax 12, 111–115 u. 149–153.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2007): »Es ging mir furchtbar schlecht damals – nun bin ich seit zehn Jahren ohne Symptome ...«. Beobachtungen zur ambulanten Behandlung psychotischer Patienten. In: T. Müller u. N. Matejek (Hg.), 45–67.
- Levy, D.M. (1931): Maternal overprotection and rejection. Arch Neurol Psychiat 25, 886–894.
- Lidz, T., u. S. Fleck (1965): Die Familienumwelt der Schizophrenen. Übers. K. Hügel et al. Stuttgart (Klett-Cotta) 1979.
- Loewald, H.W. (1980): Ich und Realität. In: Ders.: Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951–1979. Übers. H. Weller. Stuttgart (Klett-Cotta) 1986, 15–34.
- Mentzos, S. (2007): Das Bipolaritätsmodell und die dilemmatische Struktur der Psychosendynamik. In: D. v. Haebler, T. Müller u. N. Matejek (Hg.): Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie, Bd. 17. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 10–23.
- Mineka, S., M. Davidson, M. Cook u. R. Keir (1984): Observational conditioning of snake fear in rhesus monkeys. J Abn Psychol 93, 355–372.
- Moises, H.W., u. I.I. Gottesmann (2000): Genetische Risikofaktoren und Schizophrenie. In: H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter u. N. Sartorius (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 5: Schizophrene und affektive Störungen. Berlin u. a. (Springer), 71–88.
- Müller, T. (1999): Unbewusste Inszenierungen in der Behandlung schizophrener Patienten. Psyche – Z Psychoanal 53, 711–741.
- (2003): Über psychotische Identifizierungen. Psyche – Z Psychoanal 57, 35–62.
- , u. N. Matejek (Hg.) (2007): Empirische Forschung in der Psychotherapie. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie, Bd. 16. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Niederland, W.G. (1974): Der Fall Schreber: das psychoanalytische Profil einer paranoiden Persönlichkeit. Übers. J. Friedeburg. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1978.
- Ogden, T.H. (1982): Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York, London (Aronson).
- Olbrich, H.M., S. Leucht, J. Fritze, M.H. Lanczik u. R. Vauth (2004): Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: M. Berger (Hg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 2., vollst. neu bearb. u. erw. Aufl. München, Jena (Urban & Fischer), 451–540.
- Ozarin, L.D. (1954): Moral treatment and the mental hospital. Am J Psychiatry 111, 371–378.
- Panksepp, J. (1998): Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions. New York, Oxford (Oxford UP).
- Pao, P.-N. (1979): Schizophrenic Disorders: Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View. New York (International UP).
- Parin, P. (1978): Der Widerspruch im Subjekt. Ethnopschoanalytische Studien. Frankfurt/M. (Syndikat).
- Pawlow, I.P. (1926): Vorlesungen über die Arbeit der Großhirnhemisphären. 23. Vorlesung. Sämtliche Werke, Bd. IV. Berlin (Akademie-Verlag) 1953, 328–344.
- Pfammatter, M., U.M. Junghan u. H.D. Brenner (2006): Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. Schizophrenia Bull 32 (Suppl. 1), S64–80.

- Pharoah, F., J. Mari, J. Rathbone u. W. Wong (2007): Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.
- Propping, P. (1989): Psychiatrische Genetik. Befunde und Konzepte. Berlin u. a. (Springer).
- Putten, T. van, E. Crumpton u. C. Yale (1976): Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Arch Gen Psychiat* 33, 1443–1446.
- Racamier, P.-C. (1980): Die Schizophrenen. Eine psychoanalytische Interpretation. Übers. M.-H. Müller. Berlin u. a. (Springer) 1982.
- Retterstøl, N. (1987): Schizophrenie – Verlauf und Prognose. In: K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller u. E. Strömngren (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 4: Schizophrenien. Berlin u. a. (Springer), 71–118.
- Schreber, D.P. (1903): Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken, nebst Nachträgen und einem Anhang über die Frage: Unter welchen Voraussetzungen darf eine für geisteskrank erachtete Person gegen ihren erklärten Willen in einer Heilanstalt festgehalten werden? Leipzig (Mutze).
- Searles, H.F. (1959): Das Bestreben, die andere Person zum Wahnsinn zu treiben – ein Bestandteil der Ätiologie und Psychotherapie von Schizophrenie. In: Ders. (1965), 69–94. – (1965): Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. Übers. E. Ortman. München (Kindler) 1974.
- Singer, M. T., L.C. Wynne u. M.L. Toohey (1978): Communication disorders and the families of schizophrenics. In: L.C. Wynne, R.L. Cromwell u. S. Matthyse (Hg.): *The Nature of Schizophrenia: New Approaches to Research and Treatment*. New York (Wiley), 499–511.
- Stanton, A.H., u. M.S. Schwartz (1954): *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. New York (Basic Books).
- Tienari, P., L.C. Wynne, J. Moring, I. Lahti, M. Naarala, A. Sorri, K.-E. Wahlberg, O. Saarento, M. Kaleva, M. Seitamaa u. K. Läksy (1994): The Finnish adoptive family study of schizophrenia: Implications for family research. *Brit J Psychiatry* 164 (Suppl. 23), 20–26.
- Vaughn, C., u. J. Leff (1976): The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Brit J. Soc Clin Psychol* 15, 157–165.
- Wing, J.K. (1987): Rehabilitation, Soziotherapie und Prävention. In: K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller u. E. Strömngren (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 4: Schizophrenien. Berlin u. a. (Springer), 325–355.
- Wynne, L.C. (1978): Family relationships and communication. Concluding comments. In: L.C. Wynne, R.L. Cromwell u. S. Matthyse (Hg.): *The Nature of Schizophrenia*. New Approaches to Research and Treatment. New York (Wiley), 534–542.
- Yung, A.R., u. P.D. McGorry (1996): The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* 30, 587–599.
- Zuk, G.H., u. D. Rubinstein (1965): Überblick über Konzepte für die Untersuchung und Behandlung von Familien Schizophrener. In: I. Boszormenyi-Nagy u. J.L. Framo (Hg.): *Familientherapie. Theorie und Praxis*, Bd. 1. Übers. A. Rohde-Liebenau. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1975, 20–50.

Summary

The treatability of schizophrenia. – The first part of the article describes the psychodynamics of schizophrenia with reference to existing psychoanalytic theories. The specific disorder in schizophrenia is an ego deficit manifesting itself primarily in relational conflicts and leading to the disintegration of psychic processes. Psychotic regression occasions a recourse to infantile response behavior and notions. The productive symptoms are a form of coming to terms both with the

present conflict and with an important infantile conflict. In the second part the author reviews the extensive but largely forgotten studies on families with schizophrenia. Together with the findings produced by recent research on babies, these studies indicate a possible explanation for the emergence of the specific ego deficit involved. Massive projections and projective identifications make it impossible for the child to establish a well-defined ego boundary (autonomy). The resulting psychic structure is contradictory. One of the effects of this is that infant attachments cannot be abandoned. In part three, the consequences for the psychotherapeutic approach to schizophrenia are outlined with reference to case vignettes.

Keywords: schizophrenia, psychosis, psychotherapy for psychosis, psychotic disintegration, psychotic introjection

Résumé

Sur la possibilité de soigner la schizophrénie. – Dans la première partie, l'auteur décrit la psychodynamique de la schizophrénie en recourant aux théories psychanalytiques existantes. Le trouble spécifique de la schizophrénie est une déficience du Moi qui se manifeste en particulier dans les conflits relationnels et qui conduit à la désintégration des processus psychiques. Dans la régression psychotique, la personne a recours à des modes de réaction et à des représentations infantiles. Les symptômes productifs sont une élaboration tant du conflit actuel que d'un conflit infantile important. Dans la deuxième partie, l'auteur analyse les vastes études – pourtant presque oubliées – sur les familles ayant des cas de schizophrénie. Ceci combiné avec les résultats des recherches récentes sur les nourrissons, se dégage une explication possible de la genèse de la déficience spécifique du Moi. Sur la base de projections et d'identifications projectives massives, l'enfant ne peut pas construire une limite sûre du Moi ni son autonomie. Cela engendre une structure psychique contradictoire en soi, ce qui conduit à ceci que les attachements infantiles ne peuvent pas être abandonnés. Les conséquences de cela pour une psychothérapie de la schizophrénie sont abordées dans la troisième partie à l'aide d'exemples de cas.

Mots clés: schizophrénie, psychose, psychothérapie de la psychose, désintégration psychotique, introjet psychotique