

Sonderabdruck aus Band XII, Heft 1, 1955

**WIENER ZEITSCHRIFT
FÜR NERVENHEILKUNDE UND DEREN GRENZGEBIETE**

Schriftleitung: H. Hoff und H. Reisner, Wien

Springer-Verlag in Wien

Alle Rechte vorbehalten

Aus der Neuropsychiatrischen Klinik und Psychosomatischen Abteilung der
„Consejo Superior de Investigaciones Cientificas“.

Die Therapie der Schizophrenie.

Von

Prof. J. López-Ibor, Madrid.

Auf dem Internationalen Kongreß für Psychiatrie zu Paris im Jahre 1950 lautete eines der behandelten Themen: „Die biologischen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie.“ Damals war auch mir die Ehre zuteil geworden, über dieses Thema zu referieren. Nach Erhalt der Einladung zur Teilnahme an diesem Kongreß in Velden habe ich nun zu ergründen versucht, inwieweit sich die Ansichten während der vergangenen vier Jahre gewandelt haben.

Aus einer Durchsicht des auf dieses Thema bezüglichen Schrifttums der ganzen Welt geht deutlich hervor, daß sich die gegenwärtigen Bemühungen in den im folgenden zu behandelnden Richtungen bewegen.

A. Ist es möglich, die bisher mit den Behandlungsmethoden erzielten Ergebnisse zu verbessern? Hierher gehören die zunehmende Verwendung der Leukotomie in zahlreichen Ländern, die Intensivierung der schon bekannten Methoden, wie z. B. die gleichzeitige Anwendung von Elektroschock und Coramin, die Elektropyrexie, die Elektronarkose, die Versuche mit neuen Schockverfahren — die Spinalpumpung — usw. usw. Im allgemeinen kann man sagen, daß diese Entwicklungsrichtung keine großen Aussichten bietet. Die Elektronarkose wird immer weniger verwendet, da allem Anschein nach die Gefahr, der man den Kranken aussetzt, zunimmt, ohne diese Risikoerhöhung durch eine Verbesserung der Ergebnisse wettzumachen. Auch die „Vernichtungstherapie“ hat keine Besserung ihrer Ergebnisse zeitigen können, und man gelangt zu dem Schluß, daß es sich dabei um eine ganz nutzlose Gewalttätigkeit handelt. In meiner Klinik, in der diese Therapie versuchsweise bei einigen Fällen von Schizophrenie oder schwerer Zwangsneurose zur Anwendung kam, sind wir heute ganz davon abgekommen. Das hierbei erzielte psychoorganische Syndrom verdeckte nur die Symptomatologie, ohne sie jedoch zu heilen. Hörten die Wirkungen der Behandlung auf, so erschienen die Symptome in gleicher Weise wie vor der Behandlung.

Dennoch können diese Methoden in gewissen Augenblicken eines Entwicklungsverlaufes speziell angezeigt erscheinen.

B. Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Verminderung bestimmter Auswirkungen der Behandlungsmethoden, denen eine nur zweitrangige Bedeutung zugemessen wird und die mit der Hauptwirkung in keinem Zusammenhang stehen. Seit dem Kongreß in Paris ist es gelungen, die krampferregenden Verfahren ohne Krampferscheinungen zu vervollkommen, und zwar dank der Anwendung neuer synthetischer Präparate, die leicht zu handhaben sind und die Gefahren der Therapie kaum erhöhen. Durch diese technischen Vervollkommnungen ist es möglich geworden, den Behandlungsmethoden einen ungewöhnlich hohen Grad von Unschädlichkeit zu verleihen. Kürzlich ist der Fall einer Kranken mit einem operierten Herzklappenfehler veröffentlicht worden, der dennoch später mit Elektroschock behandelt werden konnte. Die Lungentuberkulose und zahlreiche Herzkrankheiten stellen heute keine unbedingten Gegenindikationen mehr dar. Die zur Feststellung, ob im Behandlungsverlauf eine Sensibilisierung stattgefunden hat, eingeführte Insulinmethode nach BRAUNMÜHL kann ebenfalls eine Verbesserung ihrer Ergebnisse aufweisen.

Diese technischen Vervollkommnungen haben es gestattet, die schreckenerregenden Auswirkungen gewisser Kommentare und einer übelwollenden Propaganda teilweise zu beheben und wir haben hier ein Beispiel dafür, wie weit die Psychiater zuweilen erlauben, daß die elementarsten Grundsätze der Psychoprophylaxe auf ihre Kosten verletzt werden. In meiner Klinik gebrauchen wir in weitem Maße die ambulante Behandlung mit Elektroschock unter Narkose, die sich selbst bei nicht bettlägerigen Kranken als ungefährlich erweist. Immerhin muß hier bemerkt werden, daß die Linderung der Behandlungsmethoden eine Grenze hat. Zu wiederholten Malen habe ich mich davon überzeugen können, daß die Absenzen weniger wirkungsvoll sind als durchgreifende Krampfanfälle, ebenso wie auch das Insulin nur dann wirkungsvoll ist, oder wenigstens nur dann seine volle Wirksamkeit entfaltet, wenn es zu einem tiefen Koma kommt.

Auch die milden Behandlungsmethoden ihrerseits haben sich vervielfacht, wie z. B. die REITER-Stimulation. Die Indikationen der Curare-Methode stehen uns zur Verfügung. Sehr interessant ist die mögliche Aufhebung einer klonischen durch eine tonische Phase, die längere Zeit andauert, bis sie sich dann spontan löst; hierdurch wird die Curare-Behandlung in zahlreichen Fällen überflüssig. Man kann auch das „glissando“ genannte Verfahren anwenden oder mit einem ganz gewöhnlichen Elektroschockapparat arbeiten.

C. Dagegen hat man in der Aufdeckung der physiopathologischen Grundlagen dieser Behandlungsmethoden fast gar keine Fortschritte

gemacht. Zu wiederholten Malen kam auf dem genannten Kongreß der Wunsch zum Ausdruck, Richtlinien für die Indikation der einen oder anderen Therapie zu finden, die sich auf die physiopathologischen Wirkungen dieser Therapien stützen würden. Dieser Wunsch ist bisher unerfüllt geblieben und wird es leider auch auf lange Jahre bleiben, denn die Schwierigkeit liegt nicht allein in der Erforschung der Physiopathologie der Behandlungsmethoden, sondern auch in der unzureichenden Erkenntnis der Physiopathologie der Psychosen selbst. Trotz so vieler und so eingehender Bemühungen wissen wir bis heute nichts von der Physiopathologie der Schizophrenie; wir wissen nicht einmal, ob alles, was wir heute Schizophrenie nennen, eine gemeinsame physiopathologische Grundlage hat. Denn es könnte sehr wohl sein, daß es etwas, dem exogenen Syndrom als Antwort des Organismus auf verschiedene Krankheiten und Vergiftungen des Organismus Entsprechendes, auch bei einer primär endogenen Krankheit wie der Schizophrenie gibt. Deshalb wäre nicht einmal eine bessere Kenntnis der Physiopathologie der Therapien als ein wesentlicher Fortschritt zu betrachten.

D. Ein sehr wichtiger Punkt, dem man seine Aufmerksamkeit widmen sollte, ist der Mangel an Spezifität aller biologischen Therapien, einschließlich der Leukotomie. Zu Beginn der Einführung jeder neuen Methode haben sich die Ärzte stets um die Ausarbeitung eines Indikationschemas bemüht, dem eine gewisse rationelle Basis zugrunde liegen sollte. Man hat in zahlreichen Arbeiten behauptet — und tut es noch —, daß der Elektroschock z. B. bei der Katatonie besonders angezeigt erscheine, das Insulin wiederum bei der paranoiden Schizophrenie. In einem anderen Indikationsschema schritt man zu einer quantitativen Wertung der Wirksamkeit der Methode. Diesem quantitativen Schema zufolge beginnt man im allgemeinen mit der Behandlung durch Elektroschock; mißlingt dies, geht man zur Insulinbehandlung über, und wenn auch das mißlingt, wendet man die Leukotomie an oder verzichtet ganz auf eine weitere aktive Therapie. In dieser therapeutischen Skala hat man seit kurzem die Schlafheilmethode mit Chlorpromazin largactil als Vorstufe des Elektroschocks eingeführt. Von einem ähnlichen Gedanken gehen die zahlreichen Arbeiten aus, die sich darum bemühen, einen Test aufzustellen, der eine Voraussage der Behandlungsergebnisse erlauben würde. Man hat die verschiedensten Versuche angestellt, aber die Erfahrung zeigt, daß keiner zu einem befriedigenden Resultat führt.

Je umfassender die Erfahrung wird, um so mehr gelangt man zu dem Schluß, daß es sich hier grundlegend um die Handhabung unspezifischer Therapien handelt, die in dem biologischen Prozeß, der der Krankheit zugrunde liegt, unbekannte Veränderungen hervorrufen. Das Wichtigste ist daher in vielen Fällen eine *Änderung* der Therapie überhaupt. Das Schema besteht also nicht darin, eine Anzahl Elektroschocks

anzuwenden, und wenn dies mißlingt, zum Insulin überzugehen, sondern auch das umgekehrte Schema kann richtig sein. Im Behandlungsverlauf mit Insulin kommt es zu einer stationären Situation, aus der nur mittels eines Wechsels der Therapie und dem Zwischenschalten einiger Elektroschocks herauszukommen ist.

Kürzlich hat die Therapie mittels Spinalpumpung, die auf anderen Grundlagen beruht, in Spanien Verbreitung gefunden. Im Grunde handelt es sich hierbei um eine neue Abart des biologischen Schocks. Nun hat mich meine Erfahrung davon überzeugt, daß man mit ihr keineswegs die glänzenden Ergebnisse erzielt, von denen REY ARDID und andere sprechen, daß es aber gelegentlich bei stationärer Situation der Therapie gelingen kann, dieselbe durch Anwendung einer oder mehrerer Pumpungen wieder in Bewegung zu bringen.

Die Leukotomie wurde von EGAS MONIZ eingeführt, der von der Idee ausging, daß es mittels Durchschneidung gewisser frontaler Verbindungen gelingen müsse, pathogene, anatomische Kreisläufe zu unterbrechen, die sich durch die Krankheit festgesetzt haben. Der größte Teil der diesbezüglichen Arbeiten fußt in der einen oder anderen Form auf dieser anatomisch-physiologischen Idee von den Auswirkungen der Leukotomie. Die neueren Abarten, wie Topektomie, Cingulektomie usw., sind nur eine verfeinerte Form desselben anatomischen Schemas.

Meiner Meinung nach ist auch die Leukotomie eine unspezifische Therapie. Der Mangel an Spezifität wirkt sich auf zwei verschiedenen Ebenen aus:

a) Einerseits bedeutet die Leukotomie eine Verstümmelung der anatomischen Grundlage der Persönlichkeit. Die durch die Leukotomie veränderte Persönlichkeit reagiert auf die Symptome, die bei ihr erscheinen, auf veränderte Weise. Die Leukotomie ist eine Art psychischer Orthopädie.

b) Andererseits aber wirkt die Leukotomie wie eine biologische Therapie „sensu strictiori“. Nicht die Lokalisierung der anatomischen Verletzung ist das Wichtige, sondern die Hirnwunde selber, ganz gleich, welche Lokalisierung sie in ihrer Eigenschaft als biologischer Prozeß haben mag.

Man könnte einen Vergleich zwischen der Leukotomie und der krampf-erregenden Therapie aufstellen. Diese ist in der Lage, ein psychoorganisches Syndrom hervorzurufen, das — solange es dauert — die Schizophrenie-Symptomatologie annulliert, verdeckt oder verändert; außerdem wirkt sie, wie K. SCHNEIDER sagt, als eine das Temperament beeinflussende Therapie (Temperamenttherapie). Nun ruft aber auch die Leukotomie einerseits ein die Symptome veränderndes, organisch-zerebrales Syndrom hervor, andererseits wirkt sie als biologischer Schock.

Wichtig ist hierbei indessen, daß, werden auch der Elektroschock, das Insulin und die Leukotomie sowie andere Therapien unter dem

gemeinsamen Sammelnamen „biologische Schocks“ zusammengefaßt, sie dennoch nicht als äquivalent, sondern nur als analog betrachtet werden dürfen. Jede Methode muß auf einen bestimmten Fall abgestimmt werden; daher kann, hat sich die therapeutische Wirksamkeit einer bestimmten biologischen Schockart einmal erschöpft, immer noch eine andere von Nutzen sein.

Diese aus der empirischen Beobachtung während des Behandlungsverlaufes gewonnene Idee eröffnet uns neue Aussichten und stellt neue Probleme. Man wird die Indikation jeder einzelnen Methode im Entwicklungsverlauf der Krankheit zu stellen haben, und zwar je nach der Symptomatologie des betreffenden Augenblicks und nicht danach, ob es sich um eine der klassischen Formen der Schizophrenie handelt.

E. Ein anderer unerfüllter Wunsch der Ärzte ist die Stellung spezieller, therapeutischer Indikationen in Übereinstimmung mit den verschiedenen klinischen Bildern gewesen. Nichts sinnvoller als das. In den anfänglichen Arbeiten ging man von dem Schema aus, daß das Insulin die vorzuziehende Methode bei der Behandlung der Schizophrenie sei, der elektrische oder chemische Krampf dagegen bei der der Depression. Später hat man das Schema auf folgende Weise modifiziert: bei der Katatonie, vor allem bei ihren vorherrschend passiven Formen, empfiehlt sich der Elektroschock, in allen anderen Fällen das Insulin. Allmählich dehnte sich das Anwendungsgebiet des Elektroschocks auf andere Formen der Schizophrenie aus, jedoch fuhr man fort, darauf hinzuweisen, daß die paranoiden Formen der Krankheit fast ausschließlich einer Insulinindikation vorzubehalten seien. Schon auf dem Kongreß in Paris deutete ich an, daß auch diese Indikation mit den klinischen Ergebnissen nicht in Übereinstimmung stehe. Es gibt paranoide Formen der Krankheit, die mit Elektroschocks ebenso gut wie mit Insulin, zuweilen sogar noch besser remittieren.

Von CARL SCHNEIDER stammt einer der scharfsinnigsten Versuche, spezielle Indikationen für die verschiedenen Behandlungsmethoden auszuarbeiten. Seine Symptomverbände (Gedankenentzug, Sprunghaftigkeit und Faseln) entsprächen dann etwa den verschiedenen Arten einer therapeutischen Inangriffnahme. Das dritte Syndrom reagiert, C. SCHNEIDER zufolge, besonders auf das Insulin, das der Sprunghaftigkeit auf die Krampfbehandlung und das des Gedankenentzuges auf die Arbeitstherapie.

Der Versuch C. SCHNEIDERS blieb jedoch erfolglos. Verschiedene Umstände können dazu beigetragen haben. Gerade aus der österreichischen Schule (ARNOLD, BERZE) stammen einige der interessantesten Nachweise und Gutachten, die darüber veröffentlicht worden sind. Auf jeden Fall zeigt sich die Verweisung jedes Syndromkomplexes auf eine bestimmte therapeutische Methode als ungenau. Das erste Syndrom

(Gedankenentzug) reagiert besser auf jeden beliebigen Therapieversuch — sogar auf die Psychotherapie — als die anderen beiden, besonders dann, wenn das Syndrom unvollständig ist. Das Vorhandensein phasischer Formen und deletärer Verläufe der Krankheit, wie sie M. BLEULER beschrieben hat, ist unbestreitbar. Nicht weniger offenkundig ist, daß die Therapie bei solchen klinischen Bildern wirksamer ist, die spontan eine günstigere Prognose zeigen. Auf der anderen Seite ist es aber gar nicht so sicher, daß die biologischen Therapien bei den übrigen Fällen vollkommen wirkungslos sind. Wir dürfen nicht glauben, daß der einzige Maßstab für die therapeutische Wirksamkeit die Heilung sei, da man bei diesen Krankheiten nicht von Heilung sprechen kann. Das Insulin heilt auch den Diabetiker nicht und ist dennoch dienlich.

Wie genau und eingehend die Statistiken auch sein mögen, so können sie dennoch kein genaues Bild von der Wirksamkeit und von dem Problem der biologischen Therapie der Schizophrenie vermitteln. Bis zu welchem Grad eine Statistik zum Irrtum verleiten kann, das zeigt die Arbeit von DEDICHEN über die Depressionen. Ihr zufolge besitzt die krampferregende Behandlung auf elektrischem Wege bei dieser Krankheit nicht die geringste Wirksamkeit, da eine Katamnese in der Gruppe der behandelten Kranken die gleiche Anzahl von Heilungen zeigt, wie in der Gruppe der nicht Behandelten. In der Tat ist dieses Ergebnis zutreffend, doch vergißt man dabei eine Tatsache allerersten Ranges: es ist nicht gleichgültig für den Kranken, ob eine Melancholiephase mehrere Wochen oder mehrere Monate andauert.

Die Schizophrenie bietet in ihrem Verlauf noch mehr Variationen als die Zyklithymie. Andererseits wieder sind die diagnostischen Kriterien je nach Verfasser so verschieden, daß praktisch keine Statistik mit irgendeiner anderen verglichen werden kann. Deshalb hat auf diesem Gebiet die Überprüfung der Ergebnisse und Probleme, die auf Grund der persönlichen Erfahrung ermittelt werden konnten, eine außerordentliche Wichtigkeit.

Meiner Meinung nach ist die wichtigste Tatsache in der klinischen Behandlung der Schizophrenie während ihres Verlaufes das Auftreten von solchen Phasen, die zwar in ihrer Symptomatologie sehr ergiebig sein können, die Persönlichkeit jedoch intakt lassen, und von anderen, die die Zersetzung der Persönlichkeit verursachen. Gegenwärtig kennen wir die symptomatologische Einordnung der Krankheit im einen oder anderen Sinne nur sehr vage und ungenau.

Die Notwendigkeit, diese beiden Verlaufslinien in der Entwicklung der Symptomatologie zu unterscheiden, hat einige Autoren dazugeführt, die Schizophrenie in zwei große klinische Bilder aufzuteilen: die echte Schizophrenie mit deletärem Verlauf, der „Morbus praecox“ von BINSWANGER und eine andere, die die Bastard- oder Nebenformen derselben

umfaßt. V. MEDUNA unterscheidet die Oneirophrenie und die Schizophrenie, LANGFELDT spricht von Schizophrenie und schizophrenoiden Syndromen. Handelt es sich aber darum, eine symptomatologische Unterscheidung beider Bilder vorzunehmen, so sieht man, wie unsicher und ungenügend ihre Isolierung ist.

Meinerseits glaube ich, daß man besser von Achsensymptomen einerseits und von peripheren, randständigen oder fakultativen Symptomen andererseits spricht, wie HOCHÉ es für die allgemeine Paralyse getan hat. Das Achsensymptom der allgemeinen Paralyse ist die „Dementia paralytica“, das Achsensymptom der Schizophrenie ist die Verblödung oder *Schizose*. Es ist offenkundig, daß die Behandlungsmethoden den Fortgang der *Schizose* in ihrer Eigenschaft als biologischer Prozeß nicht aufzuhalten vermögen, wenn sie ihn auch sekundär beeinflussen können. Die schizophrene Demenz offenbart sich in einer Substanzentziehung oder Entleerung der Persönlichkeit, jedoch beeinflussen den Ablauf dieses Prozesses Umwelt und biologische Umstände, in denen der Prozeß stattfindet. Daß dabei ein gewisser Schicksalsfaktor mitspielt, will nicht besagen, daß seine Erscheinungsformen unwandelbar seien. Die menschliche Genetik zeigt, bis zu welchem Punkt die Gene von dem Plasmon oder von den phänotypischen Umständen beeinflußt werden können.

Diese Unterscheidung zwischen Achsen- und Nebensymptomen darf nicht ausschließlich auf Grund der therapeutischen Erfahrung vorgenommen werden. Diese kann uns höchstens helfen, die Entwicklungsprinzipien der Krankheit klarer zu erkennen.

MAX MÜLLER hielt dieser Unterscheidung entgegen, daß seiner Erfahrung nach die Zahl der Remissionen bei behandelten Schizophrenien größer sei als bei den nicht behandelten, wenn auch der Unterschied gering ist. Dem ist in der Tat so und meine Erfahrung kann diese Ergebnisse nur bestätigen. Aber diese Unterschiede können die Annahme des Vorhandenseins von einem symptomatologischen Achsenkern nicht entkräften. Die Behandlungsmethoden beeinflussen die phasischen Formen der Krankheit, indem sie deren Dauer verkürzen und es der Persönlichkeit erlauben, aus der Krankheit unversehrter hervorzugehen als ohne Behandlung.

Der Aufbau der schizophrenen Welt ist äußerst komplex. Der Entwicklungsprozeß der Krankheit führt zu aufeinanderfolgenden, symptomatologischen Kristallisationen, die sich ineinander verzahnen und das Gefüge der eigenen Welt aufbauen, in das sich der Kranke verkapselt hat und das seine eigene Schöpfung darstellt. Die Behandlungsmethoden beschneiden und reinigen dieses Gefüge, wenn sie auch den zerstörerischen Ablauf des Prozesses oft nicht aufzuhalten vermögen. Dem Kranken bleibt z. B. ein nicht völlig ausgebildetes und nicht systematisiertes

Wahnsystem; zuweilen wird die Bildung des Systems sogar verhindert und es erscheinen nur Wahninkrustationen. Dasselbe könnten wir von Halluzinationen usw. sagen.

Die hier vorgeschlagenen Einteilungen, die eine Rangordnung der Schizophreniesymptome versuchen, halten sich kaum an den prognostischen Wert der Symptome und an die verschiedenen Stellen, die sie im Entwicklungsverlauf einnehmen. C. SCHNEIDERS Unterscheidung zwischen Symptom erster und zweiter Ordnung sucht nur einige klar umrissene Stützpunkte, an die sich die Diagnose halten kann. E. BLEULERS Unterscheidung zwischen physiogenen und psychogenen Symptomen sucht dagegen nach einer mehr oder weniger deutlichen Referenz zur somatischen Grundlage der Krankheit. Aber die einen so gut wie die anderen können während des ganzen Entwicklungsprozesses auftreten. Bei BERZE, GRUHLE und WYRSCH wird die Aufmerksamkeit auf die „Grundbefindlichkeit“ des Schizophrenen gelenkt, die man eigentlich als ein Achsensymptom bzw. als eine Achsenerscheinung des Prozesses betrachten müßte. Vom therapeutischen Standpunkt aus ist es wichtig, dem Rechnung zu tragen, daß die Grundbefindlichkeit selbst noch einen Zustand innerer Spannung darstellt. Im Prozeß der Verrenkung oder Zersetzung des Ich, der bei der Schizophrenie den Grund zur Zerstörung der Person abgibt, tritt eine aktive Phase auf, deren innere Dynamik wenig bekannt ist und die einer Therapie eher zugänglich ist als die einmal eingetretene Stabilisierung dieses Spannungszustandes. Deshalb sprach BERZE nicht zu unrecht von schizophrenem Prozeß und schizophrenem Defekt. Der Ausdruck „Defekt“ könnte dann von Wert sein, wenn er nicht in einem zu beschränkten Sinne aufgefaßt wird. Das Wichtige hierbei ist, zu erkennen, wann die Zersetzung der Persönlichkeit zum Erstarren gekommen ist, weil wir es dann mit einer festen Struktur zu tun haben, die nur mittels indirekter Methoden, wie der Leukotomie oder der Arbeitstherapie, modifiziert werden kann.

Die phänomenologische Psychopathologie glaubt schon an der Grenze ihrer Möglichkeiten angelangt zu sein. So habe ich einige ihrer hervorragendsten Vertreter sagen hören. Aber noch sind Gebiete da, die erforscht werden können. Es genügt, an die möglichen Entdeckungen auf dem Gebiete der Analyse der Symptome zu denken, wenn wir sie vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt aus betrachten. E. BLEULER spielt bei der Beschreibung der schizophrenen „Benommenheit“ auf eben diese „Ichstörung“ von GRUHLE und auf die „Grundbefindlichkeit“ von GRUHLE, BERZE und WYRSCH an. Immerhin ist es in vielen Fällen schwierig, ihr Vorhandensein und den Grad ihrer therapeutischen Zugänglichkeit zu erkennen.

Meiner Erfahrung nach kann diese Grundbefindlichkeit sehr wohl durch die biologischen Therapien modifiziert werden. In diesem Falle

müssen wir dann schon annehmen, daß die Behandlungsmethoden bis auf den Grund des Prozesses gelangen, da die Grundbefindlichkeit dessen direkteste Ausdrucksform ist.

Bei einem stationären Schizophrenzustand hat eine Störung des symptomatologischen Ausdruckes stattgefunden, der für den Arzt offenkundig ist, wenn es auch äußerst schwierig ist, ihn mit Worten zu beschreiben. Die Symptome lösen sich allmählich von ihrem erlebten Erfahrungscharakter und zeigen sich dann als Ergebnisse einer falsch ausgerichteten psychischen Funktion. Deren Einflußnahme auf die Gedanken oder dem Eingreifen derselben folgt ihre Verdrängung oder das gemeinsame Auftreten von aus der morbiden Erfahrung stammenden Gedanken mit solchen, die aus der gesunden Welt kommen, ohne daß der Kranke in ihrer Genese Unterscheidungen zu machen vermöchte. Wenn der Kranke zu Anfang noch feststellen konnte, daß seine Gedanken Einfluß besaßen und er bestürzt war, weil er das Wie dieses Einflusses nicht ergründen konnte, so gelangt er später zu dem Schluß, daß es solche Apparate oder Verfahren gibt, die auf ihn eingewirkt haben usw. usw. D. h.: in dem Maße, wie der Prozeß anhält und fortschreitet, entwickelt sich eine um so vollständigere Angleichung der Ergebnisse der gestörten psychischen Handlungen an die der normalen psychischen Handlungen. Die Persönlichkeit bringt sie auf dieselbe Ebene, weil sie ja selbst die Mutation erfahren hat. Diese Mutation bedeutet immer eine Entleerung und einen Substanzverlust der Persönlichkeit.

Wie man sieht, handelt es sich hier um einen psychopathologisch komplexen Prozeß, der sich aber unzweifelhaft auf das Vorhandensein der somatischen Störung stützt, der ihm als Basis dient. So kommt es zu dieser Erstarrung der Persönlichkeit des Schizophrenen, die wir Schizose oder schizophrenen Defekt nennen könnten und die in ihren ausgeprägtesten Formen die klassische schizophrene Demenz darstellt.

Auf diesen Entwicklungsprozeß wirken nun die biologischen Behandlungsmethoden, wenn auch nur begrenzt, ein. Wird der Prozeß sich selbst überlassen, dann ist die symptomatologische Gestalt, die er aufweist, wesentlich komplizierter. Es genügt, die vorgeschrittenen, behandelten Schizophrenien mit denen zu vergleichen, die nicht behandelt worden sind, und zwar ganz gleich, von welchem Standpunkt aus. Das Zusammenwirken somatischer und psychischer Faktoren in dieser Plastik des Prozesses ist ganz offensichtlich.

Sogar für die Psychotherapie der Krankheit, auf die man heute einen besonderen Nachdruck legt, ist die Phase, in der sich der Kranke befindet, keineswegs gleichgültig. In einer akuten Phase, in welcher der Kranke einen stark angstgefärbten Gemütszustand erlebt, ist das aktive Eingreifen des Psychotherapeuten, der an den Kern der Angsterfahrung heranzukommen sucht, wirksam. Auf diese Weise hat ROSEN seine

bekanntesten Erfolge erzielt. In der Phase symptomatologischer Stabilisierung kann eine analytische Therapie schon erloschene Symptome von neuem mobilisieren, wie ich Gelegenheit hatte, bei mehr als einem Kranken zu beobachten, wogegen hier die Arbeitstherapie, die Gruppenpsychotherapie oder irgendein anderer Versuch, den Kranken in eine geordnete, soziale Struktur einzuspannen, besonders angezeigt erscheinen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß das Wichtigste bei der gegenwärtigen Therapie der Schizophrenie das Studium der Entwicklungsverläufe ist, um die günstigsten Augenblicke für eine wirksame, therapeutische Intervention zu ermitteln.