Gisela Pankow: Schizophrenie und Dasein

Gisela Pankow

Schizophrenie und Dasein

Beiträge zur analytischen Psychotherapie der Psychosen

problemata
frommann-holzboog 123

Herausgeber der Reihe „problemata": Günther Holzboog

Dem Text des vorliegenden Bandes liegt die 2., durchgesehene Auflage der Originalausgabe „L'être-là du schizophrène" zugrunde. Sie wurde von der Verfasserin übersetzt.

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Pankow, Gisela:
Schizophrenie und Dasein : Beiträge zur analytischen Psychotherapie der Psychosen / Gisela Pankow. –
Stuttgart-Bad Cannstatt : frommann-holzboog, 1990
(problemata ; 123)
Einheitssacht.: L'être-là du schizophrène <dt.>
ISBN 3-7728-1060-8 brosch.
~~ISBN 3-7728-1059-4 Gewebe~~
NE: GT

© der Originalausgabe: Aubier Montaigne, Paris, 1981, ²1987
© der deutschen Ausgabe: Friedrich Frommann Verlag · Günther Holzboog
Stuttgart-Bad Cannstatt 1990
Satz und Druck: Bosch-Druck, Landshut/Ergolding
Einband: Otto W. Zluhan, Bietigheim

Zusammenfassung

Der vorliegende Band enthält die Ergebnisse von über dreißig Jahren Psychosenforschung, die G. Pankow 1956 mit der französischen Erstausgabe der „Dynamischen Strukturierung in der Schizophrenie" begann, ein Werk, das lange vergriffen war und nach 1957 in durchgesehener Fassung jetzt wieder deutsch vorliegt (Kapitel I und II). In Kapitel III werden neuere Gesichtspunkte und Forschungsergebnisse dargestellt: „Schizophrenie und Familienstruktur", „Strukturierende Phantasmen in der Psychose", „Die Bedeutung des Konzeptes der Form für den Zugang zur Psychose".

In Kapitel IV werden Zusammenhänge zwischen Verwerfung und Identität herausgearbeitet. – In Weiterführung ihrer Literaturanalysen, die Dr. Pankow vor dreißig Jahren begann und die 1986 unter dem Titel „L'Homme et son espace vécu" erschienen sind, hat die Autorin die Welt der „Fusion" entdeckt und in Kapitel V zwei Novellen von Elsa Morante und den Roman „Die Liebe in den Zeiten der Cholera" von García Márquez interpretiert.

In weniger systematischer Weise wird in Kapitel VI über den Stand der Schizophrenie-Forschung Mitte der fünfziger Jahre in den USA berichtet. In einer Zeit, in der die Arbeiten der amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker in Frankreich fast unbekannt waren, trat die Autorin mit den bedeutendsten Vertretern dieser Disziplinen in Kontakt, und zwar mit Rosen, Grotjahn, Frieda Fromm-Reichmann, Phyllis Greenacre, Bateson, Flanders Dunbar u. a. Diesem Rückblick hat die Verfasserin ein größeres Interview beigefügt, das ihren wissenschaftlichen Standort 1978 darstellt. Nach der „Höllenfahrt" durch die Abgründe der Psychose folgen zwei kleinere Geschichten über wahre und falsche Schizophrenie.

Summary

The present volume contains the results of over thirty years of research in psychosis which G. Pankow began in 1956 with the first French edition of "Dynamic structurization in schizophrenia", a book which has been out of print and is now available again in German, in a revised version, for the first time since 1957 (chapters I and II). New perspectives and research work are described in chapter III: "Schizophrenia and Family Structure", "Structurizing Images – "Phantasms" – in Psychosis", "The Importance of the Concept of Form in the Approach of Psychosis".

In chapter IV, Dr. Pankow elaborates the concepts of rejection and identity and their relationship. Pursuing her literary analyses, which she began thirty years ago and which were published in 1986 under the title "L'Homme et son espace vécu", she discovered the world of "fusion" and in chapter V interprets two novellas by Elsa Morante and the novel "Love in times of the cholera" by García Márquez.

In chapter VI the author reports, less systematically, about the state of research on schizophrenia in the United States towards the middle of the nineteen fifties. At a time when the work of the American psychiatrists and psychoanalysts was nearly unknown in France, the author was in contact with the most important representatives of these disciplines, namely Rosen, Grotjahn, Frieda Fromm-Reichmann, Phyllis Greenacre, Bateson, Flanders Dunbar, and others. This retrospective is followed by a long interview, which clearly illustrates her theoretical position in 1978. After the descent into hell through the abysses of psychosis, two shorter stories about true and false schizophrenia are following.

Inhalt

Vorwort 11

I. Einleitung

1. Standorte vor 30 Jahren (1956; 1957) 17
2. Rückschau vor 10 Jahren (1980) 21

II. Dynamische Strukturierung in der Schizophrenie (1956; 1957)

A. Die *formale* Erarbeitung des Körperbildes als Grundlage der Zeiterfahrung

I. Erste Begegnungen mit der Kranken 26

II. Das Körperbild während der beiden ersten Monate der Behandlung 31

1. Die Dynamik des Körperbildes und die Halluzinationen 31
2. Das polyvalente Körperbild und die Dissoziationen . 33
3. Der Beginn einer Leiblichung und die Träume 45

III. Das Phantasma der fliegenden Untertassen 52

1. Das spezifisch Psychotische in der Darstellung der fliegenden Untertassen 52
2. Die fliegenden Untertassen als dynamisches Primitivmodell 57
3. Die Annahme des Frauseins in einem weiblich *geformten* Körper 62

IV. Der Traum der zwei Wasserbecken 65

1. Die Einführung des Zeitbegriffs in ein Phantasma .. 65
2. Die Annahme des Frauseins in der *Lebensgeschichte* der Kranken 70

Nachtrag 71

B. Die *inhaltliche* Erarbeitung des Körperbildes als Grundlage der Zeiterfahrung

I. Zugang zur verödeten Welt der Kranken 73
1. Erstes Ringen mit dem Negativismus 73
2. Die Vertiefung der Übertragung 76
3. Das abgebrannte Haus 81

II. Körperbild-Trümmer in Plastilinarbeiten am Ende des zweiten Behandlungsmonats 84
1. Die auf die Hälfte reduzierte Brücke 84
2. Der auf die Fassade reduzierte Tempel 86
3. Das Pfahlhaus 88
4. Der blaue Vogel 91

III. Das Phantasma des Blumenmenschen 93
1. Der unwirkliche Charakter der Statue des Blumenmenschen 93
2. Der Blumenmensch als dynamisches Primitivmodell 96
3. Der „Gegenpol" des Blumenmenschen 99
4. Die Möglichkeit eines geschlechtlichen Körpers 100

IV. Der Aufruhr 102
1. Der Angriff mit dem Photoapparat auf den Körper des Analytikers 102
2. Die Tänzerin 105
3. Die lebensgeschichtliche Einordnung der Masturbation 107

Nachtrag 109

III. Neue Gesichtspunkte

1. Schizophrenie und Familienstruktur 111
2. Strukturierende Phantasmen in der Psychose 120
3. Die Bedeutung des Konzepts der Form für den Zugang zur Psychose 127

IV. Verwerfung und Identität

1. Die bedrohte Identität in der Welt des Habens 140
2. Die bedrohte Identität in der Welt des Seins 144
3. Die wiedergefundene Identität dank eines Sicherheit bringenden Verbotes 150
4. Identität und Gruppenselbstmord 157

V. Die Gefahren der Fusion

1. „Der andalusische Schal" – ein Gefängnis, nach der Novelle von Elsa Morante 166
2. Das Aufsaugen der Lebenskraft und der Tod in der Novelle „Die Großmutter" von Elsa Morante 170
3. Kurzbemerkungen über die Fusionen des modernen Menschen 177
4. Die absolute Liebe und der rettende Raum im Roman „Die Liebe in den Zeiten der Cholera" von García Márquez 179

VI. Notizen und Erinnerungen

A. Begegnungen mit der Schizophrenie 1957 in den USA. Reiseerinnerungen

1. Vorbemerkungen (1980) 187
2. Zum Geleit 188
3. Die therapeutische Rolle der psychiatrischen Fürsorgerin in den fünfziger Jahren in den USA 189
4. Diskussionen über die Problematik der Psychotherapie von Schizophrenen 193
5. Gleichzeitige Behandlung durch zwei Analytiker 210
6. Abschied 211

B. Interview (1978) 212

C. Schizophrenie und Alltagsleben 222

1. Zwei Geschichten 222
2. Ein Verrückter, – Prophet der Konsumgesellschaft 223

Bibliographie 229
(Die im Text in Klammern gesetzten Zahlen beziehen sich auf die Numerierung innerhalb der Bibliographie.)

Vorwort

Als ich vor zehn Jahren eine Neuausgabe meines ersten Buches „Structuration dynamique dans la schizophrénie" (87) in Angriff nahm, wurde mir bewußt, in welchen „Abgründen" ich mich vor dreißig Jahren in Paris tastend bewegen mußte, um schizophrenen Kranken zu helfen. Damals war ich jung und vom Pioniergeist meiner Vorfahren erfüllt. Heute könnte ich dieses Abenteuer nicht wiederholen und brauche es auch nicht, da wir jetzt eine Technik entwickelt haben, die viele Gefahren in der psychotherapeutischen Begegnung mit schizophrenen Menschen bannt. Trotzdem bleibt die Erinnerung an diese Entdeckung, die ich mit dem Entwurf einer Skizze vergleichen möchte. Leonardo da Vinci spricht von der Skizze als der „Hochzeitsnacht" des Malers mit seinem Bild. Man kann eine Skizze nicht korrigieren; notfalls macht man eine neue.

Deshalb habe ich meinen 1956 erschienenen Text fast unverändert übernommen. Dieses seit langer Zeit vergriffene Buch steht am Anfang meiner Psychosenforschung und stellt zum ersten Mal meine Theorie der „dynamischen Strukturierung in der Psychose" dar. Hier einige zeitliche Hinweise, die ich aus meinem Vorwort der 1957 erschienenen deutschen Ausgabe zitiere (88, S. 9):

„Wenn es auch die Endokrinologie war, die mich im Winter 1950/51 aus der Kretschmerschen Klinik ans Hôpital de la Pitié zu Professor J. Decourt führte, so hat mich ein psychiatrisches Anliegen, die analytische Psychotherapie der Psychosen, in Paris festgehalten. Den Zugang zu meiner Methode fand ich durch zwei Patientinnen, die Professor Decourt mir anvertraute. Beide Kranken hatten den Endokrinologen um Rat gefragt, da für sie ihre Geisteskrankheit nur in Störungen ihrer Leibeswahrnehmung zum Ausdruck kam. Beide Frauen, die verheiratet waren, hatten eine echte ‚Leiblichung' ihres Frauseins nicht vollziehen können. Eine körperliche Ursache für die Störungen der Leibeswahrnehmung konnte bei beiden Patientinnen nicht gefunden werden. Deshalb entschloß ich mich, am Leib, d. h. am ‚gelebten' Körper, anzusetzen. Ich tastete völlig im Dunkeln, fast ohne Hoff-

nung auf Erfolg. Zwei Jahre – bei wöchentlich einer und im zweiten Jahr bei wöchentlich zwei Sitzungen – dauerte die Behandlung der ersten Patientin. Die zweite Patientin blieb neun Monate auf der Abteilung. Obwohl sich ihr Zustand während der Behandlung zusehends verschlimmerte, setzte sich Professor Decourt trotz des Widerstandes einiger Mitarbeiter für die Fortsetzung der analytischen Psychotherapie ein. Diese Haltung kann nicht hoch genug eingeschätzt werden im Hinblick auf das Lächeln, mit dem psychoanalytischen Bemühungen bei einem schweren Wahn abgetan wurden. Beide Behandlungen hatten Erfolg.

1953 öffnete mir Professor Decourt die Tür zur Französischen Gesellschaft für Psychoanalyse. Damit war der Augenblick gekommen, meine intuitive Methode der analytischen Psychotherapie der Psychosen wissenschaftlich auszubauen."

Leider wurde diese fruchtbare Zusammenarbeit unterbrochen, als man mich 1959, ohne Grund, vom Unterrichtsprogramm für „Analytische Psychotherapie der Psychosen" strich.[1] Ich demissionierte 1960 von der Französischen Gesellschaft für Psychoanalyse und affiliierte später in der Internationalen Gesellschaft für Psychoanalyse (D. P. V.).

Es ist mir ein dankbares Anliegen, einige Zeilen aus dem Vorwort zu zitieren, das Frau Professor Juliette Favez-Boutonier 1956 für die französische Erstausgabe schrieb:

„Die Entwicklung der Psychotherapie, die in engem Zusammenhang mit den Fortschritten der psychoanalytischen Forschung steht, ließ eine große Hoffnung in uns entstehen: Hoffnung auf Heilung der Schizophrenie. Sie war gerechtfertigt durch die von einigen Pionieren in Europa und Amerika erzielten Heilerfolge, von denen sich eine Generation junger Forscher begeistern und anspornen ließ." . . .

„Die Autorin hat das große Verdienst, ihre schwierige Arbeit klar dargestellt zu haben. Diese Klarheit, dank derer wir das Buch beinahe in einem Zug lesen, könnte Illusionen in uns erwecken, wüßten wir nicht, daß es gerade das reinste, klarste Wasser ist, in dessen Tiefe wir blicken können, das uns die Geheimnisse jener Tiefe erahnen läßt." . . .

1 Referenzen in *Évolution Psychiatrique* III, 1958, S. XXI.

„Man wird wohl mit uns darin übereinstimmen, daß es eine der grundlegenden Voraussetzungen für die Behandlung eines Schizophrenen ist, den Kranken zu verstehen und sich ihm verständlich zu machen. In der neueren Zeit haben sich zwei Methoden des zwischenmenschlichen Verstehens entwickelt: eine, im wesentlichen ‚sympathische', von der Phänomenologie beeinflußte, und eine interpretative, der Psychoanalyse entsprungene. Die erstere erweist sich oft als kontemplativ und deshalb unwirksam, die letztere – und dies wurde der klassischen Analyse oft zum Vorwurf gemacht – läuft Gefahr, im Intellektuellen zu bleiben und infolgedessen beim Psychotiker keine Wirkung zu erzeugen, denn dieser ist der abstrakten Logik verschlossen." . . .

„Die Arbeit von G. Pankow scheint einen neuen Zugang zur Geisteskrankheit darzustellen, der diese beiden Ansätze vereinigt." . . .

„Jeder Versuch eines ‚sympathischen' Verstehens des Schizophrenen birgt in sich die Gefahr, uns mit dem Kranken in der Welt des Wahns zu verlieren. G. Pankow vermeidet diese Gefahr, indem sie in der Begegnung mit dem Kranken das Hauptgewicht auf das gesprochene Wort (die Sprache) legt. In dieser Hinsicht der striktesten Freud'schen Tradition folgend, beschränkt sie das in der Psychotherapie verwendete Material auf das verbal Ausgedrückte oder leitet es darauf hin. Da sie bereit ist, den Abstieg in die Hölle mit dem Schizophrenen zu vollziehen, kann sie ihn aus jener Welt zurückbringen, und zwar mittels des Dialogs, den sie aus dem Unformulierten herauszuarbeiten versteht." . . .

„Der Kranke findet sich, indem er sich ausdrückt. In der Tat muß der Schizophrene sich finden; zuerst im Raum, wo er sich nicht mehr als Körper erleben kann und wo er das Bild seines Leibes aus der Zerstückelung wieder herstellen muß, um sich dann als begrenztes und eingeschlechtliches Wesen zu erfahren. Erst dann wird er seine zeitliche Geschichte wiederfinden und sie leben können. Den ersten Teil dieses Prozesses der Reintegration der Person bildet die eigentliche Psychotherapie, der zweite öffnet den Weg zur klassischen Analyse." . . .

„Will man sich nicht in hohlen Abstraktionen verlieren, darf man diese theoretische Perspektive nicht von dem in der Therapie zutage geförderten und gebrauchten Material trennen, das die theoretische Ausarbeitung überhaupt gestattete. Es ist unmöglich, G. Pankow's Technik der ‚dynamischen

Strukturierung' zu verstehen, ohne die Beispiele zu kennen, die sie uns hier mitteilt und denen dieselbe Aussagekraft eigen ist wie sorgfältig ausgewählten wissenschaftlichen ‚Präparaten'. Diese Fakten lassen das Gewicht und die Schwierigkeit der Aufgabe erahnen." . . .

„Wir möchten auch nicht unerwähnt lassen, daß die wissenschaftliche Auswertung dieser Arbeit dem Seminar von Professor Lagache, einem umsichtigen Berater und anspruchsvollen Kritiker, verpflichtet ist." . . .

„G. Pankow wählte die französische Sprache, um ihre Entdeckung zu formulieren. Damit benützt sie nicht nur eine Sprache, die ihr zutiefst vertraut geworden ist, sondern sie vermittelt uns eine Erfahrung, die Zeugnis von der Atmosphäre ablegt, in der sie entstanden ist" (87, S. 5 – 7).

Der vorliegende Band, dem die Erstausgabe von 1956 (87), die deutsche Ausgabe von 1957 (88) und die französische Überarbeitung von 1981 mit der erweiterten 2. Auflage von 1987 (110) zugrundeliegen, ist folgendermaßen aufgebaut:

In den Kapiteln I und II gebe ich eine durchgesehene Fassung meines Textes von 1956. In Kapitel III habe ich 1981 neuere Gesichtspunkte und Forschungsergebnisse dargestellt. 1987 habe ich diesem Kapitel einen Abschnitt über „Die Bedeutung des Konzeptes der Form für den Zugang zur Psychose" hinzugefügt. Die Lektüre einer von Oskar Pfister 1920 verfaßten Broschüre über den Expressionismus (112) hat mir nämlich blitzartig erklärt, warum Freud nie die Psychose von der Form her in Angriff genommen hat. Er verabscheute den Expressionismus, weil er keine Deformation der Natur, d. h. keine dissoziierten Formen ertragen konnte.

In Kapitel IV habe ich versucht, Zusammenhänge zwischen Verwerfung und Identität herauszuarbeiten. – In Weiterführung meiner Literaturanalysen, die ich vor dreißig Jahren begann und die 1986 unter dem Titel „L'Homme et son espace vécu" (107) erschienen sind, habe ich die Welt der „Fusion" entdeckt und in Kapitel V zwei Novellen von Elsa Morante und den Roman „Die Liebe in den Zeiten der Cholera" von García Márquez interpretiert.

In weniger systematischer Weise habe ich in Kapitel VI versucht, über den Stand der Schizophrenie-Forschung Mitte der fünfziger Jahre in den USA zu berichten. In einer Zeit, in der die Arbeiten der amerikanischen Psychiater

und Psychoanalytiker in Frankreich fast unbekannt waren, hatte ich das große Glück, mit den bedeutendsten Vertretern dieser Disziplinen in Kontakt zu treten, und zwar mit Rosen, Grotjahn, Frieda Fromm-Reichmann, Phyllis Greenacre, Bateson, Flanders Dunbar u. a. Diesem Rückblick habe ich ein größeres Interview beigefügt, das meinen wissenschaftlichen Standort 1978 gut darstellt. Nach der „Höllenfahrt" durch die Abgründe der Psychose folgen zur Entspannung zwei kleinere Geschichten über wahre und falsche Schizophrenie.

Der vorliegende Text ist die von mir formulierte, erweiterte deutsche Fassung meines französischen Buches „L'être-là du schizophrène" (Aubier, Paris 1981, 1987[2]).

I. Einleitung

1. Standorte vor 30 Jahren (1956; 1957)[2]

Auf zwei Wegen kann der Versuch unternommen werden, die Psychose zu erschließen. Diese Wege erscheinen von dem Standort, den wir im Augenblick beziehen, als getrennte Wege. Ob diese Trennung endgültig ist, soll heute nicht entschieden werden. Den einen Weg möchten wir den „Weg von außen" nennen; er führt zum großartigen Lehrgebäude der Nosographie, das die klassische Psychiatrie uns geschenkt hat. Der „Weg von innen" ist der Weg des persönlichen Einsatzes, der gewagt werden muß, wenn wir den Kranken „bei der Hand" nehmen und mit ihm die „Hölle" betreten.

Wie kann psychotisches Erleben zugänglich gemacht werden? Wir müssen in diese Welt des psychotischen Menschen *eintreten* wie in ein Haus, dessen Wände, Gegenstände und Bewohner nicht nur völlig unvertraut, sondern sogar bedrohlich für uns sind. Können wir diese Welt zur Mitteilung bringen? Wer denkt da nicht an die Möglichkeiten sprachlicher Mitteilung, und wer würde Mühen aller Art scheuen, um dem Kranken ein „rettendes Wort" zu entlocken? Sicher, jedes Wort, das der Kranke spricht, ist ein Band, das ihn zur menschlichen Welt zurückführen kann. Die große Schwierigkeit besteht aber darin, die Eigenart dieses Bandes zu erkennen, um daraus ein Seil zu knüpfen, das Arzt und Patient gestattet, die Wanderung in die einsame Gipfelwelt der Psychose zu bestehen. Gibt der Stein, den wir in den Abgrund der Psychose werfen, immer ein Echo? Und ist das Echo, das wir vernehmen, ein wirkliches Echo? Besteht ein Zusammenhang zwischen unserem Wort, das wir in den Abgrund des Kranken werfen, und seiner Antwort? Nur zu oft verharren wir im Leeren. Deshalb versuchte ich, den Ansatz zur Forschung von einer anderen Seite her zu gewinnen.

Grundsätzlich soll bemerkt werden, daß meine Untersuchung die Psychose so erfaßt, wie sie sich im Miteinandersein von Arzt und Patient erschließt.

2 Siehe *G. Pankow* (87, S. 8 – 10); (88, S. 11 – 16); (110, S. 13 – 16).

Inwieweit dabei das Phänomen der Krankheit selbst verändert wird, wissen wir nicht. Aber warum wollen wir nicht trotzdem mutig beschreiben, was wir beobachten? Hat *Freud* uns nicht dieses ausgezeichnete Instrument einer beschreibenden Methode hinterlassen, der er sich in seiner Genialität bediente, als er das unbekannte Gebiet der Neurose betrat? Das Krankheitsgeschehen erfaßt verschiedene Schichten des Seelenlebens; diese Schichten stehen in einem lebendigen, dynamischen Kontakt zueinander, der im einzelnen herausgearbeitet und enträtselt werden soll. Diese „dynamische Geologie" ist nicht nur für die Neurose, sondern auch für die Psychose anwendbar. *Freud* hat uns die *dynamische Schichtdarstellung* als kostbares Werkzeug hinterlassen, das uns erlaubt, die Psychose im Innern auszuloten und zu vermessen.

In diese Richtung möchte ich meine Arbeit einordnen. Es sollen keine Kriterien entwickelt werden über die Erfolgsaussichten der psychoanalytischen Behandlung bestimmter Psychosen. Ich möchte nachdrücklich darauf hinweisen, daß ich auch keine Theorie über die Entstehungsursachen der Psychose geben möchte. Im Augenblick versetzen wir uns ins Innere der Psychose und versuchen zu beschreiben, was in diesem dauernd von Zerstörung bedrohten Bereich geschieht. Diese Beschreibung erlaubt trotz aller Bedrohung, daß Arzt und Patient ab und zu ein Stück festen Bodens gewinnen. So erleben wir die Welt der Psychose als aus Teilstücken bestehend. Diese Fragmente werden oft als „getrennte Welten" empfunden und verlieren jeden inneren Zusammenhang miteinander. Zwischen den Teilstücken die gähnende Leere, das Nichts. Da wir keinerlei Wissen über diesen für die Psychose spezifischen Zerstörungsprozeß besitzen, können wir nur feststellen, daß die „Entfernungen" zwischen den Teilstücken dauernden Veränderungen unterliegen. Oft genug erscheint eine neue Leere, ein neues „Loch" dort, wo wir am Vortage noch festen Boden wähnten. Warum? Wir wissen es nicht. Wir können diese Tatsachen nur feststellen, und wir *müssen* sie feststellen, wenn wir das Erforschungsabenteuer in einer psychotischen Welt bestehen wollen. Vielleicht läßt sich das Geheimnis der Psychotherapie einer Psychose gerade in dieser Beobachtungsgabe erkennen, die uns die geringste Veränderung der „Teilstückwelten" und ihrer gegenseitigen Beziehungen untereinander aufzeigt. Von größter Bedeutung sind dabei die Veränderungen, aus denen eine gegenseitige „Annäherung" von Teilstücken erschließbar ist. Es kann geschehen, daß getrennte Teilstücke zusammengefügt werden können.

Dabei ist aber einstweilen nichts darüber ausgesagt, ob dieser neue „Boden" tragfähig ist.

Je länger man aber auf „Eroberungen im Land der Psychose" auszieht, um so öfter beobachtet man, daß gewisse Zusammenfügungen von Teilstücken stabil sind. Um im Bilde der Geologie zu bleiben – was die Beschreibung erleichtert, ohne allerdings das Phänomen selbst zu erschließen – so stößt man manchmal auf eine „geologische Schicht", die einem bereits in einem anderen Fragment begegnet war. Wir versuchen dann, identische Schichten in verschiedenen Teilstücken der psychotischen Welt einander „näher zu bringen". Als *dynamische Strukturierung* bezeichne ich den Prozeß der Zusammenfügung psychischer Schichten, die ihren Zusammenhang verloren hatten. Der Vorgang der dynamischen Strukturierung ermöglicht es, „festen Boden" zu gewinnen und so den psychischen Untergrund wieder tragfähig zu machen.

Wodurch unterscheiden sich diese Teilstücke, die eine Strukturierung inmitten des Zerstörungsgeschehens ermöglichen, von den anderen? Es sind Bruchstücke, die den *Körper* betreffen. Es ist schwer, diese Zusammenhänge in gewöhnlicher Sprache auszudrücken, weil für den Geisteskranken ein Teilstück oft nicht als Teil, sondern als Ganzes empfunden wird. Manchmal handelt es sich z. B. um eine banale Form, deren Bedeutung auf alle Bereiche des Lebens übergreift. Ich versuchte, mit diesen Bruchstücken einer Körpererfahrung zu arbeiten, um sie als Teile dem Ganzen des *Körperbildes* einzuordnen. Gelingt es, Teile des Körperbildes untereinander in Beziehung treten zu lassen, dann wird der Körper „bewohnbar" und die Raum-Erfahrung führt zu einer Zeit-Erfahrung. Wird dieser Körper in seiner Begrenztheit als Körper eines Mannes oder Körper einer Frau anerkannt, dann wird ein sinnvolles Wünschen und die Hinwendung auf ein Du vorbereitet, und so kann der Mensch als Person in seine Geschichte eintreten.

Nachdem diese Zusammenhänge gesichert erschienen, wagte ich, 1956 eine kleine Schrift (87) vorzulegen, die die Anwendung der Methode der dynamischen Strukturierung bei zwei schizophrenen Kranken zeigt. Die hebephrene Kranke konnte nach sechs Monaten Behandlung auf der Symbolstufe ein weibliches Körperbild von der *Form* her entwickeln. Sechs Wochen später war die Möglichkeit einer Zeit-Erfahrung und damit die Fortsetzung unserer Arbeit im Sinne einer klassischen Analyse gegeben. Bei der negativistischen

Kranken gelang es mir, in sieben Monaten das Körperbild vom *Inhalt* her zu entwickeln und dann eine klassische Analyse anzuschließen.

Als sich die Frage erhob, diese Erfahrungen der Psychosenbehandlung einem deutschen Leserkreis zu erschließen, stand ich vor der Schwierigkeit, die dialektischen Formulierungen des französischen Textes in eine geeignete deutsche Form zu bringen. Manches sieht nach einem Jahre etwas einfacher aus. Insbesondere zeigte mir die Kritik, daß die etwas zu harten Gegenüberstellungen von Raum und Zeit besser aus dem im therapeutischen Eingriff bereits enthaltenen Vorgang einer Raum-Erfahrung beschreibbar sind, die dann zur Zeit-Erfahrung führt. Da ich außerdem gezwungen war, in englischer Sprache einen adäquaten Ausdruck für diese Grundelemente der Strukturierungsarbeit zu finden, zwang dieses Denken in einer anderen Sprache zu einer vereinfachenden Darstellung. Die Vorträge und klinischen Demonstrationen mit schizophrenen Patienten, die ich im November und Dezember 1956 am Mental Health Research Institute in Melbourne (Australien) und in zwei Kliniken und fünf zur Mental Hygiene Authority im Staate Victoria gehörenden Irrenanstalten hielt, halfen mir, die grundlegenden Zusammenhänge noch klarer herauszuarbeiten. Sehr wesentlich war dann für mich die erste Begegnung mit amerikanischen Kollegen im Januar 1957 in Los Angeles, wo ich Vorträge und klinische Demonstrationen mit schizophrenen Kranken hielt, und zwar an der Mental Hygiene Clinic of Veterans' Administration, am Brentwood Hospital, in der Southern Californian Society for Psychoanalytical Medicine und als Gast der Ambler-Wells Foundation für die Ambler-Wells-Gruppe in Arcadia (Kalifornien). Wenn diese Vorträge auch den entgegengesetzten Weg einschlagen und die Wiederherstellung des Körperbildes mit der schweren Zwangsneurose beginnend, über Grenzfälle von Zwang und Halluzination bis zur Paranoia und Schizophrenie zeigen, so wollte ich in der vorliegenden Arbeit die beiden Fälle von Schizophrenie weiter an den Anfang stellen. Indem wir so mitten in die schwere Kernpsychose hineingeworfen werden, wird der Blick um so hellsichtiger für einen rettenden Halt in Form einer „dynamischen Parzelle", aus der das zerstörte Körperbild neu entstehen kann. Diese Dynamikfelder, die ich für die praktische Arbeit an der Psychose als *Phantasma* bezeichne, gestatten, das zerfallene Körperbild neu aufzubauen. Die eigentliche Strukturierungsarbeit ist beendet, wenn Form und Inhalt des Körperbildes einander zugeordnet wer-

den können und so die Spaltung geheilt ist, die den Zerfall des Körperbildes bedingte.

Wenn wir die modernen Arbeiten über die analytische Psychotherapie der Psychosen betrachten – *Rosen* (119; 120; 120 a), *Benedetti* (6; 7; 8), *Sechehaye* (126; 127; 128), *Sullivan* (130; 131; 132), *Fromm-Reichmann* (43), *Hill* (54), *Klein* (57), *Kütemeyer* (63), *Dolto* (24; 25), so werden zwar Strukturierungseffekte sichtbar, ohne daß m. E. bis jetzt eine systematische Untersuchung über die Strukturierung durchgeführt worden ist. Vielleicht wirken die Darstellungen des II. Teiles, die immer wieder auf die sprachliche Mitteilung des Kranken zurückgreifen, nicht sehr flüssig. Aber ich versuchte, die Strukturierung in ihrer praktischen Durchführung zu zeigen. So werden *Wurzelsituationen des Wortes* erkennbar, die die spezifische Struktur der Sprache in der Psychose zum Ausdruck bringen.

2. Rückschau vor 10 Jahren (1980)[3]

Ohne die Kenntnisse der Strukturen des Unbewußten, die Freud als therapeutisches Instrument für die Neurose gewonnen hat, wäre auch der analytische Zugang zur Psychose nicht möglich gewesen; denn es gibt nur *ein* Unbewußtes. Man muß sich aber hüten, die analytische Therapie der Psychosen mit Hilfe einer Lehre von den Neurosenstrukturen zu erfassen. Das Phänomen der Psychose läßt sich nicht allein auf Begriffe der Verdrängung und auf neurotische Abwehrmechanismen zurückführen. 1958 schlug ich folgende Formel vor: „Der Unterschied zwischen der Neurose und der Psychose besteht darin, daß *Grundstrukturen*, die symbolhaft in der Sprache in Erscheinung treten und den Niederschlag erster Erfahrungen des Körpers enthalten, in der Psychose zerstört und in der Neurose verzerrt sind".[4]

Da es sich in der Psychose um die Zerstörung von Symbolvorgängen handelt, habe ich meine Methodik der „dynamischen Strukturierung" so entwickelt, daß ich mit der Erarbeitung des Körperbildes, d. h. mit der Erarbei-

3 Siehe *G. Pankow* (110, S. 17 – 23).

4 *G. Pankow* (89). In diesem Artikel habe ich die beiden Grundfunktionen des Körperbildes erstmals definiert.

II. Dynamische Strukturierung in der Schizophrenie (1956; 1957)

A. Die *formale* Erarbeitung des Körperbildes als Grundlage der Zeiterfahrung

(Psychoanalytische Behandlung einer achtzehnjährigen Hebephrenen)

I. Erste Begegnungen mit der Kranken

Eine sehr nervöse und bei acht Kindern übermüdete Mutter kommt mit ihrer Tochter zur Sprechstunde, die der befreundete Hausarzt dringend erbeten hatte. Susanne – so wollen wir die Tochter nennen – hat nach Angaben ihrer Mutter vor vierzehn Tagen, während der Osterferien, bei Verwandten auf dem Lande einen akuten Erregungszustand durchgemacht. Der von der Tante gerufene Arzt wollte die Kranke internieren. Während die Mutter berichtet, scheint Susanne ruhig zu sein; es stehen aber Tränen in ihren Augen, und von Zeit zu Zeit wirft Susanne ihrer Mutter einen zornigen Blick zu, der in Traurigkeit verrinnt. Da ich einem neuen Erregungszustand vorbeugen möchte, bitte ich die Mutter, mich heute mit ihrer Tochter allein zu lassen.

Die Kranke ist noch in der Lage, auf Fragen nach den Hauptdaten ihres Lebens zu antworten. Sie ist fast achtzehn Jahre alt und die älteste von acht Kindern. Die Eltern arbeiten zusammen im Geschäft.

Als ich dann versuche, etwas über den Körper der Patientin zu erfahren, beginnen wir mit den Kinderkrankheiten. Susanne erzählt, sie habe nur Masern gehabt. Mit elf Jahren eine Blinddarmoperation. Sie sei Bettnässerin gewesen bis zu dreizehn Jahren. Einer ihrer Brüder sei auch Bettnässer. Ihre Periode habe sie erst mit sechzehn Jahren bekommen, nur sehr spärlich,

zwei bis drei Tage lang und immer unregelmäßig in Abständen von zwei bis drei Monaten.[8]

Was die Schule anbeträfe, so sei sie in der ersten Klasse[9], und sie habe bis zu den Ferien eine Privatschule besucht, wo sie nicht mitgekommen sei. Seit sechs Monaten habe sie Schwierigkeiten beim Lernen gespürt. Ihre Krankheit sei in den Osterferien ausgebrochen, als sie junge Leute getroffen habe. Auf einem Fest habe sie ihr Gleichgewicht verloren.

Ich möchte jetzt einen Teil des wörtlich festgehaltenen, *rohen* Berichtes wiedergeben, der zeigen soll, wie wir den Ansatzpunkt für die Strukturierungsarbeit fanden.

Ich: „Sie erwähnen ein Fest. Was war los?"

Patientin: „Ich hatte eine angerauchte[10] Zigarette. Ich steckte sie in meine Tasche. Ich merkte, daß es in meinem Kopf nicht ganz stimmte. *Ich verkrampfte[11] mich.* Ich konnte nicht dagegen an (Pause). Ich ging weg. Ein weißes Auto war da. Es gehörte dem Herrn, der das Fest leitete. Es ging etwas besser. Meine Kusine folgte mir. Sie ging wieder zurück. In einem Haus zündete ich die Zigarette an. Ich weiß nicht weshalb (Pause). Ich sah bizarr aus. Ich glaubte ein Flugzeug zu sehen, das etwas fallen ließ. Einen schwarzen Punkt auf der Straße, zwei Personen in Schwarz, dann in Weiß. Schwarze Mäntel, darunter etwas Weißes. Drei Personen auf Fahrrädern, die an einer Kreuzung anhielten. Ich meinte, daß jemand vorbeiging. Ich dachte an den jungen Mann in Z. Unmöglich, daß der in X war. Dann ging ich auf die Kirche zu. *Mir war, als wenn sich das Kreuz oben auf dem Kirchturm erhob.* Ich wollte zum lieben Gott beten. Ich werde ruhiger sein, näher beim lieben Gott. Ich ging am Kriegerdenkmal vorbei. Der Haupteingang war geschlossen. Ich traf eine alte Frau. Ich fragte, wie spät es sei; sie hat mich bizarr ange-

8 Wir weisen mit *Kretschmer* (60) auf die Bedeutung dieser Spätreifung hin. Zur ausführlicheren Konstitutionsbeschreibung der Patientin vgl. Seite 73. – Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß die Periode der Patientin ohne jede medikamentöse Behandlung während der analytischen Arbeit regelmäßig und reichlich wurde. Über endokrine Störungen bei schizophrenen Kranken vgl. *M. Bleuler* (19).

9 Die Kranke hatte durch die Kriegsereignisse ein Schuljahr verloren und war einmal nicht versetzt worden.

10 Sic.

11 Hervorhebung G. P.

schaut. Ich fragte, ob die Kirche geschlossen sei (Pause). Herr R. spielte das Programm. Ich dachte, *ich muß rue de bourg*[12]. Ich dachte an ein Medikament, das ‚Ryfol' heißt. *Ich muß rue folle. Alles war zweideutig.* Ich ging zur Kirche. Ich betete. Ich setzte mich hin. Bin ich verrückt? Ich betete den Rosenkranz. Die Heilige Jungfrau hielt die Hand so. (Die Kranke hebt die Hand). Das bedeutete, daß ich in der Kirche bleiben sollte. *Dann habe ich mein Taschentuch und meinen Schlüssel ins Weihwasserbecken geworfen und bin fortgegangen.* (Pause). Ich ging nach Hause zu meiner Tante. Auf dem Heimweg sah ich drei Düsenflugzeuge. Ich weiß nicht, ob es wirklich oder eingebildet war. Ich lief kreuz und quer. Ich ging zu Bett. Meine Tante sagte: ‚Sie sieht verrückt aus'. Ich wußte nicht mehr, wer recht hatte. *Alles das ist vor meiner Periode passiert.* Ich hörte das geringste Geräusch verzehnfacht wie ein Flugzeug."

Ist es der Kranken an jenem Abend gelungen, eine Begegnung zu erleben? Nein. Ich erfahre, daß Susanne das Fest verläßt. Als sie danach an den Herrn denkt, der Klavier spielt, spaltet sie seinen Namen und macht ein Verb daraus. Ein Verb bezeichnet eine Handlung. Susanne sagt: „Ich muß rue de bourg." Diese Wörter haben keinen Sinn, wenn nicht den, daß Susanne den Namen des Herrn R. zerteilt und grammatikalisch so einordnet, daß dieser Name zu einem Verbum wird. An Stelle einer zwischenmenschlichen Begegnung tritt als Abwehr eine Handlung, die durch ein sinnloses Wort bezeichnet wird. Da es aber eine solche Handlung gar nicht gibt, weist sie in den Bereich des Unwirklichen. Susanne zeigt noch an einem zweiten Beispiel denselben *Spaltungsvorgang in der Sprache.* Der Name des Medikamentes „Ryfol" wird zur Bezeichnung einer Handlung benutzt. „Ich muß rue folle." Dies waren die beiden einzigen Beispiele eines Spaltungsvorganges der Sprache, die ich während der ersten Begegnungen mit der Kranken beobachten konnte. Es schien mir wesentlich zu sein, daß es sich in beiden Fällen um Eigennamen handelt, eine Tatsache, auf die ich im folgenden Abschnitt zurückkommen werde.

Was tritt bei der Kranken an die Stelle zwischenmenschlicher Beziehungen? Diese Lücken im Gemütsleben der Kranken werden durch *Halluzinationen* ausgefüllt oder durch *Handlungen, die sich auf keinen realen Partner*

12 Es handelt sich um eine Spaltung des Namens von Herrn R.

beziehen und deshalb auch in der sprachlichen Formulierung keinen Sinn haben. Können diese ihres Sinnes beraubten Handlungen zugänglich gemacht werden? Es ist wichtig, daß das psychotische Erleben der Kranken an ganz bestimmten „präformierten" Orten ausbricht. Gewisse *Formen* und *dynamische Bilder* haben eine katalytische und kondensatorische Wirkung auf die Kranke: das Flugzeug läßt etwas fallen; das Kreuz auf der Kirche erhebt sich; die Kranke betritt die Kirche und wirft ihr Taschentuch und ihren Schlüssel in das Weihwasserbecken.

Die Art und Weise, wie die Kranke ihre Umgebung erlebt, ist nicht durch lebendigen Austausch, sondern durch Bedrohung gekennzeichnet. Die Leute spionieren sie aus und kennen alle ihre Gedanken. „Mein Onkel hat was im Kopf. In der Nacht von Mittwoch zu Donnerstag trank er Wein. Ich hatte Angst, daß etwas passieren würde. Ich dachte, er wollte raufkommen. Ich dachte, er wollte in mein Zimmer kommen. Ich antwortete: Man kommt mir näher, er will mich verhexen. Die Leute konnten mir durch elektrische Leitungen zuhören. Mit der Feuerwehrleiter wollten sie kommen, um mich zu suchen oder zu retten. *Ich verkrampfte mich mehr und mehr.*" (1. Sitzung.)

In diesem Augenblick unterbricht Susanne ihren Bericht und lacht unaufhörlich. Dann nimmt ihr Körper an der Erregung teil. Susanne macht Abwehrbewegungen mit ihren Armen, als wenn sie einen Angreifer zurückstoßen wollte, und gleichzeitig führt sie heftige Bewegungen mit den Beinen aus, ohne den Sessel zu verlassen.

Was berichtet die Kranke objektiv über ihren Körper? Sie spricht kaum davon. Ich erfahre, daß ihr Erregungszustand vor ihrer Periode ausbrach. Außerdem sagt Susanne mehrfach, daß sie sich verkrampft. Im Anschluß an eine derartige Bemerkung über ihren Zustand der Verkrampfung bricht ihr Lachen aus, und die Kranke beginnt, unkoordinierte Abwehrbewegungen mit Händen und Füßen zu machen.

Welche Gegenstände treten in engeren Kontakt zu Susannes Körper? Eine schon angerauchte Zigarette, die Susanne in die Tasche steckt. Ein Taschentuch und ein Schlüssel, die die Kranke bei sich trägt und ins Weihwasserbecken wirft. Zusammenfassend können wir also sagen, daß *der Körper als gelebter Körper im Sinne eines fühlenden und handelnden Leibes nur sehr spärlich in Erscheinung tritt.*

Hier drängt sich nun eine *Parallele zur Hysterie* auf. Beim Hysteriker spielt

der Leib eine große Rolle und reagiert überall da, wo wir bei der hebephrenen Kranken eine Halluzination oder eine Handlung ohne realen Partner finden. Wenn der Hysteriker in den Schwierigkeiten seiner mitmenschlichen Beziehungen einen Teil dieses nicht gelebten affektiven Lebens unterdrückt, dann tritt eine körperliche Sensation auf. Beim hebephrenen Kranken finden wir dagegen im affektiven Leben Zerstörungszonen, die durch eine Halluzination oder durch eine unwirkliche Handlung ausgefüllt werden.[13]

Wie ich bereits zeigte, verlor die Patientin ihr Gleichgewicht während eines Festes, als sie junge Leute traf. Seit dem Ausbruch der Krankheit hat Susanne aber auch in anderen mitmenschlichen Beziehungen Schwierigkeiten. Sie ist sehr eifersüchtig auf ihren sechzehnjährigen Bruder, da sie seit sechs Monaten bemerkte, daß ihre Mutter sich mehr ihrem Bruder zuwendete als ihr.

„Ich habe eine Tante, die Nonne ist. Sie starb vor sechzehn Monaten. Wenn sie noch lebte, hätte sie mir helfen können. *Ich fühle mich verlassen auf der Erde. Ich weiß nicht, ob meine Eltern mich lieben.*" (1. Sitzung.)

Da die Kranke fürchtet, ihre Mutter zu schlagen, erörtere ich mit den Eltern einen Milieuwechsel, dessen Wirkung sofort sichtbar wird. Die Patientin ist in der 3. Sitzung sehr viel ruhiger. Sie wohnt jetzt bei einem Onkel und einer Tante, die kinderlos, aber fröhlich sind. Die Halluzinationen treten in den Hintergrund, die Kranke fühlt sich aber verfolgt.

Nachdem ich beide Eltern kennengelernt hatte, begann ich einen Behandlungsversuch von zwei Monaten bei vier[14] wöchentlichen Sitzungen.

Woher nahm ich den Mut zu einer Behandlung angesichts des bedrohlichen Zustandes der Kranken? Eine *analytische Psychotherapie* schien mir durchführbar zu sein, da die Sprache der Kranken nur zwei Bespiele von Spaltung zeigte. Ich deutete diesen Einbruch der Psychose in das Wortbild zweier Eigennamen als Abwehr. Die zwischenmenschlichen Beziehungen waren durch Halluzinationen oder durch Handlungen ohne realen Partner ersetzt. Wesentlich erschien mir, daß diese psychotischen Reaktionen an gewisse *Formen* und *dynamische Bilder* anknüpften. Ich hoffte, von der Form her Ansatzpunkte für eine dynamische Strukturierungsarbeit zu finden.

13 Diese Bemerkungen, die so einfach klingen, schrieb ich um 1953 – 1955. Sie bestätigen meine späteren Forschungen auf dem Gebiet der Hysterie. (Zusatz 1987)

14 In Zeiten starker Erregung sah ich die Kranke fünf- bis sechsmal wöchentlich.

II. Das Körperbild während der beiden ersten Monate der Behandlung

1. Die Dynamik des Körperbildes und die Halluzinationen

Susannes Krankheit brach aus, als sie kurz vor der Vollendung ihres achtzehnten Lebensjahres junge Leute traf. Wo und wie sollte sie auch eine Vorbereitung für die Entwicklung tragfähiger mitmenschlicher Beziehungen bekommen haben? „Um mich die Leere und die Angst" (8. Sitzung). Sie leidet darunter, daß „niemand sie liebt" (1. Sitzung).

Um Susannes Krankheit tiefer zu erfassen, versuchte ich, der Patientin in ihre psychotische Welt zu folgen, als gleich zu Beginn der Behandlung ein neuer Erregungszustand mit Halluzinationen einsetzte. Zur 4. Sitzung kommt die Kranke sehr erregt und schreit mir entgegen, daß sie den Weg nicht habe finden können. Dann weinend und schreiend: „Und dennoch, ich kann heiraten. Ich ertrage das nicht mehr."

Susanne zeigt auf die Gegend ihrer Pubes. Ich erfahre, daß die Kranke sexuelle Sensationen empfindet, die zum ersten Male in den Osterferien aufgetreten sind. Susanne glaubt, daß jeder Mann, sogar die kleinen Jungens, sie berühren möchten. „Ich spüre ihn. Und dennoch möchte ich rein bleiben. Ich sehe ihn überall." Die Kranke sah vor zwei Tagen auf der Kirmes einen jungen Mann und glaubt, es sei „er". Susanne spürte, daß er ihr immerzu nachlief.

Im Gegensatz zur Hysterikerin finden wir bei der hebephrenen Kranken nur spärliche körperliche Sensationen. Wenn sie auftreten, stellen sie eine große Hilfe für die Behandlung dar, da so ein Stück „gespürter" Körper, d. h. ein Teil des Leibes, in den Lebensbezug eintritt und der psychotischen Erfahrung entrissen wird. Es scheint so, daß die durch die Psychose hervorgerufenen Zerstörungen sowohl das Körperbild als auch die Leibeswahrnehmung erfassen.[15]

Wenn aber eine sexuelle Sensation bei unserer Kranken auftritt, dann ruft sie eine *persönliche halluzinatorische Antwort* hervor („er") oder eine *anonyme halluzinatorische Antwort* („alle Männer und die kleinen Jungens"). Die-

15 Vgl. auch Kapitel II, 2. – Zwanzig Jahre später habe ich gezeigt, daß die Wahnbildungen in der hysterischen Psychose an die Stelle der nicht integrierten spezifischen Geschlechtsfunktion treten. (*G. Pankow* 94; 95; 103, S. 86 – 109). (Zusatz 1987)

se Antworten dienten mir als Schlüssel, um die vielen Spielarten ähnlicher psychotischer Reaktionen zu verstehen. In den meisten Fällen, in denen Halluzinationen auftraten, war es nämlich nicht möglich, einen Zusammenhang zwischen einer Körpersensation und ihrer von „außen" wirkenden Ursache herzustellen. Der Körper war meistens „ausgeblendet". Aber dann half mir das oben entwickelte Modell, indem ich der Patientin den Zusammmenhang klarmachte zwischen einem „Innen", das Erwartungen hatte, und einem „Außen", das die Antwort gab.[16]

Im Zuge, wo Susanne Soldaten sah, habe sie beim Lesen eine Stimme gehört, die sagte: „Sie müssen wenigstens seinen Namen sagen" (8. Sitzung). Ich versuchte zu erfahren, um wen es sich denn handelt. Susanne erzählt, daß sie Alain vor einem Jahr bei der Tante traf, wo zu Ostern ihre Krankheit ausbrach. Die Kranke begehrte Alain, der augenblicklich in Afrika arbeitet, in ungestümer Weise. Sie kann einen Zustand des Wartens nicht annehmen, und so macht sie aus der Erwartung eine Realität. Es gelingt Susanne, Alain zu sehen und seine Stimme zu hören, als wenn er leibhaftig da wäre. Die Patientin nimmt meine Erklärungen an, daß die Stimme sie nämlich genau das frage, was sie begehre.

Es ist wichtig, daß die Kranke Alain häufig im *Zuge* sieht. „Mir gegenüber ein leerer Platz. Ich sah Alain mir gegenüber" (38. Sitzung).

Der Zug ist aber nicht der einzige Ort, an dem „Begegnungen" erlaubt sind. Eine weitaus größere Rolle spielt der *Markt*. Sehr oft trifft die Kranke Alain in ihren Halluzinationen dort und hört seine Stimme. Aber Susanne ist nicht immer selbst die Fragende und Suchende, für die die halluzinatorische Antwort bestimmt ist. Neben diese persönliche Situation tritt eine anonyme: die Leute.[17] *„Die Leute sagten:* Ist er zivil? Im Heer? In der Marine oder bei der Luftwaffe? *Alle* wissen, daß ich verliebt bin" (18. Sitzung).

Ich erfahre, daß Susanne im Zuge und auf dem Markt Angst hat, von Soldaten vergewaltigt zu werden. „Meine Tante erzählte vom Krieg, von all den

16 Ich werde im folgenden zeigen, daß dieser Zusammenhang von „Außen" und „Innen" in der Psychose keine echten Objektsbeziehungen darstellt, sondern den Fragmentcharakter einer zerfallenden Leiblichung trägt.

17 Leider ist es uns in diesem Zusammenhang nicht möglich, tiefer auf die daseinsanalytische Erhellung des Anonymen (des „man") einzugehen. Aus der neueren psychiatrischen Literatur verweisen wir auf die meitsterhaften Untersuchungen von *L. Binswanger:* (10 – 15).

Mädchen, die uneheliche Kinder bekamen. Das regt micht schrecklich auf" (22. Sitzung). „Die Handwerker, die uns gegenüber ein Haus bauen, schauen mich an und erwarten eine Antwort von mir" (9. Sitzung). „Meine Tante sagte mir, daß ein junges Mädchen im Walde und auf der Straße berührt werden könnte" (10. Sitzung).

Es ist interessant, daß die Stimmen manchmal noch in Susannes Körper wahrgenommen werden. Die Kranke kennt also einen *Zustand, der zwischen der eigentlichen Körpersensation und dem halluzinatorischen Wunsch* liegt, ein Zwischenzustand, der der im Körper wahrgenommenen Stimme entspricht. „Ich hatte den Eindruck, daß Alain im Garten war. *Eine Stimme sprach in meinem Kopf.* Man sollte ihm eine Antwort geben. Ich sagte: ‚Kommen Sie doch am 9. Juni.' Ich sage es Ihnen[18], man kann nie wissen" (8. Sitzung). – „Ich höre das Geräusch einer 4 CV. *Eine Stimme steigt in mir auf.* Der Französischlehrer[19] hatte eine 4 CV" (15. Sitzung).

Fassen wir zusammen: Die visuellen und auditiven Halluzinationen sind die Antwort auf einen „Anruf" des Körpers, der eine unmittelbare Verwirklichung fordert. „Ich lebe immer in der Zukunft" (22. Sitzung). Die Kranke spricht also von dem Begriff „Zukunft", aber es handelt sich dabei um eine „gedachte Zeit", nicht um eine gelebte, mit dem Leibe *vollzogene Zeit.* Da es Susanne in ihrem Zustand nicht möglich ist, zu einer Befriedigung zu gelangen, führt die nicht mehr erträgliche Erwartung zum Kurzschluß durch Halluzinationen. Dieses Ausfüllen einer Leere hatte die Kranke von Kind an gelernt. In einem lichten Augenblick sagte sie mir: „Ich hatte immer viel Einbildungskraft. Ich erinnere mich an die Zeit, als ich allein bei Verwandten in S . . . war. Ich war acht oder neun Jahre alt. Dort war ein zwölfjähriger Vetter, der mir gefiel. Wenn ich mit meinen Spielsachen allein war, *sprach ich, als ob er da wäre*" (8. Sitzung).

2. *Das polyvalente Körperbild und die Dissoziationen*

Nachdem wir in der 4. Sitzung die Verknüpfung zwischen der Dynamik des Körpers und den Halluzinationen verstanden hatten, konnte ich in dersel-

18 der Analytikerin