

# PHÄNOMENALE ORDNUNG BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN: ZUR AKTUALITÄT DER THESEN HEINRICH SCHULTEs

*Michael Ruh*

Das Forschungsprogramm der Berliner Schule der Gestalttheorie und deren Nachfolger wird im allgemeinen mit den Arbeiten zur Wahrnehmungspsychologie und zur Denkpsychologie, weniger schon mit sozial- und entwicklungspsychologischen Fragestellungen in Verbindung gebracht (vgl. METZGER, 1963). Noch weniger bekannt ist, daß im Rahmen der gestalttheoretischen Forschungen der Berliner Schule in den 20er Jahren auch eine Arbeit entstanden ist, die die Entstehung und die Auswirkungen psychischer Störungen beschreibt. Heinrich SCHULTE hat 1924 eine Theorie der Entstehung der Paranoia vorgelegt und die Dynamik der paranoiden Entwicklung an unterschiedlichen Fallbeispielen beschrieben (*Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung*)<sup>1</sup>. Klinisch-psychologische Fragestellungen spielten allerdings in der weiteren Entwicklung keine größere Rolle mehr (wenn man von GOTTSCHALDT, 1934, 1935 und LEWIN, 1933 einmal absieht). Erst durch die Entwicklung der Gestalttherapie durch Fritz PERLS et al. (1951, 1974) wurden klinisch-psychologischen und psychotherapeutische Fragestellungen auf der Grundlage gestalttheoretischer Ansätze (in Anlehnung an GOLDSTEIN, 1934) wieder angegangen. Die theoretische Konzeption der PERLSschen Gestalttherapie wurde von verschiedenen Gestalttheoretikern mit unterschiedlicher Bewertung kritisch gewürdigt (HENLE, THOLEY, ARNHEIM, HOETH; zusammenfassend in WALTER, 1984, und STEMBERGER, 1995<sup>1</sup>, 1995<sup>2</sup>) und von WALTER (1975, 1977a, 1977b<sup>1</sup>, 1994<sup>3</sup>, WALTER & PAULS, 1979) auf gestalttheoretischer Grundlage schließlich reformuliert und erweitert. WALTER (auch 1985) ist neben Wolfgang METZGER (v. a. 1967a, 1970, 1977) auch einer der wenigen gestalttheoretischen Autoren, die sich in der jüngeren Zeit mit klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Fragestellungen beschäftigen und dabei auch die Arbeit von SCHULTE erwähnen (WALTER, 1994<sup>3</sup>, S. 217; WALTER, 1984, S. 57; METZGER, S. 1963<sup>3</sup>, S. 129; METZGER, 1967b, S. 141; METZGER, 1982, S. 195).

---

<sup>1</sup>Diese Arbeit wurde 1986 ins Englische übersetzt von E. LEVY. Er verweist in seiner Einleitung zur englischen Übersetzung darauf, daß der Autor dieser Überlegungen ursprünglich Max WERTHEIMER war: "The author in fact was Max WERTHEIMER, who years later told me that he had outlined the theory to Dr. SCHULTE, who was to work it out in final form." Ähnlich sieht dies auch Metzger (1963, 105).

## Die Entstehung der Paranoia nach den Überlegungen von Heinrich SCHULTE

Der Berliner Arzt Heinrich SCHULTE hat in seinem 1924 in der „Psychologischen Forschung“ veröffentlichten Beitrag „Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung“ Thesen formuliert, die die Entwicklung der Wahnsymptomatik, speziell des Verfolgungswahnes, aus der gegebenen Situation des Individuums und seinen mit der Situation in wechselseitiger Bezogenheit stehenden Personencharakteristika ableiten.

### *Wir-intendierende Situationen*

Der Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die Tatsache, daß Situationen, an denen mehrere Menschen beteiligt sind, das Vorhandensein eines „Wir“ erfordern können (Wir-intendierende Situationen). „Sind mehrere Menschen dauernd in einem gemeinsamen Raum, in realer Lebensgemeinschaft, z. B. in Arbeitsgemeinschaft zu einem gemeinsamen Zweck bei ineinandergreifender Arbeitsteilung, oder z. B. in Schicksalsgemeinschaft (einer Gruppe an der Front) verbunden, so intendiert diese Situation typisch das Vorhandensein eines 'Wir' im Gegensatz zu dem Vorhandensein einer Summe von Einzel-'Ich'en“ (SCHULTE, 1924, S. 2f).

In Wir-intendierenden Situationen besteht für die beteiligten Personen die Forderung, sich aufeinander zu beziehen. Es handelt sich bei dieser Forderung der Situation um eine phänomenal „objektive Gefordertheit“ im Sinne KÖHLERS (1968)<sup>2</sup>. Der Handlungsimpuls für die beteiligten Personen entsteht nicht aus ihrer Bedürfnislage oder aus ihrem subjektiven Interesse heraus, sondern aus der Struktur der Situation. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Wenn mehreren Menschen (d. h. einer Arbeitsgruppe) eine Aufgabe gestellt ist, in der die einzelnen Arbeitsschritte voneinander abhängig sind, dann stellt diese Aufgabe den beteiligten Personen die Anforderung, die individuellen Arbeitsabläufe aufeinander zu beziehen. Wenn einer der Beteiligten ausfällt, zu langsam, zu schnell oder fehlerhaft arbeitet, hat dies unmittelbare Konsequenzen für die anderen Beteiligten und für das Arbeitsergebnis. Wir-intendierende Situationen in diesem Sinne sind ubiquitär. Sie sind von Beginn des menschlichen Lebens an vorhanden (hier in Form extremer Abhängigkeit von äußerer Fürsorge) und zumeist so selbstverständlich, daß sie von den Beteiligten gar nicht mehr hinterfragt werden. Sie gehören zu den existentiellen Bedingungen des menschlichen Lebens (vgl. WALTER, 1994<sup>3</sup>; HINTE, RUNGE & WALTER, 1989). Hierauf verweist auch Alfred ADLER (1972, 1973), wenn er vom Zusammenhang von „Gemein-

---

<sup>2</sup>SCHULTE unterscheidet nicht zwischen objektiver und subjektiver Gefordertheit. Ich halte diese Differenzierung für sinnvoll, da dadurch einige Unklarheiten in den Thesen SCHULTEs beseitigt werden können.

schaftsgefühl“ und „Sachlichkeit“ spricht. (Ähnlich auch Wolfgang METZGER, 1982).

Davon zunächst zu unterscheiden - obwohl wahrscheinlich phylogenetisch nicht unabhängig davon - ist das soziale Bedürfnis des Menschen, der Wunsch, sich anderen Menschen anzuschließen und mit diesen zu tun zu haben. Hier handelt es sich um eine phänomenal „subjektive Gefordertheit“ im Sinne KÖHLERs. Das Interesse des Menschen an der Gemeinschaft mit den Mitmenschen ist in diesem Fall das Motiv des Wir-bezogenen Handelns. Auch hierbei handelt es sich um Wir-intendierende Situationen (natürlich mit anderer Intention). Umgangssprachlich läßt sich dieser Unterschied mit den Begriffen „Gemeinschaftserlebnis“ und „Gemeinschaftsaufgabe“ fassen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Wir-intendierende Situationen entstehen aus (phänomenal) objektiven und (phänomenal) subjektiven Gefordertheiten.

### *Teilhabe an Wir-intendierenden Situationen*

Daraus folgt, daß der Mensch in diesen Wir-intendierenden Situationen sich als *Teil eines Wir* erlebt. Der Mensch erlebt die Wir-Forderung einer Situation und stellt sich entsprechend darauf ein. „Seine Handlungen sind von vorneherein so geartet, daß sie auf ein Ineinandergreifen in der gemeinsamen Situation gerichtet sind“ (3).

### *Die Interaktion von Situation und Person*

Die Forderung oder der Aufforderungscharakter der Wir-intendierenden Situation, d. h. die Wirkung einer solchen Situation auf einen Beteiligten kann unterschiedlich sein. Eine Situation kann von dem einen Menschen als Wir-intendierende Situation erlebt werden, von einem anderen Menschen jedoch nicht. Wie oben schon beschrieben sind die objektiven Gefordertheiten zum Wir-Zusammenschluß phänomenale Tatbestände. Es handelt sich hierbei um die triviale Tatsache, daß sich die phänomenalen Welten verschiedener Personen unterscheiden können. So kann es im oben angeführten Beispiel für einen Beteiligten der Arbeitsgruppe für seinen Teil der Aufgabe zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendiger sein, sich mit den anderen abzustimmen als für einen anderen Beteiligten der Arbeitsgruppe.

Weiterhin kann das Interesse (die subjektive Gefordertheit) verschiedener Menschen zu Wir-Zusammenschlüssen unterschiedlich ausgeprägt sein. Dies folgt aus der ebenfalls trivialen Tatsache, daß sich die Bedürfnisse verschiedener Menschen zu einem gegebenen Zeitpunkt unterscheiden können.

### *Die Wir-Behinderung („Wir-Krüppelhaftigkeit“)<sup>3</sup>*

Es kann nun vorkommen, daß ein Mensch aus von ihm verstandenen oder unverstandenen Gründen, sich als nicht fähig erlebt, Teil an diesem Wir zu haben, obwohl die Situation es (phänomenal objektiv oder phänomenal subjektiv) erfordert. Zugleich erlebt er aber die Anforderung der Situation, sich als Teil des vorhandenen Wir, der Gruppe, an der er in der gegebenen Situation teilhat, zu verhalten: „Ein Wir-Krüppel ist demnach aufs stärkste intendiert Wir-Teil, ohne daß er tatsächlich als Wir-Teil lebt resp. leben kann“ (4).

Dies kann Gründe haben, die eher in der Situation liegen, aber auch Gründe, die eher in der Person liegen<sup>4</sup>. Ersteres wäre zum Beispiel der Fall, wenn eine Aufgabe zu schwierig ist und von diesem Mitglied der Arbeitsgruppe nicht bewältigt werden kann. Oder auch, wenn eine Person von den anderen Beteiligten bewußt ausgegrenzt wird. Hierzu gehört auch, wenn ein Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen keinen Platz in der jeweiligen Gruppe findet. Das zweite wäre eher der Fall, wenn die betreffende Person für eine Aufgabe bestimmte Fähigkeiten (intellektueller oder anderer Art) nicht hat. Es kann auch sein, daß die Bedürfnislage der Person (die phänomenal subjektive Gefordertheit) mit der Gefordertheit der Situation in Konflikt gerät.

### *Das Entstehen der Kluft*

Die zentrale These lautet: *Dauerhaft ist ein solcher Konfliktzustand der Nicht-Realisierbarkeit eines Wir für einen Menschen nicht lebbar*. „Man ist gedrängt zu Handlungsweisen im Sinne des Wir-Teils, kann sie aber nicht realisieren, weil entweder die anderen sich nicht so verhalten oder sonst eine Hemmung im Wege steht“ (4).

In den Vordergrund des Erlebens tritt nun die Tatsache der Kluft zwischen mir und den anderen: Der Mensch erlebt sich als getrennt von den anderen, nicht *Ich mit den anderen*, sondern *Ich neben den anderen*.

---

<sup>3</sup>SCHULTE verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff "Wir-Krüppelhaftigkeit". Angesichts des Bedeutungswandels, den der Begriff "Krüppel" in den vergangenen 60 Jahren erfahren hat, erscheint es mir in der heutigen Zeit eher für angemessen, den Begriff "Behinderung" zu verwenden, der den gleichen Sachverhalt bezeichnet.

<sup>4</sup>Eine Trennung in situative und personale Faktoren ist streng genommen gar nicht möglich, da sich eine Person gar nicht von einer Situation isolieren läßt. Deutlich wird dies z. B. am Schwierigkeitsaspekt einer Aufgabe im Verhältnis zum Fähigkeitsaspekt der Person. Diese können nur aufeinanderbezogen betrachtet werden.

Für diesen Menschen gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- a) er distanziert sich innerlich von dieser Gruppe und ist in der Lage, sein Ausgeschlossenensein in Bezug auf das Wir zu relativieren
- b) er verläßt diese Gruppe

### *Der Beginn der paranoiden Entwicklung*

Werden solche Veränderungsmöglichkeiten der Situation nicht gesehen oder sind sie aus den unterschiedlichsten Gründen nicht vorhanden, dann setzen psychische Mechanismen ein, die dem Betreffenden eine Teilhabe am Wir ermöglichen und das Erleben des Getrenntseins von den anderen zu reduzieren: *Der Zustand des „Ich-neben-den-anderen“ wird psychisch umgeformt in ein „die-anderen-gegen-mich“*. Dieser Zustand ist erträglicher als das Erleben der Kluft. Wenn ich die anderen Menschen als feindlich ansehe, dann bin ich mit ihnen zumindest noch verbunden und kann damit ein Wir-Erleben realisieren. In diesem Zustand ist die Trennung zwischen Ich und den anderen aufgehoben oder wie SCHULTE dies ausdrückt: „Die wesentlichste Eigenschaft des Surrogatgleichgewichtes ist das Fehlen der Kluft...“: Die Zugehörigkeit zum Wir wird ein echtes Zusammen „...zwischen Verfolger und Verfolgtem“ (6).

### *Die Ausbildung des Wahnsystems*

Wenn nun die Tatsache der Kluft auf diese Weise erfolgreich reduziert wird, dann kann für den betreffenden Menschen die Notwendigkeit bestehen, die eigenen inneren Widersprüche zu dieser Tatsache ebenfalls zu reduzieren. Die Gesamteinstellung des Menschen in Denken, Wollen, Fühlen und Handeln wird dann dieser psychischen Umstrukturierung unterzogen. Es bildet sich ein ausgeprägtes und differenziertes Wahnsystem aus.

In der Paranoia realisiert der Mensch damit eine einseitige Teilhabe am Wir auf Kosten der Wechselseitigkeit des Beziehungsgeschehens. Dies hat auch zur Folge, daß der betreffende Mensch sich aus der Verantwortung für diese Wechselseitigkeit in seinen sozialen Beziehungen zieht bzw. diese verleugnet.

Für die Mitmenschen wird dann ein gemeinsames Wir mit diesem Menschen nicht oder nur sehr schwer möglich. Für diese erscheint das Erleben eines Menschen mit paranoiden Vorstellungen fremd und nicht mehr durch ihrem eigenen Erleben nachvollziehbar.

SCHULTE hat die Thesen zunächst nur auf die Entstehung des Verfolgungswahnes bezogen und einige Überlegungen zur Entstehung des sensitiven Beziehungswahnes und des Größenwahns auf dem Hintergrund dieser Thesen angefügt. Das Entscheidende an diesem Ansatz - neben der phä-

nomenologischen Ableitung des Geschehens - ist die Auffassung, daß die psychische Störung aus der Beziehungssituation eines Menschen abgeleitet wird und damit ihrem Wesen und Ursprung nach als Beziehungsstörung charakterisiert wird.

Einschränkend muß hinzugefügt werden, daß sich diese Thesen nur auf die Aktualgenese der psychopathologischen Symptomatik beziehen. Welche Faktoren in der Person des betreffenden Menschen vorliegen und wie sich diese entwickelt haben, bleibt zunächst offen. Trotz dieser Einschränkung sind diese Überlegungen meines Erachtens dazu geeignet, auch die Symptomatik anderer psychischer Störungen zu beleuchten und sie als Störung des aktuellen Beziehungsgeschehens zu charakterisieren.

### **Die schizophrene Symptomatik im Lichte der Thesen Heinrich SCHULTEs**

Es bestehen in der Fachliteratur und den verschiedenen diagnostischen Systemen erhebliche Unterschiede darin, welche Symptome als charakteristisch und grundlegend für die Diagnose einer Schizophrenie gelten sollen; anders ausgedrückt: Die phänomenale Ordnung der Diagnostiker unterscheidet sich hierin erheblich. Üblicherweise werden bei der Diagnosestellung verschiedene Funktionen des Menschen betrachtet und es wird überprüft, ob bei diesen eine erhebliche Störung auftritt. Zusammenfassend möchte ich hierzu die ICD-10 zitieren: „Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung, sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewußtseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt“ (103).

Betrachtet man die Symptome der schizophrenen Störungen vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Thesen, so können sie danach untersucht werden, welchen Stellenwert und welche Funktion sie für das Beziehungsgeschehen haben, das sich in den phänomenalen Welten des Patienten und des mit ihm interagierenden Mitmenschen findet. Oder anders formuliert: Die schizophrenen Symptome werden als Figur vor dem Hintergrund des Beziehungsgeschehens der beteiligten Personen betrachtet.

Die diagnostische (und die therapeutische) Situation ist eine Beziehungssituation zwischen Patient und Diagnostiker. Die Feststellung der einzelnen Symptome sind Schlußfolgerungen des Diagnostikers aus dieser Beziehungssituation. Anders formuliert: Die diagnostische Situation (ebenso wie die therapeutische Situation) ist eine Wir-intendierende Situation. Wenn wir nun von der Grundannahme ausgehen, daß die beschriebenen psychopathologischen Symptome aus der für den Patienten konflikthaft erlebten Kluft zwischen „Ich und den anderen“ entstehen, so können diese Symptome als

Qualitäten der phänomenalen Welt des Patienten einerseits und als Qualitäten der phänomenalen Welt des Diagnostikers oder Therapeuten andererseits beschrieben werden.

### *Die phänomenale Ordnung des Therapeuten*

Begegnen wir einem Patienten mit einer der oben genannten Störungen, so gewinnen wir in dieser Beziehungssituation den Eindruck, daß es für uns zunächst nicht nachvollziehbar ist, was der Patient erlebt und berichtet. Es erscheint uns fremd und anders. Obwohl wir wissen, daß es zum Beispiel das Phänomen der akustischen Halluzinationen gibt (der Patient hört Stimmen unterschiedlichen Inhaltes und Affektwertes), kann dies im Kontakt mit diesem durch das eigene Erleben nicht unmittelbar nachvollzogen werden. Es entsteht der Eindruck, daß der Patient in einer eigenen Welt lebt. Ich will dies mit einigen Beispielen aus meiner eigenen Berufstätigkeit verdeutlichen.

*Ein Patient reagiert auf Ansprache anscheinend gar nicht, er sitzt weiterhin auf seinem Stuhl und schaut vor sich hin, blickt nicht zurück und antwortet nicht* (Dies wird psychopathologisch als „psychotischer Autismus“ bezeichnet).

Ein anderes Beispiel: *Eine Patientin antwortet auf die Frage, wie es ihr heute gehe: „Im Schrank sitzt der 'Teufel', das ist ein ganz schlimmer.“* (Hier kann man sich trefflich darüber streiten, ob es sich nun um eine Halluzination oder eine Wahnsymptomatik handelt, vielleicht ist es aber auch ein Scherz).

Ein weiteres Beispiel: *Ein Patient redet und redet, es kommt mir irgendwie merkwürdig vor und ich möchte eine Nachfrage stellen, der Patient wechselt sofort das Thema und redet und redet nun an diesem Thema entlang, bei der nächsten Nachfrage geschieht wieder das Gleiche* (manische Ideenflucht).

Oder: *Ein Patient fängt in einer Therapiesitzung an, darüber zu sprechen, was er erlebt hat. Auf einmal hört er mitten im Satz auf zu reden, sitzt nur noch still da und starrt auf den Boden. Auf die Nachfrage, was denn jetzt sei, sagt er, es wäre jetzt alles weg* (Gedankenabreißen). *Und er antwortet weiter, jemand habe ihm die Gedanken weggenommen* (Gedankenentzug).

Man kann hierbei, wie ich es bei diesen Beispielen auch getan habe, die Äußerungen oder die Nichtäußerungen des Patienten als Symptome einer zugrunde liegenden Störung klassifizieren. Wenn wir nun einmal hierbei die psychopathologischen Klassifikationsversuche beiseite lassen und die Beziehungssituation betrachten, dann können wir feststellen, daß es uns in diesen Situationen nicht oder nur sehr schwer gelingt, einen wechselseitigen Kontakt aufzubauen, daß wir uns von diesen Patienten als getrennt erleben. Wir erleben in unserer phänomenalen Welt eine *Kluft zwischen uns*

*und dem Patienten.* Im Sinne der Thesen von SCHULTE können wir davon sprechen, daß die Ausbildung eines gemeinsamen Wir mit dem Patienten gestört ist. Dieses „Wir“ kommt gar nicht oder nur sehr bruchstückhaft zustande, vielleicht manchmal für einen kurzen Moment, dann aber ist es wieder verschwunden.

### *Die phänomenale Ordnung des Patienten*

Wenn wir nach SCHULTE davon ausgehen, daß die individuelle psychopathologische Symptomatik des Patienten aus seinem (unbewußten) Bemühen entsteht, für sich einen lebberen Zustand (ein Surrogat-Gleichgewicht) zu schaffen, da er für sich ein Wir mit anderen Menschen nicht realisieren kann, dann können diese Symptombildungen aus dem Erleben des Patienten verständlicher werden. Der Mensch, der z. B. Stimmen hört oder der eine dunkle Gestalt, den „Teufel“ in seinem Schrank vermutet oder auch dort sieht, schafft sich dadurch ein ihm eigentümliches Wir, ein Ersatz-Wir, das ihm das Getrenntsein von anderen Menschen, die Kluft zwischen ihm und den anderen erträglich werden läßt. SCHULTE selbst (9ff) führt hierzu einige klinische Beispiele an (Paranoide Entwicklungen bei Kriegsgefangenschaft, bei Schwerhörigen und Tauben, bei alten Menschen und bei Gefangenen).

Daß die Tatsache des Erlebens einer unüberwindlichen Kluft zu anderen Menschen auch ursächlich für die Entwicklung der psychopathologischen Symptomatik ist und daß sich dies in der phänomenalen Welt des Patienten auch so verhält, dafür gibt es nach meiner klinischen Erfahrung aus psychotherapeutischen Behandlungen einige zusätzliche Evidenz. Wenn es gelingt, eine tragfähige therapeutische Beziehung zu dem betreffenden Patienten - also das „Wir“ der therapeutischen Beziehung - aufzubauen, dann berichten die Patienten häufig von ihrem Erleben des Getrenntseins von anderen. Sie schildern zum Beispiel, daß sie sich einsam fühlen, obwohl sie sich in einer Gruppe befinden.

Weitere Beispiele:

*Ein Patient beschreibt den Abstand zu sich und anderen Menschen. Er fühlt sich wie im Weltraum, nichts ist um ihn herum. Seine Mitmenschen befinden sich auf der Erde, die so weit weg ist, daß er sie kaum wahrnimmt.*

*Eine Patientin reagiert auf die Aufforderung, ihr Verhältnis zu den Mitmenschen ihres Alltages auf einem Blatt Papier zu malen, damit, daß sie ihre Mitmenschen auf ein Blatt malt, sich selbst jedoch alleine auf ein anderes Blatt Papier.*

Das Erleben der Einsamkeit, des Getrenntseins von den anderen Menschen, wird diesen Patienten nach der Entwicklung und im Schutz der therapeutischen Beziehung wieder zugänglich. Der Prozeß der psychischen Umstrukturierung hin zur Entwicklung der psychotischen Symptomatik wird



wieder umkehrbar und führt wiederum zum Erleben der Kluft, wenn dies in der therapeutischen Beziehung für den Patienten aushaltbar wird.

Weitere klinische Evidenz gewinnen diese Thesen an den therapeutischen Ergebnissen gruppenbezogener Konzeptionen in der Arbeit mit chronisch-psychotischen Patienten (GERSTNER & RUH, 1993; RUH, 1995). Es zeigte sich hierbei, daß durch eine therapeutisch geplante Förderung und Unterstützung des „Wir“ der Patienten in der Gruppe - neben der Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik - insbesondere die Fähigkeiten der einzelnen Patienten und der Patientengruppe zur Selbstorganisation, praktischer selbstverantwortlicher Lebensgestaltung und in ihrer Kontakt- und Beziehungsgestaltung deutlich verbessert werden können. Der von SCHULTE beschriebene pathologische Prozeß ist in Grenzen also durchaus umkehrbar und seine psychologische Theorie direkt für die therapeutische Arbeit nutzbar.

Die klinischen Befunde sind meines Erachtens durchaus Belege für die Stimmigkeit der Thesen. THOLEY, 1995, kritisiert an SCHULTE, daß für den Prozeß der psychischen Umstrukturierung hin zur paranoiden Entwicklung und der Ausbildung des Wahnsystems keine empirischen Befunde vorliegen. Er hat insofern recht, als es meines Wissens bislang zu diesen theoretischen Überlegungen keine

empirischen Untersuchungen von Wissenschaftlern gibt. Dies ist natürlich bedauerlich. Da sich aber in der klinisch-psychotherapeutischen Arbeit zeigt, daß diese Überlegungen fruchtbar sind, bzw. fruchtbar gemacht werden können (vgl. auch SOFF, 1995, in ihrem Diskussionsbeitrag zu THOLEY), kann die Erwiderung nur lauten, daß es höchste Zeit ist, daß sich auch Wissenschaftler mit der empirischen Überprüfung dieser Thesen befassen.

### **Anmerkungen zu psychoanalytischen und psychiatrischen Positionen zur Entstehung und Behandlung psychotischer Störungen**

Menschen mit psychotischen Störungen galten in der psychoanalytischen Fachdiskussion zunächst als psychoanalytisch nicht behandelbar, da diese nicht oder nur wenig in der Lage sind, eine Übertragungsbeziehung, die notwendige Voraussetzung für die Wirksamkeit der Methode ist, zu entwickeln (vgl. ROSENFELD, 1990, S. 379 ff). Die praktischen Erfahrungen der psychiatrisch tätigen Psychoanalytiker und die theoretischen Weiterentwicklungen zu Positionen der Objektbeziehungstheorie führten dazu, daß psychoanalytische Therapiemethoden auch in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen fruchtbare Anwendung fanden. Die Gemeinsamkeit zum Ansatz von SCHULTE besteht darin, daß die Gestaltung und Bearbeitung der für diese Störungen eigentümlichen (Übertragungs-)Beziehung ins Zentrum der therapeutischen Betrachtung und des therapeutischen Handelns genommen wird. Es muß im Lichte dieser Thesen nicht verwundern, daß Menschen, die in der Ausbildung eines „Wir“ schwer behindert sind, sich auch schwer damit tun, ein „Übertragungs-Wir“ zu entwickeln. Andererseits betont z. B. ROSENFELD, daß ein Verständnis und damit die Bearbeitung der psychotischen Zustände in der psychoanalytischen Therapiebeziehung möglich und notwendig ist. Dies bedeutet meines Erachtens nichts anderes, als die Tatsache, daß die Haltung, die der Psychotherapeut dem Patienten gegenüber einnimmt, für Aufbau der therapeutischen Beziehung von entscheidender Bedeutung ist.

In der psychoanalytischen Theoriebildung wird - über SCHULTE hinausgehend, der die Aktualgenese der psychopathologischen Symptomatik beschreibt - die lebensgeschichtliche Entstehung aufgrund früher Beziehungserfahrungen („frühe Störungen“) betont und damit die Schwere und der umfassende Charakter dieser psychischen Störungen begründet. Nach WINNICOTT (1959, zitiert nach ROSENFELD, 1990) führt das „Versagen oder das Fehlen einer fördernden Umwelt zu Entwicklungsfehlern in der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und bei der Etablierung des individuellen Selbst ... Das Ergebnis davon heißt Schizophrenie“. Ebenfalls aus der psychoanalytischen Theoriebildung stammt die Differenzierung zwischen den gesunden und den psychotischen Persönlichkeitsanteilen bei Menschen mit

psychotischen Störungen (BION, 1957, nach ROSENFELD, 1990). Diese beiden Aspekte lassen sich zwanglos in Einklang bringen mit gestalttheoretischen Positionen zur Persönlichkeit und zur Entwicklung der Persönlichkeit (vgl. LEWIN (1941), der Entwicklung als Prozeß zunehmender Differenzierung und hierarchischer Integration der Persönlichkeit beschreibt und Persönlichkeit als System von in unterschiedlichem Ausmaß interdependenter Bereiche versteht).

Im Gegensatz zu psychoanalytischen Positionen war und ist die psychiatrische Theoriebildung und Forschung weitgehend von der Suche nach „endogenen“ und damit erblich-genetischen, hirnhysilologischen oder hirnorganischen Faktoren der psychotischen Störungen bestimmt. Die Entwicklung und der Einsatz antipsychotischer Medikamente (Neuroleptika) scheint dies zu bestätigen. PROPPING (1989, 141 ff) etwa faßt diesbezügliche Untersuchungen zu genetischen und biologischen Ursachen der Schizophrenie (Untersuchungen über die erblich-familiäre Belastung, Zwillingsuntersuchungen zur Bestimmung des genetischen Faktors, Adoptionsstudien, Studien über Hirnanomalien bei schizophren erkrankten Menschen) zusammen und kommt zu dem Schluß, daß eine biologische Ursache allein nicht ausreicht, um die Entstehung der Schizophrenie zu erklären. Er vermutet eine multifaktorielle Genese unterschiedlicher Anlage- und Umweltfaktoren und stellt die These auf, daß in jedem Einzelfall eine unterschiedliche Ursachenkombination für die Entstehung der schizophrenen Störung zutreffen kann. Die multifaktorielle Genese der Schizophrenie wurde von CIOMPI (1982) und ZUBIN & SPRING (1977) mit dem Begriff der schizophreniespezifischen Vulnerabilität konzeptionalisiert: Der Mensch wird in einer ökologisch-ganzheitlichen Perspektive als bio-psycho-soziales Wesen betrachtet. Als Ursache der Vulnerabilität wird als Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren angesehen. Es wird angenommen, daß ein Mensch mit einer spezifischen Schizophrenie-Vulnerabilität in bestimmten Situationen überfordert sein kann und in der Folge psychotisch dekompenziert. In diesem Modell bleibt aber offen, worin diese Vulnerabilität besteht und welche Aspekte einer gegebenen Situation zur „Überforderung“ und damit zur psychotischen Krise führen.

Da sich, wie oben ausgeführt, die schizophrene Symptomatik als Folge der Behinderung in der Ausbildung des Wir, einer Störung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, ableiten läßt, kann die angesprochene Vulnerabilität für Schizophrenie als genau eine solche Wir-Behinderung begriffen werden. Ein derartiges - gestalttheoretisches - Verständnis der Schizophrenien (und anderer psychotischer Störungen) ermöglicht meines Erachtens auch den theoretischen Brückenschlag zwischen psychiatrischer und psychoanalytischer Theoriebildung und Forschungspraxis. Nach wie vor ist daher bei Betrachtung des Forschungsstandes die zusammenfassende Feststellung von SCHULTE (9) aus dem Jahr 1924 aktuell: „Die Bezeichnung 'Wir-Krankheit' soll auf den Kern der Theorie hinweisen. Es soll damit gesagt sein, daß der

Mechanismus der paranoiden Reaktion mit seiner Eigenbeziehung und seinem Wahnaufbau wohl nur von der lebendigen Einheit eines Wir, einer Gruppe, aus betrachtet einer psychologischen Erfassung zugänglich ist. Die Gewohnheit, ihn als individual-psychologisches Phänomen zu sehen und zu untersuchen hatte zu der größtenteils herrschenden Resignation hinsichtlich seiner Erklärbarkeit geführt.“

### **Zusammenfassung**

Die Überlegungen Heinrich SCHULTEs zur Entwicklung der Paranoia werden vorgestellt und in einem weiteren Schritt zu einem Modell der Aktualgenese psychotischer Störungen verallgemeinert. Dabei wird ausgeführt, daß zu einem Verständnis dieser Störungen eine phänomenologisch-beziehungstheoretische Betrachtungsweise notwendig ist. An Beispielen wird als Gemeinsamkeit verschiedener psychotischer Symptome aus der Sicht des Diagnostikers oder Therapeuten die Störung des Kontakts aufgezeigt. Die psychotischen Symptombildungen werden dabei als Versuch des Betreffenden verstanden, die für ihn als unerträglich erlebte Trennung zwischen „Ich und dem Anderen“ zu bewältigen. Abschließend werden einige Aspekte der psychoanalytischen und der psychiatrischen Forschung und Theoriebildung im Hinblick auf gestalttheoretische Überlegungen diskutiert.

### **Abstract**

Heinrich SCHULTEs theory of the paranoid ideas of reference and delusion formation is explicated. The theses of SCHULTE can be used as a general model of the formation of current psychotic disorders. It is argued that a phenomenological and relational approach is necessary to understand these disorders. The common quality of psychotic symptoms - as seen by the diagnostician or therapist - is described as a disorder of contact. The formation of psychotic symptoms can be understood as an attempt of the individual to transform the unlivable chasm between „I-and-the-others“ into a livable psychic state. Finally some aspects of psychoanalytic and psychiatric research and theory in psychotic disorders are discussed from a gestalt theoretical point of view.

### **Literatur**

- ADLER, A. (1972). *Menschenkenntnis*. Frankfurt: Fischer.
- ADLER, A. (1973). *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt: Fischer.
- CIOMPI, L. (1982). *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- GERSTNER, B., RUH, M. (1993). Gestalttheoretische Konzepte in der Therapie mit Psychiatriepatienten am Beispiel einer Übergangseinrichtung. *Unveröffentlichter Vortrag auf dem Treffen der Sektion Psychotherapie am 25.1.1993*.
- GOLDSTEIN, K. (1934, reprographischer Nachdruck: 1963). *Der Aufbau des Organismus*. Den Haag: Martin Nijhoff.

- GOTTSCHALDT, K. (1934). Dynamik und Entwicklung des Gemeinschaftslebens. 1. Zur psychischen Dynamik des Gemeinschaftslebens. In: O. KLEMM (Hg.), *Psychologie des Gemeinschaftslebens. Bericht über den XIV. Kongreß der Dtsch. Gesell. Psychol.* (S. 237-246).
- GOTTSCHALDT, K. (1934). Über Sättigung in sozialen Beziehungen jugendlicher Psychopathen. In: Klemm, O. (Hg.), *Bericht über den XIII. Kongreß der Dtsch. Gesell. Psychol.*, 135-137.
- HINTE, W., RUNGE, R. WALTER, H.-J. (1989). *Biedenkopfer Gespräche. „Ganzheitlichkeit“ als Forschungsprinzip und als Prinzip individueller Lebensgestaltung.* Selbstverlag.
- KÖHLER, W. (1968). *Werte und Tatsachen.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- LEVY, E. (1986). A Gestalt Theory of Paranoia. Introduction, Comment and Translation of „Heinrich Schulte“. *Gestalt Theory*, 8, No. 4, 230-255.
- LEWIN, K. (1933). Eine dynamische Theorie des Schwachsinnigen. In: Kurt LEWIN (1982), *Werkausgabe. Bd. 6: Psychologie der Entwicklung und Erziehung.* Bern: Huber. Stuttgart: Klett-Cotta.
- LEWIN, K. (1941). Regression, Retrogression und Entwicklung. In: Kurt LEWIN (1982), *Werkausgabe. Bd. 6: Psychologie der Entwicklung und Erziehung.* Bern: Huber. Stuttgart: Klett-Cotta.
- METZGER, W. (1963). Zur Geschichte der Gestalttheorie in Deutschland. In: W. METZGER (1986), *Gestaltpsychologie. Ausgewählte Werke* (S. 99-108). Hg. von M. Stadler und H. Crabus. Frankfurt: Kramer.
- METZGER, W. (1963<sup>3</sup>). *Psychologie.* Darmstadt: Steinkopff.
- METZGER, W. (1967a). Entstehung und Heilung einer kindlichen Phobie. In: W. METZGER (1986), *Gestaltpsychologie. Ausgewählte Werke* (S. 462-477). Hg. von M. STADLER und H. CRABUS. Frankfurt: Kramer.
- METZGER, W. (1967b). Der Geltungsbereich gestalttheoretischer Ansätze. In: W. METZGER (1986), *Gestaltpsychologie. Ausgewählte Werke* (S. 134-144). Hg. von M. Stadler und H. Crabus. Frankfurt: Kramer.
- METZGER, W. (1970). Über die Verifikation tiefenpsychologischer Hypothesen. In: W. METZGER (1986), *Gestaltpsychologie. Ausgewählte Werke* (S. 451-461). Hg. von M. STADLER und H. CRABUS. Frankfurt: Kramer.
- METZGER, W. (1977). Adler als Autor. In: W. METZGER (1986): *Gestaltpsychologie. Ausgewählte Werke* (S. 478-494). Hg. von M. STADLER und H. CRABUS. Frankfurt: Kramer.
- METZGER, W. (1982). Möglichkeiten der Verallgemeinerung des Prägnanzprinzips. In: W. METZGER (1986): *Gestaltpsychologie. Ausgewählte Werke* (S. 182-198). Hg. von M. STADLER und H. CRABUS. Frankfurt: Kramer.
- PERLS, F. S. (1974). *Gestalt-Therapie in Aktion.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- PERLS, F. S., HEFFERLINE, R. F., GOODMAN, P. (1951). *Gestalt therapy. Excitement and growth in the human personality.* New York (Julian Press); deutsch (1979): *Gestalt-Therapie, 2 Bde.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- PROPPING, P. (1989). *Psychiatrische Genetik. Befunde und Konzepte.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- ROSENFELD, H. (1990). *Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und anti-therapeutische Faktoren bei der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen, Borderline- und neurotischen Patienten.* München, Wien: Verlag internationale Psychoanalyse.
- RUH, M. (1995). Gestalttheoretische Psychotherapie in der Psychiatrie. *ÖAGP-Informationen*, 2/95, I-VIII.
- SCHULTE, H. (1924). Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. *Psychologische Forschung*, 5, 1-23.

- STEMBERGER, G. (1995). Kritisches zum „Gestalt-Geschwätz“ (Teil 1). *ÖAGP-Informationen*, 4/95, I-IV.
- STEMBERGER, G. (1995). Kritisches zum „Gestalt-Geschwätz“ (Teil 2). *ÖAGP-Informationen*, 5/95, I-IV.
- SOFF, M. (1995). Zur Problematik des Wir-Surrogats nach sexuellem Mißbrauch. *ÖAGP-Informationen*, 5/95, V-VII.
- THOLEY, P. (1995). Die Thesen von RUH/SCHULTE im Lichte des Verständnisses der „Multiple Personality Disorder“. *ÖAGP-Informationen*, 4/95, V-VII.
- WALTER, H.-J. (1975). Der gestalttheoretische Ansatz in der Psychotherapie. In: K. GUSS (Hg.), *Gestalttheorie und Erziehung*. Darmstadt: Steinkopff.
- WALTER, H.-J. (1977a): Gestalt-Therapie: Ein psychoanalytischer und gestalttheoretischer Ansatz. *Gruppendynamik*, 1, 3-27.
- WALTER, H.-J. (1977b<sup>1</sup>, 1994<sup>3</sup>). *Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- WALTER, H.-J. (1984). Was haben Gestalt-Therapie und Gestalttheorie miteinander zu tun? *Gestalt Theory* 6, 1, 55-69.
- WALTER, H.-J. (1985). Gestalttheorie als klinisch-psychologische Theorie der Selbstorganisation. *Gestalt Theory* 7, 4, 260-272.
- WALTER, H.-J.; WALTER (PAULS), I. (1979). Die Klinische Psychologie muß Gestalt annehmen. Integrative Psychotherapie. *Psychologie heute*, 6, 45-53.
- WHO (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

**Anschrift des Verfassers:**

Dipl.-Psych. Michael Ruh  
Gänsebergweg 24  
35119 Rosenthal



