

FÜNFTES KAPITEL

Die Schizophrenie

DIE MEISTEN von uns rutschen auf irgendeiner Strecke ihres Lebens unvermittelt in etwas hinein, das der eigentlichen bikameralen Psyche nahekommmt. Manche erleben ein paar Absenzen, oder ein-, zweimal kommt es vor, daß sie Stimmen hören, und damit hat es sich. Aber für andere unter uns - Menschen, die infolge ihrer Erbanlage des Enzyms ermangeln, das den problemlosen Abbau samt Exkretion der biochemischen Restprodukte von anhaltendem Streß ermöglicht - gestaltet sich die Sache zu einer sehr viel peinigeren Erfahrung (sofern von «Erfahrung» in diesem Zusammenhang überhaupt noch die Rede sein kann). Wir hören dann Stimmen von zwingender Eindringlichkeit uns Vorhaltungen und Vorschriften machen. Gleichzeitig scheinen sich die Grenzen unseres Selbst zu verwischen. Die Zeit löst sich auf. Wir tun Dinge, ohne von ihnen zu wissen. Unser Bewußtseinsraum beginnt sich zu verlieren. Wir geraten in Panik, aber diese Panik tangiert uns nicht. Da ist kein «wir» oder «uns» mehr zum Tangieren. Man kann nicht sagen, daß wir nirgendwo mehr hätten, wohin wir uns wenden könnten: Wir haben nirgendwo. Punktum! Und in diesem Nirgendwo sind wir gewissermaßen mechanische Puppen ohne Ahnung, was wir tun, auf befremdliche und beängstigende Weise von anderen oder unseren Stimmen manipuliert an einem Ort, den wir nach und nach als Heil- und Pflgeanstalt identifizieren und wohin man uns aufgrund einer Diagnose verbracht hat, die, wie man uns sagt, auf Schizophrenie lautet. In Wirklichkeit sind wir in die bikamerale Psyche zurückgefallen.

Wiewohl stark vereinfacht und zugespitzt, ist dies doch eine zumindest aufreizende und griffige Präsentation der These, die sich bereits in den vorausgegangenen Partien dieses Versuchs unübersehbar geltend machte. Denn es ist ziemlich offenkundig, daß die hier vorgetragenen Ansichten auch eine neue Auffassung der verbreitetsten und therapieresistentesten aller Geisteskrankheiten, der Schizophrenie, bedingen. Diese Auffassung läuft darauf hinaus, daß die Schizophrenie, nicht anders als die in den unmittelbar vorangegangenen Kapiteln behandelten Phänomene, zumindest in Teilen ein Relikt der Bikameralität ist - ein partieller Rückfall in die bikamerale Psyche. Das vorliegende Kapitel ist ein Versuch, diese Perspektive auszuleuchten.

Das Zeugnis der Geschichte

Werfen wir zu Beginn einen Blick - ei hen Seitenblick bloß - auf die früheste Geschichte dieser Krankheit. Ist unsere These **korrekt, dann folgt daraus als** erstes, daß es aus der Zeit vor dem Zusammenbruch der bikameralen Psyche keinen Beleg dafür geben dürfte, daß einzelne Individuen als «Irre» ausgesondert wurden. Und dies trifft zu, wenngleich es nur ein sehr indirektes Argument von minimaler Beweiskraft abgibt. Nichtsdestoweniger ist Tatsache, daß in der Bildhauerei, der Literatur, auf den Wandbildern und in sonstigen Kunstwerken der großen bikameralen Zivilisationen niemals auch nur eine einzige Darstellung vorkommt oder eine einzige Verhaltensform erwähnt wird, die einen Menschen mit dem Mal der Abartigkeit gebrandmarkt hätte, wie es die Geisteskrankheit darstellt. Schwachsinn ja, aber nicht Wahnsinn.¹ Der «Ilias» zum Beispiel ist die Idee der Geistesgestörtheit unbekannt.² Ich lege Nachdruck auf das *Als-krank-Ausgesondertwerden von* einzelnen, da ja, unserer Theorie zufolge, vor dem zweiten Jahrtausend v. Chr. *jedermann* «schizophren» war.

i Auch das Wort in i. Samuel 13, das zuweilen als frühester Beleg für Schizophrenie zitiert wird, das hebräische *halal*, bedeutet eher «töricht» im Sinne von Geistesschwäche.

z Zwar meint E. R. Dodds, an einigen Stellen der «Odyssee» sei von Wahnsinn die Rede, mir scheint jedoch seine Argumentation nicht überzeugend. Und eine völlig ungedeckte Behauptung ist sein Resümee, es habe zur Zeit Homers «und wohl schon lange davor» eine allgemein verbreitete Auffassung von Geisteskrankheit gegeben. Vgl. Dodds, a. a. O. (Fußnote auf Seite 307).

von Bikameralität noch gab, und gemeinsam mit diesen auch räumte das Wort - um das zweite Jahrhundert n. Chr. herum - die historische Bühne.

Aber schon zur Zeit Platons - einer Zeit der Kriege, Seuchen, Hungersnöte - begannen die vier göttlichen Arten des Wahnsinns allmählich ins Reich der Fabel einzuwandern: für den Gebildeten in die Sphäre der Dichtung, für den gemeinen Mann in die des Aberglaubens. Der Krankheitsaspekt der Schizophrenie rückt in den Vordergrund. In späteren Dialogen ist der inzwischen älter gewordene Platon in diesem Betracht skeptischer: Was wir Schizophrenie heißen, ist ihm ein fortwährendes Träumen, bei dem manche «Götter zu sein glauben, [andere] aber geflügelt und sich... als fliegend vorkommen» («Theaitetos» 158 B); die Familien der solchermaßen Erkrankten sollten unter Androhung von Geldstrafen verpflichtet werden, diese Menschen in Klausur zu halten («Nomoi», 9 3 4).

Die Geisteskranken werden jetzt gesellschaftlich ausgegrenzt. In den grellen Farcen des Aristophanes wirft man sogar mit Steinen nach ihnen, um sie sich vom Leib zu halten.

Was wir heute als Schizophrenie bezeichnen, beginnt also innerhalb der Menschheitsgeschichte als ein Bezug auf das Göttliche, und erst ungefähr um 400 v. Chr. fängt man an, es als das denaturierende Leiden zu betrachten, als das wir es heute sehen. Diese Entwicklung läßt sich außerhalb der Theorie des Mentalitätswandels, wie sie Gegenstand dieses Buches ist, schwerlich verstehen.

Eine gegenstandsspezifische Problematik

Ehe wir jedoch nun die zeitgenössischen Krankheitssymptome in diese Perspektive rücken, hier zunächst einige Vorbemerkungen sehr allgemeiner Art. Wie jedermann weiß, der sich einmal in der Literatur zu unserem aktuellen Thema umgesehen hat, wird heute auf breiter Front - freilich ohne daß sich bishereinsonderlich schlüssiges Ergebnis gezeigt hätte - ein wissenschaftlicher Disput über das Wesen der Schizophrenie geführt: ob man es mit einer echten nosologischen Einheit oder mit einer Gruppe schlecht definierter Syndrome zu tun habe, oder ob es sich vielleicht um die letzte, gemeinsame Wegstrecke von Krankheitsverläufen unterschiedlicher Ätiologie

Zum zweiten sollten wir aufgrund der oben erwähnten These erwarten dürfen, daß, sobald Geistesgestörtheit in der Bewußtseinsepoche erstmals thematisiert wird, sie klar als Bikameralität begriffen wird. Das wäre dann ein sehr viel beweiskräftigeres Argument. Im «Phaidros» (244 A) spricht Platon von «einem Wahnsinn, der... durch göttliche Gunst verliehen wird» und aus dem «uns Menschen die größten Güter entstehen». Die Stelle ist der Auftakt zu einer der schönsten und beschwingtesten Passagen der gesamten platonischen Dialoge, in der eine Typologie des Wahnsinns entworfen wird, die insgesamt vier Spielarten unterscheidet: der von Apoll eingegebene prophetische Wahnsinn; die von Dionysos bewirkte rituelle Raserei; die poetische «Eingeistung und Wahnsinnigkeit von den Musen, die eine zarte und heilig geschonte Seele aufregend und befeuernd ergreift, und in festlichen Gesängen und anderen Werken der Dichtkunst tausend Taten der Urväter ausschmückend, bildet sie die Nachkommen» (245 A); und schließlich der von Eros und Aphrodite eingegebene Liebeswahn. ja, nach Meinung des jungen Platon diene sogar ursprünglich ein und dasselbe Wort - *manike* - zur Bezeichnung sowohl des psychotischen Irreseins als auch der Wahrsagekunst; letztere heißt zwar im Griechischen *mantike*, doch sei das t, so Platon, «nur eine täppische Einfügung der Neueren» (244 C). Es steht also außer Zweifel - und das ist hier der springende Punkt -, daß die Erscheinungsformen dessen, was wir heute als Schizophrenie bezeichnen, frühzeitig mit den Phänomenen assoziiert wurden, für die ich in diesem Buch den Terminus «Bikameralität» eingeführt habe.

Dieser Zusammenhang wird nochmals augenfällig in einem anderen altgriechischen Wort für Geistesgestörtheit: *paranoia*, Kornpositum von *para* + *nous*, bedeutet wörtlich soviel wie «neben dem eigenen Geist noch einen zweiten haben» und deckt somit gleichermaßen den halluzinatorischen Zustand des Schizophrenen wie der bikameralen Psyche. Das hat freilich nicht das mindeste mit dem (im neunzehnten Jahrhundert aufgekommenen) modernen, etymologisch fehlerhaften Gebrauch des Wortes zu tun, bei dem seine Bedeutung gleich «Verfolgungswahn» gesetzt wird. Als antiker Sammelbegriff für Geistesgestörtheit blieb Paranoia so lange präsent, wie es die anderen, in früheren Kapiteln besprochenen Relikte handle, und ob man zwei - von einem Autor zum andern unterschiedlich benannte - Grundformen unterscheiden könne: prozessurale und reaktive oder akute und chronische oder rasch fortschreitende und langsam fortschreitende Schizophrenie. Meinungsverschiedenheiten und Unschlüssigkeit in diesem Bereich rühren daher, daß Forschungsarbeit sich hier mit einem gordischen Knoten methodologischer Probleme abzumühen hat, wie man ihn anderswo nicht verzwickter findet. Wie eliminiert man bei der Erhebung von Befunden an Schizophrenen die Auswirkungen der Hospitalisierung, von Medikamenten, der vorausgegangenen Therapie, kulturell bedingter Einstellungen oder der mancherlei erlernten Reaktionen auf Bizarrerien im Verhalten? Und wie bewältigt man das Problem, zuverlässige Befunde über die krisenträchtigen Aspekte in der Lebenslage von Menschen zu gewinnen, die unter dem Trauma der Hospitalisierung auf eine Kommunikationssituation mit Furcht und Schrecken reagieren?

Es ist hier nicht meine Aufgabe, in irgendeiner verbindlichen Position die Lösung dieser Schwierigkeiten dingfest zu machen. Vielmehr beabsichtige ich, sie zu unterlaufen, indem ich in meiner Argumentation nichts weiter als ein paar banale Tatsachen voraussetze, über die weithin Übereinstimmung herrscht. Sie lauten: es gibt ein Syndrom, das man zulässigerweise als Schizophrenie bezeichnet; zumindest für das Stadium voller Entfaltung existiert eine unzweideutige klinische Beschreibung; und dieses Syndrom tritt weltweit in allen zivilisierten Gesellschaften auf. ³ Überdies ist es für den Wahrheitswert dieses Kapitels im Grunde nicht wichtig, ob hier *alle* auf Schizophrenie diagnostizierbaren Fälle erfaßt sind oder nicht.⁴ Und ebensowenig, ob ich die Krankheit in der Form erfaßt habe, wie sie sich ursprünglich manifestiert, oder in einer Abwand-

3 Der von H. Osmond und A. El Miligi am Neuropsychiatrischen Institut der Princeton University entwickelte Experiential World Inventory-Test erbrachte für Schizophrene unterschiedlicher Länder und Kulturen ganz ähnliche Resultate.

4 Und ebensowenig, ob *ausschließlich* solche Fälle erfaßt sind. In der Psychiatrie gibt es eine zunehmende Tendenz, diagnostische Kategorien mit den Wirkungsfeldern spezifischer Pharmaka zu identifizieren: die Schizophrenen mit dem Wirkungsbereich der Phenothiazine, das

manisch-depressive Syndrom mit dem von Lithium. Ist diese Vorgehensweise richtig, sind viele Kranke, die man früher als paranoide Schizophreniker diagnostiziert hatte, in Wirklichkeit Manisch-Depres-

lung im Anschluß an die Hospitalisierung. Meine These will nicht höher hinaus als darauf, *daß manche grundlegenden, im höchsten Maß typischen und am häufigsten zu beobachtenden Symptome der vollausgebildeten Schizophrenie, solange sie nicht medikamentös behandelt sind, auf einzigartige Weise mit der Beschreibung der bikameralen Psyche übereinstimmen, die auf den vorausgegangenen Seiten gegeben wurde.*

Die gemeinten Symptome bestehen in erster Linie im Auftreten von Gehörshalluzinationen (wie auf Seite i i i ff beschrieben) sowie in der Aufweichung der (auf Seite 79 ff beschriebenen) Bewußtseinsstruktur, namentlich in der Einbuße des « Ich »-qua-Analogen, dem Schwund des inneren Raums und dem Verlust der Fähigkeit des Narrativierens. Sehen wir uns jetzt diese Symptome der Reihe nach an.

Das Halluzinieren

Wieder einmal - Halluzinationen... Und was an dieser Stelle dazu anzumerken ist, ergänzt und präzisiert nur meine früheren Ausführungen zum gleichen Thema.

Beschränken wir uns auf die Fälle von vollausgebildeter Schizophrenie vor der medikamentösen Behandlung, so ist festzustellen, daß sie nur ausnahmsweise frei von Halluzinationen sind. In der Regel beherrschen diese das Erscheinungsbild, indem sie sich dem Kranken massiv und hartnäckig aufdrängen und ihn dadurch verwirrt erscheinen lassen, zumal wenn sie sich in raschem Tempo wandeln. In ganz akuten Fällen sind die Stimmen von Gesichtshalluzinationen begleitet. In den gewöhnlicheren Fällen dagegen hört der Kranke eine oder mehrere Stimmen - einen Heiligen oder einen Teufel oder eine Männerrotte, die ihm draußen unter seinem Fenster auflauert, um ihn zu verbrennen oder zu köpfen. Sie stellen ihm nach, drohen, sie würden durch die Wände eindringen, kommen heraufgeentert und halten sich unterm Bett des Kranken oder ihm zu Häupten im Luftschacht versteckt. Und dann sind da noch an-

sive, da sie nur auf Lithium ansprechen. Während der manischen Phase hat fast die Hälfte dieser Kranken Halluzinationen.

dere Stimmen, Stimmen, die den Willen äußern, ihm zu helfen. Manchmal zeigt sich Gott als Schützer und manchmal als Verfolger. Die Verfolgerstimmen können den Kranken zur Flucht, zur Selbstverteidigung oder zum Angriff treiben. Den hilfreichen, trostspendenden Halluzinationen lauscht er unter Umständen mit hingebungsvoller Aufmerksamkeit, in glückseliger Feststimmung, ja zu Tränen gerührt von solchen Himmelstönen. Manche Kranken durchleben die ganze Palette halluzinativer Erfahrungen im Bett, unter die Decke verkrochen, während andere dabei herumkraxeln und sich unter allerhand unverständlichem Gestikulieren und Gefuchtel laut oder leise mit ihren Stimmen unterhalten. ja, es kommt sogar vor, daß Kranke während eines Gesprächs mit einem anderen Menschen oder beim Lesen alle paar Sekunden in einem leisen oder geflüsterten «Beiseite» ihren Halluzinationen antworten.

Zu den im Hinblick auf die Parallelität mit der bikameralen Psyche interessantesten und bedeutsamsten Aspekten von alledem zählt folgender Umstand: Im allgemeinen unterliegen Gehörshalluzinationen auch nicht im allermindesten Grad der Kontrolle des betreffenden Individuums, dafür aber sind sie aufs äußerste empfänglich noch für die schwächste Suggestion aus der sozialen Gesamtsituation, in die das Individuum eingebunden ist. Mit anderen Worten: Schizophreniesymptome als solche sind ebenso durch einen kollektiven kognitiven Imperativ beeinflußt wie, nach unserer früheren Feststellung, die Phänomene der Hypnose.

Dies geht unmißverständlich aus einer neueren Untersuchung hervor.⁵ 45 halluzinierende männliche Kranke wurden in drei Gruppen eingeteilt. Den Mitgliedern der einen Gruppe wurde ein Kästchen am Gürtel befestigt, das seinem Träger auf Hebeldruck einen elektrischen Schlag versetzte. Man instruierte sie, sich jedesmal, wenn sie Stimmen zu hören begannen, diese Art Schocktherapie zu applizieren. Die zweite Gruppe wurde mit ähnlichen Käst-

⁵ Arthur H. Weingaertner, Self-administered Aversive Stimulation with Hallucinating Hospitalized Schizophrenics, Journal of Consulting and Clinical Psychology 36:11971, S. 421-429.

chen ausgerüstet und erhielt ähnliche Instruktionen, nur daß der Hebeldruck keinen elektrischen Schlag erzeugte. Den Mitgliedern der dritten Gruppe wurde in gleicher Form die gleiche Lagedarstellung gegeben wie den anderen, aber sie erhielten keine Kästchen. In den Kästchen befand sich übrigens ein Zählwerk, das registrierte, wie oft der Hebel niedergedrückt wurde: Die für die Dauer des Experiments (14 Tage) im Einzelfall registrierte Gesamtzahl schwankte zwischen 19 und 362. Das Wesentliche bei der Sache ist jedoch, daß den Mitgliedern aller drei Gruppen unter der Hand insinuiert wurde, die Häufigkeit des Auftretens der Stimmen werde womöglich zurückgehen.

Selbstverständlich wurde auf der Basis der Lerntheorie die Voraussage getroffen, daß sich einzig in der Gruppe, in der die elektrischen Schläge ausgeteilt wurden, eine Besserung einstellen werde. Aber das Hören der Stimmen ging - höchst fatal für die Lerntheorie! - in allen drei Gruppen signifikant zurück. In einigen Fällen verschwanden die Stimmen sogar ganz. Und in dieser Hinsicht war der Befund für alle drei Gruppen der gleiche, keine hatte hier den beiden anderen etwas voraus - woraus deutlich hervorgeht, welch gewaltige Rolle Erwartung und Glaube bei dieser Form der Psychoorganisation spielen.

Mit der vorigen verwandt ist die Beobachtung, daß die Halluzinationen von den in der Kindheit erhaltenen Belehrungen und den seinerzeit aufgebauten Erwartungen abhängig sind - so, wie wir es für die bikamerale Epoche postuliert hatten. In zeitgenössischen Kulturen, in denen unter dem Einfluß religiöser Orthodoxie eine exzessive persönliche Beziehung zu Gott Teil der kindlichen Erziehung ist, sind die Halluzinationen von Schizophrenen überwiegend rein religiöser Natur.

Beispielsweise wird auf einer der Westindischen Inseln, dem britischen Tortola, den Kindern beigebracht, daß Gott buchstäblich jede Einzelheit in ihrem Leben kontrolliert. Drohungen werden mit dem Namen Gottes bekräftigt, Strafen im Namen Gottes verhängt. Die hauptsächliche Form der Geselligkeit ist der Kirchenbesuch. Wann immer ein Eingeborener dieser Insel psychiatrische Hilfe in Anspruch nimmt, bestehen die Beschwerden unweigerlich darin, daß er Befehle von Gott und Jesus vernimmt, das Gefühl hat, in der Hölle zu braten, oder lautstarke Chorgebete und Kirchengesänge und mitunter auch ein Gemisch von Gebeten und Blasphemien halluziniert.⁶

Auch in Fällen, wo die Halluzinationen von Schizophrenen keine bestimmte religiöse Grundlage haben, spielen sie dennoch die gleiche Rolle, die sie meiner These zufolge auch für die bikamerale Psyche spielten, nämlich die von Verhaltensinitiativen und -direktiven. Von Fall zu Fall werden die Stimmen sogar in der Klinik noch als Autoritäten identifiziert. Eine Patientin hörte überwiegend wohlthuende Stimmen, von denen sie annahm, sie seien vom Gesundheitsamt zu ihrer psychotherapeutischen Betreuung abgeordnet worden. Wie schön wäre es doch, wenn sich die psychotherapeutische Betreuung immer so einfach bewerkstelligen ließe! Jene Stimmen ließen es der Patientin nie an Ratschlägen fehlen (darunter übrigens auch der, dem behandelnden Arzt nicht zu verraten, daß sie Stimmen höre). Sie gaben ihr Auskunft über die Aussprache «schwieriger» Wörter oder Tips fürs Nähen und Kochen. Oder in den Worten der Patientin:

Wenn ich einen Kuchen backe, verliert sie leicht die Geduld mit mir. Ich will das alles allein hinkriegen. Ich will mir eine Schürze nähen, und schon ist sie da und sagt mir, was ich zu tun habe.⁷

Manche psychiatrischen Forscher, insbesondere solche psychoanalytischer Ausrichtung, wollen aus den vom Patienten vorgebrachten Gedankenassoziationen den Schluß ziehen, daß die Stimmen «in allen Fällen... auf Personen zurückverfolgt werden (können), die früher im Leben des Patienten eine bedeutende Rolle spielten, insbesondere auf die Eltern».⁸ Man nimmt an, daß diese Figuren, würde ihre wahre Identität offenbar, Angst auslösen würden und daß sie deshalb vom Kranken unbewußt entstellt und maskiert wer-

⁶ Edwin A. Weinstein, Aspects of Hallucination, Hallucinations, hg. von L. j. West, New York: Grune & Stratton 1962, S. 233 - 238.

⁷ A. H. Modell, Hallucinations in Schizophrenic Patients and Their Relation to Psychic Structure, in: L. j. West (Hg.), a. a. O. (vgl. Fußnote 6), S. 166- 173; das Zitat auf S. 169.

⁸ Modell, ebd., S. 168.

den. Aber warum das alles? Es ist doch rationeller anzunehmen, daß es die Erfahrungen des Kranken mit seinen Eltern (oder anderen geliebten Autoritätspersonen) sind, die den Kern abgeben, um den herum die halluzinierte Stimme strukturiert ist - genauso, wie es nach meiner These in der bikameralen Epoche mit den Göttern der Fall war.

Ich möchte damit nicht behaupten, daß die Eltern in den Halluzinationen nicht auftreten. Sie tun das sogar sehr häufig, zumal bei jüngeren Kranken. Abgesehen davon jedoch handelt es sich bei den Stimm-Figuren der Schizophrenen nicht um die verkappten Eltern, sondern es sind Autoritätsfiguren, die das Nervensystem aus den Erziehungserlebnissen des Kranken und seinen kulturbedingten Erwartungen geschaffen hat, wobei die Eltern natürlich einen bedeutenden Anteil in diesen Erziehungserlebnissen ausmachen.

Eine der interessantesten Fragen, die sich im Zusammenhang mit den Halluzinationen stellen, ist die nach ihrem Verhältnis zum bewußten Denken. Trifft es zu, daß die Schizophrenie ein teilweiser Rückfall in die bikamerale Psyche und diese wiederum (nicht unbedingt in allen Fällen) unverträglich mit dem gewöhnlichen Bewußtsein ist, dann wäre zu erwarten, daß Halluzinationen mit der Verdrängung der «Gedanken» einhergehen.

Zumindest für einen Teil der Fälle beschreibt dies in der Tat die Art und Weise, in der die Halluzinationen sich melden. Zuweilen setzen die Stimmen als Gedanken ein, die dann in ein kaum verständliches Flüstern übergehen, um schließlich immer lauter und befehlender zu werden. In anderen Fällen ist den Kranken beim Einsetzen der Stimmen zumute, « als ob sich ihr Denken spalte ». In leichteren Fällen können die Stimmen sogar, gleich den

«Gedanken», unter der Kontrolle der bewußten Aufmerksamkeit stehen. Ein nicht an Wahnvorstellungen leidender Kranker schilderte das so:

Hier im Saale bin ich nun schon z-/~ Jahre und höre fast täglich, stündlich, daß Stimmen da sind, die auch hier bald aus den Winden, bald aus dem Gehen, bald aus dem Teller zusammentönen, bald aus dem Rauschen der Bäume, bald aus dem Fahren der Eisenbahnräder und anderer Wagenräder kommen. *Ich höre die Stimmen nur, wenn ich acht daraufgebe, ich höre sie*

aber. Die Stimmen sind Worte und erzählen dies und jenes, als ob sie nicht Gedanken, die man im Kopf hat, sondern vergangene Thaten besprächen, aber nur dann, wenn man daran denkt. Diese Stimmen sprechen die fortschreitende Gedanken- und Herzensgeschichte jedes Tages den ganzen Tag hindurch richtig aus?

Halluzinationen scheinen oft über mehr Erinnerungen und Kenntnisse zu verfügen als der Kranke selber - genau wie die antiken Götter. Es ist nichts Ungewöhnliches, Patienten in bestimmten Stadien der Krankheit darüber klagen zu hören, daß die Stimmen ihre Gedanken aussprechen, bevor sie selber Zeit gehabt hatten, sie zu denken. Dieser Vorgang, bei dem die eigenen Gedanken anderweitig vorweggenommen und geäußert werden, wird in der klinischen Literatur als «Gedankenlautwerden» geführt und kommt der bikameralen Psyche sehr nahe. Manche Kranken erklären, sie bekämen zum Selberdenken überhaupt keine Chance mehr; stets würde das Denken ihnen abgenommen und die Gedanken ihnen *gegeben*. Wollen sie etwas lesen, lesen die Stimmen es ihnen vor. Wollen sie etwas sagen, hören sie ihre Gedanken schon im voraus ausgesprochen. Ein Patient sagte seinem Arzt,

er leide am Denken, da er selber nicht denken könne, weil jedesmal, wenn er zu denken anfange, *alle seine Gedanken ihm sofort vorgesprochen werden: er bemüht sich, den Gedankengang zu ändern und wieder denke man für ihn ...* Beim Stehen in der Kirche höre er nicht selten eine singende Stimme, welche im voraus das singt, was vom Chor gesungen wird ... Geht der Kranke auf der Straße und sieht z. B. ein Schild, so lese ihm die Stimme vor, was auf dem Schilde steht... Erblickt der Patient in der Ferne irgend einen Bekannten, so rufe die Stimme ihm sofort, *gewöhnlich schon bevor er noch an die betreffende Person denke*, zu: <Siehe, da geht der und den~ Zuweilen hat der Kranke gar nicht die Absicht, die Vorbeigehenden zu beachten, die Stimme aber zwingt ihn, durch ihre Auslassungen über dieselben, ihnen seine Aufmerksamkeit zu schenken.-

9 Gustav Störing, Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie, Leipzig: Wilhelm Engelmann, S- 43.
ie Ebd.,S.47f.

Gerade die einzigartige, zentrale Position dieser Gehörshalluzinationen im Syndrom so vieler Schizophrener gibt wichtige Fragen auf. Warum kommt es zum Auftreten von Halluzinationen? Und wie soll man sich die universale Verbreitung des «Stimmenhörens» quer durch die Kulturen erklären, wenn nicht mit der Existenz einer normalerweise ausgeschalteten Gehirnstruktur, die unter dem Streß der Krankheit wieder aktiviert wird?

Und warum besitzen die Halluzinationen der Schizophrenen so häufig eine unüberbietbare Autorität zumal religiöser Art? Ich finde, das einzige Denkmodell, das uns in diesen Fragen - und sei's auch bloß mit einer Arbeitshypothese - weiterzuhelfen vermag, ist das der bikameralen Psyche, demzufolge die für die Halluzinationen verantwortliche neurologische Struktur neurologisch verbunden ist mit den Substraten des religiösen Empfindens, was wiederum darin begründet ist, daß die Entstehungsbedingungen der Religion wie der Götter als solcher in der bikameralen Psyche liegen.

Halluzinationen religiösen Inhalts treten allgemein mit besonderer Vorliebe im sogenannten Dämmerzustand auf, einer Art Wachtraum, in den viele Kranke versinken und der je nach Lage der Dinge von einigen Minuten bis zu einigen Jahren währen kann (ein Dämmerzustand von sechsmonatiger Dauer ist durchaus kein ungewöhnliches Vorkommnis). Er zeichnet sich in aller Regel durch religiöse Visionen und entsprechendes Gebaren, feierliche Haltung und Andacht aus: Der Patient lebt mit seinen Halluzinationen wie der bikamerale Mensch mit den seinen - mit dem Unterschied, daß jener unter Umständen die Anstaltsumgebung ausblendet und noch seine unmittelbare Umwelt halluziniert. Mag sein, daß der Kranke dann Umgang mit den Heiligen im Himmel pflegt. Oder er erkennt zwar die Ärzte und Pfleger in seiner Umgebung als das, was sie sind, ist jedoch der Ansicht, daß sie zu gegebener Zeit die Maske ablegen und sich als Götter und Engel entpuppen werden. Solche Kranken brechen vielleicht sogar in Freudentränen darüber aus, daß es ihnen gestattet ist, mit den Bewohnern der himmlischen Gefilde direkt zu sprechen, und bekreuzigen sich ohne Unterlaß während des Wortwechsels mit den göttlichen Stimmen oder vielleicht sogar mit den Sternen, die aus dem nächtlichen Dunkel nach ihnen rufen.

Häufig bahnt sich für den Paranoiker nach einer längeren Periode der gestörten Kommunikation mit seinen Mitmenschen der Übergang zum schizophrenen Aspekt seines Leidens mit einem halluzinierten religiösen Erlebnis an, bei dem ein Engel, Jesus Christus oder Gottvater im bikameralen Modus zu ihm spricht und ihm irgendeinen neuen Weg weist.' Er gelangt so zu der Überzeugung, in einem persönlichen Sonderverhältnis zu den Mächten des Universums zu stehen, und seine pathologisch selbstbezügliche Interpretation von allem, was sich

um ihn her ereignet, wird zu Wahnideen ausgearbeitet, denen der Kranke unter Umständen jahrelang nachhängt, ohne sie mit anderen erörtern zu können.

Ein besonders anschauliches Beispiel dieser Neigung zu religiösen Halluzinationen liefert der «Fall Schreber» - die Krankengeschichte des «tüchtigen deutschen Richters» (M. Schatzman) Daniel Paul Schreber (1842-igii), der mit 42 Jahren, im Herbst 1884, «verrückt» wurde, im Jahr darauf wieder gesundete und Ende Oktober 1893 neuerlich erkrankte.- Die Halluzinationen, die ihn im akuten Zustand seiner Schizophrenie heimsuchten, hat der Kranke in *einem von einem* Höchstmaß literarischer Bildung zeugenden Bericht selbst beschrieben, und was er schildert, ist bemerkenswert vor allem durch die Ähnlichkeit, die es mit dem Verhältnis der Menschen des Altertums zu ihren Göttern aufweist. Schrebers (zweite) Erkrankung begann mit - von schweren Angstzuständen begleiteter - quälender Schlaflosigkeit, während deren er ein in kürzeren oder längeren Abständen wiederkehrendes Knistern in der Zimmerwand halluzinierte. Eines Nachts dann verwandelte sich das Knistern in Stimmen, in denen der Kranke sogleich göttliche Botschaften und damit seine «besondere... Beziehung zu

ri Eugen Bleuler Dementia paecox (vgl. Fußnote auf Seite 114), S- 189.

iz Daniel Paul Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken, Leipzig: Oswald Mutze 1903. Hier zitiert nach dem Neudruck Berlin: Ullstein 1973 (herausgegeben und eingeleitet von Samuel M. Weber; Ullstein Taschenbuch Nr. 29 5 7). [Anm. d. Übs.: Die im Text zitierte Formulierung von Morton Schatzman stammt aus dessen Buch Die Angst vor dem Vater. Langzeitwirkungen einer Erziehungsmethode. Eine Analyse am Fall Schreber, Reinbek: Rowohlt 1973, S.9.1

Gott» (S. 7o) erkannte und «welche seitdem unaufhörlich zu mir sprechen» (S. ioz): «Bei mir... sind Pausen des Stimmengeredes überhaupt niemals vorhanden; seit den Anfängen meiner Verbindung mit Gott... also seit nunmehr sieben Jahren habe ich - außer im Schlafe - niemals *auch nur einen einzigen Augenblick gehabt, in dem ich die Stimmen nicht vernommen hätte.* » (S. 3 16) Schreber sah «Strahlen... als langgezogene Fäden von irgendwelchen, über alle Maßen entlegenen Orten am Horizonte nach meinem Kopfe herüberkommen» (S. 3 19) und merkt zu diesem Vorgang später an, « daß die nach meinem Kopfe züngelnden, allem Anschein nach von der Sonne oder vielleicht auch noch von zahlreichen anderen entfernten Weltkörpern herkommenden Strahlen... *nicht* in gerader Linie, sondern in einer Art von Schleife oder Parabel auf mich zukommen» (S. 32i) . Diese Strahlen waren die Trägermedien der göttlichen Stimmen und in der Lage, die körperliche Seinsform von Göttern selbst anzunehmen.

Interessant ist vor allem die Beobachtung, daß die göttlichen Stimmen sich mit fortschreitender Krankheit zu einer Hierarchie von oberen und unteren Gottheiten organisieren, wie sich das wohl ähnlich auch in bikameraler Zeit abgespielt haben dürfte. Ferner scheinen die Stimmen Schreber «ersticken», «erdrücken» und seinen «Verstand zerstören» zu wollen (S. 23 2, 23 3 und öfter). Ihr Ziel ist « Seelenmord » (S. 8 3 ff und öfter) an dem Kranken und seine «Entmannung» (S. 107 ff und öfter), mit anderen Worten: die Auslöschung seiner Eigeninitiative und seines «Ich»-qua-Analogon. In der Spätphase seiner Krankheit narrativierte er das zu der Wahnvorstellung von körperlicher Umwandlung in eine Frau (« die Preisgabe meines Körpers als weibliche Dirne»; S. 113 und öfter). In seiner berühmten Analyse von Schrebers autobiographischem Bericht hat Freud diese spezielle Narrativierung meines Erachtens überstrapaziert, indem er unter Berufung auf sie die gesamte Krankheit als das Resultat verdrängter Homosexualität interpretierte, die nunmehr aus dem Unbewußten herausbrach.~3 Diese

13 Sigmund Freud, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides) (igii), Gesammelte Werke 8, S. 239-320.

Deutung mag durchaus richtig liegen in bezug auf die Ätiologie des Streßfaktors im Ausbruch des Leidens, trägt jedoch wenig zur Erklärung des Falls im ganzen bei.

Dürfen wir uns nun die Kühnheit erlauben, zwischen derlei Manifestationen von Geisteskrankheit und der Götterorganisation des Altertums eine Parallele zu ziehen? Daß Schrebers Stimm-Visionen auch die Gestalt von «kleine[n] Männer[n]» (S. izz) annehmen konnten, erinnert an die in den Ruinen so vieler alter Hochkulturen gefundenen Statuetten. Und der Umstand, daß mit allmählicher Besserung in Schrebers Zustand das Sprechtempo seiner Götter sich verlangsamte und zu leisem Geflüster oder gelispelten Klängen (S. 176, 178, 232 und öfter) verkam, erinnert daran, wie sich die Stimmen der Inka-Idole nach der spanischen Eroberung anhörten. Eine weitere vielsagende Parallele zeigt sich in dem Umstand, daß die Sonne als das hellste Licht im menschlichen Universum für einen Großteil nichtmedikamentös behandelter Kranker eine besondere Bedeutung gewinnt, wie sie sie ähnlich auch in den bikameralen Theokratien hatte. So erblickte Schreber seinen «oberen Gott (Ormuzd)», nachdem er ihn eine Zeitlang nur gehört oder besser mit dem «geistigen Auge» gesehen hatte, schließlich auch noch «Ml«t meinem leiblichen Auge. Es war die Sonne, aber nicht die Sonne in ihrer gewöhnlichen, allen Menschen bekannten Erscheinung, sondern umflossen von einem silberglänzenden Strahlenmeer ... » (S. 177). Und ein Kranker, der uns zeitlich etwas näher steht, schreibt:

Die Sonne übt jetzt eine außerordentliche Wirkung auf mich aus. Sie schien alle Macht in sich zu vereinigen - nicht nur ein Symbol Gottes, sondern wahrhaftig Gott selbst zu sein. Unablässig gingen mir Wendungen durch den Kopf wie: «Licht der Welt», «Die Sonne der Rechtschaffenheit, die niemals untergeht» und dergleichen, und der bloße Anblick der Sonne genügte, um die manische Erregtheit, an der ich litt, immens zu verstärken. Ich wurde getrieben, mich zur Sonne wie zu einem persönlichen Gott zu verhalten und daraus ein Sonnenanbetungsritual zu entwickeln.¹⁴

14 j. Custance, Wisdom, Madness and Folly, New York: Pellegrini & Cudahy 1952, S. 18.

Allmählich kann ich nicht mehr unterscheiden, wieviel von mir noch in mir selber steckt und wieviel schon in anderen. Ich bin eine gestaltlose Masse, eine Monstrosität, die täglich neu zurechtgeknetet wird.,⁶

Denk- und Entscheidungsfähigkeit und Wille zum Handeln, das zerfleischt sich bei mir selbst. Zum Schluß wird es hinausgeworfen und vermengt sich da mit allen übrigen Bestandstücken des Tages und schätzt ab, was es hinter sich zurückgelassen hat. Anstatt daß da der Wunsch wäre, dies oder das zu tun, wird es von etwas gleichsam Mechanischem und Furchterregendem getan... Gefühle, die in einem Menschen drin sein sollten, sind draußen und möchten gern wieder zurück, und dabei haben sie doch die Kraft zum Zurückkehren mit fortgenommen.¹⁷

Auf vielfältige Weise wird dieser Ichverlust von den Kranken beschrieben - sofern sie überhaupt noch in der Lage sind, etwas zu beschreiben. Eine Patientin muß stundenlang ununterbrochen reglos dasitzen, «um ihre Gedanken wiederzufinden». Einem anderen ist zumute, als ob er «am Auslöschen» sei. Schreber sprach, wie wir uns erinnern, von «Seelenmord». Eine bestimmte Patientin mit sehr hohem Intelligenzgrad kostet es jedesmal Stunden angestrengter Mühe, «für wenige kurze Augenblicke wieder zu sich selbst zu kommen». Oder das Ich hat das Gefühl, von allem um es her, von kosmischen Kräften, von bösen oder guten Mächten oder sogar von Gott selbst aufgesogen zu werden. In der Tat wollte Bleuler, als er den Ausdruck Schizophrenie prägte, bereits in der Bezeichnung der Krankheit diese zentrale Erfahrung als ihr Identifikationsmerkmal herausstellen. Es ist das Gefühl, «den Verstand zu verlieren», oder von einem «Abbröckeln» des Ich, bis dieses schließlich zu existieren aufhört oder die gewöhnliche Verbindung mit dem Leben und Handeln verloren zu haben scheint, woraus dann die augenfälligeren Symptome, wie etwa «Affektmangel» oder Abulie, resultieren.

ter Princeton, New Jersey, wo man die Schizophrenie als ein Bündel von biochemischen Krankheiten betrachtet, denen hauptsächlich mit Gehirnnährstoffen beizukommen ist.

16 Storch, zitiert nach H. Werner, Comparative Psychology of Mental Development, New York: International Universities Press 1957, S. 467.

17 Aus: E. Meyer und L. Covi, The Experience of Depersonalization: A Written Report by a Patient, Psychiatry 23 / 1960, S. 2.15 - 2.17-

Auf andere Weise bekundet sich der Abbau des «Ich»-qua-Analogon in der relativen Unfähigkeit Schizophrener, einen Menschen zu zeichnen. Nun ist es auf den ersten Blick natürlich eine etwas schwachbrüstige Annahme zu meinen, wenn wir einen Menschen aufs Papier zeichnen, hänge das, was dabei herauskommt, von der Intaktheit jener Metaphervom eigenen Selbst ab, die wir das «Ich»-qua-Analogon genannt haben. Doch hat sich dieser Befund als so schlüssig erwiesen, daß sich daraus der sogenannte DAP-Test («Draw-A-Person»-Test) entwickelt hat, der heute routinemäßig als Indikator für Schizophrenie eingesetzt wird.¹⁸ Nicht alle Schizophrenen tun sich mit dem Zeichnen schwer. Aber diejenigen, die es tun, vermitteln damit eine äußerst zuverlässige diagnostische Information. Sie lassen augenfällige anatomische Details - wie Hände und Augen - weg; die Linienführung ist unsicher und lückenhaft; die Geschlechtsmerkmale sind häufig undifferenziert dargestellt; die Figur im ganzen ist häufig schief und verzerrt.

jedoch sollte die Generalisierung, wonach sich hierin der Abbau des «Ich»-qua-Analogon widerspiegelt, mit einiger Vorsicht aufgenommen werden. Man weiß inzwischen, daß ältere Menschen zuweilen die gleiche fragmentierte und primitive Art zu zeichnen haben wie Schizophrene, und es sollte auch nicht übersehen werden, daß zwischen jenem Befund und der in diesem Kapitel untersuchten Hypothese eine beträchtliche Diskrepanz besteht. In einem der früheren Kapitel gelangten wir zu dem Schluß, das «Ich»-qua-Analogon habe gegen Ende des zweiten Jahrtausends v. Chr. in Erscheinung zu treten begonnen. Wenn nun die Fähigkeit, einen Menschen zu zeichnen, beim Zeichner das Vorhandensein eines «Ich»-qua-Analogon voraussetzt, dürfte es eigentlich in der Zeit davor keine zusammenhängenden und klaren zeichnerischen Menschendarstellungen gegeben haben. Und das ist ganz entschieden nicht der Fall. Zweifellos gibt es Mittel und Wege, diese Unstimmigkeit aufzulösen, doch möchte ich es zu diesem Zeitpunkt dabei bewenden lassen, sie einfach nur zu registrieren.

A Einen Bericht über die ersten Jahre der Forschungstätigkeit mit DAP geben L. W. Jones und C. B. Thomas, Studies on Figure Drawing, Psychiatric Quarterly Supplement 35 / 1961, S. 21-216.

Wir sollten diese Ausführungen über den Abbau des «Ich»-qua-Analogon nicht beenden, ohne die ungeheure Angst erwähnt zu haben, von der er in unserer Kultur begleitet wird, eine Angst, die ihrerseits Auslöser ist für das - mal erfolgreiche, mal erfolglose - Bemühen, diesem grauenerregenden Dahinschwinden des wichtigsten Teils unseres inneren Selbst, jenes nahezu sakramentalen Zentrums bewußter Entscheidungen, Einhalt zu gebieten. Tatsächlich lassen sich in diesem Zusammenhang auftretende Verhaltensformen, die auch nicht das geringste mit

irgendeiner Rückkehr zur bikameralen Psyche zu tun haben, größtenteils als Abwehrstrategien gegen diesen Verlust des «Ich»-qua-Analogon begreifen.

So tritt beispielsweise in manchen Fällen das sogenannte «Ich bin»-Symptom auf. In dem Bemühen, nicht ganz und gar die Kontrolle über sein Verhalten zu verlieren, wiederholt der Kranke in einem fort zu sich selbst: «Ich bin», oder: «Ich bin der, der in allem da ist», oder: «Ich bin der Geist, nicht der Körper». Ein anderer wiederum gebraucht vielleicht nur ein einziges Wort - zum Beispiel «Kraft» oder «Leben» -, um sich gegen die drohende Auflösung seines Bewußtseins an irgendeinem Fixpunkt zu verankern.-9

Die Auflösung des Seelenraums

Nicht nur sein «Ich» beginnt dem Schizophrenen abhanden zu kommen, sondern auch sein « Inneres » als solches - der reine Paraphorand, den wir von der Welt und den Dingen in ihr haben und der so angelegt ist, daß er beim Introspezieren den Anschein von Räumlichkeit abgibt. Der Kranke hat das Empfinden, seine Denkfähigkeit einzubüßen, er leidet unter « Gedankenschwund » - ein Begriff, in dem der Schizophrene seine Lage auf Anhieb wiedererkennt. Diese Erscheinung ist unabtrennbar mit dem Abbau des «Ich»-qua-Analogon gekoppelt. Die Kranken haben Mühe, sich als an diesem speziellen Ort befindlich zu denken, und sind daher nicht in der Lage, Informationen auszuwerten, um sich auf erwartbare Zukunftsergebnisse vorzubereiten.

ig Carney Landis, *Varieties of Psychopathological Experience*, New York: Holt, Rinehart & Winston 1964.

Dies läßt sich auf experimentellem Weg unter anderem in Reaktionszeit-Tests beobachten. Schizophrene gleich welchen Typs zeigen sich ausnahmslos unbeholfener als normal bewußte Personen, wenn es darum geht, auf in wechselnden Zeitabständen dargebotene Reize zu reagieren. Der Kranke, dem das Analogon-«Ich» und der innere Raum abgehen, in dem er sein «vorgestelltes» Selbst bei diesem oder jenem Tun beobachten könnte, ist nicht in der Lage, sich in eine «Bereitschaftsposition» für eventuelle Reaktionen zu versetzen, reagiert er aber erst einmal, ist er unfähig, seine Reaktion so zu variieren, wie es die Aufgabe erfordert.²⁰ Das bedeutet, daß beispielsweise ein Kranker, der dabei ist, Klötze nach ihrer Form zu sortieren, nicht imstande ist, wenn er den Auftrag erhält, nach einem neuen Gesichtspunkt zu sortieren, zum Sortieren nach Farben überzuwechseln.

Ebenso geht mit dem Analogon-«Ich» und dem inneren Raum auch die Fähigkeit zu «Als-ob»-Verhalten verloren. Da ihm die an das normale Bewußtsein geknüpfte Vorstellungskraft abgeht, ist der Kranke unfähig zu fingiertem Handeln wie Rollenspiel oder Simulation, ja er vermag noch nicht einmal über fingierte Sachverhalte zu reden. Er ist beispielsweise nicht in der Lage, so zu tun, als trinke er Wasser aus einem Glas, wenn nicht wirklich Wasser in dem Glas ist. Fragt man ihn, was er an der Stelle des Arztes tun würde, so antwortet er unter Umständen, er sei kein Arzt. Oder: fragt man einen ledigen Patienten, wie er sich verhalten würde, wenn er verheiratet wäre, lautet die Antwort, er sei nicht verheiratet. Hier liegt auch der Grund, warum es - wie am Schluß des vorigen Kapitels erwähnt - nicht möglich ist, Schizophrene zu hypnotisieren: Das Handeln unter Hypnose ist ja, wie gezeigt, ein So-tun-als-ob.

Weiterhin bekundet sich die Auflösung des inneren Raums in der für die meisten Schizophrenen typischen Orientierungslosigkeit in der Zeit. Der Zeit sind wir uns nur insoweit bewußt, als wir sie als räumliches Hintereinander abzubilden vermögen, und das für die Schizophrenie charakteristische Schwinden des inneren Raums erschwert das oder macht es unmöglich. So kann man beispielsweise

zo So deute ich eine weithin akzeptierte Theorie von David Shakow; vgl. dessen *Segmental Set*, *Archives of General Psychiatry* 61 1962, S. 1-17.

Schizophrene darüber klagen hören, daß die Zeit «stehengeblieben» sei oder daß jetzt «alles viel langsamer» zu gehen oder «in einem Schwebestand» zu sein scheine, oder auch einfach nur darüber, daß sie «Probleme mit der Zeit» haben. Ein geheilter Schizophreniepatient schildert das rückblickend so:

Lange Zeit sind mir die Tage nicht wie ein Tag und die Nächte nicht wie eine Nacht vorgekommen. Aber im einzelnen habe ich daran keine klare Erinnerung. Die Tageszeit bestimmte ich anhand der Mahlzeiten - da wir aber nach meinem Eindruck an jedem wirklichen Tag jedesmal die ganze Palette von Mahlzeiten serviert bekamen, Frühstück, Mittagessen, Tee und Abendessen, und das ungefähr ein halbes dutzendmal innerhalb von zwölf Stunden, kam ich damit nicht viel weiter."

Oberflächlich betrachtet, scheint das der Hypothese zu widersprechen, derzufolge die Schizophrenie ein teilweiser Rückfall in die bikamerale Psyche ist, denn der bikamerale Mensch wußte zweifellos mit den Tages- und Jahreszeiten Bescheid. Aber dieses Wissen, so meine ich, war ein ganz anderes Wissen, als die Narrativierungen in der als räumliche Folge modellierten Zeit es sind, die wir Bewußtseinsbesitzer unentwegt fabrizieren. Das Wissen des bikameralen Menschen war Verhaltenswissen, ein Reagieren auf die Hinweisreize zum Aufstehen und Schlafengehen, für die Aussaat und für die Ernte: Hinweisreize, die so wichtig waren, daß sie - wie etwa in Stonehenge - zum Gegenstand kultischer Verehrung gemacht wurden und wahrscheinlich an und für

sich schon halluzinogen wirkten. Für den Angehörigen einer Kultur, in der die Achtsamkeit auf derlei Hinweisreize von einem anderen Zeitgefühl abgelöst wurde, bedeutet die krankheitsbedingte Einbuße jenes Schemas der räumlichen Aufeinanderfolge soviel wie in eine mehr oder weniger zeitlose Welt hineinversetzt zu werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang der Umstand, daß ein geistig normales Hypnosesubjekt, wenn ihm gesagt wird, die Zeit existiere nicht, Reaktionen des schizophrenen Typs zeigt."

- 2.1 M.Harrison, SpinnersLake, London: Allen Lane '941, S.3z.
zz Bernard S. Aaronson, Hypnosis, Responsibility, and the Boundaries of the Self,
American Journal of Clinical Hypnosis 9/ig67, S. z29-z46.

Das Versagen des Narrativierungsvermögens

Mit der Auflösung des «Ich»-qua-Analogon und seines Seelenraums wird das Narrativieren zu einer Unmöglichkeit. Es ist, als ob alles, was im Zustand der Normalität narrativiert wurde, in Assoziationen auseinanderfalle, die wohl von irgendeiner allgemeinen Sache beherrscht sein können, jedoch in keinerlei Beziehung zu einem einheitsstiftenden begriffenen Zweck oder Ziel stehen, wie es bei der normalen Narrativierung der Fall ist. Logische Gründe für die Wahl einer Verhaltensweise können nicht angegeben werden, und die Antworten auf gestellte Fragen gehen nicht von einem «innerlichen» Raum irgendwelcher Art, sondern von bloßen Assoziationen oder den äußeren Gesprächsumständen aus. Die Vorstellung, daß ein Mensch in der Lage sei, über seine Beweggründe Auskunft zu geben, etwas, das in der bikameralen Epoche eindeutig die Funktion der Götter war -, kann gar nicht mehr auftauchen.

Ohne das Analogon-«Ich», seinen «inneren Raum» und die Fähigkeit des Narrativierens ist das Verhalten entweder ein Reagieren auf halluzinierte Direktiven, oder es läuft nach den Regeln der Gewohnheit weiter. Was vom Selbst noch übriggeblieben ist, fühlt sich als außengesteuerter Automat - so, als ob jemand anderer den Körper hierhin oder dorthin bewege. Selbst wenn er keine halluzinierten Kommandos erhält, kann ein Kranker das Gefühl haben, auf zwingende Weise befehligt zu werden. So könnte es sein, daß er in ganz normaler Manier mit einem Besucher einen Händedruck wechselt, auf eine diesbezügliche Frage jedoch antwortet: «Das mach ich nicht selbst, die Hand streckt sich von alleine aus. » Oder ein Kranker mag den Eindruck haben, beim Sprechen werde seine Zunge von jemand anderem bewegt, so vor allem als Koprolalie-Kranker, dem sich skatologische und obszöne Wörter in die Rede drängen. Sogar schon in den Frühstadien der Schizophrenie macht der Kranke Bekanntschaft mit Erinnerungen, Musikeindrücken oder Gemütsbewegungen, die als angenehm oder unangenehm empfunden werden können, aber in jedem Fall ihm von irgendeiner fremden Instanz aufgenötigt zu sein scheinen, so daß sie nicht «seiner» Kontrolle unterliegen. Dieses Symptom ist äußerst verbreitet und ein zuverlässiges diagnostisches Zeichen. Und diese Fremdbeeinflussungsgefühle wachsen sich dann häufig zu den veritablen Halluzinationen aus, über die wir bereits gesprochen haben.

Bleuler schreibt: «Als von der Persönlichkeit losgelöste psychische Äußerungen sind die Automatismen als solche selten von *bewußten Gefühlen* begleitet. Die Kranken können tanzen oder lachen, ohne fröhlich zu sein; einen Mord begehen, ohne zu hassen; sich selbst umbringen, ohne des Lebens überdrüssig zu sein... In allen Fällen fühlt sich die Persönlichkeit ihrer inneren und äußeren Handlungen nicht mehr mächtig und einer fremden Gewalt ausgeliefert. »²³

Viele Kranke lassen derartigen Automatismen einfach freien Lauf. Andere, denen ein Rest narrativer Fähigkeit verblieben ist, erfinden sich Abwehrmaßnahmen gegen diese Fremdkontrolle ihrer Handlungen. Hierher gehört der Negativismus, und zwar meines Erachtens selbst noch der von Neurotikern. So verschaffte sich einer von Bleulers Patienten, der unter einem inneren Drang stand zu singen, einen Holzklotz, den er sich in den Mund zu stopfen pflegte, um den Mund vom Singen abzuhalten. Wir vermögen derzeit nicht zu sagen, ob solche Automatismen und inneren Befehle immer und unter allen Umständen das Werk artikulierter, den Kranken in seinen Handlungen dirigierender Stimmen sind, wie das durch das Konzept des Rückfalls in die bikamerale Psyche nahegelegt wird. Tatsächlich könnten wir es hier mit einer unbeantwortbaren Frage zu tun haben, weil man mit der Möglichkeit rechnen muß, daß der abgespaltene Persönlichkeitsteil, der noch auf den Therapeuten reagiert, die bikameralen Kommandos, die von anderen Teilen des Nervensystems «gehört» werden, unterdrückt.

Bei vielen Kranken tritt das in einem allgemein als «Befehlsautomatie» bekannten Symptom in Erscheinung. Der Kranke folgt dabei jedem x-beliebigen Befehl und jeder Anregung, die ihn von außen erreichen. Selbst wenn er sich ansonsten negativistisch verhält, ist er schlechterdings nicht in der Lage, sich kurzen, autoritären Kommandos zu widersetzen. Diese Kommandos dürfen sich aber nicht auf langwierige und komplizierte Aufgaben, sondern müssen sich auf einfache Verrichtungen beziehen. Mag sein, daß die bekannte wachspuppenhafte Biegsamkeit der Katatoniker in diese

²³ Bleuler a.a.O. (vgl. Fußnote auf Seite 14), S. 168.

Sparte gehört, denn im Grunde genommen leisten diese Kranken den Anweisungen des Arztes peinlich genau Folge, indem sie in jeder Position verharren, in die sie gebracht werden. Wenn auch derartige Erscheinungen

natürlich nicht in allen Einzelheiten mit den Charakteristika der bikameralen Psyche übereinstimmen, so doch jedenfalls im Grundschemata. Interessant wäre es, der Hypothese nachzugehen, daß die Symptomatik der Befehlsautomatie auf einen Kranken ohne Gehörshalluzinationen schließen läßt, bei dem die von außen kommende Stimme des Arztes die Stelle solcher Halluzinationen einnimmt.

In Übereinstimmung mit dieser Hypothese steht das als Echolalie (oder auch Echophrasie) bezeichnete Symptom. Sind keine Halluzinationen im Spiel, wiederholt der Kranke mechanisch alle Reden, Ausrufe und sonstigen Verlautbarungen von anderen in seiner Umgebung. Wo Halluzinationen wirksam sind, wird daraus die halluzinative Echolalie, bei der der Kranke alles auszusprechen gezwungen ist, was seine Stimmen zu ihm sagen. Die halluzinative Echolalie setzt nach meinem Dafürhalten die gleiche Psychoorganisation voraus, die wir bereits an den Propheten des Alten Testaments wie auch an den *aidoi* der homerischen Dichtungen beobachten konnten.

Entgrenzung des Körperschemas

Es wäre denkbar, daß der Abbau des «Ich»-qua-Analogon und seines «Seelenraums» auch hinter der bei Rorschach-Studien an Schizophrenen festgestellten «Entgrenzung» steckt. Sie gibt - quasi als das Negativ des Formschärfeprozents - den prozentualen Wert für alle als schlecht, unscharf oder überhaupt nicht umrandete oder konturierte Figuren gedeutete Klecksbilder wieder. Das Interessanteste dabei ist von unserem Standpunkt aus der Umstand, daß dieser Wert weitgehend mit lebhafter Halluzinationstätigkeit der Versuchsperson korreliert. Kranke mit hohem Entgrenzungswert berichten häufig von der Empfindung, sich aufzulösen.

Wenn ich zerschmeiße, habe ich keine Hände mehr, ich begeben mich in einen Hauseingang, um nicht zertreten zu werden. Alles fliegt weg von mir. In dem Hauseingang kann ich die Stücke meines Körpers zusammensammeln. Es scheint, als ob irgend etwas in mich hineingetan worden wäre, das mich in Stücke reißt. Warum aber zerteile ich mich selbst in mehrere Stücke? Ich habe das Gefühl, mir fehlt der innere Zusammenhalt, meine Persönlichkeit zergeht, mein Ich schwindet dahin, und ich höre auf zu sein. Alles zerrt mich auseinander... Das einzige, was die einzelnen Stücke noch zusammenhält, ist die Haut. Es gibt gar keine Verbindung zwischen den verschiedenen Teilen meines Körpers ... 14

Im Zuge einer empirischen Studie zum Phänomen der Entgrenzung wurden achtzig Schizophreniepatienten einem Rorschachtest unterzogen. Das Formschärfeprozent war beträchtlich geringer als in der - hinsichtlich Alter und sozialökonomischem Status vergleichbaren - Kontrollgruppe von Normalen und Neurotikern. Die Schizophrenen deuteten die Klecksgebilde gewöhnlich als verstümmelte Tier- oder Menschenleiber.²⁵ Darin spiegelt sich der Zerfall des Selbst-Analogons beziehungsweise der metaphorischen Repräsentation, die wir per Bewußtsein von uns selbst haben. Eine andere Studie, durchgeführt an 604 Patienten des State Hospital Worcester, erbrachte als spezifischen Befund, daß Entgrenzung - die nach unserer Mutmaßung den Verlust des «Ich»-qua-Analogon impliziert - zu den für die Ausbildung von Halluzinationen relevanten Faktoren zählt. Die Kranken, die am stärksten halluzinierten, waren zugleich auch diejenigen, die die größte Mühe hatten, «Grenzlinien zwischen dem Selbst und der Welt» zu ziehen."

Auf der gleichen Linie liegt die Tatsache, daß chronisch Schizophrene zuweilen nicht in der Lage sind, sich auf Fotografien wiederzuerkennen oder daß sie sich in irgendeiner anderen Person wiederzuerkennen meinen, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Einzel- oder Gruppenbilder handelt.

14 Paul Schilder, *The Image and Appearance of the Human Body*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner, and Co. 1935, S. 159 (= erweiterte Fassung von: *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers*, Berlin: Julius Springer 1923).

25 S. Fisher und S. E. Cleveland, *The Role of Body Image in Psychosomatic Symptom Choice*, *Psychological Monographs* 69/1955/17, Nr. 40, insgesamt.

26 L. Phillips und M. S. Rabinovich, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 57/1958, S. 181.

Die Vorteile der Schizophrenie

Zugegeben, eine befremdliche Überschrift - denn wie kann man für ein so erschreckendes Leiden wie die Schizophrenie unterstellen wollen, daß es Vorteile bringe? Die Rede ist hier jedoch von Vorteilen unterm Aspekt der Menschheitsgeschichte im ganzen. Es liegt auf der Hand, daß die biochemische Grundlage dieser so ganz anderen Reaktion auf Streßbelastung genetisch verankert ist. Und in bezug auf eine Erbanlage, die bereits in einer so frühen Etappe der Menschheitsentwicklung auftrat, ist unumgänglich zu fragen, welchen biologischen Vorteil sie einstmals mit sich brachte. Warum - um es im Fachjargon der Evolutionstheoretiker auszudrücken - wurde sie selektiert? Und - da diese Erbanlage über die ganze Welt verbreitet ist - in welcher unvordenklich lange zurückliegender Epoche geschah das?

Die Antwort ist natürlich eines von den Themen, die ich in diesem Buch wieder und wieder durchgespielt habe. Der Selektionsvorteil einer solchen Gen-Ausstattung beruhte in der - in Jahrtausenden der ältesten Zivilisationsgeschichte durch natürliche und menschliche Selektion entwickelten - bikameralen Psyche. Die beteiligten Gene - ob ihre Wirkungsweise nun in etwas, das sich für den bewußten Beobachter als Enzymmangel

darstellt, oder in irgend etwas anderem bestand - waren der genetische Hintergrund für die Propheten und die « Söhne der *nebi'im* » und die ganze bikamerale Menschheit vor ihnen.

Ein weiterer Vorteil der Schizophrenie - möglicherweise auch in evolutionärer Hinsicht - ist, daß sie Unermüdlichkeit verleiht. Zwar klagen einige wenige Schizophrene, zumal in den Anfangsstadien der Krankheit, über eine allgemeine Abgeschlagenheit, die meisten Kranken kennen jedoch nichts dergleichen. Vielmehr sind sie weniger ermüdbar als Normale, und was sie an Ausdauer aufzubieten vermögen, ist gewaltig. Selbst viele Stunden lange Untersuchungen überstehen sie ohne Ermüdung. Sie können Tag und Nacht auf den Beinen sein oder unaufhörlich arbeiten, ohne irgendwelche Anzeichen von Erschöpfung erkennen zu lassen. Katatoniker können tagelang in unbequemen Körperhaltungen ausharren, die der Leser allenfalls wenige Minuten ertragen würde. Das legt die Vermutung nahe, daß Ermüdung großenteils eine Hervorbringung der subjektiv bewußten Psyche sein könnte und daß der bikamerale Mensch, als er die ägyptischen Pyramiden, die sumerischen Zikkurur und die riesenhaften Tempel von Teotihuacän allein mit manueller Arbeitskraft baute, das alles sehr viel müheloser leistete, als mit Bewußtsein ausgestattete, selbstreflexive Menschen dies vermöchten.

Ein Gebiet, auf dem die Schizophrenen ebenfalls « besser » sind als andere Menschen - wenngleich man bezweifeln muß, daß dies in unserer abstrakt-komplizierten Welt einen Vorteil bedeutet -, ist die schlichte sinnliche Wahrnehmung. Sie sind wacher gegenüber visuellen Reizen, was nicht weiter verwundert, wenn man bedenkt, daß sich diese Reize bei ihnen nicht durch den Puffer eines Bewußtseins zwängen müssen. Zu erkennen ist dies im EEG an ihrer Fähigkeit, Alpha-Wellen auf einen jähen Reiz hin schneller zu unterdrücken als normale Menschen, sowie daran, daß sie zunächst verschwommen projizierte und dann allmählich scharf eingestellte Dia-Szenen bedeutend früher zu identifizieren vermögen.¹⁷ Tatsächlich ertrinken Schizophrene förmlich in Sinneseindrücken. Unfähig zu narrativieren oder zu kompatibilisieren, sehen sie jeden Baum, aber niemals den Wald. Sie scheinen unmittelbarer und bedingungsloser in ihre gegenständliche Umwelt verstrickt oder, wie man auch sagen könnte, mit einem intensiveren *In-der-Welt-Sein* ausgestattet zu sein. In diesem Sinn ließe sich j edenf alls die Tatsache deuten, daß Schizophrene, die man - die optischen Eindrücke verzerrende - Prismenbrillen tragen läßt, sich schneller adaptieren lernen als andere Menschen (weil sie nämlich nicht so stark überkompensieren).²¹

27 Vgl. R. L. Cromwell und J. M. Held, Alpha Blocking Latency and Reaction Time in Schizophrenics and Normals, *Perceptual and Motor Skills* 26/1969, S. 195 - 201; E. Ebner und B. Ritzler, Perceptual Recognition in Chronic and Acute Schizophrenics, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33 / 1969, S. 200 - 206.

28 Vgl. E. Ebner, V. Broekma und B. Ritzler, Adaptation to Awkward Visual Proprioceptive Input in Normals and Schizophrenics, *Archives of General Psychiatry* 24/1971, S. 367-371.

Die Neurologie der Schizophrenie

Ist die Schizophrenie ein partieller Rückfall in die bikamerale Psyche und gehen unsere früheren Analysen an den Tatsachen nicht völlig vorbei, dann müßten sich irgendwelche neurologischen Veränderungen nachweisen lassen, die mit dem im Fünften Kapitel des Ersten Buches (Seite 128 - 158) präsentierten neurologischen Modell übereinstimmen. Ich stellte dort die Hypothese auf, daß es sich bei den halluzinierten Stimmen der bikameralen Psyche um Verschmelzungen von gespeicherten Erziehungserlebnissen handelt, die auf irgendeine Weise im rechten Schläfenlappen organisiert und über die vordere Kommissur, eventuell auch über den Balken, in die linke oder dominante Hemisphäre übermittelt wurden.

Weiterhin formulierte ich die Hypothese, daß das aufkommende Bewußtsein unumgänglich nach Hemmung dieser in der rechten Schläfenrinde entspringenden Gehörshalluzinationen verlangte. Doch ist damit noch lange nicht geklärt, was genau das denn nun in neuroanatomischer Hinsicht zu bedeuten hat. Wir wissen mit Sicherheit, daß spezifische Gehirnzentren auf andere hemmend wirken und daß auf allerabstraktester Ebene das Gehirn sich zu jedem Zeitpunkt in einer Art komplizierter Spannung (beziehungsweise im Gleichgewicht) zwischen Erregung und Hemmung befindet, wie überdies auch, daß Hemmung auf vielerlei Art eintreten kann. So kann die Erregung eines Zentrums in der einen Hemisphäre die Hemmung eines Zentrums in der anderen Hemisphäre zur Folge haben. Beispielsweise sind die primären Sehfelder wechselseitig hemmend, das heißt, daß die Stimulierung des Sehfeldes der einen die Hemmung des Sehfeldes der anderen Hemisphäre nach sich zieht.¹⁹ Wir können demzufolge vermuten, daß entweder ein Teil der Fasern des Balkens, der die primären Sehfelder miteinander verbindet, in sich selbst hemmend wirkt oder aber hemmende Zentren der gegenüberliegenden Hemisphäre erregt. Auf der Verhaltensebene bedeutet dies, daß ein Blick in diese oder jene Richtung sich als

ig A. S. F. Layton und C. S. Sherrington, Observations on the Excitable Cortex of Chimpanzees, Orangutan, and Gorilla, *Quarterly Journal of Experimental Physiology* 111 / 1917, S. 135 -

die vektorielle Resultante der gegenstrebigten Erregung der beiden primären Sehfelder darstellt.³ Und man darf annehmen, daß diese wechselseitige Hemmung von Zentren der einen und der anderen Hemisphäre noch in verschiedenen anderen bilateral repräsentierten Funktionen wirksam ist.

Ein noch waghalsigeres Unternehmen ist es freilich, diesen Befund auf dem Weg der Generalisierung auch auf asymmetrische, unilaterale Funktionen auszuweiten. Dürfen wir beispielsweise annehmen, daß eine linkshemisphärisch repräsentierte psychische Funktion reziprok inhibitiv mit einer rechtshemisphärisch repräsentierten *anderen* Funktion gekoppelt ist, so daß einige der sogenannten höheren Geistesprozesse möglicherweise als Resultanten aus der Gegenstrebigkeit der beiden Hemisphären zu begreifen wären?

Wie dem auch sei - der erste Schritt, um diesen Vorstellungen vom Verhältnis der Schizophrenie zur bikameralen Psyche und ihrem neurologischen Modell einigen Kredit zu verschaffen, besteht darin, bei Schizophrenen nach Lateralitätsunterschieden irgendwelcher Art Ausschau zu halten. Ist bei diesen Kranken mit der rechtshemisphärischen Hirnaktivität irgend etwas anders als bei anderen Menschen? Die Forschung in dieser Richtung steckt noch in den Anfängen, doch sind die folgenden Untersuchungsergebnisse aus jüngerer Zeit bereits vielversprechend:

- Bei den meisten Menschen weist das EEG über eine längere Periode eine geringfügig stärkere Aktivität der (dominanten) linken gegenüber der rechten Hemisphäre aus. Bei Schizophrenen dagegen ist es umgekehrt: rechts ein wenig stärkere Aktivität als links.³
- Die verstärkte Aktivität der rechten Hemisphäre Schizophrener

30 In Anlehnung an eine Formulierung von Marcel Kinsbourne in: The Control of Attention by Interaction between the Cerebral Hemispheres, Fourth International Symposium on Attention and Performance, Boulder, Colorado, August 1971-

31 Arthur Sugarman, L. Goldstein, G. Marjerrison und N. Stoltyfus, Recent Research in EEG Amplitude Analysis, Diseases of the Nervous System 34 / 1973, S. 16z-i8i.

tritt nach einigen Minuten sensorischer Deprivation - das ist die gleiche Bedingung, die bei normalen Menschen zu Halluzinationen führen kann - viel massiver in Erscheinung.

○ Stellen wir das EEG-Gerät so ein, daß wir alle paar Sekunden Bescheid darüber erhalten, welche Hemisphäre jeweils die aktivere ist, so zeigt sich, daß in dieser Beziehung bei den meisten Menschen ungefähr einmal pro Minute ein Wechsel zwischen den beiden Hemisphären stattfindet. Bei Schizophrenen dagegen (soweit sie bisher daraufhin untersucht wurden) tritt die Umschaltung - mit erheblicher Phasenverzögerung - nur etwa alle vier Minuten ein. Dies mag mit dazu beitragen, die «Segmentierung der Einstellung», von der weiter oben (Seite 5 14) die Rede war, zu erklären: etwa so, daß Schizophrene dazu tendieren, auf seiten der einen oder der anderen Hemisphäre « steckenzubleiben », und somit nicht so schnell wie andere Menschen von einem Informationsverarbeitungsmodus in den anderen umschalten können. Das wäre zugleich auch die Erklärung für ihre Verwirrung und ihr häufig unlogisches Reden und Verhalten im Verkehr mit anderen Menschen, die mit höherer Frequenz **hin und her schalten**.³¹

○ Es wäre möglich, daß die verringerte Umschaltfrequenz bei Schizophrenen anatomische Ursachen hat. Bei der Autopsie einer Reihe von chronisch Schizophrenen zeigte sich unerwartet, daß der Balken des Gehirns (das Corpus callosum, das die beiden Hemisphären miteinander verbindet) einen Millimeter dicker als Normalmaß war. Es handelt sich um einen statistisch zuverlässigen Befund. Die Abweichung könnte eine verstärkte wechselseitige Hemmung zwischen den Hirnhemisphären Schizophrener signalisieren.³³ Die vordere Kommissur war in die Untersuchung nicht mit einbezogen.

○ Falls unsere Theorie zutrifft, müßte jede einigermaßen nennenswerte - sei's durch Krankheit, Kreislaufschwankungen oder streßbedingte neurochemische Veränderungen bewirkte - Funktionsstö-

32 Ich greife hier zurück auf vorbereitende Untersuchungen Leonide E. Goldsteins (Time Domain Analysis of the EEG: the Integrated Method, Rutgers Medical School pre-print, 1975) und danke dem Autor für persönliche Gespräche über meine Thesen.

33 Randall Rosenthal und L. B. Bigelow, Quantitative Brain Measurements in Chronic Schizophrenia, British journal of Psychiatry 127 / 1972, S. 259- z64.

rung in der linken Schläfenrinde im rechtsseitigen Gegenstück das Erlöschen von normalerweise dort ausgeübten Hemmungen mit sich bringen. Ist Schläfenlappenepilepsie die Folge einer Läsion des linken Schläfenlappens (oder beider - des rechten wie des linken) und infolgedessen (sehr wahrscheinlich) der rechte Schläfenlappen von seiner normalen Hemmung befreit, so entwickelt sich bei den Betroffenen in nicht weniger als neunzig Prozent aller Fälle eine paranoide Schizophrenie mit stark ausgeprägten Gehörshalluzinationen. Betrifft die Schädigung allein den rechten Schläfenlappen, treten die erwähnten Symptome noch nicht einmal in zehn Prozent der Fälle auf. In der Tat neigt die zuletzt erwähnte Gruppe eher zur manisch-depressiven Psychose.³⁴

Diese Befunde müssen künftig noch erhärtet und ausgebaut werden. jedoch belegen sie zusammengenommen erstmals und zweifelsfrei signifikante Auswirkungen des Faktors Lateralität in der Schizophrenie. Und diese Auswirkungen gehen in eine Richtung, die es erlaubt, sie als teilweise Bestätigung dafür zu verstehen, daß die

Schizophrenie verwandt sein könnte mit einer früheren Organisation des menschlichen Gehirns, der ich den Namen «bikamerale Psyche» gegeben habe.

Zum Abschluß

Das Übermaß des Leids, das sie sowohl über die unmittelbar Betroffenen wie über die ihnen Nahestehenden verhängt, macht die Schizophrenie für uns zu einem der moralisch dringlichsten Forschungsprobleme. In den vergangenen Jahrzehnten konnte man mit dankbarer Genugtuung beschleunigte und massive Fortschritte in den Behandlungsmethoden für diese Krankheit verzeichnen. Sie segelten freilich nicht unter der Flagge neuer und bisweilen ausgefallener Theorien (wie etwa die meine), sondern stellten sich in der nüchternen Praxis des Therapiealltags ein.

34 P. Flor-Henry: Schizophrenic-like Reactions and Affective Psychoses Associated with Temporal Lobe Epilepsy: Etiological Factors, American Journal of Psychiatry 126/ 1969, S. 400-404.

In der Tat bringen sich die Schizophrenietheorien - und ihre Zahl ist Legion -, da sie allzuoft nur die Steckenpferde von dogmatischen Verfechtern rivalisierender Anschauungen sind, gegenseitig selbst zu Fall. Jede Forschungsrichtung veranschlagt die in anderen Bereichen gemachten Entdeckungen a priori als geringerwertig gegenüber den von ihr selbst untersuchten Faktoren. Der Sozialmilieuforscher sieht in der Schizophrenie das Resultat eines streßerzeugenden Milieus. Demgegenüber betont der Biochemiker, daß ein streßerzeugendes Milieu nur durch abnorme biochemische Reaktionen ein solches Resultat zu zeitigen vermag. Wer sich auf den Aspekt der Informationsverarbeitung konzentriert hat, vertritt die Ansicht, daß Ausfälle in diesem Bereich unmittelbar zu Streß und Streßabwehr führen. Die Theoretiker der Abwehrmechanismen wiederum betrachten die Informationsverarbeitungsdefizite als einen subjektiv motivierten Rückzug aus dem Kontakt mit der Realität. Die Vererbungstheoretiker konzentrieren sich auf Einzelheiten der Familiengeschichte, die sie im Rahmen der Genetik interpretieren. Andere freilich haben keine Mühe, aus dem gleichen Faktenmaterial Rückschlüsse auf die Mitwirkung der elterlichen Erziehung bei der Entstehung der Schizophrenie zu ziehen. Und so weiter. Ein kritischer Beobachter schilderte die Lage einmal so: «Wie beim Karussellfahren sucht sich jeder das Pferd aus, das ihm am besten gefällt. Man kann sich leicht glauben machen, das eigene Pferd sprengt allen anderen voran und weist ihnen den Weg. Dann jedoch ist die Tour zu Ende, man muß absteigen und kommt um die Feststellung nicht herum, daß das Pferdchen im Grunde keinen Schritt vorangekommen ist.»³⁵

Es gehört also einige Vermessenheit dazu, die lange Liste der Schizophrenietheorien, wie ich es hier getan habe, um einen weiteren Eintrag zu vermehren. In diesem Fall schien jedoch eine gewisse Notwendigkeit dafür gegeben, und sei's auch nur aufgrund meiner Pflicht als Autor, die anderwärts in diesem Buch vorgetragenen Thesen auf jede nur erdenkliche Art und Weise zu vertiefen und zu präzisieren. Und die Schizophrenie - gleichgültig, ob es sich bei ihr

35 R. L. Cromwell, Strategies for Studying Schizophrenic Behavior (ungedrucktes Manuskript), S. 6.

nun um eine nosologische Einheit oder um ein Bündel von Krankheiten handelt - ist im akuten Zustand praktisch durch ein Ensemble von Merkmalen definiert, die nach unserer früheren Feststellung auch die hervorstechenden Eigentümlichkeiten der bikameralen Psyche waren. Das Auftreten von Gehörshalluzinationen, deren häufig religiöser und ausnahmslos autoritärer Charakter, die Auflösung des Ego oder des «Ich»-qua-Analogon und des «Seelenraums», in dem dieses vordem Handlungsentscheidungen narrativ auszugestalten und seine eigene Position im Zeit- und Handlungskontinuum zu bestimmen vermochte: das alles zusammen sind die großen Züge, in denen sich die Bilder gleichen.

Es gibt jedoch auch große Unterschiede. Sofern in unserer Hypothese auch nur ein Körnchen Wahrheit steckt, ist der Rückfall lediglich ein partieller. Die Lerninhalte, die sich zu einem subjektiven Bewußtsein summieren, sind machtvoll und lassen sich niemals vollständig unterdrücken. Daher also die Raserei und der Schrecken, die Qual und die Verzweiflung. Die Angst, die sich im Gefolge einer so katastrophalen Wandlung einstellt, die Entfremdung von der üblichen Form zwischenmenschlicher Beziehungen, der Umstand, daß die Stimmen in der kulturellen Umgebung weder Rückhalt noch Anklang finden, so daß sie als Führer im täglichen Leben nichts taugen, und der Zwang, sich gegen eine alle Dämme durchbrechende Überflutung durch Umweltreize abschirmen zu müssen - das alles führt im Ergebnis zu einem Rückzug aus der Gesellschaft, der himmelweit verschieden ist von der *total und uneingeschränkt* vergesellschafteten Existenz des bikameralen Menschen. Der Mensch mit Bewußtsein ist unablässig dabei, sich vermittels seiner Introspektion seines «Selbst» und seines Standorts in bezug auf seine Ziele sowie relativ zu seiner Gesamtsituation zu versichern. Der akut Schizophrene - dieser Quellen der Sicherheit und der Narrativierungsfähigkeit beraubt, von Halluzinationen heimgesucht, die von den

Menschen in seiner Umgebung als illegitim und irreal verworfen werden - lebt in einer Welt, die das genaue Gegenteil der Welt der Leibeigenen des Gottes Marduk und der Idole von Ur verkörpert.

Der moderne Schizophrene ist ein Mensch auf der Suche nach jener Art von Kultur. Aber er bewahrt in der Regel noch Anteile des subjektiven Bewußtseins, und diese setzen sich gegen die primitivere Psychoorganisation zur Wehr und versuchen sich die Kontrolle zu sichern inmitten einer Psychoorganisation, in der eigentlich die Halluzinationen die Kontrolle ausüben müßten. Im Ergebnis ist der Schizophrene eine schutzlos ihrer Umwelt preisgegebene Psyche, ein Lakai der Götter in einer entgötterten Welt.