

III. Von der Umwelt zum Subjekt: Schizophrenie in der ostdeutschen Psychiatrie 1950–1980

1. Scheiternde Steuerungsversuche

„Wir kommen aus verschiedenen Richtungen, aber wir sprechen eine gemeinsame Sprache, die Sprache Pawlows.“¹

„Was there a communist psychiatry?“, so fragte Greg Eghigian im Jahr 2002, und gab zur Antwort: Die Psychiatrie nur unter Gesichtspunkten des Stalinismus zu betrachten, werde ihrer gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Komplexität nicht gerecht. Dass die Politik in Ostdeutschland entscheidenden Einfluss darauf nahm, wer Karriere machte, dass sie Anstrengungen unternahm, die Wissenschaft an den sowjetischen Forschungen auszurichten, und dass sich Psychiater in den Dienst der Stasi stellten, spricht für eine spezifische Entwicklung der Psychiatrie in Ostdeutschland; auf der anderen Seite aber waren die Aufrechterhaltung einer biologischen Lehre von Krankheiten, die Reformimpulse zur Veränderung der Krankenhauslandschaft aus sozialpsychiatrischen Gruppierungen heraus sowie die zunehmende Bedeutung von Psychologie in der Gesellschaft eben keine ostspezifischen Entwicklungen, sondern lassen sich mit westlichen und internationalen Entwicklungen kontextualisieren.² Auch Anna-Sabine Ernst kommt zu dem Schluss, dass es ein genuin sozialistisches Forschungsparadigma in der Medizin nicht gegeben habe, da die eigenen medizinischen Traditionen der Ärzteschaft zu stark waren.³ Sabine Hanrath zeigt in ihrem Vergleich von zwei Anstalten, dass die Psychiatrie in Ost- und Westdeutschland mit ähnlichen Problemen zu kämpfen hatte, etwa mit der politischen Geringschätzung der überfüllten Krankenhäuser in den fünfziger Jahren oder der Kluft zwischen Univeritäts- und Anstaltspsychiatrie. Sie weist jedoch auch auf unterschiedliche Entwicklungen hin. So setzte die wissenschaftliche Theoriebildung schon früh unterschiedliche Akzente: Während die ostdeutsche Psychiatrie sich an der Etablierung und Integration der zwischen Umwelt und Organismus vermittelnden Lehren Pawlows

¹ Włodzimierz Miśsiuro, Vizeminister für das Gesundheitswesen der Volksrepublik Polen, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 33.

² Eghigian, Was There a Communist Psychiatry? Die folgenden Ausführungen sind, wie im vorherigen Kapitel auch schon, stark wissens- und wissenschaftsgeschichtlich orientiert. Für einen anderen Blickwinkel „von innen“ und „von unten“ siehe in Ergänzung den Sammelband Rainer Herrn/Laura Hottenrott (Hrsg.), Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992). Zeitzeugen erinnern sich, Berlin 2010, sowie den Band Thomas R. Müller/Beate Mitzscherlich (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen, Frankfurt am Main 2006.

³ Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“.

versuchte, stritten sich in der westdeutschen Psychiatrie die verschiedenen Schulen und Richtungen. Und auch die therapeutischen Vorstellungen waren unterschiedlich gefasst, was die Bedeutung des Individuums in der Gesellschaft anging: So wurde Therapie in Ostdeutschland auf die Reintegration des Einzelnen in die Gesellschaft bezogen gedacht, in Westdeutschland stärker das Individuum als Subjekt betont. Ein weiterer Unterschied lässt sich auch in der wechselseitigen Wahrnehmung ausmachen, die sehr viel stärker auf der ostdeutschen Seite stattfand.⁴ Auch eine aktuelle Studie, die die Geschichte der Depressionsforschung in Ostdeutschland untersuchte, kommt zu dem Ergebnis, dass es – trotz starker westlicher und sowjetischer Einflüsse – sehr wohl zur Bildung eigener klassifikatorischer Ansätze und therapeutischer Verfahren kam, wenn auch viele Entwicklungen parallel und ähnlich verliefen.⁵ Der gesellschaftspolitische Stellenwert von Wissenschaft, die ihren Teil zur Bildung eines „sozialistischen Bewusstseins“ beitragen sollte, war zwar sehr hoch, und Wissenschaft war in hohem Maße von Steuerungsmaßnahmen geleitet. Der marxistisch-leninistischen Ausrichtung zum Trotz war aber an den Universitäten zeitweise auch ein „vergleichsweise liberales Klima“ spürbar, da sich der Zwang zur Anerkennung der Ideologie nicht konstant aufrechterhalten ließ.⁶

Im vorhergehenden Kapitel wurde gezeigt, wie sich das psychiatrische Wissen von Schizophrenie in der westdeutschen Psychiatrie über den Zeitraum von 1950 bis Ende der siebziger Jahre veränderte. Auf eine zunehmende Kritik an der herrschenden Lehre folgte eine Phase der Offenheit, in der neue, lebensgeschichtliche Zugänge zu einem Verständnis der Schizophrenie erprobt und diskutiert wurden, bis diese von einer sozialpsychiatrischen, situationsbezogenen Ausrichtung abgelöst bzw. im biopsychosozialen Modell integriert wurden oder als subjektiv-spekulative Annäherungen ohne therapeutische Anleitungen in den Hintergrund rückten. Auch die Entwicklung des Wissens in Ostdeutschland lässt sich in drei Phasen einteilen, die jedoch noch stärker als im Westen nicht als Abfolgen, sondern als Konjunkturen unterschiedlicher Inhalte zu unterschiedlichen Zeiten erscheinen. Von Ende der vierziger bis Ende der fünfziger Jahre bestimmte die Auseinandersetzung mit Pawlow den Diskurs, nicht-biologische Wissenszugänge wurden tabuisiert. Die in dieser Zeit entwickelten Ansätze wurden von den späten fünfziger Jahren bis in die Mitte der sechziger Jahre weitergetragen. Eine dritte Phase ließe sich von Mitte der sechziger Jahre bis Ende der siebziger Jahre ausmachen, in der eine gesellschaftsphilosophisch legitimierte Öffnung für

⁴ Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, insbesondere S. 448–461, sowie das pointierte Fazit S. 462–474.

⁵ Julia Thormann/Hubertus Himmerich/Holger Steinberg, Depressionsforschung in der DDR – historische Entwicklungslinien und Therapieansätze, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 82/2 (2014), S. 68–77.

⁶ Siehe diese Einschätzung bei Andreas Malycha, Wissenschafts- und Hochschulpolitik in der SBZ/DDR 1945 bis 1961. Machtpolitische und strukturelle Wandlungen, in: Sabine Schleiermacher/Norman Pohl (Hrsg.), Medizin, Wissenschaft und Technik in der SBZ und DDR. Organisationsformen, Inhalte, Realitäten, Husum 2009, S. 17–40, hier S. 32–35, Zitat S. 35.

psychotherapeutische und psychoanalytische Ideen und eine stärkere inhaltliche Auseinandersetzung mit den westlichen Konzepten neue Impulse bzw. ein stärkeres Hervortreten bis dahin marginalisierter Ideen und Praktiken brachte.⁷

Die Pawlow'sche Vision: Vermittlung zwischen Körper und Umwelt

Am Anfang der Reflextheorie steht ein Hund, an der Seite des Kopfes ein Behälter zum Auffangen des Speichels, in seiner Hörweite eine Glocke. Die auf dem berühmten Basisexperiment des russischen Physiologen Iwan Petrowitsch Pawlow (1849–1936) aufbauende Theorie der Reflexe wurde, so die Einschätzung Torsten Rüttings, „zu einem der erfolgreichsten Konzepte in der Geschichte der Wissenschaften vom menschlichen Gehirn und Verhalten im 20. Jahrhundert“ und „Teil des Allgemeinwissens des 20. Jahrhunderts“.⁸ Dabei trug gerade die „Einfachheit“ der Idee, die Funktionen des menschlichen Organismus als physiologische Reaktion auf Umweltreize zu begreifen, maßgeblich zu ihrer Akzeptanz bei. Um auch die höheren Nerventätigkeiten des Menschen erklären zu können, differenzierte Pawlow zusätzlich zwischen einem ersten Signalsystem – dem physiologischen Reiz-Reflex-System – und einem zweiten Signalsystem, das nur dem Menschen als nervlich höher entwickelten Lebewesen eigen sei: der Sprache. Der Hirnrinde schrieb Pawlow die Rolle als Zentrum des Gehirns und Herrscher über den Organismus zu: Psychologische Vorgänge und angelernte Verhaltensweisen sollten sich nun alle als Vorgänge auf der Hirnrinde erklären lassen. Die Konzentration auf das Gehirn als Steuerungszentrale des Gesamtorganismus knüpfte dabei an die alte Vorstellung des Kopfes als Herrscher über den Körper an.⁹ Bewusstsein und Materie waren für Pawlow jedoch nicht voneinander zu trennen.

Pawlow hatte sich bei seinen Studien jedoch nicht auf die Erforschung der gewöhnlicherweise ablaufenden physiologischen Prozesse beschränkt, sondern auch Interesse an den Funktions- und Regulationsweisen des Organismus bei ungewöhnlichen, von der konstruierten Gesetzmäßigkeit abweichenden Fällen gezeigt. Mit psychiatrischen Fragen beschäftigte sich Pawlow dann besonders in den dreißiger Jahren, an seinem Lebensende. Regelmäßig suchte er psychiatrische Anstalten auf mit der Absicht, die Lehre von der höheren Nerventätigkeit in der Praxis und am Menschen zu überprüfen und zu erproben.¹⁰ Dabei verknüpfte

⁷ Eine ähnliche Einteilung wurde auch in der Forschungsliteratur vorgenommen, siehe Eghigian, Hanrath, sowie die Kapitelgliederung in Michael Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995*, Göttingen 2011.

⁸ Torsten Rütting, *Pavlov und der neue Mensch. Diskurse über Disziplinierung in Sowjetrussland*, München 2002, S. 16.

⁹ Rütting, *Pavlov und der neue Mensch*, S. 130.

¹⁰ Roger Smith, *Inhibition. History and Meaning in the Sciences of Mind and Brain*, London 1992, S. 192, sowie zur Bedeutung von Hemmung im Ordnungsdiskurs Roger Smith, *The Meaning of „Inhibition“ and the Discourse of Order*, in: *Science in Context* 5/02 (1992), S. 237–263. Siehe zur Arbeitsweise Pawlows in den psychiatrischen Anstalten die Arbeiten von George Windholz, *Pavlov's Concept of Schizophrenia as Related to the Theory of Higher*

er seine Beobachtungen und Modelle mit älteren Ordnungen und Erklärungen der Verhaltensformen wie etwa der Charakter-Typologie und der Temperamentenlehre. Als Erklärung für die Entwicklung einer höheren Nerventätigkeit zog er außerdem die Evolutionsbiologie von Charles Darwin heran.¹¹ In Anlehnung an die Typenlehre entwarf Pawlow eine Differenzierung zwischen „schwachen“ und „starken“ Typen mit unterschiedlichen Erregungs- und Hemmungsprozessen.¹² Der Begriff der „Hemmung“ hatte jedoch bereits eine Vergangenheit, wie Roger Smith gezeigt hat: Die Vorstellung von Hemmungsprozessen hatte sich bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert zusammen mit den medizinischen und psychologischen Wissenschaften entwickelt; spezifische hierarchische, bewertende und regulierende Ordnungsvorstellungen hatten sich in diesem Begriff niedergeschlagen, der diese Ordnungsvorstellungen wiederum in eine psychologische oder physiologische Sprache überführte. Das Zentrum dieser Ordnungsvorstellungen bildete die Herrschaft des Verstandes über den Körper und des Gehirns über das Nervensystem. Schon die frühen psychologischen und physiologischen Diskurse verknüpften außerdem die Aufforderung an das Individuum zur Selbstregulierung mit äußeren Kontroll- und Ordnungsregularien.¹³ Es war gerade diese Verbindung physiologischer, psychologischer und psychiatrischer Diskurse im Begriff der „Hemmung“, welche die Wirkung von Pawlows Lehre in hohem Maße erweiterte, indem er an moralische Disziplinierungskonzepte des 19. Jahrhunderts anknüpfte, sie aber in eine modernisierte, technisierte Sprache und moderne Denkmodelle übertrug.¹⁴ Pawlow gab der Hemmung – neben der „Erregung“ – eine prominente Rolle als eine der beiden Aktivitäten der Hirnzellen, das heißt, er begriff sie tatsächlich nicht als einen passiven, durch die Abwesenheit von Erregung gekennzeichneten, sondern als einen aktiven Zustand, der sich auch ausbreiten konnte.¹⁵

Nervous Activity, in: *History of Psychiatry* 4/16 (1993), S. 511–526; George Windholz, Pavlov's Conceptualization of Paranoia within the Theory of Higher Nervous Activity, in: *History of Psychiatry* 7/25 (1996), S. 159–166.

¹¹ Douglas L. Grimsley/George L. Windholz, The Neurophysiological Aspects of Pavlov's Theory of Higher Nervous Activity. In Honor of the 150th Anniversary of Pavlov's Birth, in: *Journal of the History of the Neurosciences* 9/2 (2000), S. 152–163.

¹² „Typ“ bezeichnet in erster Linie die physiologische Konstitution des Nervensystems, erst daraus abgeleitet dann differenzierte Pawlow auch unterschiedliche „Charaktertypen“ wie den Künstler- und den Denkertyp. Immer wieder wird in diesem Zusammenhang die Geschichte von Pawlows Laborhunden erzählt, die, nachdem sie bei einer Überflutung der Laboratorien fast ertrunken wären, unterschiedliche Verhaltensweisen zeigten und damit Pawlow auf die Spur unterschiedlicher Reaktionen verschiedener „Typen“ auf ein identisches traumatisches Ereignis brachten, vgl. etwa Smith, *Inhibition*, S. 203.

¹³ Vgl. Smith, *Inhibition*, S. 2 f. Smith beschreibt die Veränderungen wie folgt: „speaking loosely, spirit became mind, and mind became the upper brain; flesh became body, and body became the spinal nervous system“. Ebd., S. 3.

¹⁴ Vgl. Rütting, Pavlov und der neue Mensch, S. 149–151. Zur Geschichte des Begriffs der Hemmung über die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zu den 1930er Jahren siehe Smith, *Inhibition*, zur Verwendung des Begriffs bei Pawlow (in Abgrenzung zu C. C. Sherrington und Sigmund Freud) insbesondere ebd., S. 190–205.

¹⁵ Siehe Smith, *Inhibition*, S. 195.

Den Heldenstatus erhielt Iwan Pawlow, der selbst eher ein Kritiker des Sowjetsystems gewesen war, in der Sowjetunion erst nach seinem Tod 1936, als seine Theorien für Propagandazwecke eingespannt und er selbst ab Ende der vierziger Jahre „als Ikone und Propagandafigur der fortschrittlichen sowjetischen Wissenschaft“¹⁶ in eine Linie mit Marx, Engels und Lenin gestellt wurde. Die Theorien und Forschungen des Nobelpreisträgers von 1904 sollten als „naturwissenschaftliche Einlösung des dialektischen Materialismus“¹⁷ das Fundament aller weiteren Wissenschaft legen und als Leitfaden bei der Entwicklung des „Neuen Menschen“ dienen. Auf der Moskauer Pawlow-Tagung von 1950 wurde „eine von vermeintlichen Fehlentwicklungen gesäuberte Version“¹⁸ der Lehre der höheren Nerventätigkeit zum „Dogma“ erhoben; die Pawlow-Forschung wurde in den folgenden Jahren finanziell großzügig ausgestattet. Diese Pawlowisierung diente von staatlicher Seite aus außerdem dem Zweck, „breite Kreise der Naturwissenschaftler und der, was ihre traditionelle bürgerliche Einbindung betraf, besonders problematischen Mediziner über eine Weltanschauungsdebatte in den Fachwissenschaften zu binden und zu egalisieren“.¹⁹ Fortan mischten sich fachwissenschaftliche und weltanschauliche Argumente.²⁰ Pawlows Konzeption des Menschen wurde zum naturwissenschaftlichen Fundament für die Vorstellung „des“ Menschen im Sozialismus bestimmt und sein physiologisches Konzept zum gemeinsamen Paradigma für Human-, Gesellschafts- und Geisteswissenschaften, aber auch für uneinige Wissenschaftler innerhalb der einzelnen Fächer.²¹ Dass Pawlow Nobelpreisträger und seine Theorie international bekannt und anerkannt war, machte diese Bemühungen um einiges einfacher, da sie auf sein großes Ansehen und die Machtposition seiner Lehre aufbauen konnten.

Im Westen wurde die Förderung des Vermächtnisses eines Nobelpreisträgers und seiner international bekannten Theorie über lange Zeit positiv aufgenommen.²² Erst der Zusammenbruch der Sowjetunion bot die Möglichkeit, „die Legende vom großen russischen Genie, das in der Sowjetunion beispielhaft gefördert wurde, um mit seiner objektiven Wissenschaft dem Fortschritt der ganzen Menschheit dienen zu können“,²³ zu hinterfragen.²⁴

Hat die historische Forschung zur Einführung Pawlows in der DDR zunächst die „Pawlowisierung“ als eine politische Vorgabe im Sinne einer „Politisierung von Wissenschaft“ hervorgehoben und untersucht, gegen welche Widerstände

¹⁶ Rüting, Pavlov und der neue Mensch. Siehe zur Kritik Pawlows gegen die „Bolschewisierung“ Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“, S. 311.

¹⁷ Stefan Busse, Psychologie in der DDR. Die Verteidigung der Wissenschaft und die Formung der Subjekte, Weinheim 2004, S. 60.

¹⁸ Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 18.

¹⁹ Busse, Psychologie in der DDR, S. 62.

²⁰ Vgl. Busse, Pawlow – der Stein des Anstoßes, S. 217 f.

²¹ Vgl. zu dieser Schlussfolgerung auch Busse, Pawlowismus und Psychologie, S. 166.

²² Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 19 f.

²³ Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 20.

²⁴ Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 21, sowie Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“, S. 311.

und durch welche politischen Instrumente Pawlows Lehren zumindest theoretisch und dem Schein nach durchgesetzt, kanonisiert und institutionalisiert wurden,²⁵ setzen neuere wissenschaftsgeschichtliche Betrachtungen den Fokus auf die diskursiven Beziehungen und Verschiebungen, welche die Einführung Pawlows begleiteten und ihren Erfolg sicherten oder unterliefen. In seinen Studien zur ost-deutschen Psychologie wies Stefan Busse darauf hin, dass die „Dichotomisierung“ der Wissenschaft in eine „ideologienahe, und das heißt bedingt wissenschaftliche, und eine ideologieferne, und das heißt eigentliche bzw. wissenschaftliche Psychologie“, sich an der Vorstellung einer „reinen“ Wissenschaft orientiere, „die sich unbeschadet kultureller wie ideologischer Selbstverständlichkeiten entwickeln und ihr Geschäft betreiben könne“.²⁶ Damit lasse sich die Pawlowisierung aber nicht vollständig erfassen. Genauer wäre es, sie eher als „der Versuch einer weltanschaulich und ideologisch motivierten ‚Vernaturwissenschaftlichung‘“ oder einer „naturwissenschaftlich durch(ge)setzten Ideologisierung“²⁷ zu bezeichnen. Mit dem Nimbus der unantastbaren, weil durch Experimente gesicherten Wissenschaftlichkeit ausgestattet, erfüllte Pawlows Lehre die Vorstellungen, was Wissenschaftlichkeit sein sollte: objektiv, überprüfbar, kausallogisch. Umgedreht wurde der Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit oder Pseudowissenschaft auch als „Waffe in der Systemauseinandersetzung“ eingesetzt,²⁸ die sowohl in der Ost-West-Auseinandersetzung als auch „innerhalb der beiden Lager als Hebel zur Diskreditierung, Disziplinierung und Diffamierung“ benutzt wurde.²⁹ Der Kalte Krieg, so ließe sich zuspitzend formulieren, war in Psychologie und Psychiatrie angekommen.³⁰

²⁵ Siehe Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“, hier S.308–332, und Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, hier besonders S.400–410. Dabei betonen auch Ernst und Hanrath, dass eine linear gedachte „Politisierung von Wissenschaft“ zu wenig komplex und zu einseitig ist, siehe Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, S.400.

²⁶ Stefan Busse, „Von der Sowjetwissenschaft lernen“. Pawlowismus und Psychologie, in: Psychologie und Geschichte 8/1–2 (1998), S.150–173, hier S.151.

²⁷ Busse, Pawlowismus und Psychologie, S.151f. Die Diskussionen in der DDR hatten Busse zufolge nicht die gleiche „inquisitorische Vehemenz wie in den sowjetischen Originaldiskussionen“, was wohl auch mit der „Zeitverzögerung“ zusammenhing, mit der Pawlow in der DDR rezipiert wurde. Noch dazu war die wissenschaftliche Tradition und damit die Ausgangslage in der DDR eine andere als in der Sowjetunion. Die Pawlow-Tagung in der DDR von 1953 diente v. a. dem Zweck, die Rückständigkeit der deutschen Physiologie und ihrer Nachbarwissenschaften, insbesondere der Medizin und Psychologie, zu beklagen und die Überlegenheit und Wissenschaftlichkeit der Theorien Pawlows hervorzuheben, siehe Busse, Psychologie in der DDR, S.62f.

²⁸ Jens Thiel/Peter Th. Walther, „Pseudowissenschaft“ im Kalten Krieg. Diskreditierungsstrategien in Ost und West, in: Dirk Rupnow/Veronika Lipphardt/Jens Thiel/Christina Wessely (Hrsg.), Pseudowissenschaft. Konzeptionen von Nichtwissenschaftlichkeit in der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2008, S.308–342, hier S.309.

²⁹ Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft“ im Kalten Krieg, S.310.

³⁰ In Anlehnung an Robert van Voren, *Cold War in Psychiatry. Human Factors, Secret Actors*, Amsterdam/New York 2010. Der niederländische Psychiater van Voren, in den achtziger Jahren engagiert in der International Association on the Political Use of Psychiatry, schreibt sowohl als Zeitzeuge wie auch als Historiker, was die Studie sehr anschaulich macht.

Als Gegenspieler Pawlows in der Auseinandersetzung der unterschiedlichen wissenschaftlichen Kulturen wurde der Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud, inszeniert. Die Öffnung der westlichen Psychiatrie für die Psychoanalyse, wie man es am Beispiel der westdeutschen Psychiatrie zu beobachten meinte, genügte der Sowjetunion, um die Psychoanalyse als Instrument des Klassenfeindes zu enttarnen und dann abzulehnen.³¹ Pawlow diente in diesem Zusammenhang der Abwehr von Psychosomatik und Psychoanalyse, die als reaktionär, als einseitige Spekulation, kurz: als un- bzw. pseudowissenschaftlich beschrieben wurde.³² Pawlows Lehre sollte aber auch die Lösung bestimmter Probleme repräsentieren, welche die Psychologie seit langem beschäftigte. Dazu gehörten etwa das Leib-Seele-Problem und die Vorstellungen davon, wie psychische und physische Phänomene zusammenhingen. Pawlows Lehre definierte beide, physische und psychische Vorgänge, als kausal determiniert und eröffnete damit eine rein naturwissenschaftliche Perspektive; sie verknüpfte außerdem in der Lehre vom ersten und zweiten Signalsystem physiologische und psychologische Vorgänge. Die Lehre vom zweiten Signalsystem, der Sprache, schlug außerdem noch die „Brücke zu Gesellschaftlichkeit und Geschichtlichkeit des Psychischen“ und damit auch zwischen Natur- und Gesellschaftswissenschaft.³³ Vor dem Hintergrund der in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen, grundlegenden Probleme der Psychiatrie, eine Theorie zu finden, die natur- und geisteswissenschaftliche, körpermedizinische und (sozio)psychologische Ansätze zusammenbrachte, lässt sich bereits erahnen, wo die Attraktivität des von Pawlow repräsentierten Denkmodells liegen mochte.

Wie verhielt es sich nun mit Pawlows Lehre in der ostdeutschen Psychiatrie? Verfügbar war seit 1954 eine Gesamtausgabe der Schriften Pawlows unter der Herausgeberschaft von Lothar Pickenhain im Akademie-Verlag.³⁴ Die Verbreitung von Pawlows Lehre war in der ostdeutschen Psychiatrie dominiert von Alexander

³¹ Heike Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg. Walter Hollitscher, Alexander Mette und Dietfried Müller-Hegemann in der DDR, in: Heike Bernhardt/Regine Locket (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S.172–203, hier S.194 f.

³² Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft“ im Kalten Krieg, S. 322.

³³ Siehe die vier Diskurselemente nach Busse, Psychologie in der DDR, S.69. Siehe auch den Aufsatz von Busse, Pawlowismus und Psychologie, S.162–165. Siehe außerdem Stefan Busse, „Von der Sowjetwissenschaft lernen“. Pawlow – der Stein des Anstoßes, in: Psychologie und Geschichte 8/3–4 (2000), S. 200–229, hier S. 209. In der Psychologie habe oft die Haltung „Abwehr durch Integration“ vorgeherrscht, siehe Busse, Pawlow – Der Stein des Anstoßes, S. 210.

³⁴ Iwan Petrowitsch Pawlow, Sämtliche Werke, Berlin 1954.

Mette³⁵ und Dietfried Müller-Hegemann³⁶. Das Besondere an dieser Konstellation ist, dass beide aus der psychoanalytischen Richtung kamen, Alexander Mette sogar klassisch psychoanalytisch ausgebildet war. Dietfried Müller-Hegemann hatte sich bereits mit einigen Publikationen zur Psychotherapie in der Psychiatrie und auch bei Schizophrenen hervorgetan. Alexander Mette erfuhr schon recht früh eine „Maßregelung“ durch den jungen ostdeutschen Staat, als er Freud und die Psychoanalyse den sozialistischen Verhältnissen „anzupassen“ versuchte. Er bekam dies zu spüren, als er 1949 für eine Professur für Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin (HU) abgelehnt wurde mit der Begründung, dass er Psychoanalytiker sei. Seine Vorliebe für Themen der Verbindungen von Literatur und Kunst mit Psychoanalyse und Pathologie setzte er darauf in der von ihm herausgegebenen Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*³⁷ zwar fort, verband sie aber fortan mit auf Pawlow zurückgehenden Theorien; 1954 wurde er Professor für Psychotherapie an der HU, als Anerkennung seiner Dienste in der Verbreitung der Pawlow'schen Lehre. Im Westen hatte er damit einen großen Teil seiner Anerkennung verspielt.³⁸

³⁵ Alexander Mette (1897–1985), 1926–1932 psychoanalytische Ausbildung in Leipzig und am Berliner Psychoanalytischen Institut, 1928–1946 niedergelassener Nervenarzt und Psychoanalytiker, 1945 Eintritt in die KPD, Vorlesungen über die Freudsche Psychoanalyse an Volkshochschulen, nach Ablehnung eines Lehrauftrags an der HU ab 1946 Stellvertreter des Landesdirektor im Landesgesundheitsamt Thüringen, 1949–1959 Alleinherausgeber der Fachzeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“, ab 1950 Mitglied der Volkskammer der DDR, ab 1952 Lehrbeauftragter für Psychotherapie an der HU, ab 1954 Professur für Psychotherapie. Er war Mitglied der Staatlichen Pawlow-Kommission der DDR, ab 1956 Leiter der Hauptabteilung Wissenschaft im Ministerium für Gesundheitswesen (MfG) und 1958 Mitglied des Zentralkomitees der SED, ab 1959 Lehrstuhl für Geschichte der Medizin an der HU. Siehe Heike Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg. Vom Untergang der Psychoanalyse in der frühen DDR, in: Peter Diederichs (Hrsg.), Psychoanalyse in Ostdeutschland, Göttingen 1998, S. 11–50, hier S. 17 f. Auf Mettes Freud-Biografie (die einzige der DDR) wird noch an anderer Stelle eingegangen. Mettes Pawlow-Biografie erschien 1958 außerdem im Oswald Döbbeck Verlag, Speyer, München.

³⁶ Dietfried Müller-Hegemann (1910–1989), in der Weimarer Republik Mitglied der KP, ab 1937 Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik der Charité, ab 1936 Ausbildung für Psychoanalyse am Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie in Berlin (Lehranalytiker Harald Schultz-Hencke), ab 1939 Truppenarzt an der Front und in Berlin, 1945–1948 in sowjetischer Kriegsgefangenschaft; seit 1950 Oberarzt, ab 1952 bis 1964 Direktor der Universitätsnervenklinik Leipzig, März 1953 Gründung einer psychotherapeutischen Abteilung, Mitglied der Staatlichen Pawlow-Kommission der DDR, ab 1959 Mitherausgeber der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“, 1964 Wechsel an das Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus als dessen Direktor. 1971 von einer Reise nach Westdeutschland nicht zurückgekehrt, ein Jahr Gastprofessor in den USA und anschließend Chefarzt der Psychotherapieabteilung in Essen. Siehe Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg, S. 19 f.

³⁷ Zur Gründungsgeschichte der Zeitschrift siehe Marie Teitge/Ekkehardt Kumbier, Medizinisches Publizieren als Politikum. Zur Entstehungsgeschichte der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“ in der SBZ/DDR, in: Daniel Hechler/Peer Pasternack (Hrsg.), Ein Vierteljahrhundert später. Zur politischen Geschichte der DDR-Wissenschaft, Wittenberg 2015, S. 89–100.

³⁸ Die Besprechungen in der „Psyche“ 1957 und 1959 warfen ihm Ideologisierung und Parteilichkeit vor, siehe Bernhardt, Untergang der Psychoanalyse, S. 24–27.

Dietfried Müller-Hegemanns Lebenslauf war geprägt von Verflechtungen von Kommunismus bzw. Sozialismus und Psychotherapie. Schon Ende der vierziger Jahre setzte er sich mit der Psychoanalyse als „bürgerlicher“ Lehre kritisch auseinander und konzentrierte sich in Abgrenzung davon auf die Ausarbeitung eines psychotherapeutischen Ansatzes, der sich vor allem an Arbeitstherapie orientierte und den er in den folgenden Jahren methodisch fortführte und konkretisierte.³⁹ Er hatte also schon vor der Pawlow-Doktrin begonnen, sein psychotherapeutisches Konzept nicht länger psychoanalytisch auszurichten. Stattdessen griff er psychotherapeutische Konzepte wie das der Arbeitstherapie auf, dessen Entstehungszeit in der Weimarer Republik lag. Seine Habilitationsschrift über „Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme“, die 1952 erschien, überschneidet sich dabei zeitlich bereits mit dem Beginn der Verbreitung von Pawlows Konzepten. Daher sah sich Müller-Hegemann genötigt, schon im Vorwort die „Möglichkeit, dass binnen kurzem von seiten der Pawlowschen Physiologie neue wesentliche Gesichtspunkte auch zu der vorliegenden Fragestellung beige-steuert werden“,⁴⁰ einzuräumen. Die zu Beginn des Jahres 1951 als Habilitationsschrift anerkannte Arbeit sei verfasst worden zu einer Zeit, „in der wichtige neue das vorliegende Arbeitsgebiet betreffende Forschungen erst zu einem sehr kleinen Teil bekannt geworden“ seien. Daher sei ihm in seiner Arbeit „nur eine kurze Erörterung der Lehre vom zweiten Signalsystem Pawlows und der cortical-visceralen Pathologie Bykows möglich“ gewesen. Er sei jedoch überzeugt, dass die Pawlow-Literatur eine „wahre Fundgrube“ sei.⁴¹ Im Haupttext selber fand eine Erwähnung Pawlows nur an wenigen Stellen statt, wo sich Schnittstellen und Ähnlichkeiten mit anderen physiologischen Theoremen oder therapeutischen Praktiken herstellen ließen.⁴² Auf knapp fünf Seiten schilderte er die Schizophrenietherapie in der Sowjetunion, wobei er vor allem die Auffassungen der sowjetischen Psychiater von der Heilbarkeit der Schizophrenie und den Einflüssen der Umwelt für den Ausbruch der Krankheit herausarbeitete.⁴³ Auch hob er die Ähnlichkeit zwischen der Lehre Pawlows und der Simon'schen Arbeitstherapie hervor, insbesondere hinsichtlich der Bedeutung, die beide Ansätze der mitmenschlichen Umwelt zusprachen.⁴⁴ Die Integration Pawlows in Müller-Hegemanns Arbeit diene also vor allem dem Ziel, Anknüpfungspunkte und Schnittstellen sowie

³⁹ Bernhardt, Untergang der Psychoanalyse, S.27–29.

⁴⁰ Dietfried Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme, Leipzig 1952a, Vorwort S.VI.

⁴¹ Alle Zitate in Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, Vorwort S.V und S.VI.

⁴² Pawlow wird ebd. laut Register erwähnt auf S.2, 27, 37 f., 83, 95. Andere Forscher wie Freud, Jung, Schultz-Hencke oder Simon werden wesentlich häufiger erwähnt.

⁴³ Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S.37–42.

⁴⁴ Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S.42. Bei „Simon“ handelt es sich um Hermann Simon, der als Begründer der modernen Arbeitstherapie angesehen wird, siehe Franz-Werner Kersting, Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996.

gemeinsame Inhalte und Praktiken herauszupräparieren und somit den eigenen Ansatz zu legitimieren.

In der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* hatten Dietfried Müller-Hegemann und Alexander Mette 1951 damit begonnen, Beiträge über Pawlow zu veröffentlichen. Der erste Anlass war die bereits erwähnte sowjetische Pawlow-Tagung und die dort verabschiedete Resolution, die die Lehren Pawlows zur Doktrin erhob, gewesen. In seinem Aufsatz über „Pawlows großes Erbe und die neue Humanpsychologie“ schlug Mette einen großen Bogen und präsentierte Pawlow als Erneuerer der Medizin und Psychologie.⁴⁵ Neben dem Abdruck der Resolution⁴⁶ wurde in weiteren Artikeln die allgemeine Bedeutung der neuen Richtung für die Medizin und die Psychiatrie dargestellt.⁴⁷ Außerdem wurde ein Originaltext Pawlows abgedruckt. In einem Beitrag von Rudolf Thiele zur körperlichen Begründung der Psychosen wurde erstmals direkt in einer fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung auf Pawlow Bezug genommen.⁴⁸

Die Präsentation der Pawlow-Resolution war aber nur der erste Teil der konzertierten Bekanntmachung von Pawlows Denkmodell. Wenige Monate nach Müller-Hegemanns Publikation der „Psychotherapie der schizophrenen Psychosen“ veranstaltete am 15. und 16. Januar 1953 das Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der DDR eine internationale Pawlow-Tagung.⁴⁹ Wie sich an den Titeln der Referate leicht ablesen lässt, ging es vor allem darum, die Bedeutung Pawlows für die unterschiedlichen medizinischen Fächer herauszustellen und die zentralen Inhalte der Lehre der höheren Nerventätigkeit vorzustellen. Nach den Begrüßungsansprachen der Abgesandten der verschiedenen Sowjetrepubliken eröffnete Müller-Hegemann den wissenschaftlichen Teil mit einem grundlegenden Vortrag über „Die Bedeutung der Lehre Pawlows für die Theorie und Praxis der Medizin“.⁵⁰ Er erinnerte an die Ge-

⁴⁵ Alexander Mette, Um J. P. Pawlows großes Erbe und die neue Humanpsychologie, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 3 (1951), S. 177–179.

⁴⁶ Resolution der gemeinsamen wissenschaftlichen Tagung der Akademie der Wissenschaften und der medizinischen Akademie der Wissenschaften der UdSSR, die den Problemen der physiologischen Lehre I. P. Pawlows gewidmet war, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 3 (1951), S. 203–207.

⁴⁷ Dietfried Müller-Hegemann, Bemerkungen zur biologischen Richtung in der medizinischen Psychologie. Zur Publikation von Destunis: „Neue Wege der medizinischen Psychologie“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 3 (1951), S. 250–254; S. M. Dawidenkow, Die Lehre Pawlows von den höheren Nervenfunktionen und die aktuellen Aufgaben der klinischen Neuropathologie, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 3 (1951), S. 295–298; Alexander Mette, Umschau im Fachgebiet. 1. Teil, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 3 (1951), S. 306–309, sowie Alexander Mette, Umschau im Fachgebiet. 2. Teil, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 3 (1951), S. 374–377.

⁴⁸ Rudolf Thiele, Zur somatologischen Fundierung der Psychosen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 3 (1951), S. 322–325.

⁴⁹ Die Referenten waren aus Russland, Polen, der Tschechoslowakei, Rumänien und Bulgarien angereist. Einziger westlicher Referent war E. H. Romberg aus München.

⁵⁰ Eberhard Goetze/Dietfried Müller-Hegemann/Lothar Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows für die Theorie und Praxis der Medizin, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lo-

schichte der Physiologie als internationales Forschungsprojekt, um Pawlow dann in dieser Linie als Vollender und Erneuerer darzustellen, dessen „Versuchsanordnungen von genialer Beobachtungsgabe und scharfsinnigem Denken, [...] von bestrickender Einfachheit und Klarheit“⁵¹ zeugten. Die Entwicklung der Reflextheorie stellte er von den ersten Versuchen der Scheinfütterung bis zur Bestimmung der Großhirnrinde und den Erregungs- und Hemmungsprozessen als ihren elementaren Funktionen als eine stringente Fortschritts- und Erfolgsgeschichte dar. Dass Pawlows Methoden bereits einige Jahrzehnte alt waren, änderte nach Müller-Hegemanns Darstellung nichts an ihrer wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit, die sich besonders im Vergleich mit den enttäuschenden Ergebnissen der Psychogalvanik hervortun würde.⁵²

Die Rede Müller-Hegemanns machte bereits klar, in welche Richtung das offizielle Pawlow-Narrativ wies. Pawlows Verständnis der Elementarfunktionen, der Reflexe und der Vorgänge des Großhirns wurden in den Rahmen einer größeren Fortschrittsgeschichte eingeordnet, die die Durchdringung des Menschen und die Schaffung von immer mehr Wissen über ihn zum Ziel hatte. Seine Lehre vom zweiten Signalsystem sei die „Krönung seines Lebenswerkes“,⁵³ das durch Experimente fortgeführt werden sollte. Dieses fortschrittsgeschichtliche Narrativ, in dessen Rahmen die Experimente und Thesen Pawlows eingebettet wurden, bestimmte auch die offizielle sowjetische Darstellung des sowjetischen Psychiaters. Zugleich wurde der Siegeszug Pawlows gedanklich in die Zukunft verlängert. Auch Müller-Hegemanns Vortrag demonstrierte die Vorstellung, dass mit einer Orientierung an Pawlows Konzepten die wissenschaftliche Zukunft auf naturwissenschaftlicher Basis gesichert sei.⁵⁴ Solche Zukunftsorientierungen und -erwartungen schufen nicht nur einen positiven Erwartungshorizont, sondern fungierten gleichzeitig als stabilisierende Konzepte für die Erfahrung des Noch-Nicht-Wissens der Gegenwart.⁵⁵

Entsprechend dieser Strategie, eine Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umschließende Erzählung bereitzustellen und so die eigene Auffassung zu stabilisieren, entstanden auch Konzepte zur Abwertung anderer Forschungsansätze. So skizzierte Alexander Mette 1959 in seiner Pawlow-Biografie, die drei Jahre nach der Konferenz und bereits nach dem Höhepunkt der Pawlow-Phase erschien, die

thar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 14–32.

⁵¹ Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 17.

⁵² Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 21.

⁵³ Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 22.

⁵⁴ Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 31.

⁵⁵ Die Beschreibung des „Noch-Nicht-Wissens“ stammt von Zygmunt Baumann, zur Bedeutung des Noch-Nicht-Wissens für die Dynamik der Wissenschaft siehe Peter Wehling, Gibt es Grenzen der Erkenntnis? Von der Fiktion grenzenlosen Wissens zur Politisierung des Nichtwissens, in: Ulrich Wengenroth (Hrsg.), Grenzen des Wissens – Wissen um Grenzen, Weilerswist 2012, S. 90–117, hier S. 93–99.

Forschungssituation vor Pawlow bzw. eine Forschungslandschaft ohne Pawlow als unergiebig und gelähmt. Das „Wiedereindringen idealistischer Auffassungen und fiktiver Erklärungen in die Psychiatrie“, das er in der westlichen Psychiatrie zu beobachten glaubte, sei durch diese „Unfruchtbarkeit“ begünstigt worden.⁵⁶ Mit der westlichen Orientierung an hermeneutischen Methoden und wissenschaftlicher Offenheit, so machte dieser Kommentar klar, sollte und brauchte die ostdeutsche Psychiatrie nichts zu tun haben.

Die hoch bewertete Objektivität und Wissenschaftlichkeit, die Pawlows Experimente suggerierten, war aber noch nicht alles an scheinbaren Vorzügen der Theorien Pawlows. Vielmehr bot Pawlow ein Modell des Menschen an, das naturwissenschaftlich fundiert war, in dem aber auch die Umwelt explizit mit einbezogen war. Es lieferte eine umfassende Erklärung, die auf einfachen Beobachtungen und Erklärungen beruhte, und überwand mit der Theorie der höheren Nerventätigkeit den Dualismus zwischen dem Menschen als biologisches und dem Menschen als soziales Wesen.⁵⁷ Dies hieß konkret, dass Psychosen zwar weiterhin als biologische Erkrankung definiert, aber auch in ihrer sozialen Bedingtheit analysierbar waren.⁵⁸ Mit der Rede vom überwundenen Dualismus war jedoch keineswegs gemeint, etwas darüber herauszufinden, wie die Beziehungen zwischen Umwelt, Innenwelt, Erleben und Körper in der Psyche bzw. Seele zusammenliefen, wie Hanns Schwarz, der Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie und Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie in Greifswald, nach einem psychosomatologischen Beitrag deutlich zu spüren bekam. Sein Versuch, mit Pawlow die Seele zu erforschen, weil die zeitgenössische Psychosomatik und Tiefenpsychologie zu wenig falsifizierbar und exakt seien, stieß auf deutlichen Widerstand und wurde am nächsten Tag von Walter Hollitscher öffentlich kritisiert.⁵⁹ Die

⁵⁶ Alexander Mette, I. P. Pawlow. Sein Leben und sein Werk, Berlin 1959, S. 112f. Er erklärte, es sei „nicht ohne Aussagewert, wenn ein Psychiater wie J. Wyrsch kürzlich in einem Abriss über die Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen zu dem Ergebnis gelangte, dass er mit einer Fragestellung, nicht mit einer Antwort schließen müsse“.

⁵⁷ Müller-Hegemann etwa erklärte, mit „biologistischen und vulgärmaterialistischen Auffassungen“ hätte Pawlows Lehre nichts gemeinsam; denn „Pawlow schätzte die Bedeutung des Bewusstseins sehr hoch ein, das nach seinen Worten durch das Zusammenwirken der Menschen in der gesellschaftlichen Wirklichkeit zustande kommt und das den Menschen ermöglicht, aktiv in die Außenwelt einzugreifen und sie zu verändern“. Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 23.

⁵⁸ So umfassend, betonte auch Sneschnewski, sei die russische Psychiatrie, dass sie trotz der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der russischen Psychiatrie und trotz der „materialistische[n] Auffassung vom Wesen der Psychosen“ auch die „sozialen Ursachen der Verbreitung der Psychosen [...] aufgedeckt“ habe, siehe Andrei Sneschnewski, Die physiologische Lehre Pawlows in der Psychiatrie, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 181–189, hier S. 181f.

⁵⁹ Hanns Schwarz, Zur Frage der kortiko-viszeralen Beziehungen, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für

Pawlow zugeschriebene Entdeckung des Menschen als gesellschaftliches Wesen sollte den Blick eben nicht in das Innere des Menschen und auf sein subjektives Erleben, sondern nach außen auf soziale und gesellschaftliche Umstände hinlenken.

Für die Psychiatrie gilt ganz ähnlich, was Stefan Busse auch für die Psychologie konstatierte: Die Rede von Pawlow bedeutete, „dass ihr von außen angetragen wurde, ihr idealistisch-geisteswissenschaftliches Erbe abzustreifen und sich auf ihre naturwissenschaftlichen und experimentellen Traditionen zu besinnen“.⁶⁰ Sein Theoriensystem bot eine Art „scientific counterculture“⁶¹ für die Psychiatrie, was vor allem deshalb funktionierte, weil es im Kern um ähnliche Fragestellungen ging: Mit der dialektisch-materialistischen Psychologie lag ein integrativer, zwischen Natur, Bewusstsein und Gesellschaft vermittelnder Ansatz vor, der versprach, die unterschiedlichen wissenschaftlichen Richtungen zusammenzubringen – eigentlich ein unmöglich scheinendes Projekt,⁶² aber eben deshalb bedeutsam. Gleichzeitig tastete dieser Ansatz nämlich wesentliche Grundüberzeugungen wie die hierarchische Auffassung von Gehirn bzw. Großhirnrinde als herrschendes Organ des Menschen nicht an.⁶³ In diesem Sinne erklärte Müller-Hegemann bei der Pawlow-Tagung, das Verständnis von Körper und Psyche als Einheit und die Analyse der psychischen und emotionalen Faktoren auf Grundlage der kortiko-viszeralen Lehre erlaubten endlich die „richtige Einschätzung“ und wissenschaftliche Erforschung des Krankheitsgeschehens.⁶⁴ Aufgrund des durch Pawlow geschaffenen Wissens, so die verbreitete Darstellung, konnte die Psychiatrie nun Aussagen über die Grundprozesse und Funktionen des für sie wesentlichen Organs, des Gehirns, treffen.

Entscheidend für die Medizin aber war, dass sich die theroretischen Verheißungen auch für die therapeutische Praxis fruchtbar machen ließen. So merkte auch Mette bei der Pawlow-Tagung an, wesentlich sei die Frage, was die Lehre Pawlows

Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 116–119, hier S. 117 f. Am nächsten Tag wies Walter Hollitscher ihn zurecht mit dem Vorwurf, die Rede von der Seele und Schwarz' Ausführungen dazu hätten eher verwirrt denn geklärt, siehe dazu und zur Bedeutung Pawlows im Werk von Schwarz allgemein Heinz-Peter Schmiedebach, Psychoanalyse, Psychotherapie und die Lehre von Pawlow im Werk von Hanns Schwarz, in: Wolfgang Fischer/Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.), Die Greifswalder Universitäts-Nervenklinik unter dem Direktorat von Hanns Schwarz 1946 bis 1965. Symposium zur 100. Wiederkehr des Geburtstages von Hanns Schwarz am 3. 7. 1998, Greifswald 1999, S. 30–47. Siehe außerdem zu seiner Abwendung vom tiefenpsychologischen Denken und von den Versuchen, die eigenen Ansätze mit denen Pawlows zu verbinden, Arne Pfau, Die Entwicklung der Universitäts-Nervenklinik (UNK) Greifswald in den Jahren 1933 bis 1955, Husum 2008, S. 123–130.

⁶⁰ Busse, Psychologie in der DDR, S. 89.

⁶¹ Vgl. David Joravsky, The Impossible Project of Ivan Pavlov (and William James and Sigmund Freud), in: *Science in Context* 5/2 (1992), S. 265–280.

⁶² Angelehnt an Joravsky, The Impossible Project of Ivan Pavlov.

⁶³ Vgl. Michael Hagner/Cornelius Borck, Mindful Practices: On the Neurosciences in the Twentieth Century, in: *Science in Context* 14/4 (2001), S. 507–510.

⁶⁴ Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 26.

„für unsere Tätigkeit als Ärzte bei der Heilung“ bedeute. Er beklagte die Entfremdung von Psychiatrie und Psychotherapie, die er vor allem der „als revolutionär missverständene[n] Tiefenpsychologie mit all ihren zum Teil so absonderlichen Tendenzen und Gebarungsarten“ anlastete, kritisierte den miserablen Zustand der Psychotherapie und erklärte „[d]ie Notwendigkeit, das therapeutisch Mögliche aus der Lehre Pawlows auszuschöpfen“, zum „eigentlich Wesentlichsten“.⁶⁵ Problematisch für eine auf Pawlow aufbauende Entwicklung therapeutischer Verfahren war jedoch, dass Pawlow in therapeutischer Hinsicht nicht allzu viel vorgelegt und hauptsächlich eine Empfehlung für die Schlaftherapie ausgesprochen hatte. Die Schlaftherapie, bei der der Patient in einer Art Dauernarkose in einen mehrere Tage andauernden schlafähnlichen Zustand versetzt wurde, war allerdings nicht innovativ, sondern bereits seit den zwanziger Jahren bekannt, vereinzelt erprobt und zudem ein Reimport aus der Psychiatrie des deutschsprachigen Raumes: Sie ging zurück auf den Schweizer Psychiater Jakob Klaesi, der sie in den zwanziger Jahren am Burghölzli eingeführt hatte. Die Experimente mit der Schlaftherapie und dem dafür notwendigen Medikamentencocktail am Burghölzli waren Pawlow bekannt gewesen, ebenso wie die Schriften Kraepelins und Bleulers.⁶⁶ Dass aus Pawlow schlussendlich doch kein Psychiatrieerneuerer wurde, mag auch genau daran gelegen haben, dass er im Bereich der therapeutischen Konzepte eher „alten Wein in neuen Schläuchen“⁶⁷ bot.

Hemmung als Schutz. Schizophrenie à la Pawlow

Im Schizophreniekonzept war die Frage, wie die Umwelt auf das Individuum einwirkte, stets mitgeschwungen: in negativer Form über die Auffassung von Schizophrenie als einer endogenen, also eigentlich nicht von äußeren Einflüssen gesteuerten Psychose, in positiver Weise über die psychosozialen Vorstellungen Bleulers, die sich darin niedergeschlagen hatten. Entstanden aus dem Interesse an psychiatrischen Themen zu seinem Lebensende hin, hatte auch Pawlow 1930 einen Beitrag über Schizophrenie mit dem Titel „Versuchsweise Abschweifung eines Physiologen in das Gebiet der Psychiatrie“ verfasst. In diesem unternahm er den Versuch, die bereits bestehende Beschreibung des Krankheitsbildes nach Kraepelin und Bleuler mit seiner Theorie der höheren Nerventätigkeit zu erklären und die Ursachen in sich auf der Hirnrinde abspielenden Erregungs- bzw.

⁶⁵ Alexander Mette, Diskussionsbeitrag, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 168–170, hier S. 170.

⁶⁶ Siehe Windholz, Pavlov's Concept of Schizophrenia, S. 513 und S. 522. Der Moskauer Psychiater Sereiskii hatte Pawlow von seinen eigenen Schlaftherapie-Experimenten mit der als „Cloettal“ bekannten Mischung berichtet. Zur Schlaftherapie bei Pawlow explizit George Windholz/L. H. Witherspoon, Sleep as a Cure for Schizophrenia: a Historical Episode, in: History of Psychiatry 4/13 (1993), S. 83–93.

⁶⁷ Vgl. Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, S. 410.

Hemmungsprozessen zu bestimmen. Ansonsten sind die Äußerungen Pawlows zu psychopathologischen Themen, die rezipiert wurden, überschaubar. Neben dem soeben erwähnten Aufsatz von 1930 wurde hauptsächlich ein sogenannter offener Brief an den französischen Psychiater Pierre Janet immer wieder zitiert.

Da das wissenschaftliche Problem Schizophrenie in der deutschen Psychiatrie als ungelöst galt, wurde es zum eigentlichen Prüfstein für Pawlows Theorie von der höheren Nerventätigkeit deklariert. Darin schwang zugleich die Erwartung mit, mit der Erklärung der Schizophrenie als allein bei Menschen beobachtete Erkrankung zugleich etwas über den Menschen an sich aussagen zu können. So erklärte Alexander Mette in seiner Pawlow-Biografie: „Wenn diese [Pawlows] Feststellungen das Rätsel der Schizophrenie der Lösung näher bringen, wie nicht zu bestreiten ist, so ist der Erkenntniswert, der daraus entspringt, keineswegs allein auf die pathodynamischen Erwägungen im Bereich der Psychiatrie beschränkt. Die Bedeutung der Einsicht, dass das eigentlich Menschliche der Vernichtung ausgesetzt ist, wenn die Wechselwirkungen zwischen den beiden Signalsystemen sich lockern und durch den unterschiedlichen Verlauf von Erregungs- und Hemmungsprozessen hüben und drüben in Verwirrung geraten, kann weder von einem sachverständigen Fachmann negiert noch auch von irgend jemandem, der sich überhaupt mit dem Problem befasst, grob unterschätzt werden. Die speziell menschliche Psychose wird in noch höherem Maße zum Prüfstein der Lehre von der höheren Nerventätigkeit als die speziell menschlichen Neurosen und der von Pawlow entwickelte allgemeine Krankheitsbegriff.“⁶⁸

Auf nur wenigen Seiten hatte Pawlow in seinem Beitrag „Versuchsweise Abschweifung“ eine Theorie entwickelt, wonach es sich bei Schizophrenie im Wesentlichen um einen „Ausdruck eines chronischen hypnotischen Zustandes“ handle, wobei er mit „hypnotisch“ den an Tieren beobachteten Zustand in der Phase zwischen Wachzustand und tiefem Schlaf meinte.⁶⁹ In den Symptomen der Apathie und des Stumpfsinns, des Negativismus und der Stereotypie, Echolalie und Echopraxie, im „angespannten Zustand“ der Katatonie und der „Ausgelassenheit“ und „Possenhaftigkeit“ der Hebephrenie meinte Pawlow an seinen Hunden vorgenommene Beobachtungen in hypnotischen Zuständen wiederzuerkennen, woraus er schlussfolgerte, dass Schizophrenie „eine chronische Hypnose“ sei. Ähnlich wie unter Alkoholeinfluss oder bei einschlafenden Kleinkindern seien diese Formen der Erregung „das Ergebnis einer beginnenden Gesamthemmung“ des Großhirns. Der Subkortex werde dann nicht nur von der dauernden Kontrolle und Hemmung, der er sonst im Wachzustand ausgesetzt sei, „befreit“, sondern sogar durch induktive Prozesse „in allen seinen Zentren in einen erregten, chaotischen Zustand versetzt“.⁷⁰

⁶⁸ Mette, I. P. Pawlow, S. 114 f.

⁶⁹ Iwan Petrowitsch Pawlow, Versuchsweise Abschweifung eines Physiologen in das Gebiet der Psychiatrie [1930], in: Lothar Pickenhain (Hrsg.), *Gesammelte Werke über die Physiologie und Pathologie der höheren Nerventätigkeit*, Würzburg 1998, S. 240–245, alle Zitate S. 241.

⁷⁰ Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 243.

Als entscheidend erachtete Pawlow aber nicht die Erregung im Großhirn, sondern vielmehr die Vorgänge auf der Großhirnrinde, die er als Prozesse der Hemmung identifiziert hatte. Der „Hemmung“ hatte Pawlow neben ihrer Funktion als Gegenspielerin der Erregung auch die „Beschützerrolle“ der besonders reaktiven Hirnrindenzellen zugeschrieben. Mit dem Begriff der Beschützerrolle meinte er, dass bei einer außerordentlichen Anpassung der Zellen, sehr starken Erregungen oder schwächeren, aber wiederholten Erregungen ein Zustand der Hemmung eintrat, der schützend auf diese Zellen einwirkte.⁷¹ Der hypnotische Zustand und damit auch der schizophrene Zustand wurden von Pawlow als solche Zustände der Hemmung gedeutet. Dabei nahm er an, dass es unterschiedliche Stufen der Ausbreitung, also der Ausdehnung in unterschiedliche Hirnareale, und unterschiedliche Intensitäten oder „Tiefe“ von Hemmung an einer Stelle gebe.⁷²

An den zugrunde liegenden Ursachen der Schizophrenie, ob sie „vererbte und erworbene“ waren, war Pawlow weniger interessiert.⁷³ Er machte jedoch klar, dass er ein „schwaches Nervensystem“ und vor allem schwache Hirnrindenzellen für den Grund der Erkrankung hielt: „Selbstverständlich ist der letzte, tiefe Grund für diese Hypnose ein schwaches Nervensystem, vor allem eine Schwäche der Rindenzellen.“⁷⁴ Dass sich die Zellen in einen Hemmungszustand begeben würden, führte er auf eine vorausgehende Erschöpfung nach Auseinandersetzungen mit Schwierigkeiten zurück, mit der dieses schwache Nervensystem nicht umgehen könne, weil die Erregung die Kräfte überstieg. Der Hemmungsprozess diene so dem Schutz dieser Zellen sowie dem Schutz vor weiteren, die Kräfte übersteigenden Anstrengungen. Dass sich der Organismus gerade in einer „kritischen physiologische Periode“ oder auch einer „kritischen Periode des persönlichen Lebens“ befand, spielte dabei ebenfalls eine Rolle.⁷⁵

Pawlows Erklärung von Schizophrenie lautete also zusammengefasst: Durch starke Anstrengung oder Belastung gerieten die Hirnzellen nach einer Phase starker Erregung in einen Zustand der Erschöpfung. Um diesen Zellen Schutz zu spenden, breitete sich der Hemmungszustand aus, der sich für den Beobachter wie ein hypnotischer Zustand äußerte. Da es sich dabei prinzipiell um einen normalen Mechanismus handelte und die Hemmung eintrat, um die Zellen zu schützen, hielt Pawlow die Schizophrenie nicht für unheilbar. Im Gegenteil hielt er die Annahme, dass die Zellen sich erholen und „zur Norm“ zurückkehren würden, solange nur der Schutzprozess der Hemmung nicht gestört würde, für völlig gerechtfertigt.⁷⁶ Daher gab Pawlow auch den therapeutischen Ratschlag, die Kran-

⁷¹ Beide Zitate Pawlow, *Versuchsweise Abschweifung*, S. 240.

⁷² Pawlow, *Versuchsweise Abschweifung*, S. 241.

⁷³ Pawlow, *Versuchsweise Abschweifung*, S. 243 f.: „Diese Schwäche kann viele verschiedene Ursachen haben, vererbte und erworbene. Die Ursachen werden wir nicht berühren.“

⁷⁴ Pawlow, *Versuchsweise Abschweifung*, S. 243.

⁷⁵ Pawlow, *Versuchsweise Abschweifung*, S. 244.

⁷⁶ Pawlow, *Versuchsweise Abschweifung*, S. 244. Zur Unterstützung seiner These berief sich Pawlow weiter auf Kraepelin selbst und dessen Beobachtung, dass es unter Fällen der Hebe-
phrenie und Katatonie einen hohen Prozentsatz an Genesungen gebe, im Unterschied etwa zur paranoiden Form.

ken, die noch „bis zu einem gewissen Grade über ein Selbstbewusstsein verfügen“, nicht mit den „anderen, unzurechnungsfähigen Kranken“⁷⁷ zusammenzulegen; deren Verhalten würde sie zu sehr erregen und belasten und sei einer Rückkehr zur Normalität nicht förderlich. Indem Pawlow so dem nicht pathologischen „hypnotischen“ Zustand und dem Zustand eines Schizophrenen dieselben Prozesse von Erregung und Hemmung zugrunde legte, überführte er die Symptome, die als das Außergewöhnliche der Schizophrenie galten, in einen Bereich normaler und physiologisch erklärbarer Reaktionen. Die Frage, ob Schizophrenie durch Vererbung bedingt sei oder durch äußere Ereignisse ausgelöst werde, löste er durch ein Sowohl-als-auch: Zusammenkommen mussten ein schwaches Nervensystem und eine starke Belastung, die auch durch externe Einflüsse entstehen konnte. Und schließlich formulierte er einen Glauben an die Möglichkeit der „Rückkehr zur Norm“, zur Besserung, was zu Beginn der dreißiger Jahre keineswegs allgemeiner Konsens war.

Die Ausführungen Pawlows, wie sich die psychiatrische Krankheit Schizophrenie physiologisch recht einfach erklären ließe, wurden in der ostdeutschen Psychiatrie nun herangezogen, um ältere, ungelöste Probleme anzugehen. Dafür wurde das Erklärungsmuster an bisherige Forschungsergebnisse und Stellen des Nichtwissens angelegt und produktiv gemacht. Dazu zählte auf besondere Weise der Symptomkomplex, der mit der Sprache zusammenhing; schließlich hatte Pawlow zur Funktion von Sprache viel publiziert. Jedoch legte auch das Schizophreniekonzept und die hohe Bedeutung, die es der Sprache und ihren Störungen als Symptom des nicht-verständlichen Wahnsinns beimaß, eine solche Beschäftigung nahe. Mit dem Begriff der Hemmung und der Vorstellung von den Schutzmaßnahmen des Organismus ließen sich nun nämlich auch komplexe Symptome der Schizophrenie wie die „Sprachverworrenheit“ erklären.

So kombinierte beispielsweise Alexander Mette seine Forschung mit Ergebnissen Pawlows und erklärte traditionelle Probleme und Fragestellungen für gelöst. Schon auf der Pawlow-Tagung hatte er dargelegt, dass eine „Reihe von bisher unzureichend verständlichen, wenngleich geläufigen Symptomen der Schizophrenie eine frappierend aufschlussreiche Erklärung“ erhielten, wenn man sie im Lichte Pawlows sehe. Die bisherigen Forschungen der Sprachwissenschaft und der Psychiatrie würden „ihre erste befriedigende wissenschaftliche Erklärung [...] erst auf der Grundlage der Lehre Pawlows“ finden.⁷⁸ Was genau er damit meinte, zeigt sich in einem Aufsatz von ihm mit der Überschrift „Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten im Initialstadium der Schizophrenie auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows“.⁷⁹ Mette hatte bereits über Eigenheiten der Sprache bei schizophrenen Patientinnen und Patienten und ihre Übereinstim-

⁷⁷ Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 244.

⁷⁸ Mette, Diskussionsbeitrag, S. 124.

⁷⁹ Alexander Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten im Initialstadium der Schizophrenie auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 5 (1953), S. 383–391.

mungen mit poetischen Ausdrucksweisen promoviert; diese Forschungen führte er nun weiter. Konkret beschäftigte er sich mit der Dichtung Friedrich Hölderlins aus den Jahren 1800 bis 1804, die er mit Texten und Äußerungen seiner Patienten konfrontiert und auf gemeinsame Eigenschaften hin untersucht hatte. Dazu zählte Mette etwa Wiederholungen und Häufungen von „Steigerungen, Zuspitzungen und Einseitigkeiten“, „Überladung mit Anschaulichem, peinliche Gründlichkeit im Bewahren kleiner, aber als wesentlich erachteter Einzelheiten, Neigung zu prägnanter Genauigkeit, zu besonderer Offenheit, ferner auch zu metaphorischen Wendungen, zu Neubildungen und zu rhythmischer Gliederung“.⁸⁰ Die bisherigen Erklärungen dieser Auffälligkeiten hielt er nicht für ausreichend, vor allem, weil sie „das Verständnis der Genese und Dynamik“⁸¹ nur unwesentlich gefördert hätten. Dies führte er an zwei Beispielen aus. Diese ähnelten in ihrer Argumentation durchaus den Vorstellungen Pawlows von den Erschöpfungs- und Hemmungszuständen. Der Germanist Norbert von Hellingraths beispielsweise war zur Erklärung der Krankheitsanzeichen bei Hölderlin von einer „Ermüdung“ ausgegangen und hatte „die Steigerung der Ausdruckskraft“ in einen Zusammenhang „mit einer inneren Abwehrmaßnahme“ gerückt.⁸² Obwohl diese Deutung auf den ersten Blick Pawlows Beobachtung der aus übergroßer Erregung resultierenden Erschöpfung glich, erklärte Mette, Hellingraths Interpretation sei nicht aktuell: Die Wissenschaft sei ja erst durch Pawlow fähig geworden, sich „von den hirnpysiologischen Grundlagen der hauptsächlichen Symptome der Schizophrenie ein sehr viel klareres Bild zu verschaffen als es uns in den vergangenen Jahrzehnten möglich war“.⁸³ Einer weiteren These, nach der schizophrene Patienten als „hypersensitive Menschen“ und ihre „scheinbare Abstumpfung“ als „Verteidigungsmechanismus“ zu deuten seien, erklärte er eine Absage, weil sie nicht wie Pawlows Theorie auf Experimenten beruhte.⁸⁴ Die Bedeutung von Pawlows Theorie bestand für Mette vor allem darin, dass sie bekannte Beobachtungen in neue Erklärungszusammenhänge einordnete und dadurch Rätsel, an denen andere Forschungsrichtungen, darunter auch die konstitutionsbiologische und tiefenpsychologische, gescheitert waren, gelöst werden konnten: „Die Spracheigentümlichkeiten im Initialstadium der Schizophrenie werden im Lichte der Lehre Pawlows klar verständlich.“⁸⁵

Deutlich wird hier aber auch, wie Pawlows Begriffe auf bereits bestehende Forschungen aufgesetzt und diese anschließend als Gesamtergebnis präsentiert wurden. In einem weiteren Artikel im Jahr 1954 versuchte Mette sich an „Arno Holz und seine[r] Wortkunst“, der vom Argumentationsaufbau recht ähnlich wie der

⁸⁰ Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 386.

⁸¹ Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 386.

⁸² Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 387.

⁸³ Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 387 f.

⁸⁴ Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 388.

⁸⁵ Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 391.

Hölderlin-Aufsatz gestaltet war.⁸⁶ Noch deutlicher wurde in diesem Aufsatz aber die Idee verfolgt, dass Pawlows Theorien einen integrativen Ansatz boten, der Psychologie, Physiologie und Gesellschaft zusammenband und damit das alte Problem der Frage nach den Zusammenhängen von Vererbung, individueller Veranlagung bzw. Charakter und Umwelt bzw. Gesellschaft zu lösen versprach.⁸⁷ Dieser Trend hielt an: War zu Beginn die physiologische Erklärung der Schizophrenie besonders attraktiv erschienen, so war es zunehmend die auch von den sowjetischen „Pawlow-Schülern“ stark gemachte Konzeptionalisierung der Zusammenhänge von Individuum und Umwelt. In seiner Pawlow-Biografie schrieb Mette, die Forschungen der Schüler Pawlows hätten auch hinsichtlich der Schizophrenie „mit sehr aufschlussreichen Darlegungen aufwarten“ können: „Es stellt sich bei gründlicher, von physiologischen Gesichtspunkten ausgehender Prüfung heraus, dass bei dieser Erkrankung das eigentlich Menschliche, die aktive Beziehung zur Praxis gestört ist, während Teilbereiche der Widerspiegelung unter Umständen noch zum Vollzug gelangen.“ Dank der Weiterentwicklung der Lehre Pawlows sei nun grundsätzlich klar, „dass es sich um eine Störung in der einheitlichen Zusammenarbeit der beiden Signalsysteme handelt, wobei bald Hemmungszustände in dem einen, bald solche in dem anderen im Vordergrund stehen“.⁸⁸

Allgemein kommt in den Fachartikeln zum Ausdruck, dass Pawlows physiologische Modelle der Hemmung und der Signalsysteme neue Möglichkeiten zur Beschreibung bekannter Beobachtungen und Krankheitsbilder boten. Indem sie mit der Mechanik und Elektrik entlehnten Begriffen und Vorstellungen operierten, suggerierten sie einen beobachtbaren, kausallogischen und experimentell nachprüfbaren Vorgang,⁸⁹ während sie gleichzeitig eine Erklärung für ein komplexes psychiatrisches Bild wie Schizophrenie lieferten, die in ihrer Einfachheit und Klarheit bestach. Sie bedienten die Vorstellung erschöpfter Zellen, die als eine Schutzmaßnahme den Weg in einen Zustand wählten, in dem sie sich gewissermaßen „erholen“ können.⁹⁰ Das Schizophrenieproblem wurde in eine physiolo-

⁸⁶ Alexander Mette, Arno Holz und seine Wortkunst. Erwägungen zur Darstellungsweise und Theorie des Dichters auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 6 (1954), S. 273–294.

⁸⁷ Mette, Arno Holz und seine Wortkunst, S. 279.

⁸⁸ Mette, I. P. Pawlow, S. 113 f.

⁸⁹ Sieht man sich etwa den Aufsatz von D. A. Kaufman „Zur Frage der Pathologie des schizophrenen Defektes“ und insbesondere die komprimierten Aussagen im Abschnitt „Schlussfolgerungen“ an, so liest man: „Viele bedingte Verbindungen, die der Kranke in der Vergangenheit erworben hat, bleiben bestehen; die Bildung neuer Verbindungen ist möglich“. Die „Wechselwirkung zwischen Kortex und Subkortex ist gestört“; weiter ist die Rede von „Störungen in der Wechselwirkung beider Signalsysteme“ und einem „ständige[n] Wechsel von Phasenzuständen“; die „Dynamik des Hemmungs- und Erregungsprozesses im 1. und 2. Signalsystem ist äußerst verschieden“. D. A. Kaufmann, *Zur Frage der Pathologie des schizophrenen Defektes*, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 6 (1954), S. 157–163. Kaufman war an der Psychiatrischen Abteilung des physiologischen Pawlow-Instituts der Akademie der Wissenschaften und vertrat damit gewissermaßen die „offizielle“ Sprache.

⁹⁰ Diese Vorstellung scheint dem Neurasthenie-Diskurs entlehnt und in ein physiologisches Modell überführt zu sein. Zu Neurasthenie siehe Kury, *Der überforderte Mensch*, S. 37–52.

gische, „naturwissenschaftliche“ Sprache gehoben, damit allerdings nichts verändert. Jedoch war es ein Schritt in die Richtung, Schizophrenie als eine erklärbare, physiologische Reaktion auf äußere Reize zu deuten, und öffnete die Psychiatrie für ein Krankheitsverständnis, das Biologie, Gesellschaft und Individuum gleichermaßen berücksichtigen sollte.

Implizit wurde ein dynamisches Krankheitsverständnis mitdiskutiert, das verschiedene Phasen kannte und das Individuum in einer Umwelt voller Reize verankert sah. Dietfried Müller-Hegemann erklärte auf der Pawlow-Tagung, neben der einheitlichen und ganzheitlichen Betrachtung des Menschen sei Pawlows physiologische Lehre wichtig „für ein besseres und umfassenderes Verständnis der Krankheitsätiologie“, da sich der Mensch „in einem dynamischen Gleichgewicht mit seiner gesamten Umwelt befindet, einem Gleichgewicht, das sich sowohl auf die physikalischen, chemischen, als auch die biologischen und psychischen Wechselbeziehungen erstreckt“. Geriete dieses dynamische Gleichgewicht aus dem Lot, stellte sich Krankheit ein: „Krankheit ist Störung dieses dynamischen Gleichgewichtes. Diese Störung wird in den weitaus meisten Fällen von außen her verursacht. Sie kann unmittelbar oder auf bedingt-reflektorischem Wege, beim Menschen über das zweite Signalsystem auch auf psychischem Wege zustande kommen.“⁹¹ Krankheit war dieser Auffassung zufolge, wenn eine „Störung der funktionellen Beziehungen des Gesamtorganismus“ auftrat.⁹² Krankheit war aber gleichzeitig auch eine Schutzmaßnahme, die der Körper einleitete, um sich vor weiterer Erschöpfung zu sichern und einen Raum zur Genesung zu schaffen. An dieser angeblich heilenden Funktion der Hemmung konnten therapeutische Verfahren wie die Schlaftherapie ansetzen.

Die ostdeutsche Psychiatrie hatte mit den Lehren Pawlows potentiell ein Konzept, das die in der westdeutschen Psychiatrie aufkommenden Fragestellungen und Probleme wie beispielsweise die Frage, wie Ereignisse in der Biografie und Schizophrenie zusammenzudenken seien, überflüssig machte. Mit Pawlows Modellen und Konzepten existierten vorgegebene Lösungsansätze für ganz unterschiedliche wissenschaftliche Probleme. Die Frage, ob Pawlows Modelle und ihre sowjetische Weiterentwicklung als Wissensinhalte wirklich anerkannt und angewandt wurden, oder ob sie in der Praxis des Klinik- und Anstaltsalltags keine große Bedeutung hatten, ist wohl am ehesten mit einem Sowohl-als-auch zu beantworten.⁹³ Der weitere Fortgang der Geschichte, wie er im folgenden Kapitel am Beispiel von Dietfried Müller-Hegemann aufgezeigt wird, legt die Annahme nahe, dass Pawlows Lehren zwar offiziell gepflegt wurden, solange es die politische Situation erforderlich machte, sie sich aber letztlich – auch aufgrund mangelnder psychopathologischer Anschlussfähigkeit und therapeutischer Konzepte – nicht etablieren konnten. Die physiologischen und reflextheoretischen Modelle Pawlows boten zwar Erklärungen, blieben aber hinter der ausdifferen-

⁹¹ Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 28.

⁹² Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 29.

⁹³ Siehe zum Anstaltsalltag Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform.

zierten, komplexen, verästelten psychiatrischen und psychopathologischen Kultur zurück. Pawlows Lehre wurde, wie auch der Psychiater Friedrich Rudolf Groß in seiner Autobiografie anmerkte, als eine von verschiedenen wissenschaftlichen Erklärungsmöglichkeiten, nicht aber als die einzige begriffen.⁹⁴ Für den klinischen Alltag und die psychopathologische Komplexität, die die deutsche Psychiatrie ausgebildet hatte, genügte sie nicht.

Mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zum sowjetischen „Tauwetter“ nach Stalins Tod nahm daher auch in der ostdeutschen Psychiatrie die Rede von Pawlow wieder ab, die in den Hochzeiten der Pawlow-Phase bis zu 85,5 Prozent aller Publikationen in der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* bestimmt hatte.⁹⁵ In der 1958 anlässlich des Parteitags der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) erschienenen Schrift „Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft“ wurde Pawlow nur ein einziges Mal und damit nicht häufiger als andere Wissenschaftler wie Kraepelin oder Virchow namentlich erwähnt.⁹⁶ Auch die Beiträge in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* erwähnten Pawlow im Zusammenhang mit dem Psychosenproblem fortan eher am Rande, ausgenommen die Publikationen des norwegischen Pawlow-Forschers und Psychiaters Christian Astrup über „Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit“ bei unterschiedlichen Psychosen im Jahr 1957.⁹⁷ Der Fokus auf Pawlow wurde zugunsten kontextualisierender Darstellungen aufgegeben. So überwogen Darstellungen, die Pawlow in den Kontext der internationalen Forschung und anderer Schulen stellten, wobei besonders psychotherapeutische Aspekte interessierten.⁹⁸ 1959 kam ein Aufsatz zum

⁹⁴ Friedrich Rudolf Groß, *Jenseits des Limes. 40 Jahre Psychiater in der DDR*, Bonn 1996, S. 49.

⁹⁵ Marie Teitge/Ekkehardt Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* (1949–1990), in: *Der Nervenarzt* 86/5 (2015), S. 614–623, hier S. 619.

⁹⁶ Alexander Mette/Gerhard Misgeld/Kurt Winter, *Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft*, Berlin 1958.

⁹⁷ Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei manisch-depressiven Psychosen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 369–372; Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei reaktiven (psychogenen) Psychosen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 373–377; Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei Oligophrenen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 377–380; Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei organisch Dementen und organischen Psychosen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 380–384.

⁹⁸ Ernst Reifenberg, Pawlow und Kretschmer, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 10 (1958), S. 110–117; Kurt Danziger, Über das Verhältnis des modernen Behaviorismus zur Lehre Pawlows, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 11 (1959), S. 150–158; F. A. Völgyesi, Zivilisationskrankheiten und zeitgemäße Psychotherapie. Der Mensch als homeodynamische Einheit, Schluss, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 11 (1959), S. 226–239; F. A. Völgyesi, Zivilisationskrankheiten und zeitgemäße Psychotherapie. Der Mensch als homeodynamische Einheit. Einige Worte über Iatrogenie, Didaktogenie und Syntonie, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 11 (1959), S. 210–217; Internationales Kolloquium über methodische Fragen der Psychotherapie.

„Sitz des Bewusstseins“ dann schon ohne jede Erwähnung Pawlows aus, wenn gleich sich die verwendeten Begriffe auf Pawlow zurückführen lassen.⁹⁹ Im Oktober 1959 stiegen Dietfried Müller-Hegemann und der Leiter der psychiatrischen Klinik der Charité, Karl Leonhard, in die Herausgeberschaft der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* mit ein, doch auch Müller-Hegemann nutzte seine neue Position nicht für eine Erhöhung der Pawlow-Quote. Mette hingegen überließ die Thematik von Schizophrenie und Sprache einem ungarischen Kollegen¹⁰⁰ und bemühte sich stattdessen um Konzeptualisierungen der Lehre des zweiten Signalsystems¹⁰¹ sowie um seine biografische Arbeit zu Sigmund Freud, in der er dessen Bedeutung im Vergleich zu Pawlow herausarbeitete.¹⁰²

Obwohl manche Begriffe weiter Verwendung fanden und der „lange Schatten Pawlows“¹⁰³ auch nach den fünfziger Jahren noch spürbar war, machte sich doch eine neue Nüchternheit bemerkbar. Neben dem Ende der offiziellen Pawlow-Doktrin hing dies auch mit anderen Entwicklungen zusammen: So beschäftigten die Psychiatrie zunehmend die Entdeckung und Wirkmöglichkeiten von Psychopharmaka. Dennoch kann beispielsweise die Reaktivierung der Schlaftherapie, an deren Förderung sich besonders Müller-Hegemann beteiligte, auf den Einfluss der Pawlow-Phase zurückgeführt werden. Hatte Müller-Hegemann in seiner „Psychotherapie“ von 1952 noch die Richtung der Arbeitstherapie vertreten, so wurde unter seiner Leitung schon 1953 eine Schlafstation eingerichtet. Schließlich sollte es sogar die Schlaftherapie sein, über die er stolperte, als 1962 ein Todesfall in seiner Abteilung eintrat, der Ermittlungen und Müller-Hegemanns Suspendierung nach sich zog.¹⁰⁴ Ähnliches über den Einfluss der Schlaftherapie berichtete auch Groß in seinen Erinnerungen; er bewertete Pawlows Schlafkuren jedoch vor allem hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entdeckung der medikamentösen Behandlung.¹⁰⁵ Die Strategien im Umgang mit der Pawlow-Doktrin und die Funkti-

Am 18. und 19. April 1959 an der Karl-Marx-Universität Leipzig unter der Leitung von Prof. Dr. D. Müller-Hegemann, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 11 (1959), S. 383–384.

⁹⁹ M. Rosenberg, Zur materiellen Konstitution des Bewußtseins, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 12 (1960), S. 441–448.

¹⁰⁰ E. Varga, Über einige Forschungsprobleme der schizophrenen Sprache, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 11 (1959), S. 302–307; E. Varga, Beiträge zur Pathophysiologie der Sprache, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 11 (1959), S. 307–311; E. Varga, Eine neue Methode zur experimentellen Untersuchung der psychotischen Sprache, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 12 (1960), S. 18–27.

¹⁰¹ Alexander Mette, Über typologische, pathognomonische und pathogenetische Schlussfolgerungen aus der Lehre von den beiden Signalsystemen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 210–217.

¹⁰² Alexander Mette, Freud und Pawlow, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 217–225.

¹⁰³ Busse, Pawlow – Der Stein des Anstoßes, S. 220.

¹⁰⁴ Siehe zu diesem Vorfall Holger Steinberg/M. M. Weber, Vermischung von Politik und Wissenschaft in der DDR. Die Untersuchung der Todesfälle an der Leipziger Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik unter Müller-Hegemann 1963, in: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 79/10 (2011), S. 561–569.

¹⁰⁵ Groß, Jenseits des Limes, S. 49 f.

onen der Anrufung Pawlows in der ostdeutschen Psychiatrie waren, so lässt sich festhalten, vielfältig: Der Verweis auf Pawlow konnte eine Theorie flankieren, wenn diese selbst schon naturwissenschaftlichen Standards oder ideologischen Anforderungen genügte; er konnte widersprüchliche Konzepte tarnen, indem er beiläufig eingestreut wurde; er konnte bestehendes Wissen bestätigen, indem er zu diesem analog gesetzt wurde.

Uneinigkeit statt Geschlossenheit

Wie stark innerpsychiatrische Traditionen und Schulbildungen auch nach der Pawlow-Phase waren, soll exemplarisch an einem weiteren Beispiel verdeutlicht werden. Im Juli 1960 schickte die Abteilung Allgemeiner Gesundheitsschutz Unterlagen über verschiedenen Klassifikationsmöglichkeiten an alle psychiatrischen Anstalten und Kliniken mit der Anmerkung, das Gesundheitsministerium beabsichtige die Anpassung an die Bestimmungen der WHO, wo momentan eine „Diskussion über die Fragen der Klassifikation der Geisteskrankheiten“ stattfinde.¹⁰⁶ Mithilfe des aus diesen Diskussionen stammenden, beigelegten Materials sollten die Psychiaterinnen und Psychiater darüber diskutieren und ihre Einschätzung an die Abteilung zurückmelden. Beigelegt wurden das geplante Internationale Schema der WHO, das amerikanische Schema, zwei russische Klassifikationen,¹⁰⁷ sowie eine Klassifikation von Erwin Stengel. Die ausführlichen Rückbriefe zeigen, dass das Thema in den meisten Kliniken und Anstalten tatsächlich ausführlich diskutiert wurde, dass die Einschätzungen aber völlig unterschiedlich ausfielen. Der Großteil der Psychiaterinnen und Psychiater gab zu Bedenken, dass ein allgemein gültiges Klassifikationsverzeichnis grundsätzlich zu begrüßen¹⁰⁸ und sicher „wünschenswert“¹⁰⁹, „notwendig“¹¹⁰, ja „unerlässlich“¹¹¹ sei, es sich dabei aber angesichts der Uneinigkeit der Psychiatrie um ein „schwieriges“¹¹² Unterfangen

¹⁰⁶ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Lammert, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 22. 7. 1960.

¹⁰⁷ Die russische Psychiatrie verwendete einen sehr weit angelegten Schizophreniebegriff, der mehr umschloss, als es in der deutschen Psychiatrie üblich war. Die Weite dieses Schizophreniebegriffes wurde im Sowjetsystem für politischen Missbrauch ausgenutzt, siehe N. Piatnitski/H. Dech/Ch. Mundt, Schizophreniekonzepte in der sowjetischen und russischen Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 69/3 (1998), S. 196–203.

¹⁰⁸ Siehe beispielsweise die Schreiben von Walther aus Rodewisch und Rennert aus Wittenberg, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Walther, Rodewisch, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 9. 8. 1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Rennert, Halle-Wittenberg, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 30. 9. 1960.

¹⁰⁹ So Eichler, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Eichler, Görden, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 30. 8. 1960.

¹¹⁰ So der Psychiater Brand aus Teupitz, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Brand, Krankenhaus für Psychiatrie Teupitz, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 2. 9. 1960.

¹¹¹ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Baumm, Bernburg, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 25. 8. 1960.

¹¹² So beispielsweise in den soeben zitierten Schreiben von Walther, Baumm, Eichler und Brand, aber auch in den Schreiben von Schmitz und Ritter, s. Anm. 114, Anm. 115.

handle. Erich Drechsler aus Stadtroda hielt es für nahezu unmöglich, ohne eine gründliche und intensive Diskussion auf internationaler und nationaler Ebene zu einem alle zufriedenstellenden Ergebnis zu kommen.¹¹³ Die Uneinigkeit der Psychiater demonstrierte sich denn auch umgehend darin, welches System favorisiert oder abgelehnt wurde. Dr. Schmitz vom Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Ueckermünde erklärte, bei ihnen hielte man die amerikanische Klassifikation ebenso wie die Klassifikation nach Giljarovskij nicht für geeignet, fände aber die Klassifikation nach Kerbikov recht zutreffend.¹¹⁴ Dr. Ritter vom Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Haldensleben berichtete, an seiner Klinik hätten sich von fünf Ärzten drei für die Klassifikation von Giljarovskij, einer für die Internationale Systematik und einer für das amerikanische Schema ausgesprochen.¹¹⁵ Auch in Stralsund fand man die Klassifikation von Giljarovskij geeignet, vor allem deshalb, weil „sie übersichtlich ist, keine unklaren und ungewohnten Begriffe enthält und letzten Endes der hier gebräuchlichen Einteilung, die auf Kraepelin bzw. Bleuler zurückgeht, wohl am nächsten kommt“.¹¹⁶

Ganz anders dagegen äußerte sich Dr. Leonhardt aus Altscherbitz. Dort sei man der Meinung, dass die amerikanische Klassifikation aufgrund ihrer „zahlreichen Unterteilungen der Hauptbegriffe“ den Vorteil habe, sowohl die Praxis abzubilden als auch unterschiedlichen Ansätzen noch genügend Raum zu belassen – ein Vorteil, den er bei den sowjetischen Schemata nicht sah, weil er sie als „relativ eng gestellt“ empfand.¹¹⁷ Dr. Steinkopf dagegen hielt das amerikanische Schema für zu umfangreich, als dass es im Klinikalltag praktikabel wäre, ebenso wie Berthold aus Schwerin.¹¹⁸ Wenn die amerikanische Klassifikation abgelehnt wurde, dann häufig wegen ihres reaktiven Ansatzes, der Psychosen als Reaktionen begriff.¹¹⁹ Am deutlichsten machte dies Dr. Schneider aus Hildburghausen, ein Befürworter der Internationalen Systematik, der bei einer Orientierung am amerikanischen System schon den Untergang der deutschen Psychiatrie vor der Tür stehen sah: „Eine Abänderung im amerikanischen Sinne würde alle bisherigen Maßstäbe umwerfen und eine vollständige Umstellung unseres bisherigen

¹¹³ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Drechsler, Stadtroda, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 3.11.1960.

¹¹⁴ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schmitz, Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Ueckermünde, 16.8.1960.

¹¹⁵ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Ritter, Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Haldensleben, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 19.8.1960.

¹¹⁶ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Groß, Stralsund, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 29.08.1960.

¹¹⁷ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Leonhardt, Krankenhaus für Psychiatrie Altscherbitz, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 6.9.1960.

¹¹⁸ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Steinkopf, Nervenkl. Karl-Marx-Stadt, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 31.8.1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Berthold, Bezirksnervenklinik Schwerin, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 10.8.1960.

¹¹⁹ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Asmussen, Krankenanstalten Hubertusburg, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 18.8.1960; BArch DQ 1/22109, Vorläufige Stellungnahme von Dr. Suckow, 10.10.1960.

Denkens zur Folge haben müssen. Das aber würde für die deutsche Psychiatrie unabsehbare Folgen haben.“ Diese Ablehnung bezog sich jedoch nicht auf das amerikanische Klassifikationsschema allein. An den russischen Schemata lehnte er ebenfalls ab, dass sie – wie das amerikanische – das Konzept der reaktiven Psychose kannten. Eine solche Begrifflichkeit würde, so Schneider, „diese Grenzen [zwischen Reaktion und Psychose, Anm. d. Verf.] völlig verwischen und zu großer Unsicherheit führen“.¹²⁰

Es bestand jedoch auch keine Einigkeit darüber, ob eine Klassifikation symptomorientiert, ätiologisch oder prozessorientiert aufgebaut sein sollte.¹²¹ Dr. Steinkopff, der Chefarzt der Nervenklinik in Karl-Marx-Stadt, war daher der Meinung, ein neues Schema sollte so „anpassungsfähig“ sein, „dass es künftige wissenschaftliche Möglichkeiten nicht verbaut, sondern vielmehr eröffnet“. Darunter verstand er seine Eignung als „Diskussionsbasis“ und eine einfache Handhabung im Alltag. Am ehesten sah er dies im Diagnoseschema des Deutschen Vereins für Psychiatrie von 1931 gegeben – auch wenn dessen Dreiteilung nach organischen, endogenen und reaktiven Krankheiten nicht ganz ahistorisch und „deshalb nicht ganz voraussetzungsfrei“ sei.¹²²

Auch einige Fürsprecher für eine Stärkung der deutschen Tradition fanden sich. Walther aus Rodewisch etwa erklärte, „[b]eim gegenwärtigen Stand der nosologischen Forschung in der Psychiatrie“ würde eine Klassifikation im Sinne Emil Kraepelins „noch am besten den Bedürfnissen entsprechen“ können.¹²³ Auch Neymeyer aus Neuruppin sprach sich für eine an Kraepelin orientierte Nomenklatur aus.¹²⁴ Baumm aus Bernburg berichtete, dass man an seiner Einrichtung mit der Klassifikation von Kraepelin arbeite, und schlug vor, ergänzend noch das „vertrautere“ Schema der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie zur Diskussion zu stellen.¹²⁵ Lieselotte Eichler aus Görden vertrat die „Ansicht, dass die alte deutsche Tradition und die Entwicklung der psychiatrischen Systematik über Kahlbaum, Kraepelin, Birnbaum, Kretschmer bis zu Bleuler und Kurt Schneider in einer neuen Klassifikation irgendwie zum Ausdruck kommen müssen“. Dies sah sie am ehesten in der internationalen Klassifikation gewährleistet. Suckow aus Dresden dagegen gab zu bedenken, dass Kraepelin selbst seine Klas-

¹²⁰ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schneider, BZK Hildburghausen, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 13.10.1960.

¹²¹ So sprach sich Kothe für ein prozessorientiertes, Stoltenhoff für ein ätiologisches und Schulze für ein sowohl ätiologisches als auch symptomatologisches Schema aus, siehe BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Kothe, Neurol. Klinik des Städt. Hufeland-Krankenhaus Berlin, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 1.10.1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Stoltenhoff, BZK Arnsdorf, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 7.10.1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schulze, BZKH Leipzig-Dösen, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 5.10.1960.

¹²² BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Steinkopff, 31.8.1960.

¹²³ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Walther, 9.8.1960.

¹²⁴ BArch DQ 1/22109, Diskussionsbeitrag von Dr. Neymeyer, Neuruppin, 10.8.1960.

¹²⁵ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Baumm, 25.8.1960.

sifikation ständig umgearbeitet habe.¹²⁶ Stoltenhoff aus Arnsdorf sprach sich für eine Orientierung an Bleuler aus.¹²⁷

Helmut Rennert aus Halle-Wittenberg dagegen gab zu bedenken, dass es wohl sehr schwierig sei, alle verschiedenen „Meinungen unter einen Hut zu bringen“. Er glaubte beispielsweise nicht, dass Karl Leonhard, Leiter der Nervenklinik der Charité, sich auf ein anderes Schema als sein eigenes einlassen werde. Unter diesem Gesichtspunkt hielt er es für das Beste, sich dem Vorschlag der WHO anzuschließen, „damit die ganze Angelegenheit gewissermaßen überparteiisch bleibt“. Aus einem ganz ähnlichen Grund argumentierte auch Dr. Brand aus Teupitz für das Internationale Schema: dieses habe einen „übergeordneten Charakter“ und könne „als Rahmen“ dienen, während jeder Schule ihre eigenen Ansichten belassen werden könnten. Im Internationalen Schema entdeckte Brand außerdem die deutsche Tradition von Emil Kraepelin, seinem „verehrten Lehrer Bumke“, Ernst Kretschmer und Kurt Schneider am ehesten wieder. Befürwortet wurde das Internationale System außerdem auch in Rostock. Ein weiteres Argument für das Internationale Schema, das immer wieder genannt wurde, war, dass es international wissenschaftliche Vergleiche ermögliche.¹²⁸

Eine der pessimistischsten Stimmen kam von Hugo von Keyserlingk aus Jena, der die unterschiedlichen Meinungen in der Auffassung der Schizophrenie, aber auch der Neurosen und Psychopathien für so gravierend hielt, dass er vorschlug, diese Bezeichnungen zugunsten allgemeinerer Begriffe aufzugeben und beispielsweise nur allgemein von „geistigen Störungen“ zu sprechen – auch wenn damit die wissenschaftliche Statistik undurchführbar werde.¹²⁹ Einige Stimmen sprachen sich außerdem dafür aus, alles beim Alten zu belassen, da doch sehr vieles hinsichtlich der Klassifikation nicht klar sei und ein neues Schema nur aus einer äußerst gründlichen Beschäftigung mit dem Forschungsstand entstehen könnte.¹³⁰

Karl Leonhard dagegen, der kurz zuvor seine „Aufteilung der endogenen Psychosen“¹³¹ veröffentlicht hatte, gab sich beschäftigt. Er erklärte, aktuell „ein endgültiges Schema“ für seine Klinik zu entwerfen, das außerdem in Kürze der Psychiatrisch-Neurologischen Gesellschaft der DDR vorgelegt werden würde. Bis dahin schließe er sich vorläufig den Äußerungen von Hanns Schwarz aus Greifswald an.¹³² Dieser hatte die Aufstellung einer international gültigen Klassifikati-

¹²⁶ BArch DQ 1/22109, Vorläufige Stellungnahme von Dr. Suckow, 10.10.1960.

¹²⁷ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Stoltenhoff, BZK Arnsdorf, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 7.10.1960.

¹²⁸ So z. B. Schulze aus Leipzig-Dösen, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schulze, 5.10.1960.

¹²⁹ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. v. Keyserlingk, Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena, an Frau Dr. Lammert, MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 30.8.1960.

¹³⁰ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Vogl, Städt. Krankenhaus Herzberge, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 29.8.1960.

¹³¹ Karl Leonhard, *Aufteilung der endogenen Psychosen*, Berlin 1957.

¹³² BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Leonhard, Charité, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 30.9.1960.

onstabelle für „fast unmöglich“ erklärt, sich aber prinzipiell kooperativ gegeben und für eine an der Unterteilung endogen, exogen und psychogen orientierte Ordnung ausgesprochen.¹³³ Müller-Hegemann meldete aus Leipzig – nach einer Diskussion, in der sich sieben Ärzte für die sowjetischen Klassifikationen, vier für die WHO-Klassifikation und einer für die amerikanische Klassifikation ausgesprochen hatten – schließlich ebenfalls, dass sie das Unterfangen der Installation der internationalen Systematik mit einigen Anpassungen und Erweiterungen zwar für schwierig und zeitaufwändig hielten, dass es aber durchaus auf einen Versuch ankäme.¹³⁴

Die Rede von der Fortschrittlichkeit der ostdeutschen Psychiatrie, wie sie in öffentlichen Publikationen zu finden ist, fehlt in diesen Briefen ebenso wie eine strikte Orientierung an der sowjetischen Psychiatrie. Stattdessen sind die Briefe Ausdruck einer von Fachargumenten getriebenen Diskussion, in der vor allem die Anwendbarkeit, Pragmatik, die Erleichterung des Arbeitsalltags und die weitere Gewährleistung des errungenen Standards bzw. keine zu große Umgewöhnung den Ausschlag gaben. Auch wenn sie nur ein Schlaglicht werfen, so zeigen sie doch, wie unterschiedlich die Urteile über eine Klassifikation ausfallen konnten, aller medizinischen und biologischen Verankerung zum Trotz. Zudem bestimmten lokale Gegebenheiten, Traditionen und Praktiken die Auffassung von der geeigneten Klassifikation weit stärker als wissenschaftliche „Richtigkeit“ oder wissenschaftlicher Anspruch. Auch ist diese Diskussion ein Beleg dafür, wie wenig nachhaltig der Einfluss der Pawlow-Doktrin war.

2. Außenbetrachtungen

Die physiologischen Lehren Pawlows hatten eine Erklärung für bekannte psychiatrische Probleme geboten; sie hatten aber auch aufgrund der Leitlinie, dass sie als einzige bzw. letzte Erklärungen zu gelten hatten, den Raum für die Rezeption und Diskussion anderer Ansätze verstellt. Am offensichtlichsten galt dies für die Psychoanalyse, aber auch andere als spekulativ und idealistisch verurteilte Strömungen. Die Zeitspanne, in der in der ostdeutschen Psychiatrie die Pawlow-Doktrin ihre stärkste Wirkung entfaltete, war zugleich die Zeitspanne, in der in der westdeutschen Psychiatrie Fallgeschichten erschienen, die von psychoanalytischen Sitzungen bei schizophrenen Patientinnen und Patienten berichteten, daseinsanalytische Deutungsversuche unternommen und anthropologische Betrachtungsweisen studiert wurden. Ein pointiertes Urteil hinsichtlich der Geschichte der Psychoanalyse in der DDR fällt Heike Bernhardt, die erklärte,

¹³³ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Hanns Schwarz, Universitäts-Nervenlinik der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, z. Hd. Frau Dr. Lammert, 16. 8. 1960.

¹³⁴ BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Müller-Hegemann, Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, z. Hd. Frau Dr. Lammert, 21. 11. 1960.

dass mit der Pawlow-Doktrin auf Jahre hinweg Wissen vernichtet und in die Vergessenheit befördert worden sei: „Psychoanalyse wurde 1953 in der DDR völlig zerstört. Nur ganz langsam und mühevoll konnte Ende der 70er Jahre und in den 80er Jahren wieder Wissen um Unbewusstes, Verständnis für Beziehungsdynamik und Wissen um Sigmund Freud neu erworben werden. Es gab keine Rückbesinnung auf ehemalige Traditionen der Psychoanalyse, ausgenommen von Elementen der Neo-Psychoanalyse Schultz-Henckes.“¹³⁵ Viele Analytikerinnen und Analytiker verließen den Osten, da nicht abzusehen war, wann wieder psychoanalytisch praktiziert werden durfte. Tatsächlich deckt sich der Eindruck, dass die Psychoanalyse erst ab den siebziger Jahren wieder diskutierbar wurde, auch mit der von Marie Teitge vorgenommenen statistischen Auswertung der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. Ihr Vergleich der Verteilung der Konzepte Pawlowismus, Psychoanalyse und Psychosomatik ergab für die fünfziger Jahre eine deutliche Dominanz Pawlows, die dann in den sechziger Jahren massiv einbrach und sogar unter die Häufigkeit psychoanalytischer Themen fiel. Erst in den siebziger Jahren verschwand Pawlow völlig in die Bedeutungslosigkeit, und die Psychoanalyse erreichte beinahe die Häufigkeit, die in den fünfziger Jahren dem Pawlow-Konzept vorbehalten gewesen war.¹³⁶

War die Psychoanalyse in Ostdeutschland also tatsächlich vollständig verschwunden, und wenn ja, war dies allein auf die Pawlow-Doktrin zurückzuführen? Berichte von beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen in eine andere Richtung. Demnach wurde durchaus psychoanalytisch praktiziert, allerdings nur vereinzelt und in verschleierte Form.¹³⁷ Einzelpersonen, die analytisch und psychotherapeutisch interessiert waren, versuchten weiterhin, durch die internationale Literatur einen Eindruck von den Entwicklungen auf dem psychotherapeutischen Feld zu bekommen. In der Autobiografie des Anstaltspsychiaters Friedrich Rudolf Groß etwa taucht die Thematik immer wieder auf. Wie Groß schreibt, versuchte er selbst immer wieder, sich durch die Lektüre westlicher Zeitschriften Wissen über psychotherapeutische Verfahren anzueignen und dieses bei ihm geeignet erscheinenden schizophrenen Patientinnen und Patienten anzuwenden. Die Arbeiten des Schweizer Psychiaters Gaetano Benedetti spielten dabei eine große Rolle. Groß schreibt den Studien Benedettis über Psychotherapie bei Schizophrenie zu, ihn davon überzeugt zu haben, dass Psychotherapie bei Schizophrenie möglich sei, und ihm Wesentliches über das

¹³⁵ Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg, S.185.

¹³⁶ Marie Teitge, Die Nervenheilkunde in der DDR im Spiegel der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“ (1949–90). Rostock, Univ., Med. Fak., Diss., 2013, Rostock 2012, S.51.

¹³⁷ Siehe Werner König/Michael Geyer, Wiederannäherung an die Psychoanalyse in den 1960er Jahren, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S.161–164, sowie die Zeitzeugeninterviews in Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000.

menschliche Verhalten vermittelt zu haben. Zugleich prägte Groß sich die von Bendedetti geschilderte „direkte Analyse“ und ihre wesentlichen Begriffe der geführten Übertragungssituation und des analytischen Deutens ein und versuchte, darauf sowie auf Arbeiten von Rosen und Sullivan aufbauend, Einzelgesprächspsychotherapie zu führen – im, wie er schreibt, Bewusstsein, dass eine analytische Behandlung ohne zuvor erfolgte Selbstanalyse eigentlich nicht geboten war.¹³⁸

Wissenschaftliche Auseinandersetzungen und Diskussionen der Psychoanalyse im öffentlichen Rahmen der Fachzeitschriften gingen allerdings mit der Verhängung des Banns über die Psychoanalyse zurück. Noch 1949 hatten Auseinandersetzungen mit der Psychoanalyse in größeren Zusammenhängen stattgefunden. Werner Kemper vom Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen in Berlin hatte bei der „Arbeitsbesprechung der Psychiater und Neurologen der Sowjetischen Besatzungszone“, die vom 22. bis 23. November 1946 stattgefunden hatte, ein Referat gehalten, in dem er den Stand der Psychotherapie festzuhalten suchte. 1949 wurde dieser Beitrag im ersten Jahrgang der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* abgedruckt.¹³⁹ Darin beklagte er die Entfremdung von Psychiatrie und Psychotherapie, kritisierte die Annahme, endogen und psychogen seien einander ausschließende Alternativen, als unhaltbar, und setzte sich für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen einer professionalisierten Psychotherapie und der Psychiatrie ein. Im selben Jahrgang setzte außerdem noch Fritz Besold aus Kaiserslautern die Wirkungsweise der psychoanalytischen Verfahren auseinander, wobei er insbesondere auf Aspekte der Verwirklichung unbewusster Wesensanteile und der Entstehung von Selbstbewusstsein einging. Wenn auch die Schriftleitung anmerkte, dass sich der „Inhalt des Beitrages“ nicht mit ihren „Auffassungen“ decke, so druckten sie ihn doch als „bemerkenswerten Versuch zu einer vorläufigen Übersicht“.¹⁴⁰ Und auch Harald Schultz-Hencke steuerte einen Überblick über den Stand der Psychotherapie bei, in dem er für den Ausbau der analytischen Psychotherapie als „großer“ Psychotherapie – im Unterschied zu Verfahren wie Hypnose oder Suggestion – plädierte.¹⁴¹ Gemeinsam war diesen Beiträgen aber auch eine Beschränkung auf die Neurosen bzw. Krankheitsbilder, die nicht Psychosen waren. Mit dem Beginn der Pawlow-Phase verschwanden solche Berichte aus der psychiatrischen Fachzeitschrift. Die Psychotherapie in der DDR professionalisierte sich zunehmend unabhängig von der Psychiatrie und entwickelte sich zu einer eigenständigen Fachrichtung.

Dass die Verbannung der Psychoanalyse aus dem öffentlichen Raum funktionierte, ist jedoch nur in Teilen mit der Pawlow-Doktrin zu erklären. Vor allem konnte sie sich auf die lange Tradition der Psychoanalyse-Kritik in der deutschen

¹³⁸ Siehe Groß, *Jenseits des Limes*, S. 43, S. 166 und S. 199.

¹³⁹ Werner Kemper, *Aufgaben, Grenzen und Möglichkeiten der Psychotherapie*, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 1 (1949), S. 47–53.

¹⁴⁰ Fritz Besold, *Die Wirkungsmechanismen der psychoanalytischen Therapie*, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 1 (1949), S. 374–380.

¹⁴¹ Harald Schultz-Hencke, *Der heutige Stand der „großen“ Psychotherapie*, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 1 (1949), S. 244–249.

Psychiatrie stützen. Den Erinnerungen von Friedrich Rudolf Groß zufolge war die Ablehnung der Psychoanalyse weniger Pawlows Einfluss als vielmehr der biologisch ausgerichteten Psychiatrie, die von Psychotherapie oder gar Psychoanalyse bei Schizophrenie nichts hielt, zuzuschreiben.¹⁴² Ganz ähnlich beurteilte auch der Leipziger Psychiater Klaus Weise rückblickend die Situation: Dass sich die Psychotherapie in der DDR eigenständig von der Psychiatrie entwickelte, habe stark mit der sich als naturwissenschaftlich definierenden Psychiatrie zusammengehangen, die andere Zugänge gering schätzte.¹⁴³ Er berichtete, seine persönliche Kritik an psychoanalytischen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie habe nichts mit der Tabuisierung von Freud zu tun gehabt, sondern vielmehr mit der Kritik von Karl Jaspers an der „entlarvenden“ und dominanten Strategie der Psychoanalyse, die er teilte.¹⁴⁴ Grundsätzliche Skepsis und Ablehnung gegenüber der Psychoanalyse war eine psychiatrische Grundhaltung, die bereits vor der Pawlow-Doktrin in weiten Teilen der Ärzteschaft geteilt worden war. Nicht anders als in westdeutschen psychiatrischen Fachzeitschriften, wo die Verbreitung der Fallgeschichten im Rahmen der psychoanalytischen Zeitschrift *Psyche* begann, war daher auch in der einer biologischen Psychiatrie verpflichteten *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* die psychoanalytische Behandlung bei Schizophrenie zu Beginn der fünfziger Jahre kein eigenes Thema. Wo Psychoanalyse diskutiert wurde, ging es um die Behandlung von Neurosen. Die Fallgeschichten von psychoanalytischen Behandlungen schizophrener Patientinnen und Patienten, die in den fünfziger Jahren in westlichen Fachzeitschriften abgedruckt wurden, wurden im ostdeutschen naturwissenschaftlichen Psychiatriediskurs vorerst nicht wahrgenommen. Dass sich die Psychoanalyse in Westdeutschland außerhalb der Psychiatrie ganz anders entfalten konnte als in Ostdeutschland, steht außer Frage. Statt psychoanalytischer, anthropologischer oder phänomenologischer Richtungen bildeten sich in der ostdeutschen Psychiatrie jedoch andere, eigene Ansätze aus.

Die Ermittlung äußerer Einflüsse

Im Kontext der Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen spielte abermals Dietfried Müller-Hegemann eine wichtige Rolle in der ostdeutschen Psychiatrie. Die meisten Psychiater und Psychotherapeuten, deren Einfluss auf die Entwicklung der Psychotherapie in der DDR hoch einzuschätzen ist, wie Kurt Höck, beschäftigten sich nicht oder nur in seltenen Fällen mit schizophrenen Patientinnen und Patienten. Bereits nach seiner Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft Ende der vierziger Jahre, also noch vor der Pawlow-Doktrin, hatte Müller-Hegemann

¹⁴² Groß, *Jenseits des Limes*, S. 31.

¹⁴³ Klaus Weise, Psychotherapie in der Psychiatrie, in: Achim Thom (Hrsg.), *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*, Bonn 1990, S. 288–307, hier S. 291.

¹⁴⁴ Klaus Weise, Psychosoziales Krankheitsverständnis und Psychiatriereform, in: Michael Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995*, Göttingen 2011, S. 409–416, hier S. 412.

sich von seinen psychoanalytischen Wurzeln losgesagt und zunehmend eigene psychotherapeutische Ideen formuliert.

Wie bereits notiert, ist das eigentlich Erstaunliche an der Implementierung der Pawlow-Doktrin in der ostdeutschen Psychiatrie, dass sie maßgeblich von psychoanalytisch versierten Psychiatern umgesetzt wurde. Alexander Mette war bis 1946 als niedergelassener Psychiater und Psychoanalytiker tätig gewesen, am Göring-Institut hatte er aufgrund seiner politischen Einstellung keine Beschäftigung erhalten. Dietfried Müller-Hegemann dagegen war ein Ausbildungskandidat am Göring-Institut gewesen, wo er 1944 auch Vorträge über Psychotherapie bei schizophrenen Patienten hielt.¹⁴⁵ Mit seiner Habilitationsschrift über „Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen“ legte er im selben Jahr wie sein ehemaliger Lehrer Harald Schultz-Hencke eine Arbeit vor, die sich zentral mit der Frage nach der Möglichkeit und der Umsetzung von Psychotherapie bei Schizophrenie auseinandersetzte. In der Auseinandersetzung mit Schultz-Henckes bis dahin veröffentlichten Schriften hielt sich Müller-Hegemann mit Kritik weitgehend zurück. Er wies selbst darauf hin, dass er Schultz-Hencke und der gemeinsamen Arbeit mit ihm die „Anregungen, Schizophrene psychotherapeutisch zu beeinflussen“, verdanke.¹⁴⁶ In seiner Übersicht über bisherige Versuche der psychotherapeutischen Behandlung ging er auch auf die jüngsten amerikanischen Veröffentlichungen etwa von Rosen, Hamilton und Wale, Cheney und Drewrey sowie Abrahams ein und unterstrich den Eindruck von der bedeutenden Rolle der Tiefenpsychologie in den USA mit einem Zitat aus dem Reisebericht von Walter von Baeyer. Mit dieser „Psychotherapie im engeren Sinne“ ließ es Müller-Hegemann jedoch nicht bewenden. Stattdessen stellte er ihr mit der Arbeitstherapie eine weitere Methode an die Seite, nicht ohne zu erwähnen, dass diese in den USA weit hinterherhinkte.¹⁴⁷ Im Vergleich der beiden Methoden war seine Präferenz klar: Während er sich dem Urteil anderer Psychiater über die psychoanalytische Methode als „problematisches, überwiegend auf gefühlsmäßigem Vorgehen beruhendes Unternehmen, das ebenso zu gelegentlichen Erfolgen wie zu bedenklichen Verschlimmerungen führen kann“, anschloss, lobte er die „glänzenden Erfolge“ einer „hochentwickelten Arbeitstherapie“.¹⁴⁸ Im Vergleich mit der lebensgeschichtlichen, also der Vergangenheit zugewandten Haltung der Psychoanalyse schien ihm die Arbeitstherapie mit ihrer Fokussierung von Gegenwart und sozialer Umwelt deutlich realitätsbezogener und differenzierter. Sein Konzept von Schizophrenie war im Wesentlichen eine Mischung struktureller Vorstellungen und neurologischer Hirnforschung, die auch Umwelteinflüsse berücksichtigen wollte. Demnach be-

¹⁴⁵ Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg, S.174–178.

¹⁴⁶ Dietfried Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme, Leipzig 1952b, S.7. Anders als Schultz-Hencke, der in seinem tiefenanalytischen Eifer so weit ging, die Schizophrenie von einem endogenen, organischen Prozess zu einem „Primär-Seelischem“ umzuschreiben, behielt Müller-Hegemann den „Prozess“ prominent im Titel.

¹⁴⁷ Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S.22.

¹⁴⁸ Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S.53 f.

ruhte Schizophrenie auf Störungen in der Hirnrinde, die „in Zusammenhang mit Störungen in der gesellschaftlichen Umwelt als Hauptursache der schizophrenen Erkrankung zu gelten“ hätten.¹⁴⁹ Müller-Hegemann ging also von einer Beeinflussbarkeit der Organe und der Hirnbereiche durch schädigende Einflüsse der Umwelt aus; eine so verursachte Störung konnte dann zu einer schweren Erkrankung und Schädigung der beteiligten Hirnareale fortschreiten.

Seit seiner Zusammenarbeit mit Schultz-Hencke hatte Müller-Hegemanns Denken eine entscheidende Wendung erfahren. Hatte er früher im Wesentlichen dessen bewusstseinspsychologische Ansätze geteilt, so setzte er jetzt einen deutlichen Schwerpunkt auf die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren. Dies hatte auch Konsequenzen für die Gestaltung der Therapie, als die analytischen Elemente einer direkten, auffordernden Ansprache des Patienten wichen. Zwar beschrieb Müller-Hegemann eine tiefenpsychologisch vorgehende Psychotherapie durchaus als geeignet, um den schizophrenen Prozess positiv zu beeinflussen; eine therapeutische Wirkung sah er aber nicht gewährleistet. Diese sei nur von einer umfassenden Arbeitstherapie zu erwarten, da nur diese auch auf die tiefsten und ältesten Schichten des Menschen als soziales Wesen einwirken könnte. Die Arbeitstherapie ergänzte Müller-Hegemann mit autosuggestiven Entspannungstechniken.

Bereits drei Jahre zuvor hatte Müller-Hegemann bei der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie einen Vortrag gehalten, in dem er zwei psychotherapeutisch behandelte Fälle präsentiert hatte. 1950 erschien der Vortrag als Aufsatz in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, versehen mit der anschließenden Diskussionsbemerkung von Rudolf Thiele, der damals der Direktor der Universitäts-Nervenklinik der Charité war. Eine der beiden Fallgeschichten, nämlich „Otto M.“, wurde auch in der Psychotherapieschrift von 1952 wiedergegeben. Dabei hatte Müller-Hegemann bei der Verfassung seiner ersten Fallgeschichte „Willi G.“ noch deutlich Mühe gehabt, etwas Sinnhaftes hinter der Psychose zu entdecken. Er räumte selbst ein: „Einen verständlichen Gesamtzusammenhang stellten die zutage geförderten psychischen Geschehnisse keineswegs dar. Aus ihnen, wie z. B. der hervorgetretenen Mutterbindung, Ablehnung der Autorität usw., den Krankheitsverlauf verständlich zu machen, hätte reine Spekulation bedeutet.“¹⁵⁰ Der Verlauf des Falles hätte ebenso gut psychoanalytisch mit Verdrängungsmechanismen wie mit klinischen Erklärungen als organisch bedingt gedeutet werden können. Deutlich besser gelang ihm nach eigener Aussage die Konstruktion „weit wesentlichere[r] Zusammenhänge“ im Fall Otto M.¹⁵¹ Der wesentliche Schlüssel zum Verständnis waren die Träume des Patienten und die daran anknüpfenden Assoziationen, denen der

¹⁴⁹ Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S.106.

¹⁵⁰ Dietfried Müller-Hegemann, Bericht über zwei psychotherapeutisch beeinflusste Schizophreniefälle, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 2 (1950), S.20–30, hier S.25.

¹⁵¹ Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle, Zitate S.25.

Therapeut mit Deutungen begegnen konnte. Was in diesen Träumen und Assoziationen zum Vorschein trat, waren Erfahrungen und Erinnerungen, die bis in die frühe Kindheit zurückreichten. In einem „gefühlskalten kleinbürgerlichen Milieu“ aufgewachsen, war der Patient schon früh dazu angehalten worden, seine Energie und geistigen Anlagen zurückzuhalten, und hatte dies mit einem „übersteigerten Lebensanspruch“ kompensiert. Schon früh zum sozialen Außenseiter geworden, so Müller-Hegemann, war Otto M. gleichzeitig in extremem Maße auf die Anerkennung anderer angewiesen. Mit der Einziehung zur Wehrmacht wurde die Möglichkeit, sich über seine musikalischen Fähigkeiten Geltung zu verschaffen, jäh abgeschnitten; die unterdrückten Ängste und Aggressionen nahmen überhand und führten ihn schließlich in die „psychotische Katastrophe“.¹⁵²

So angeordnet, erklärte Müller-Hegemann, würden die Zusammenhänge verständlich, wenn auch nicht – und er verwies auf Jaspers – kausal erklärbar. Für ihn war es kein Widerspruch, psychische und somatische Faktoren gleichermaßen anzunehmen: Eine „derart tief in alle Lebensbereiche des Menschen eingreifende [...] Erkrankung“ wie Schizophrenie ergreife sicher Körper und Psyche gleichermaßen.¹⁵³ Die Entwicklung der Psyche verstand er jedoch nicht als individuell-biografischen Prozess, sondern vor allem in Interaktion mit der Gesellschaft bedingt. Die Deutung des Falles lautete daher: „Sehr ungünstige Milieueinflüsse von früher Kindheit an, besonders wenn in ihnen ganz gegensätzliche Lebensgrundhaltungen zur Auswirkung kommen, werden zu schweren affektiven Belastungen und im Zusammenhang mit entsprechenden Wahrnehmungen und Gedächtniseindrücken zu einer Fehlsteuerung in den vegetativen Zwischenhirnzentren führen. In der konflikthafter Zuspitzung, in der die soziale Kontaktfähigkeit nahezu aufgehoben und dadurch die Vorstellung der unheimlich veränderten Welt herrschend wird, ist dann ein solches Ausmaß der Fehlsteuerung zu erwarten, dass die Durchblutungsfunktionen innerhalb des Endhirns, die als die phylogenetisch jüngsten, kompliziertesten und vulnerabelsten anzusehen sind, fortdauernd beeinträchtigt werden.“¹⁵⁴

Was hinter dieser etwas kompliziert anmutenden Ausdrucksweise steckt, ist die Idee der Beeinflussbarkeit des Körpers durch Erlebnisse und Einflüsse, kurz: die Umwelt. Damit ist bereits der Unterschied zu psychoanalytischen Fallgeschichten angedeutet. Während die Psychoanalyse die Lebensgeschichte als Erzählung verstand, die dem Patienten in der Bewusstmachung ungelöster Konflikte die Genesung als Selbstwerdung versprach, war in der vorliegenden Fallgeschichte die Lebensgeschichte nur der zeitliche Rahmen, in dem sich die Prozesse von Beeinflussung und reaktiver Veränderung abspielten. Das Ziel der Therapie war denn auch nicht die Selbstbewusstmachung und Selbstwerdung, sondern, wie Müller-

¹⁵² Dietfried Müller-Hegemann, Bericht über zwei psychotherapeutisch beeinflusste Schizophreniefälle (Schluss), in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 2 (1950), S. 33–38, Zitate S. 35.

¹⁵³ Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle (Schluss), S. 36.

¹⁵⁴ Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle (Schluss), S. 37.

Hegemann selbst formulierte, „die Psychose zum Abklingen zu bringen und den Patienten wieder sozial einzuordnen, nicht aber alle unbewussten Gefahrenquellen auszuschalten [...]“.¹⁵⁵ Was an Müller-Hegemanns Vorstellung bestach, war die Idee, dass es möglich sei, in den Krankheitsverlauf therapeutisch einzugreifen, zumindest solange es noch zu keinen schwerwiegenden Schädigungen gekommen war. In seiner Diskussionsbemerkung sprach sich Rudolf Thiele nach einer ausführlichen Betonung des organischen Prozesscharakters der Schizophrenie denn auch dafür aus, Müller-Hegemanns Ausführungen zumindest den Status einer Arbeitshypothese zuzubilligen, da der Gedanke des „Eingreifens in den Ablauf“ des Krankheitsgeschehens durchaus aussichtsreich sei.¹⁵⁶

In einer weiteren Krankengeschichte des Patienten „L. R.“ wurde die Emanzipation Müller-Hegemanns von seiner psychoanalytischen Sozialisation noch deutlicher. Zwar erschloss er eine Deutung des Falles mit psychologischen Konzepten, thematisierte jedoch auch die Frage, „ob die hier beschriebene Lebensentwicklung des Patienten den nun anhebenden schizophrenen Prozess ausreichend erklärt“.¹⁵⁷ Durch Fehlannahmen über die vermutete Konfliktsituation war er den analytischen Deutungsinstrumenten gegenüber skeptischer geworden. Dass es bei „L. R.“ nicht nur zu einer schizophrenen Reaktion oder einem vorübergehenden psychotischen Ausnahmezustand, sondern zu einem beobachtbaren Krankheitsprozess gekommen war, ließ Müller-Hegemann erbliche Faktoren annehmen, die sich als „abnorme Reaktionsbereitschaft auf äußere Einflüsse“ äußern sollten.¹⁵⁸ Deutlich wird auch in diesem Beitrag, wie Müller-Hegemann sich von der psychoanalytischen These, dass wesentliche Ursachen von Erkrankungen in lebensgeschichtlichen Konflikten und Selbstentwicklungsschwierigkeiten zu suchen seien, weg bewegte zu einem stärker situationsbezogenen und auf äußere soziale Einflüsse achtenden Ansatz hin.

Dass die allein lebensgeschichtliche Betrachtung der Krankheiten Müller-Hegemanns soziobiologischem Ansatz nicht genügte, wurde auch in einer Auseinandersetzung mit Schultz-Hencke im Jahr 1950 deutlich. Müller-Hegemann hatte im *Aufbau* eine Kritik der Psychoanalyse veröffentlicht, in der er ihr unter anderem ihren bürgerlichen Charakter vorwarf. Daraufhin verfasste Schultz-Hencke einen offenen Brief, der in der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* abgedruckt wurde. Schultz-Hencke wies die Kritik Müller-Hegemanns empört zurück und warf ihm vor, absichtlich und wider besseres Wissen die Lehren der Psychoanalyse verfälscht und als müßiggängerischen Zeitvertreib des ge-

¹⁵⁵ Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle (Schluss), S. 34.

¹⁵⁶ Rudolf Thiele, Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schizophrenie-Frage (im Anschluss an den vorstehenden Vortrag von Müller-Hegemann), in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 2 (1950), S. 39–43, hier S. 42.

¹⁵⁷ Dietfried Müller-Hegemann, Psychotherapeutische Beeinflussung einer Schizophrenie von katatonem Erscheinungsbild, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 2 (1950), S. 320–330, hier S. 328. Diese Fallgeschichte nahm Müller-Hegemann ebenfalls in seine Habilitationsschrift auf.

¹⁵⁸ Müller-Hegemann, Psychotherapeutische Beeinflussung einer Schizophrenie, S. 328.

langweilen, vermögenden Bürgertums dargestellt zu haben. Er habe es so aussehen lassen, dass die Psychoanalyse durch ihre Aufforderung zur Beschäftigung mit dem eigenen Selbst die Aufnahme einer wirklichen, gesellschaftsdienlichen Tätigkeit verhindere. Dem widersprach Schultz-Hencke heftig. Die Psychoanalyse sei immer auf die gesellschaftlichen Faktoren eingegangen und habe den Betroffenen stets zu einer Auseinandersetzung mit seiner Umwelt angeregt, und auch wenn der Patient von außen betrachtet nur ausgestreckt auf der Couch liege, so sei er doch dabei in einer konkreten Auseinandersetzung mit seiner jetzigen Situation ebenso wie der zukünftigen beschäftigt: „Wenn es richtig ist, dass in dieser experimentellen Situation [das Couch-Setting, Anm. d. Verf.] die Menschen allmählich Antriebserlebnisse, Bedürfniserlebnisse, Gefühlsaffekte, Gedanken und Phantasien haben, zu denen sie infolge der Einwirkung von Umweltfaktoren bis dahin nicht fähig waren, so müssen und werden sich diese neuartigen Erlebnisse doch nur zum Teil auf die Vergangenheit beziehen, zum größten Teil aber auf die Gegenwart und auch auf die Zukunft. Wie sollte das anders sein! Das kann ja jeder nachprüfen. Er braucht sich nur auf ein Sofa zu legen, nicht einzuschlafen und auch nicht aufzuspringen oder sich sonstwie zu beschäftigen. Er kann abwarten, was dann geschieht. Und was geschieht, ist, dass er ins dösende Phantasieren gerät, dass sich Wünsche und Hoffnungen regen, dass Befürchtungen auftreten und alles Zugehörige. Ununterbrochen spielt die *gegenwärtige* Umwelt, seine *soziologische* Peristase, in diesen ‚Einfällen‘ eine Rolle. Was denn sonst?! Und über die Familie hinweg, über die nächsten Angehörigen hinweg wird der gesamte soziologisch-historische Hintergrund lebendig, innerhalb dessen sich sein gegenwärtiges Leben abspielt. Was denn sonst?!“¹⁵⁹

Dass die soziologischen Angaben in den Krankengeschichten der Psychoanalytiker vernachlässigt und oft nur vage angedeutet worden seien, sei wohl geschehen, so erklärte Schultz-Hencke, weil sie Freud nicht so wichtig waren, aber auch aus Gründen des Schutzes und der Identitätsverschleierung der Patienten. Schultz-Hencke beharrte aber darauf, dass „während eines solchen Liegens auf dem Sofa, während eines solchen Einfällebringens ständig *eine äußerst lebhafte* Auseinandersetzung des Betreffenden mit den näheren und fernerer gesellschaftlichen Faktoren, die seine derzeitige Umwelt bilden“, erfolge.¹⁶⁰ Erst nach dieser Auseinandersetzung mit sich selbst, erst nach der analytischen Therapie, könne der Patient wirklich wieder „ein fruchtbareres, produktiveres Glied der Gesellschaft“ werden und die „neuerlich für ihn bereit stehenden, vollständigen vitalen Energien seiner Person in den Dienst seiner Mitmenschen [...] stellen“.¹⁶¹ Damit argumentierte Schultz-Hencke selbst aus einer utilitaristischen Gemeinwohlde heraus. Das Individuum sollte gestärkt werden, um der Gemeinschaft besser von

¹⁵⁹ Harald Schultz-Hencke, Offener Brief an den Verfasser des Aufsatzes „Psychotherapie in der modernen Gesellschaft“ D. Müller-Hegemann, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 84–98, hier S. 86.

¹⁶⁰ Schultz-Hencke, Offener Brief an Müller-Hegemann, S. 86.

¹⁶¹ Schultz-Hencke, Offener Brief an Müller-Hegemann, S. 86 f.

Nutzen sein zu können. Die Definition dessen, wie der Nutzen dann aussehen könnte, überließ er allerdings dem Patienten selbst; Aufgabe des Therapeuten sei nicht, politisch edukativ tätig zu werden: „Es wäre sicher eine unproduktive Überforderung des analytischen Psychotherapeuten, wenn er, als *einzelner* dem *einzelnen* Patienten gegenüber noch dazu die Aufgabe erhielte, *direkt* politisch-ökonomisch zielsetzend auf ihn einzuwirken.“¹⁶²

Dieser sich gesellschaftlich interessiert, letztlich aber apolitisch gebenden Vorstellung von Psychotherapie widersprach Müller-Hegemann entschieden. Nur ein Jahr nach Staatsgründung der DDR argumentierte Müller-Hegemann bereits aus einer Gesellschaftsverfassung heraus, die sich als Gegenentwurf zur bürgerlichen Gesellschaft des Westens verstand. Er wies auf die Gefahr hin, dass die Psychotherapie womöglich nicht dabei helfen könne, die „Krisenhaftigkeit der bürgerlichen Gesellschaft“ zu überwinden, sondern sie vielmehr zu ihrem „Symptom“ werde;¹⁶³ und er appellierte wiederholt an Schultz-Hencke, die „progressiven Kräfte“ ernst zu nehmen und die Mechanismen der gesellschaftlichen Unterdrückung in der Analyse nicht außen vor zu lassen. Seine Erwiderung zeigte jedoch auch deutlich, welcher Balanceakt es war, einerseits Kritik an der Psychoanalyse zu üben, und andererseits den früheren Lehrer, dem er ebenso wie seiner Arbeit Respekt zollte, nicht gleichzeitig mit zu verurteilen; die Antwort nahm den Charakter eines persönlichen Appells, nicht frei von Tendenzen der Überzeugungsarbeit, an.¹⁶⁴

Seiner Vorstellung einer erzieherisch wirkenden und das Individuum fördernden Psychotherapie folgend, formulierte Müller-Hegemann eigene Vorstellungen vom Sinn und Ziel einer psychotherapeutischen Kultur. Diese entwickelte er ausdrücklich in Abgrenzung zur tiefenpsychologischen Therapie; stattdessen versuchte er eine Wiederbelebung bzw. Weiterentwicklung der Arbeitstherapie, die in den 1920er Jahren unter Hermann Simon entwickelt worden war. Die Arbeitstherapie galt Müller-Hegemann als Zeichen einer weitentwickelten Gesellschaft ebenso wie als Mittel zur Überwindung der als mittelalterlich bezeichneten Zustände in den Anstalten. Gegen etwaige Einwände von Psychiatern, die Schizophrenie grundsätzlich nicht für beeinflussbar hielten und an der „endogenen Schicksalhaftigkeit“ festhielten, führte er Kraepelin selbst ins Feld, der die ar-

¹⁶² Schultz-Hencke, Offener Brief an Müller-Hegemann, S. 87.

¹⁶³ Dietfried Müller-Hegemann, Antwort an Herrn Dr. Schultz-Hencke auf seinen Offenen Brief, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 89–93, hier S. 89.

¹⁶⁴ Zum Beispiel folgende Zitate illustrieren die beschriebene Haltung: „Nimmt man die Tatsache einer mehrjährigen fruchtbaren gemeinsamen Arbeit hinzu, der ich vieles zu verdanken habe, und nicht zuletzt die Tatsache, dass Sie in den Jahren des Faschismus eine einwandfreie Haltung eingenommen haben, so kann der Sinn der vorliegenden Arbeit nicht darin bestehen, dagegen Ihre Person zu kämpfen, sondern eher darin, um Ihre Person zu kämpfen.“ Ebenso das Schlusswort: „Nachdem die vorliegende Auseinandersetzung die Bedeutung eines ‚Ost-West-Gespräches‘ hatte, möchte ich mit der Hoffnung schließen, dass solche Abgrenzungen zwischen den Psychotherapeuten und auch für Ihre eigene Tätigkeit bald ein Ende finden werden durch eindeutige gesellschaftliche Entscheidungen.“, Müller-Hegemann, Antwort an Herrn Dr. Schultz-Hencke, S. 93.

beitstherapeutischen Bemühungen ebenfalls nicht für ganz verkehrt gehalten habe,¹⁶⁵ sowie die Pawlow'sche Schule, die die Bedeutung des Milieus in der Anstalt hervorgehoben habe. Am wichtigsten war Müller-Hegemann jedoch, dass die Arbeitstherapie eine der Tiefenpsychologie komplett entgegengesetzte und rationale Methode sei: „Wir verlassen uns nicht auf das Unbewusste, sondern gehen rational vor, wir spüren nicht dem Triebhaften, Verdrängten, Asozialen im Menschen nach, sondern entwickeln zielbewusst die verbliebenen sozialen Eigenschaften.“¹⁶⁶ Nahezu exakt die gleiche Formulierung verwendete er auch ein halbes Jahr später bei einem weiteren Vortrag, bei dem er die „rationale Psychotherapie“ direkt zum Thema machte.¹⁶⁷ „Rational“ war die Arbeitstherapie nach Müller-Hegemann vor allem deshalb, weil sie an das Denken und die Vernunft des Patienten appellierte, während die Tiefenpsychologie einen „irrationalen Kern“ habe, das Denken ihrer Patienten vernachlässige und ihre Schlussfolgerungen höchst subjektiv und aufgrund mangelnder „somatische[r] Befunde oder andere[r] objektive[r] Erhebungen“ eigentlich „durch objektive Feststellungen kaum korrigierbar“ gewesen seien.¹⁶⁸

Die breite Einführung und Umsetzung der Therapie sah er aber weniger von innerpsychiatrischen Entwicklungen, als vielmehr von den gesellschaftlichen Entwicklungen abhängen; das Gelingen des therapeutischen Wandels knüpfte er so maßgeblich an das Gelingen der gesellschaftlichen Umgestaltung, an der mitzuhelfen er wiederum als Aufgabe jedes Einzelnen beschrieb. Das arbeitstherapeutische Konzept schloss jedoch andere Behandlungsmethoden wie Schockbehandlung oder Kurznarkosen und Dauerschlaf nicht aus, nicht untypisch für die allgemein verbreitete Praxis, verschiedene Behandlungsverfahren miteinander

¹⁶⁵ Dietfried Müller-Hegemann, Die Bedeutung der Arbeitstherapie in der Gegenwart, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 4 (1952), S. 97–101, hier S. 99.

¹⁶⁶ Müller-Hegemann, Die Bedeutung der Arbeitstherapie in der Gegenwart, S. 101.

¹⁶⁷ Dietfried Müller-Hegemann, Beitrag zu einer rationalen Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 4 (1952), S. 274–285, hier S. 274: „Ganz im Gegensatz zur Tiefenpsychologie wandte man sich bei ihr nicht an das Pathologische, das Triebhafte, das Infantile, sondern an die sozial gebliebenen Eigenschaften des Menschen, um sie zielbewusst weiter zu entwickeln.“

¹⁶⁸ Müller-Hegemann, Beitrag zu einer rationalen Psychotherapie, S. 274. Ein weiteres Mal nahm er von seiner fundamentalen Kritik jedoch Schultz-Hencke aus, mit dem Hinweis, dass man zwischen der Theorie und der Anwendung der Tiefenpsychologie differenzieren müsse: „Indessen erscheint hier der Hinweis angezeigt, dass zwischen der Tiefenpsychologie als Lehrgebäude und der Praxis unserer tiefenpsychologisch orientierten Kollegen oft ein großer Unterschied besteht. Diese Kollegen sind meist nicht primär Tiefenpsychologen, sondern Therapeuten, die mit den ihnen zur Verfügung stehenden Methoden bestrebt sind, anderen Menschen zu helfen. Wenn sie sich oft lange Jahre hindurch mit menschlichen Lebensentwicklungen in den Einzelheiten vertraut gemacht haben, so gelangt oft ihre Lebenserfahrung und nicht immer die übernommene Theorie bei der therapeutischen Praxis zur Anwendung.“ Ebd., S. 283. Ganz ähnlich hatte auch Jaspers seine Kritik an der Psychoanalyse geäußert und formuliert, siehe Kapitel II.

zu kombinieren (auch noch nach Einführung der Psychopharmaka).¹⁶⁹ Als Maßnahmen, um „fürs erste umstellend und ruhefördernd“ zu wirken, hielt er sie für durchaus geeignet; einen wirklichen psychotherapeutischen Erfolg hielt er aber nur dann für vorstellbar, „wenn die ganze Helle des Bewusstseins dem Patienten zur Verfügung steht, da nur sie ihm die Möglichkeit gibt, sein Leben neu zu gestalten“.¹⁷⁰

Bereits seit dem Beginn seiner Tätigkeit als Oberarzt in Leipzig im Jahr 1950 hatte Müller-Hegemann Gelegenheit gehabt, seine Vorstellungen von Psychotherapie umzusetzen. Am Ende des Jahres 1951 war er mit der kommissarischen Leitung der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Leipzig beauftragt worden, eine Position, die er nutzte, um Anfang des Jahres 1953 eine stationäre Psychotherapieabteilung unter der Leitung von Harro Wendt zu gründen.¹⁷¹ Harro Wendt hatte zuvor einige Zeit in der Tübinger Klinik gearbeitet und dort einige Methoden der Psychotherapie kennen gelernt. Therapeutisch wurde an der Leipziger Abteilung in den ersten Jahren vor allem mit Schlaftherapie behandelt, auch Hypnose und autogenes Training wurden eingesetzt. Wendt ergänzte diese Methode ab Mitte der 1950er Jahre mit analytisch orientierten Einzelgesprächen, bei denen er der Lebensgeschichte und den Zusammenhängen von Persönlichkeit und Konflikt eine große Bedeutung einräumte. Dies führte letztlich auch zu Auseinandersetzungen mit Müller-Hegemann, bis Wendt 1961 nach Uchtspringe wechselte; seine Nachfolgerin wurde Christa Kohler.¹⁷² In diese ersten Leipziger Jahre fällt auch die Zeit, in der Müller-Hegemann verstärkt die Haltung der Pawlow'schen Schule einnahm. Nachdem er noch 1954 für eine Studie die Kritik von Ernst Reifenberg erhalten hatte, sie habe zu wenig Pawlow enthalten,¹⁷³ ar-

¹⁶⁹ Lara Rzesnitzek, „Schocktherapien“ und Psychochirurgie in der frühen DDR, in: *Der Nervenarzt* 86/11 (2015), S. 1412–1419. Auch die in der Sowjetunion verbotene Leukotomie wurde in der DDR angewandt, allerdings nur vereinzelt.

¹⁷⁰ Dietfried Müller-Hegemann, Bemerkungen zur Narkoanalyse, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 6 (1954), S. 3–8, hier S. 7. Zur folgenden Diskussion zwischen D. Wolff und Müller-Hegemann D. Wolff, Diskussionsbemerkungen zu dem Aufsatz von D. Müller-Hegemann „Bemerkungen zur Narkoanalyse“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 6 (1954), S. 247 f., und Dietfried Müller-Hegemann, Antwort auf die Diskussionsbemerkung von D. Wolff, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 6 (1954), S. 248 f.

¹⁷¹ Michael Geyer, Ostdeutsche Psychotherapiechronik 1950–1959, in: Michael Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995*, Göttingen 2011, S. 90–95. Siehe auch den Bericht J.-G. Schunk, Über Erfahrungen in der Organisation der Arbeitstherapie, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 8 (1956), S. 82–85.

¹⁷² Zur Entwicklung der Leipziger Psychotherapie-Abteilung siehe Infrid Tögel, Die Psychotherapie-Abteilung an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Leipzig, in: Michael Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995*, Göttingen 2011, S. 95–98.

¹⁷³ Ernst Reifenberg, Kritische Anmerkungen zu der Arbeit von Müller-Hegemann „Über den gegenwärtigen Stand der Aphasie-Agnosie-Diskussion in Deutschland“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 6 (1954), S. 340–341.

gumentierte er zwei Jahre später allein mit Pawlows Schule¹⁷⁴ und übernahm zu großen Teilen den damit verbundenen Sprachduktus.¹⁷⁵

Mit seiner Ernennung zum Professor und Direktor in Leipzig im Jahr 1957 wuchs Müller-Hegemanns Positionen großer Einfluss zu. Was einige Jahre zuvor noch „Arbeitshypothese“ gewesen war, wurde nun zur Leitlinie der Psychotherapie in der ostdeutschen Psychiatrie. Seine Beschäftigung mit der Psychotherapie bei schizophrenen Patientinnen und Patienten riss dabei nicht ab. Er beschäftigte sich etwa mit dem Wahn bei Schwerhörigen, die in besonderer Weise von ihrer Umwelt abgeschnitten waren, und bei Ausländern, die nur wenig deutsch sprachen und in der DDR arbeiteten.¹⁷⁶ Dafür griff er auf einen älteren Wissensbestand zurück, nämlich eine von Kraepelin begründete Gruppe, die der „Homilopathien“. Diese war wenig bekannt und wurde in der Psychiatrie als Diagnose wenig vergeben und wenig diskutiert und, wie er erklärte, „auch sonst ist sie in der deutschen Fachliteratur der letzten Jahrzehnte kaum noch zu finden, wenn man von tiefenpsychologischen Bearbeitungen und Deutungen absieht“.¹⁷⁷ Diese Bemerkung ist zugleich ein versteckter Hinweis, aus welcher Ecke Müller-Hegemann inspiriert worden war. Müller-Hegemann erläuterte den Begriff näher als „Psychosen bei schweren Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen“. Konkret ging es um die Gruppe der „sprachlich Isolierten“, also die, die entweder durch Schwerhörigkeit, Taubheit oder Sprachbarrieren von ihrer Umwelt teilweise abgeschnitten waren. Den Hinweis auf die soziale Bedeutung des Hörens entnahm er der Schwerhörigkeitsforschung, in der er der „immensen Vielfalt zwischenmenschlicher Beziehungen“ und „der damit verbundenen Konflikt- und Korrekturmöglichkeiten hinsichtlich der Reaktionsweise des Individuums Rechnung getragen“ sah.¹⁷⁸

Ausgehend von verstreuten Hinweisen auf Zusammenhänge zwischen Schwerhörigkeit oder Taubheit und Erkrankungen mit psychotischen Zügen nahm Müller-Hegemann seine eigenen Fälle unter die Lupe und präsentierte sechs knappe Fallgeschichten, bei denen er solche Zusammenhänge tatsächlich gefunden hatte bzw. meinte, herstellen zu können. Dazu gehörte etwa der 25-jährige Patient S. K., der im Alter von neun Jahren nach einer Mandeloperation und einer Scharlach-Erkrankung schwerhörig geworden war. In der Zeit vor seiner Aufnahme in die Klinik war er durch starkes Misstrauen und mitunter aggressives Verhalten aufgefallen. Wie in Gesprächen mit ihm herausgefunden wurde, bezog sich sein Misstrauen auf nahezu alle Menschen in seiner Umgebung, vom Arbeitsplatz bis zu

¹⁷⁴ Dietfried Müller-Hegemann, Über die cortico-viszerale und die psychosomatische Betrachtungsweise in der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 33–38.

¹⁷⁵ Dietfried Müller-Hegemann, Das ärztliche Gespräch in der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 44–50.

¹⁷⁶ Dietfried Müller-Hegemann, Über Homilopathien (Psychosen bei schweren Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 291–304.

¹⁷⁷ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 293.

¹⁷⁸ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 294.

den Ärzten in der Klinik. Trotz seiner paranoiden Haltung wurde die Diagnose Schizophrenie aber zurückgenommen: Das Misstrauen und die paranoide Reaktion wurden auf die Verständigungsschwierigkeiten zurückgeführt. Ein anderer Patient, der 28-jährige G.Z., war ebenfalls mit der Diagnose einer beginnenden Psychose eingewiesen worden. Seine vollständige Ertaubung war nach einer Meningitis entstanden. Nachdem er einige Jahre gut damit zurechtgekommen war, das Abitur und eine Ausbildung zum Zahntechniker gemacht hatte, hatte er, so Müller-Hegemanns Bericht, nach und nach ein auffälliges Verhalten an den Tag gelegt, war reizbar und aggressiv gewesen. Eine endogene Erkrankung wurde dennoch ausgeschlossen. Es wurden konkrete Hilfestellungen besprochen, wie etwa Unterricht bei einem Taubstummlehrer zu nehmen, um wieder besser integriert zu werden.

Auch die seit ihrem 15. Lebensjahr zunehmend schwerhörige Patientin E.S., 35 Jahre alt, die Stimmen hörte und daher mit dem Verdacht auf Schizophrenie eingewiesen worden war, wurde bei der Nachuntersuchung dazu ermahnt, trotz der Schwerhörigkeit den Kontakt zu anderen Menschen zu suchen und weiter an den Veranstaltungen des Schwerhörigen-Vereins teilzunehmen, was die Patientin gut aufgenommen habe: „Auch ohne Schockbehandlung oder sonstige eingreifende Therapie besserten sich die Beschwerden so schnell, dass sie [...] als arbeitsfähig nach Hause entlassen werden konnte.“¹⁷⁹ Da war außerdem der 36-jährige S.B., der mit einer paranoiden Psychose eingewiesen wurde und zum Zeitpunkt der Einweisung bereits eine Odyssee durch halb Europa hinter sich hatte: „Er ist in Kiew geboren und dort bis zu seinem sechsten Lebensjahr ansässig gewesen. Dann emigrierte er mit seiner Familie nach Italien, wo er eine französische Schule besuchte und nach Abschluss des Gymnasiums ein Universitätsstudium absolvierte, anschließend mehrere Jahre in wissenschaftlichen Instituten arbeitete. Der Zusammenhalt innerhalb der Familie sei gut gewesen, so dass die Umstellungsschwierigkeiten leichter zu ertragen gewesen seien. Heimweh hätten sie jedoch trotz allem im Verlauf der ganzen Zeit in Italien behalten. Politische Schwierigkeiten habe er wegen seiner Überzeugung schon seit der Studentenzeit mit den italienischen Regierungsstellen gehabt, die vor zwei Jahren zu seiner Verhaftung und Ausweisung aus Italien führten. Daraufhin bemühte er sich um eine Repatriierung. Er gelangte in die DDR, wo er vor zwei Jahren Asylrecht als Staatenloser erhielt und in einem wissenschaftlichen Institut angestellt wurde. Zunächst habe er nicht ein Wort Deutsch verstanden, so dass er sich sehr bemühte, wenigstens die elementarsten Sprachkenntnisse zu erwerben. Allmählich sei er soweit gelangt, dass er sich ausreichend verständigen konnte. Dennoch habe er sich im Grunde völlig vereinsamt und ausgeschlossen gefühlt.“¹⁸⁰ Als ihm in der Klinik mitgeteilt wurde, dass man ihn nicht für schwer geisteskrank halte, sondern dass wohl nur „psychische Störungen infolge seiner Isoliertheit vorlägen“, reagierte er erleichtert. Neben therapeutischen Gesprächen wurden ihm Beruhigungsmittel gegeben,

¹⁷⁹ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S.298.

¹⁸⁰ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S.299 f.

aber keine Schocktherapien durchgeführt; nach sieben Wochen konnte er entlassen werden, auch wenn der Wahn nicht völlig verschwunden war. Der fünfte Patient W.L. war in Oberschlesien aufgewachsen, sprach nur wenig deutsch, und schilderte – nachdem er einer Behandlung mit Elektroschock und Medikamenten unterzogen worden war – selbst, wie sehr er unter den mangelnden Kommunikationsmöglichkeiten und unter der Abwesenheit seiner Familie litt. Daraufhin wurde die Diagnose einer Schizophrenie zurückgenommen. Schlussendlich beschrieb Müller-Hegemann die Krankengeschichte des 27-jährigen Theologiestudenten A.K., der wegen Erschöpfungszuständen und stark niedergedrückter Stimmung den Arzt aufgesucht hatte, der aufgrund seiner politischen Überzeugungen keinen Anschluss unter den Kommilitonen fand und aufgrund seiner hohen Moralvorstellungen auch in sexueller Hinsicht „ernste[n] Spannungen“ ausgesetzt war. Nach einigen Wochen wurde er in die Psychotherapeutische Abteilung verlegt, mit „verlängertem Schlaf, autogenem Training und psychotherapeutischen Aussprachen“ sowie vier Elektroschockbehandlungen therapiert und schließlich zur ambulanten Weiterbetreuung entlassen. Als er zur Nachuntersuchung vorsprach, wirkte er zuversichtlich und glücklich.¹⁸¹ Interessant ist in letzterem Fall Müller-Hegemanns Deutung des Falles. Im Mittelpunkt sah Müller-Hegemann Konflikte, die der Patient mit Unterstützung des Therapeuten in der Therapie „bereinigt“ habe, ganz ähnlich also zur psychoanalytischen Konflikttheorie.¹⁸²

Bei all diesen Patienten, so unterschiedlich ihre Geschichten auch sein mochten, sah Müller-Hegemann ganz ähnliche Muster. Alle hätten „schwere Störungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen“ erfahren, seien von ihrer sozialen Umwelt isoliert gewesen und hätten gleichzeitig unter einem Konflikt gelitten.¹⁸³ Die Isolation sei dabei durch einen der drei Punkte „soziale Entwurzelung“, „Milieuveränderungen“ oder „die Beeinträchtigung sprachlicher Kommunikation“ entstanden. Diese schweren Störungen, die sich in die zwischenmenschlichen Beziehungen eingeschlichen hätten, hätten, so Müller-Hegemanns These, bei der Entstehung der Psychosen „eine wichtige ursächliche Rolle gespielt“.¹⁸⁴ Dass er sich mit dieser These im Widerspruch zur herrschenden psychiatrischen Lehre befand, war Müller-Hegemann bewusst. Er thematisierte selbst die Unterschiede vor allem zur Psychopathologie des Heidelberger Psychiaters Kurt Schneider: „Für ihn ist es unmöglich, dass Halluzinationen und paranoide Entwicklungen aus den Umweltverhältnissen und der Persönlichkeit heraus entstehen können. Daher werden die letztgenannten Faktoren auch nicht als Teilursache für das Zustandekommen der Schizophrenie von ihm anerkannt.“ Dem entgegen zählte Müller-Hegemann die wahren „Klassiker“ der deutschen Psychiatrie von Kraepelin bis Kretschmer, Bleuler, Gaupp und Bonhoeffer auf, „denen eine Unter-

¹⁸¹ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 302.

¹⁸² Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 303.

¹⁸³ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 304.

¹⁸⁴ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 304.

schätzung der Milieueinflüsse, der psychogenen Momente fremd“ gewesen sei.¹⁸⁵ Er erklärte: „Wenn der deutschen Psychiatrie im Verlaufe der letzten Jahrzehnte wiederholt und zu Recht der Vorwurf gemacht wurde, sie hätte die endogenen Faktoren zu stark betont und die Bedeutung der Lebensentwicklung, der Umwelteinflüsse und der psychogenen Momente beim Zustandekommen schwerer psychopathologischer Erscheinungen unterschätzt, so ergibt sich gerade an Hand der vorliegenden Untersuchungen der Eindruck, dass diese Unterschätzung weit weniger bei den ‚Klassikern‘ der deutschen Psychiatrie zu finden ist als bisher meist angenommen.“¹⁸⁶ Am Schluss streute er noch den Hinweis ein, dass durch Pawlows Lehre von den Signalsystemen eine Kraepelin entsprechende Lehre gefunden worden sei.

Dass Müller-Hegemann die Zusammenhänge zwischen Umwelt und der Erkrankung an Schizophrenie nur sehen konnte, weil er bereits von vornherein annahm, dass die soziale Isoliertheit eine Rolle spielte, räumte er ein. Ohne die Beobachtung dieser Zusammenhänge, erklärte er, sei es bei der Diagnose der Schizophrenie geblieben. Er zitierte Kurt Schneider, der dies so sehe. Diese Haltung sah Müller-Hegemann jedoch auch als Beweis für die Begrenztheit der Schneiderschen Pathologie; nicht einmal Kraepelin, so Müller-Hegemann, sei so begrenzt gewesen. Wie in der westdeutschen Psychiatrie, so galt auch Müller-Hegemanns Kritik einer als dogmatisch und verengt empfundenen Psychopathologie, die er in Kurt Schneiders Psychopathologie repräsentiert sah.

Nachdem Müller-Hegemann seine Forschungen unter anderem auf dem Weltkongress in Zürich vorgestellt hatte, veröffentlichte er 1958 einen weiteren Beitrag, in dem er sein Forschungsthema präziserte. Er plädierte dafür, die soziale Isolierung als ein wichtiges „pathogenes Moment“ ernst zu nehmen, das zu oft übersehen werde, was dann die Auswirkung hatte, dass eine paranoide Psychose fälschlicherweise als Schizophrenie „verkannt“ wurde.¹⁸⁷ Als Bezeichnung der von ihm identifizierten Krankheitsgruppe stellte er den Begriff „Psychopathologie der sozialen Isolierung“ vor. In einer Diskussion von acht Krankengeschichten wog er die jeweilige Isolationssituation und den Ausbruch der Erkrankung ab, zeigte die spezifischen Reaktionen und diskutierte die Abgrenzung zu anderen Bildern. Dabei rührte ein Großteil aus dem Anliegen, eine bessere Differenzierung hinsichtlich der Therapie vornehmen zu können und nicht nur einheitlich mit Schockbehandlungen zu behandeln, „ohne vorher die psychopathologischen Eigenheiten der Patienten, auch ihre affektive Ansprechbarkeit unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten eingehend zu untersuchen und ohne ihre sozialen Verhältnisse in der Vorgeschichte einer detaillierten Prüfung zu unterziehen“.¹⁸⁸ Die Notwendigkeit der Differenzierung begründete er – ganz ähnlich, wie es Karl

¹⁸⁵ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, alle Zitate S. 304.

¹⁸⁶ Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 304.

¹⁸⁷ Dietfried Müller-Hegemann, Beitrag zur Psychopathologie der sozialen Isolierung, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 347–355, hier S. 347.

¹⁸⁸ Müller-Hegemann, Beitrag zur Psychopathologie der sozialen Isolierung, S. 354.

Leonhard in der Aufteilung seiner endogenen Psychosen tun sollte – mit einem therapeutischen Argument: Sie würden oft falsch behandelt, weil sie als Schizophrenien verkannt würden. In ganz ähnliche Richtungen des Umwelteinflusses argumentierten auch andere Beiträge der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, wie beispielsweise ein Aufsatz über „Schizoforme Psychosen bei Erschöpfungszuständen“¹⁸⁹ oder ein Beitrag zum Phänomen des „induzierten Irreseins“¹⁹⁰.

Interaktion statt Selbsterforschung

Die Abwendung Müller-Hegemanns von der Psychoanalyse und seine Konzeption eines eigenen, arbeitstherapeutisch ausgerichteten psychotherapeutischen Ansatzes wurden, wie spätere Gespräche mit Kollegen von ihm zeigen, unterschiedlich eingeschätzt und bewertet. Peter Schmidt, dessen Dozent Müller-Hegemann gewesen war, und der später bei ihm arbeitete, erklärte: „Von Psychoanalyse war da nichts zu hören.“¹⁹¹ Jede Äußerung zur Psychoanalyse habe mit einer umfassenden Kritik begonnen, nur so sei es möglich gewesen, darüber zu reden. Infried Tögel, ein weiterer Mitarbeiter Müller-Hegemanns, bewertete den Bruch Müller-Hegemanns mit der Psychoanalyse nicht als durch äußere Entwicklungen und Zwänge, sondern durch wissenschaftliche Weiterentwicklung begründet: „Müller-Hegemanns Bewegung dagegen, weg von der Psychoanalyse hin zu einer rationalen Psychotherapie, war eine innere Entwicklung. Er hat in Leipzig die Psychotherapie wieder in Gang gebracht.“¹⁹² Vor allem zu Beginn sei der Einfluss Pawlows stark spürbar gewesen. Kurt Höck, der zu einem der wichtigsten Psychotherapeuten für Neurosen in der DDR wurde, erinnerte sich, Müller-Hegemann habe nach seiner Entlassung aus der Gefangenschaft „hier 'ne große Pawlow-ära“ gemacht.¹⁹³ Auch Harro Wendt, der seine Karriere unter Müller-Hegemann begonnen hatte, berichtete über diese Zeit, damals „war unsere Richtung mehr die von Pawlow“.¹⁹⁴ Müller-Hegemann habe erklärt, es lohne sich schlicht nicht, Freuds Schriften zu lesen.

¹⁸⁹ M. Oles, Schizoforme Psychosen bei Erschöpfungszuständen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* II (1959), S. 112–116.

¹⁹⁰ Detlef Müller, Beitrag zum Problem des induzierten Irreseins, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* II (1959), S. 18–23.

¹⁹¹ Peter Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.“ Fragen von Ludger M. Hermanns an Peter Schmidt am 1.3.1997 in Leipzig, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), *Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland*, Gießen 2000, S. 255–267, hier S. 255.

¹⁹² Margarete Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), *Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland*, Gießen 2000, S. 268–282, hier S. 271.

¹⁹³ Regine Lockot, 1933 – 1945 – 1989. Gespräche mit Kurt Höck, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), *Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland*, Gießen 2000, S. 283–314, hier S. 286.

¹⁹⁴ Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 273.

Dies bedeutete aber nicht, dass nicht andere und vor allem jüngere psychoanalytische Theorien rezipiert wurden. Für die DDR-Psychoanalyse, so das Urteil von Harro Wendt, war der 1953 verstorbene Schultz-Hencke, der Lehrer Müller-Hegemanns, der richtungsweisende Einfluss gewesen. 1956 war aber beispielsweise auch der Psychoanalytiker Medard Boss aus Zürich für eine Hospitanz in Leipzig gewesen. Wie bereits erwähnt, wurde die Methode der Schlaftherapie an der Leipziger Klinik mit anderen Verhandlungsverfahren wie Autosuggestion und autogenem Training ergänzt. Harro Wendt praktizierte tiefenpsychologisch fundierte Gespräche, allerdings nicht ohne die bereits erwähnten Differenzen mit Müller-Hegemann, die schließlich zum Bruch führten: „Müller-Hegemann hatte dauernd was rumzumäkeln. Der war ja der Einzige, der größte Psychotherapeut. Er wollte immer und unbedingt seine eigenen Ideen einbringen, die gar nicht so besonders eigen waren. Das hat mich geärgert. Wenn ich dann sagte: Das hab ich schon gemacht, wollte er nichts davon wissen.“¹⁹⁵ Harro Wendt und Infried Tögel berichteten übereinstimmend, dass sie, auch wenn es keine Integration in spezifische Schulen gegeben habe, durchaus psychoanalytische Schriften gelesen und sich ihr psychoanalytisches Wissen so autodidaktisch angeeignet hatten: „Es gab keine Anknüpfung an persönlich überlieferte Traditionen. Aber es gab Bücher!“¹⁹⁶ Bei solchen Prozessen der Wissensaneignung und der praktischen Anwendung spielte der Austausch untereinander eine wichtige Rolle. Tögel erklärte, er habe das Meiste von Wendt und dessen Methode, stets nach Zusammenhängen, „nach Erlebnishintergründen von Symptomatik und nach dem Gewordensein von Haltungen“ zu fragen, gelernt.¹⁹⁷

Aber nicht nur aus den Erinnerungen von Zeitzeugen, sondern auch aus den fachwissenschaftlichen Quellen lassen sich Hinweise finden, dass zeitgenössische psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Forschungen nach der Pawlow-Phase zumindest über Umwege oder als Beiträge von außen rezipiert werden konnten. Ein Beitrag eines ungarischen Psychiaters über eine Kombination von psychotherapeutischer und Reserpin-Behandlung in der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* im Jahr 1958 nannte beispielsweise die Werke von Marguerite Sechehaye, John N. Rosen, Gaetano Benedetti und Dietfried Müller-Hegemann in einem Atemzug als Beispiele psychotherapeutischer Erfolge bei aussichtslos scheinenden Fällen.¹⁹⁸

Müller-Hegemanns erstmals 1957 erschienenes Lehrbuch „Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende“¹⁹⁹ wurde schon 1961 in der dritten Auflage veröffentlicht, was zum einen das Interesse am Thema, zum anderen die Bedeu-

¹⁹⁵ Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 274.

¹⁹⁶ Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 275.

¹⁹⁷ Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 274.

¹⁹⁸ Alfred Simkó, Die psychotherapeutischen Prinzipien der Reserpin-Behandlung von schizophrenen Patienten, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 10 (1958), S. 45–53.

¹⁹⁹ Dietfried Müller-Hegemann, *Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende*, Berlin 1957.

tung Müller-Hegemanns auf diesem Gebiet zeigte.²⁰⁰ In diesem Lehrbuch stellte Müller-Hegemann seine Auffassung einer medizinischen und auf der klinischen Diagnostik aufbauenden Psychotherapie dar; von rein psychotherapeutischen Ansätzen hielt er nichts, auch, weil er die Gefahr sah – und diese auch mit eindrucksvoll gestalteten Fällen belegte –, dass eine mangelnde medizinische Betreuung und eine fehlerhafte Diagnostik rasch Konsequenzen nach sich ziehen konnten, im schlimmsten Fall eine körperliche Erkrankung übersehen wurde und die medizinische Behandlung zu spät kam. Insofern war Psychotherapie für Müller-Hegemann ein Teil des gesamten Behandlungskonzeptes, aber nicht der ausschließliche. Ebenso distanzierte er sich aber auch von biologistischen Ansätzen. So erklärte er, dass die Einseitigkeit, die manche der strikt physiologisch argumentierenden und denkenden Forscher an den Tag legten, nicht ausreiche und eine auf der Physiologie der höheren Nerventätigkeit aufbauende Psychologie weiterhin notwendig bleibe, „um dem lebenden Menschen mit seiner Subjektivität, mit seinen bewussten Erkenntnis- und Willensvollzügen, ferner seinen Gefühlen und Strebungen, seinen Empfindungen und Trieben gerecht zu werden“.²⁰¹ In einem Unterkapitel zu den endogenen Psychosen ging er vor allem auf die Milieu- und Arbeitstherapie ein, nahm aber auch Bezug auf die Entwicklungen in Westdeutschland, den USA und der Schweiz. Neben Schultz-Hencke – dessen Fall Olga D. er kritisch beleuchtete – erwähnte er vor allem Rosens Ansätze, für die er sich allerdings auf Arbeiten Benedettis beziehen musste.²⁰² Er gab auch die psychiatrische Kritik an der Psychotherapie der Schizophrenie wieder, zitierte aber abschließend Kurt Schneider, der sich für die Psychotherapie bei Psychosen – sofern sie nicht psychoanalytisch gestaltet wurde – ausgesprochen habe, und erklärte: „Dieses Urteil eines betont konservativen führenden Psychiaters der Gegenwart dürfte bei den skizzierten Auseinandersetzungen schwer wiegen.“²⁰³

Auffällig ist bei diesem Literaturüberblick nicht nur, dass sich Müller-Hegemann nicht nur mit westlichen Entwicklungen auseinandersetzte, sondern dass er im ostdeutschen Raum keine erwähnenswerte Arbeit vorgefunden zu haben scheint. Mehr noch: Er zollte den psychotherapeutischen Bemühungen sogar indirekt Respekt, als er abschließend urteilte, „dass wir uns in keiner schlechten Gesellschaft befinden, wenn wir uns zu einer *Psychotherapie der Psychosen* insgesamt, und zwar *besonders mancher Schizophrenieformen bekennen*“.²⁰⁴ Allerdings tat er dies nur unter der Voraussetzung, dass die Distanz zu tiefenpsychologischen Ansätzen gewahrt blieb. Weiterhin wollte Müller-Hegemann die Frage offenhalten, wo die Grenze zwischen schweren Neurosen und Schizophrenie verlaufe. Seine eigenen Erfahrungen hätten ihn gelehrt, dass es Fälle mit schizophrener Symptomatik gebe, die am Anfang schweren Neurosen ähnelten; ob diese Fälle,

²⁰⁰ Dietfried Müller-Hegemann, *Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende*, 3., erw. u. verb. Aufl., Berlin 1961. Im Folgenden wird aus dieser Ausgabe zitiert.

²⁰¹ Müller-Hegemann, *Psychotherapie*, S. 33.

²⁰² Müller-Hegemann, *Psychotherapie*, S. 210.

²⁰³ Müller-Hegemann, *Psychotherapie*, S. 212.

²⁰⁴ Müller-Hegemann, *Psychotherapie*, S. 213.

bei denen er besonders die Milieuveränderung und das „psychogene Moment“ hervorgehoben hatte, wirklich Schizophrenien seien, müsse sich erst noch zeigen.

Hinsichtlich seiner eigenen Arbeiten machte er deutlich, dass er selbst nie einer Auffassung von Schizophrenie als Neurose angehangen habe, wie sie etwa Schultz-Hencke formuliert hatte. Er habe stets „ausdrücklich“ erklärt, dass er im Hintergrund einen Vorgang in bestimmten Kortextbereichen vermutete. Die Klärung psychologischer Zusammenhänge, wie er sie betrieb, hätte nie das Ziel einer linearen, kausallogischen Erklärung verfolgt: „Wenn in einer Reihe von Fällen psychologisch verstehbaren Zusammenhängen soweit als möglich nachgegangen wurde, so sei betont, dass die Auffassung von einlinigen Kausalzusammenhängen uns hier und allgemein fremd ist. Gewiss können wir auch mit den eindringlichsten psychologischen Untersuchungen niemals mehr als einen Ausschnitt aus dem unteilbaren Gesamtgeschehen des schizophren erkrankten menschlichen Organismus erfassen. Ein solches Vorgehen ist allerdings nur sinnvoll bei der Annahme, dass psychische Faktoren als exogene Teilursachen hier im Spiel zu sein pflegen.“²⁰⁵ Die Entwicklung der Familienforschung von der Erbforschung hin zu Milieu- und Umweltstudien begrüßte Müller-Hegemann daher nachdrücklich. Vom psychoanalytischen Ansatz, Psychotherapie als „Aufdecken bestimmter Erlebniskomplexe“²⁰⁶ zu betreiben, hielt er, so machte er deutlich, nach wie vor nichts. Stattdessen sollte das Gespräch zuerst darauf abzielen, einen Zugang zum Patienten zu gewinnen und „die autistische Abgeschlossenheit zu überwinden“, um ihn in „reguläre zwischenmenschliche Beziehungen“ zurückzuführen.²⁰⁷ Die Arbeitstherapie diene auf diesem Weg als Unterstützung. In den Gesprächen zwischen Arzt und Patient sollte ein Vertrauensverhältnis entstehen, das den Erkrankten „gegen neue psychotische Einbrüche“ stabilisieren und ihm die Wiedereingliederung in das „normale Leben“ ermöglichen sollte.²⁰⁸ Die Empfehlung Müller-Hegemanns lautete daher, Psychotherapie neben den anderen bekannten Behandlungsmethoden mit Medikamenten und Schocktherapie vor allem in frühen akuten Stadien einzusetzen, wo sie die Abgeschlossenheit des Patienten überwinden und bei der „Erhaltung und Neuformung seiner Persönlichkeit“ helfe.²⁰⁹

Schon vor der Pawlow-Doktrin hatte Müller-Hegemann eine Auffassung von Psychotherapie vertreten, die weniger psychoanalytisch als vielmehr strukturell argumentierte. Diese kam ihm ebenso zugute wie er sich Pawlow zunutze machte, um seine bisherigen Forschungen und seine weitere Laufbahn zu sichern.²¹⁰

²⁰⁵ Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 213 f.

²⁰⁶ Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 214.

²⁰⁷ Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 215.

²⁰⁸ Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 215.

²⁰⁹ Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 219.

²¹⁰ Ganz ähnlich konstatierte auch Mitchell G. Ash, dass Wissenschaft in der DDR bedeuten konnte, sich selbst, die eigene Forschung und die Begrifflichkeiten anzupassen, aber auch, sich das System der DDR zur Sicherung der eigenen Forschung nutzbar zu machen, siehe Mitchell G. Ash, Kurt Gottschaldt (1902–1991) und die psychologische Forschung vom Nationalsozialismus zur DDR – konstruierte Kontinuitäten, in: Dieter Hoffmann/Kristie Macrakis (Hrsg.), Naturwissenschaft und Technik in der DDR, Berlin 1997, S. 337–359, hier

So entstand ein Verständnis von Schizophrenie, in dem sich Veranlagung und Umwelteinflüsse nicht ausschlossen. Vielmehr wurde die Bedeutung äußerer Einflüsse, der Umwelt, des Milieus und der zwischenmenschlichen Beziehungen stark hervorgehoben. Diese Vorstellung von Schizophrenie bezog sich auf den Menschen als soziales, gesellschaftliches Wesen, das sich in der Interaktion mit anderen ausbildete und geprägt wurde. Nicht in der Introspektion und der Selbsterforschung, der Beschäftigung mit dem eigenen Selbst und der eigenen Lebensgeschichte sollte der Mensch sich erkennen, sondern in der Interaktion mit seiner Umwelt, in der Beschäftigung oder Arbeit, der Aktivität. Daher war die Fokussierung einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Konzeption der Therapie als Raum, in dem Anschluss an andere Menschen gefunden werden sollte, naheliegend. Im Unterschied zum westlichen, psycho- oder auch daseinsanalytischen Verständnis von Schizophrenie war aber die Frage nach der Verständlichkeit des Wahnsinns kein wesentlicher Teil der Diskussion um die Psychotherapierbarkeit. Auch Müller-Hegemann beschäftigte sich weniger auf einer abstrakt-theoretischen Ebene mit Psychopathologie als vielmehr auf einer therapiebezogenen, pragmatischen Ebene. Ebenso blieb in seinem Ansatz die Anwendung eines symptomorientierten Wissens im Wesentlichen erhalten: Sprachliche Kommunikationsstörungen und Ausdrucksschwierigkeiten nahm er als Symptome wahr und nicht als Chiffren.

Nosologische Rückzüge

Die biologische Auffassung von Schizophrenie als einer körperlich bedingten Krankheit wurde in der ostdeutschen Psychiatrie weder in den fünfziger noch in den sechziger Jahren einer grundlegenden Kritik unterzogen, ganz im Gegenteil. Der Berliner Psychiater Karl Leonhard etwa positionierte sich deutlich gegen alle Versuche, Schizophrenie psychoanalytisch zu deuten. International bekannt durch seine „Aufteilung der endogenen Psychosen“ von 1957, einer Weiterentwicklung der Nosologie in der Tradition von Carl Wernicke und Karl Kleist, wurde er zum Aushängeschild der ostdeutschen Psychiatrie, wenn es um internationale Kongresse und Tagungen ging. Dass er einer strikt medizinischen Psychiatrie anhing und von psychoanalytischer, tiefenpsychologischer und phänomenologischer Psychiatrie wenig hielt, stärkte seinen Stand auch politisch. Er war 1955 aus Frankfurt am Main an die Medizinische Akademie Erfurt gekommen, wo er Professor für Psychiatrie und Neurologie wurde. Nachdem er bereits zuvor durch die Publikation einer neuen Aufteilung der schizophrenen Psychosen Bekanntheit erlangt hatte, konzentrierte er sich nun zunehmend auf die Individualtherapie der

S. 359. In der SED-Führung, so Ash, sei ein spezifischer Respekt vor Erkenntnis vorhanden gewesen, verbunden mit dem Wunsch, die Anwendungsmöglichkeiten sowie die Anerkennung für die Forschung und das damit verbundene Image von Modernität optimal auszunutzen, ebd., S. 356.

Neurosen, eine der Verhaltenstherapie ähnliche Methode.²¹¹ Auch nach seinem Ruf an die Humboldt-Universität im Jahr 1957, der mit der Stelle des Direktors der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité verbunden war, führte er diese Forschungen weiter und gründete dafür zwei Jahre später eine psychotherapeutische Abteilung mit fünfzig Betten, drei Psychologinnen und einem Psychologen, die er ganz nach seinen eigenen Vorstellungen der Individualtherapie gestaltete. Dass er als einer der wenigen aus dem Westen nach Ostdeutschland ging, sicherte ihm von staatlicher Seite einige Freiheiten.²¹²

Sein psychotherapeutisches Konzept schnitt Leonhard auf die Neurosenbehandlung zu. Leonhard ging davon aus, dass die Neurosen stark mit der inneren Verfasstheit und Wesensart der individuellen Persönlichkeit zusammenhingen, weshalb auch die Therapie auf die jeweilige Persönlichkeitsstruktur abgestimmt sein musste. Dabei schwebte ihm eine aktive, ermutigende Therapie vor; „passive Methoden“, also etwa Hypnose oder suggestive Verfahren, ließ er außen vor.²¹³ In seinen psychopathologischen Arbeiten verfolgte er stets das Ziel, die Notwendigkeit einer neuen Einteilung der endogenen Psychosen klar vor Augen zu stellen. Dass er mit diesen nosologischen Forschungen nicht unbedingt den therapeutisch orientierten Geist seiner Zeit traf, war ihm bewusst, er fand jedoch Strategien, sich dagegen zu behaupten. So überhöhte er den zeitgenössischen Einfluss der psychoanalytischen Verfahren, um sie dann erbittert zu kritisieren und für die Probleme der Psychiatrie verantwortlich zu machen. In der Einleitung seiner „Aufteilung der endogenen Psychosen“ schrieb er gleich zu Beginn: „Die Psychiatrie befindet sich in bezug auf die endogenen Psychosen in einem Zustand von Verwirrung. War man sich lange Zeit doch in einer Reihe von Grundauffassungen einig, so scheint das heute alles nicht mehr der Fall zu sein. Seit die Neuroselehre FREUDS in den Bereich der endogenen Psychosen übergegriffen hat, ist für manche geradezu der Begriff der endogenen Psychose selbst überflüssig geworden. Weitgehend gilt das für den Bereich der angloamerikanischen Länder. Wenn ein Mensch dadurch schizophran wird, dass er in seiner Säuglingszeit die zunehmende Zerrüttung der elterlichen Ehe miterleben musste, oder vielleicht schon dadurch, dass er in jener Zeit seine Muttermilch nicht pünktlich bekam, dann ist für diese Psychose der Begriff des Endogenen natürlich nicht mehr zutreffend. Da in der Entstehung der endogenen Psychosen neben der Erbllichkeit noch andere wesentliche Faktoren eine Rolle spielen müssen, wäre an sich nichts

²¹¹ Zur Individualtherapie und ihrer Einordnung in den therapeutischen Kontext siehe ausführlich Henry Malach, *Die Individualtherapie Karl Leonhards. Rekonstruktion und Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden der 50er und 60er Jahre*, Diss. Berlin 2009.

²¹² Siehe Klaus-Jürgen Neumärker, *Die „Individualtherapie der Neurosen“ von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité Berlin*, in: Michael Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995*, Göttingen 2011, S. 99–105. Neumärker erwähnt, dass Leonhard in seinem Vertrag zugesichert wurde, dass er seine Praxis nach seinen eigenen Vorstellungen führen dürfe, ebd., S. 100 f. Zur Geschichte der Charité siehe Herrn/Hottenrott, *Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992)*.

²¹³ Neumärker, *Die „Individualtherapie der Neurosen“ von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité Berlin*, S. 102 f.

dagegen einzuwenden, auch einmal an Möglichkeiten zu denken, wie sie FREUD für die Neurosen als ausschlaggebend ansah. Leider geht es hier aber nicht nur um die Genese, sondern über dieser Frage droht die gesamte Kenntnis psychiatrischer Krankheitsbilder mit all ihrer Mannigfaltigkeit verlorenzugehen. Man gewöhnt sich vielfach schon ab, eine Diagnose zu stellen, bemüht sich nicht mehr um das Zustandsbild, das nebensächlich erscheint. Man geht nur noch der Lebensgeschichte nach, vor allem der Lebensgeschichte der Kindheit und Säuglingszeit. Die Psychiatrie ist dadurch als Wissenschaft sehr verarmt.“²¹⁴

Allerdings machte er nicht nur den „Einbruch der Psychoanalyse“ für den Untergang der psychiatrischen Wissenschaft verantwortlich, sondern auch die seiner Meinung nach stark verkürzte Kraepelin-Rezeption, die dessen Beschreibung verschiedener Krankheitsbilder zugunsten der Zweiteilung in Schizophrenie einerseits und manisch-depressives Irresein andererseits habe fallen lassen. Zu den angeblichen Erfolgen der Psychotherapie in der Behandlung schizophrener Psychosen äußerte er sich noch 1967 mit entschiedener Skepsis. Im „Fall Renée“ von Marguerite Secheyhay wollte er – unter Berufung auf Klaus’ Untersuchung des Falls – keine Schizophrenie erkennen, und die amerikanischen Therapeutinnen und Therapeuten wie Frieda Fromm-Reichmann oder John N. Rosen verwendeten keinen ihn überzeugenden Schizophreniebegriff.²¹⁵ Leonhards Kritik galt dabei einerseits der analytischen Methode selbst, andererseits aber auch ihren Ergebnissen. Mochte sie auch, so erklärte er, in die Ideenwelt der Kranken eingreifen können, eine wirkliche Beseitigung der schizophrenen Symptome leiste sie aber nicht.²¹⁶

Seine fundamentale Kritik an den psychotherapeutischen Bemühungen im Sinne der Psychoanalyse hielt Leonhard jedoch nicht davon ab, das therapeutische Argument für die Aufwertung der eigenen Arbeit einzusetzen. Einfühlbarkeit und Zuwendung seien therapeutisch ehrenwert und hilfreich, so hatte Leonhard bereits 1956 erklärt, die psychotherapeutischen Bemühungen nützten jedoch nicht viel, wenn sie nicht individuell genau zugeschnitten sein – und dafür sei eine genaue Kenntnis der verschiedenen Formen unabdingbar, auch wenn die Diagnostik im modernen psychoanalytischen Zeitgeist keinen guten Stand

²¹⁴ Karl Leonhard, *Aufteilung der endogenen Psychosen*, 3., durchgesehene und ergänzte Auflage, Berlin 1966, S.1. Den Zustand der Psychiatrie als Wissenschaft hatte Leonhard schon in seinem Lehrbuch „Grundlagen der Psychiatrie“ von 1948 kritisiert, allerdings noch nicht die Psychoanalyse dafür verantwortlich gemacht. Der „Aufteilung der endogenen Psychosen“ lagen seiner Einleitung zufolge „526 phasische Psychosen“ und „324 Schizophrenien“ zugrunde, die er in der Zeit zwischen 1937 und 1942 in der Frankfurter Nervenlinik und in bayerischen Anstalten untersucht hatte, siehe die Ausgabe von 1966, S.3f.

²¹⁵ Karl Leonhard, *Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen her gesehen*, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 19 (1967), S.321–326, hier S.321f. Leonhard bezog sich auf Conrads ausführliche Kritik des Falls in Conrad, *Die beginnende Schizophrenie*, S.147–155.

²¹⁶ Leonhard, *Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen her gesehen*, S.323.

habe.²¹⁷ Die genauere Differenzierung zwischen den verschiedenen Formen sei allein dafür notwendig, um die Entscheidung zwischen den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten fällen zu können. Zur Illustration stellte er die Krankengeschichte eines Patienten vor, der mit 58 Elektro- und 20 Insulinschocks behandelt worden war und davon einen dauernden Hirnschaden davongetragen hatte – dabei, so Leonhard, hätte diese Behandlung nicht in diesem Ausmaß stattfinden müssen, wenn man sich differenzierter mit der Diagnose beschäftigt hätte. Leonhard zeigte außerdem keine Scheu, die Einteilungen der bedeutenden Psychiater wie Kraepelin als ungenügend zu bezeichnen.²¹⁸

Für den Blick auf den Patienten bedeutete die Suche nach der nosologischen Wahrheit vor allem eins: eine genaue Beobachtung der Störungen, ihrer Unterschiede, Abstufungen und Erscheinungsformen, um auf der Basis von Symptomgruppierungen dann Argumente für eine differenzierte Diagnose zu sammeln. Ein Verständnis von Schizophrenie als Ausdruck psychischen Erlebens war von vornherein ausgeschlossen. Die Symptome, die ein Schizophrener zeigte, waren Symptome einer Krankheit, und nicht Zeichen oder gar Ausdrucksweisen oder Mitteilungen eines inneren Konfliktes. Bei Leonhards Beschreibungen der Patientinnen und Patienten handelte es sich um notierte Beobachtungen, denen die Annahme zugrunde lag, dass sich in dem Beobachteten die Krankheit und nicht die individuelle Patientin oder der individuelle Patient zeigte. Die Erzählungen der Patientinnen und Patienten waren für Leonhard Ausdruck ihrer Erkrankung. In der Beurteilung dessen, was sie erzählten, ging er von einem normalistischen Standpunkt aus vor. Als Kriterien für die Beurteilung, dass es sich um „absurde Ideen“ handelte, formulierte er etwa die Erfahrung, dass das Verständliche verloren ginge: „Von *absurden Ideen* spreche ich, wenn die Kranken Behauptungen aufstellen, die den objektiven Möglichkeiten völlig entgegenlaufen, so dass ein Gesunder meist gar nicht verstehen kann, wie man so etwas überhaupt denken kann. Die selbstverständlichsten Erfahrungen des täglichen Lebens werden ignoriert, Gewissheiten, die für den gesunden Menschen absolut sind, scheinen nicht mehr vorhanden zu sein, physikalische Unmöglichkeiten gibt es nicht mehr, Naturgesetze werden einfach beiseite geschoben.“²¹⁹

Die Grenze zwischen dem, was die Patientinnen und Patienten erlebten, und dem, was für „Gesunde“ nachvollziehbar sei, war in Leonhards Beschreibungen – auch wenn er einen Übergangsbereich dazwischen annahm – klar ausgeprägt. Dies zeigten auch seine Beschreibungen der Unterform „hypochochrische Paraphrenie“, wenn er erklärte: „Die hypochochrischen Paraphrenen verlegen ihre *Sensationen* in die verschiedensten Teile des Körpers, mit Vorliebe in das Körperinnere. Organe, von denen man normalerweise nie eine bewusste Emp-

²¹⁷ Karl Leonhard, Über differenzierte Diagnostik und differenzierte Therapie der endogenen Psychosen. Bemerkungen zu einem Fall von Schockschädigungen des Gehirns, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 291–295, hier S. 291 f.

²¹⁸ Karl Leonhard, Die cycloiden, meist als Schizophrenien verkannten Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 359–364.

²¹⁹ Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, S. 287.

findung hat, werden mit Missempfindungen belebt. Soweit von Sensationen der Körperoberfläche, einem Stechen, Schneiden, Drücken, Brennen u. Ä. berichtet wird, glaubt man sie vielleicht normalen Sinneseindrücken vergleichen zu können. Wenn man aber weiter fragt, stellt sich meist heraus, dass die Sensationen doch auch hier ganz eigener Art sind. Das Stechen wird dann etwa mit einem Hindurchbringen der Nadel durch den ganzen Kopf verglichen, das Brennen mit einem Schrumpfen der ganzen Haut. Man erkennt dann wieder, dass es sich um Missempfindungen handelt, die vom Normalen nicht nachempfunden werden können.“²²⁰

Ebenso sehr, wie der Text der Beschreibung der vermuteten Krankheitsbilder diente, fungierte er auch als Instrument zur Einübung des geforderten ärztlichen klinischen Blicks, der die Symptome erkennen und an ihnen die Entwicklung eines Krankheitsbildes nachvollziehen können sollte. Die mit der aufwändigen Diagnostik verbundene Mühe hielt Leonhard nicht nur aufgrund der Aussicht auf Überwindung der therapeutischen Hilflosigkeit für gerechtfertigt, sondern er argumentierte auch mit einem Zuwachs an prognostischem Wissen. Die Psychiatrie, so erklärte er, könne nur davon profitieren, wenn sie schwieriger werde, denn aktuell mache sie es sich, so sein Vorwurf, zu leicht: „Gerade die Leichtigkeit, mit der heute ein junger Psychiater seine Diagnose zu stellen vermag – er kann sie ja kaum verfehlen, wenn er von Schizophrenien und manisch-depressivem Irresein eine auswählt –, hat dazu geführt, dass viele überhaupt nicht mehr lernen, ein psychiatrisches Bild richtig zu sehen und zu beschreiben.“²²¹ Wenn sie keine Laborbefunde oder sonstige Hilfsmittel zur Hand hätten, so ätzte Leonhard, könnten die meisten Psychiater anhand der Beobachtung der Symptome allein keine Diagnose stellen.

Diese Haltung Leonhards bestimmte auch die Forschungen an der Klinik der Charité, die unter Fragestellungen der Falldiskussionen und nosologischen Zuordnungen verliefen. So wurde am Fall einer 75-jährigen Patientin diskutiert, ob es sich um eine Involutionssparanoia handle,²²² oder anhand von zehn Fällen die Einteilung der Psychosen nach Emil Kraepelin bzw. Karl Leonhard vergleichend angewandt.²²³

Jedoch erwuchs Leonhards stark differenzierter Aufteilung mit dem Konzept der Einheitspsychose von Helmut Rennert, der seit 1958 den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie an der Universität in Halle innehatte, auch direkte Konkurrenz.²²⁴ Um der zunehmenden nosologischen Komplexität und Uneinigkeit

²²⁰ Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, S. 262.

²²¹ Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, S. 3.

²²² P. Hagemann, Über einen eigenartigen Wahn (Zur Involutionssparanoia Kleist), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 12 (1960), S. 219–230.

²²³ H. Fürther, Eine Gruppe atypischer endogener Psychosen in der Sicht zweier psychiatrischer Schulen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 13 (1961), S. 324–340.

²²⁴ Rennert gab seit 1960 ein Lehrbuch für Neurologie und Psychiatrie heraus, das bis in die achtziger Jahre in zahlreichen Auflagen erschien, siehe Helmut Rennert/Rudolf Lemke, Neurologie und Psychiatrie, 2., erw. Aufl., bearb. von Helmut Rennert, Leipzig 1960.

Herr zu werden, schloss sich Rennert der seit dem 19. Jahrhundert bestehenden Vorstellung an, dass alle psychotischen Formen auf einen einzigen Krankheitsprozess zurückzuführen seien, dessen Verlauf sich ebenso in der Symptomatik wie in der Schwere unterschiedlich gestalten konnte. Auch in Westdeutschland gab es einige Psychiater, die dieses Modell vertraten, darunter Klaus Conrad und Werner Janzarik. Nachdem Rennert zuerst von der Einheitspsychose gesprochen hatte, aktualisierte er den Begriff zu „Universalgenese“, der seine Vorstellung einer einheitlichen Pathogenese präziser ausdrückte.²²⁵ Er ging davon aus, dass der Entstehung von Psychosen ein Zusammenspiel von somatischen, funktionellen, erblichen und äußeren Faktoren zugrunde lag. Die verschiedenen psychotischen Krankheiten siedelte er innerhalb eines Spektrums an, dessen Pole von den affektiven Störungen und den chronischen Schizophrenien gebildet wurden. Mit diesem einheitlichen und integrierenden Ansatz bildete Rennert eine Art Gegenmodell zu Leonhards verästelter Aufteilung.²²⁶ Die Auffassung von der Schizophrenie als somatisch begründeter Krankheit teilten sie jedoch.

Karl Leonhards Bekanntheitsgrad und sein Renommee waren international sehr hoch, was etwa prominente Rollen bei internationalen Kongressen und ein internationales Netzwerk zeigen. Allerdings fand eine praktische Anwendung von Leonhards Nosologie nur vereinzelt statt. Der Grund war wohl vor allem ein praktischer Aspekt. Leonhards Aufteilung verlangte eine genaue Beobachtung von oft nur in Nuancen bemerkbaren Zeichen und eine gründliche Einarbeitung in die Symptomgruppierungen. Dafür blieb im Klinikalltag und vor allem im Anstaltsalltag wenig Zeit. Das therapeutische Argument, das Leonhard oft angebracht hatte, verlor an Kraft, als mit den Psychopharmaka eine Behandlungsmethode gefunden zu sein schien, die im Großen und Ganzen über die verschiedenen Formen und Grade hinweg bei der gesamten Gruppe der Schizophrenien einheitlich zu helfen schien bzw. eine Aufteilung der Patientinnen und Patienten in Gruppen entlang der unterschiedlichen Wirkweisen der Medikamente nahelegen schien. Außerdem gelang es auch an der Charité nicht, Leonhards psychopathologisches System als Grundlage eines für die Psychopharmakaforschung wichtigen Standardisierungsverfahrens zu etablieren. Wie eine akribische Auswertung der Fachartikel und Patientenakten durch Viola Balz und Matthias Hoheisel gezeigt hat, war es den Charité-Forschern letztlich nicht möglich, einen standardisierten Umgang mit Medikamenten zu entwickeln, der auf Leonhards Psychopathologie aufgebaut hätte. Leonhards Standardisierungsmodell war akzeptiert, konnte sich aber nicht durchsetzen.²²⁷

²²⁵ Helmut Rennert, *Therapeutisches Wirken im Blickwinkel der Universalgenese der Psychosen („Einheitspsychose“)*, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 17 (1965), S. 245–248.

²²⁶ Zu Rennerts Biografie und Werk siehe auch Ekkehardt Kumbier, *Zur Erinnerung an das Leben und Werk Helmut Rennerts (1920–1994)*, in: *Der Nervenarzt* 83/1 (2012), S. 76–83.

²²⁷ Viola Balz/Matthias Hoheisel, *East-Side Story: The Standardisation of Psychotropic Drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955–1970*, in: *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 42/4 (2011), S. 453–466. Siehe zur Einführung und Verbreitung von

Dass Leonhards Einteilung für die nosologische und allgemeine psychopathologische Forschungsarbeit weiter interessant und handlungsleitend sein konnte, wird damit nicht angezweifelt. Insgesamt war sein Einfluss als Leiter der Nervenklinik der Charité und Mitherausgeber der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* hoch, ein Einfluss, den er einzusetzen verstand. Wie neueste Forschungen nahelegen, nutzte er beispielsweise seinen politischen und gesellschaftlichen Einfluss nicht für eine Förderung sozialpsychiatrischer Themen: Dass etwa die Rodewischer Thesen, ein Reformprogramm, nicht im Rahmen einer eigenen Publikation erschienen, war zumindest teilweise auf seinen Mangel an Unterstützung zurückzuführen, eine Haltung, die auch seine Zeit als Herausgeber der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* prägte.²²⁸

Nachdem Dietfried Müller-Hegemann 1971 von einer Auslandsreise nicht mehr zurückkehrte, war Karl Leonhard, seit 1969 emeritiert, alleiniger Herausgeber der Zeitschrift. Unmittelbar darauf wurde auf politische Anordnung hin ein Redaktionskollegium gebildet, das die Zeitschrift gemeinsam zu verantworten hatte, und in dem sich neben Leonhard unter anderem auch Christa Kohler, die Nachfolgerin Müller-Hegemanns in Leipzig, Helmut Rennert und Karl Seidel wiederfanden. Signalisierte dieser Wechsel einerseits eine Repolitisierung im ideologischen Sinn – das Kollegium sollte die politische Linientreue der Inhalte sichern –, so markierte er doch auch einen generationellen Wandel, der die Tür aufstieß für neue Inhalte und Auseinandersetzungen.

Über die Unterschiede in den Theorien, Anschauungen und therapeutischen Konzepten hinweg lässt sich bilanzieren, dass die vorhandene Vorstellung von Schizophrenie durch die Ausrichtung der ostdeutschen Gesellschaft auf den Sozialismus insofern nicht beeinflusst wurde, als die Auffassung, dass es sich bei Schizophrenie um eine somatisch begründete Krankheit handle, erhalten blieb und weiter stabilisiert wurde. Der Einfluss, den die Pawlow-Phase darauf hatte, konnte sehr unterschiedlich ausfallen. Im Fall von Karl Leonhard stand dies in keinem Zusammenhang mit Pawlow; seine „biologische Psychologie“²²⁹ bzw. Psychiatrie stellte sich klar in die Tradition der deutschen neuropathologischen und somati-

Psychopharmaka in der DDR Klöppel/Balz, Psychopharmaka im Sozialismus. Darin arbeiten Balz und Klöppel heraus, wie sich der Diskurs über Psychopharmaka, der von Industrie, Wissenschaft und Politik bzw. Staat getragen wurde, „in einer bestimmten Machtverteilung und einem spezifischen Regulierungswissen institutionalisierte“, ebd., S. 383. In psychopharmakologischer Hinsicht unterschied sich der ostdeutsche Diskurs nicht sonderlich vom westdeutschen, Unterschiede bestanden jedoch in der Argumentierung: In Ostdeutschland wurde die kostengünstige und rasche Wiederherstellung des Patienten als Arbeitskraft stärker akzentuiert, nicht überraschend vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung, die Arbeit in der DDR zugewiesen wurde. Außerdem wurde die Arzneimittelregulierung in Ostdeutschland als Expertensache betrieben, während sie im Westen dem freien Markt überlassen wurde.

²²⁸ Siehe Holger Steinberg, Karl Leonhard hat „kein Interesse!“ – Hintergründe über das Rodewischer Symposium aus neu aufgetauchten Quellen, in: *Psychiatrische Praxis* 41/2 (2014), S. 71–75; vgl. außerdem Teitge/Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift, S. 619.

²²⁹ Karl Leonhard, *Biologische Psychologie*, Leipzig 1961.

schen Psychiatrie. Allerdings befand sich seine Auffassung in Übereinstimmung mit dem naturwissenschaftlichen Paradigma, das von politischer Seite aus erwünscht war. Über diesen biologischen Ansatz hinaus wurde Schizophrenie aber auch, wie die Analyse von Dietfried Müller-Hegemanns Entwicklung gezeigt hat, mit einem Umweltbezug versehen. Er berücksichtigte stärker die Umweltbedingungen und sozialen Beziehungen, die das Umfeld der Patientin oder des Patienten bildeten. Die schizophrene Patientin oder der schizophrene Patient sollten außerdem, so zumindest der Anspruch, genauso mit Rehabilitationsmaßnahmen und Arbeitstherapie auf die Rückkehr in die Gesellschaft vorbereitet werden wie andere Kranke auch. Diese Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten hing mit dem materialistischen Krankheitsverständnis der Schizophrenie und einer sozialistischen Prägung der Persönlichkeitsvorstellungen zusammen, das Diskussionen über den subjektiven Charakter des „Anderen“ und seiner Rolle in der Gesellschaft weder vorsah noch die diskursiven Voraussetzungen dafür bereitstellte. Mit dem Beginn der siebziger Jahre begann sich dies jedoch zu ändern.

3. Öffnung für Neues oder Wendung nach Innen?

Nachdem die Pawlow-Phase bereits Ende der fünfziger Jahre vorbei gewesen war, hatte eine Aufweichung der ideologischen Positionen begonnen, als „einzelne Aspekte aus Freuds Lehre [...] positiv bewertet“ und die Psychoanalyse als eine zwar ungeliebte, aber doch wissenschaftliche Theorie respektiert wurde, wenngleich sie auch offiziell kein Teil der Ausbildung wurde.²³⁰ In einer Art von gleichzeitigem, wechselseitigem Anerkennungsprozess fand außerdem das Reflexmodell von Pawlow, der durch seinen Status als sowjetischer „Wissenschaftsheiliger“²³¹ im Westen lange diskreditiert und missachtet worden war, seit den späten sechziger Jahren mit der Verbreitung und zunehmenden Anwendung der Verhaltenstherapie auch Beachtung in Westdeutschland – allerdings vor allem über den Umweg über die Vereinigten Staaten und Großbritannien und weniger im direkten Austausch mit den Kollegen in Ostdeutschland. So führte etwa Hans Bürger-Prinz 1972 im Vorwort des von Iver Hand verfassten Überblicks über Pawlows Lehren und „psychiatrisch bedeutsam gewordene naturwissenschaftliche Verhaltensmodelle“ die zunehmende Bedeutung Pawlows „unter den zunächst als autonom auftretenden amerikanischen Lernpsychologen“ auf das Verschwimmen der „früher sehr dogmatisch gezogenen Grenzen zwischen Pawlows ‚Konditionierung‘ und Skinners ‚operanter Konditionierung‘“ zurück.²³² Das Aufbrechen dieser Grenzen spiegelt den Wandel in der Psychiatrie zu Beginn der siebziger Jahre, als psychologische und naturwissenschaftliche Teildiskurse nicht länger als ein-

²³⁰ Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft“ im Kalten Krieg, S. 324 f.

²³¹ Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft“ im Kalten Krieg, S. 320.

²³² Hans Bürger-Prinz, Geleitwort, in: Iver Hand, Pawlows Beitrag zur Psychiatrie. Entwicklungs- und Strukturanalyse einer Forschungsrichtung, Stuttgart 1972, S. V.

ander ausschließend, sondern als einander ergänzend in einem biopsychosozialen Gesamtdiskurs aufgingen. Der im Westen oft erhobene Vorwurf, Pawlows Lehre sei mechanistisch und eine „psychologiefindliche Reflexmythologie“, wurde nun zurückgenommen und als Missverständnis einer unzureichenden Kenntnis der Lehre vom zweiten Signalsystem angelastet, die für einen ganzheitlichen und die sozialen Umstände miteinbeziehenden Umgang stehe.²³³ Gleichzeitig spiegeln sich in dieser Entwicklung auch die politischen Annäherungsprozesse von West- und Ostdeutschland der späten sechziger und siebziger Jahre. In dieser Phase der gegenseitigen Annäherung entstanden in der ostdeutschen Psychiatrie darüber hinaus Ideen und Bewegungen, die das Aufkommen einer neuen Subjektkultur begleiteten.

Psychiatrie international

Anders als es politische Stellungnahmen nahelegten, waren der Wissens- und Wissenschaftsaustausch durch die Teilung Deutschlands in DDR und Bundesrepublik zwar erschwert, aber nie unterbrochen worden. Bis zum Beginn der siebziger Jahre fand ein relativ ungehinderter Wissens- und Wissenschaftsaustausch zwischen den Wissenschaftlern in Ost und West statt. Mit der Einführung einer staatlichen Organisation und Kontrolle der Austauschprozesse wurde dieser Austausch zwar reglementiert und politisiert, konnte aber nicht unterbunden werden. Da es zum Selbstverständnis der Wissenschaften gehörte, Teil der internationalen wissenschaftlichen Gemeinschaft, ihrer Netzwerke, Tagungen und Diskussionen zu sein, wurden politische Reglementierungen kritisch wahrgenommen und die wissenschaftlichen Ziele in Aushandlungsprozessen zu sichern versucht.²³⁴ Diese Beobachtung lässt sich auch auf den Bereich der wissenschaftlichen Psychiatrie übertragen. Die Rezeption von Forschungen und therapeutischen Praktiken aus anderen Ländern erfüllte verschiedenste Funktionen, vom gemeinsamen Austausch darüber, welche therapeutischen oder diagnostischen Methoden funktionierten und welche nicht, bis hin zur Sichtbarmachung und Abgrenzung von bestimmten Forschungsgebieten oder -trends. Über direkte Kontakte sowie Konferenz- und Tagungsteilnahmen im In- und Ausland war die ostdeutsche Psychiatrie über die Entwicklungen der Psychiatrie in Westdeutschland und die Entstehung der daseinsanalytischen und anthropologischen Denkstile im Bilde. So hatte beispielsweise im Jahr 1956 Hans-Jörg Weitbrecht – wenn auch kritisch – in einem Vortrag in Leipzig die daseinsanalytischen und psychoanalytischen Ansätze beschrieben. An einer Diskussion der Gestaltpsychologie, die von dem

²³³ Siehe Hand, Pawlows Beitrag zur Psychiatrie, S. 37. Hand zitiert dort aus der ostdeutschen Literatur, v. a. aus den Aufsätzen Müller-Hegemanns in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* und Mettes Pawlow-Biografie, und macht sich deren Argumentationen bezüglich der Ganzheitlichkeit der Lehre Pawlows und der mangelnden Berücksichtigung der Lehre des zweiten Signalsystems zu eigen – mit beinahe 20-jährigem Abstand.

²³⁴ Siehe Jens Niederhut, Wissenschaftsaustausch im Kalten Krieg. Die ostdeutschen Naturwissenschaftler und der Westen, Köln 2007.

klinischen Psychologen Alfred Katzenstein angestoßen worden war,²³⁵ beteiligte sich auch der Marburger Psychiater Curt Weinschenk mit dem Abdruck eines im Februar 1956 in Leipzig gehaltenen Vortrags, der zugleich die Forschungen von Klaus Conrad referierte.²³⁶ Alfred Katzenstein hatte außerdem 1955 über die Entwicklungen der Psychotherapie in den Vereinigten Staaten berichtet.²³⁷ Auch auf dem Weltkongress der Psychiatrie in Zürich im Jahr 1957 hatten die ostdeutschen Psychiater Gelegenheit gehabt, die psychodynamischen Forschungen kennen zu lernen.²³⁸ In ihrem in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* abgedruckten Bericht konzentrierte sich Eichler auf für die ostdeutsche Psychiatrie besonders interessante behandlungsbezogene und vor allem psychopharmakologische Themen, berichtete aber auch von dem Beitrag des Wiener Psychiaters Hoff, der im Hintergrund des Schizophrenieausbruchs die sich „fast wie ein Schicksalsdrama“ entwickelnde und unter Umständen in der „Katastrophe“ endende „Psychodynamik des Lebens“ vermutete.²³⁹

Aber nicht nur durch persönlichen Austausch, sondern auch durch die Rezeption internationaler Forschungsliteratur und Studien bestanden Räume der Wissenszirkulation. Tatsächlich war der Rezeptionsgrad internationaler Literatur höher als der von ostdeutscher Literatur. Eine Auswertung der in der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* besprochenen Bücher und in den Beiträgen verwendeten Fachliteratur zeigte, dass von den über den gesamten Erscheinungszeitraum hinweg rezensierten Büchern 60,9 Prozent aus der Bundesrepublik, 18 Prozent aus der DDR, 17,9 Prozent aus dem „Westblock“ und nur 2,8 Prozent aus dem „Ostblock“ stammten.²⁴⁰ Auch hinsichtlich der zitierten Literatur stellten Studien und Bücher aus westlichen Ländern und Westdeutschland die deutlich größte Gruppe. Die Verwendung westlicher Literatur lag von 1949 bis 1959 bei knapp über 20 Prozent, von 1960 bis 1990 dann stets bei knapp über 35 Prozent. Der Einfluss westdeutscher Literatur wuchs sogar stetig an, von 15 Prozent in den fünfziger Jahren auf knapp unter 25 Prozent in den sechzi-

²³⁵ Alfred Katzenstein, Gestalt- und klinische Psychologie, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 8 (1956), S. 211–217, sowie Alfred Katzenstein, Nicht persönliche Beschimpfung sondern sachliche Diskussion! Eine Erwiderung auf den Artikel von Dr. H. D. Schmidt „Über eine unsaubere Methode der Diskussion in der Psychologie“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 284–288.

²³⁶ Curt Weinschenk, Über die Bedeutung der Gestaltpsychologie für die Psychiatrie und Neurologie, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 39–47.

²³⁷ Alfred Katzenstein, Psychotherapie in Amerika und ihre theoretischen Grundlagen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 7 (1955), S. 18–23.

²³⁸ Lieselotte Eichler, Eindrücke vom 2. Internationalen Kongress für Psychiatrie in Zürich, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 10 (1958), S. 117–123, Zitat S. 119.

²³⁹ Eichler, Eindrücke vom 2. Internationalen Kongress, S. 123. Hoff war auch der Verfasser eines Lehrbuchs der Psychiatrie von 1956, in dem er sich zwar gegen die analytische Psychotherapie bei Schizophrenie gestellt hatte – auch wenn sie, wie er einräumte, viel Neues zutage gebracht habe –, siehe Hans Hoff, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Basel u. a. 1956, S. 489–492, aber auch Benedetti ein eigenes Kapitel über die Psychoanalyse bei Schizophrenie zugestanden hatte, siehe ebd., S. 489–492.

²⁴⁰ Teitge/Kumbier, *Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift*, S. 620.

ger Jahren und schließlich auf circa 30 Prozent in den siebziger und achtziger Jahren. Auch die Verwendung von Literatur aus der DDR stieg kontinuierlich, erreichte aber nie mehr als knapp über 20 Prozent. Der Einfluss von Literatur aus dem „Ostblock“ sank dagegen nach einem Höhepunkt von zehn Prozent in den sechziger Jahren kontinuierlich ab. Ähnlich aufschlussreich ist auch die Analyse, wer in der einzigen psychiatrischen Fachzeitschrift der DDR publizierte: zu 79,9 Prozent handelte es sich um ostdeutsche Psychiater, zu 15,1 Prozent um Autoren aus dem „Ostblock“, und nur fünf Prozent stammten aus Westdeutschland bzw. dem „Westblock“.²⁴¹

Was diese Zahlen zeigen, ist einerseits die geringe internationale Bedeutung der Zeitschrift, die vor allem einem internen Austausch der ostdeutschen Psychiater diene. Ebenso zeigt der hohe Anteil an internationaler Literatur aber auch das Streben danach, den internationalen Anschluss nicht zu verlieren, im Widerspruch zu der politischen Leitlinie, sich wissenschaftlich an der sowjetischen Psychiatrie zu orientieren und die ideologischen Grundlagen der Psychiatrie weiterzuentwickeln. Dem Mangel an marxistisch-leninistischer Grundlage versuchte die politische Führung in den siebziger Jahren daher auch, wie bereits erwähnt, mit Maßnahmen wie der Bildung eines mit der Kontrolle der fachlichen und ideologischen Richtung betrauten Redaktionskollegiums²⁴² oder der Reglementierung der Austauschprozesse zu begegnen. Wie politische Forderungen nach Ergebnissen mit allgemeinen wissensrelativistischen Argumenten ausgebremst wurden, illustriert folgendes Zitat des Dresdner Psychiaters Ehrig Lange: „Die ‚mit allem Nachdruck‘ vorgebrachte Betonung, die Psychiatrie werde ihren Aufgaben nur dann gerecht, wenn sie ‚eindeutige Klarheit‘ in den wissenschaftlichen Grundlagen nach modernstem Erkenntnisstand erreiche, ist uns als allgemein-medizinisches Grundanliegen verständlich, nicht aber als eine speziell nur unser Fach betreffende Aufforderung. Wie in anderen, hinsichtlich der kausalen Zusammenhänge unerforschten bzw. nicht hinreichend erforschten Bereichen, ist der moderne Entwicklungsstand in der Psychiatrie nichts Statisches, das mit ‚endgültiger Klarheit‘ erfasst werden könnte. Der moderne Erkenntnisstand befindet sich wie kaum in einem anderen Fachgebiet unter Auflösung mancher gültiger Positionen in Bewegung.“²⁴³

Die Entdeckung westlicher „Verdienste“

Die Entwicklungen in den westlichen psychiatrischen Kulturen wurden auch in der russischen Psychiatrie wahrgenommen. Die Auseinandersetzung mit den da-seinsanalytischen und existentialistischen Strömungen, wie sie Erich Sternberg

²⁴¹ Teitge/Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift, S. 620.

²⁴² Teitge/Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift, S. 618.

²⁴³ Ehrig Lange, Beitrag zu den Thesen zum Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 20 (1968), S. 151–153, hier S. 152.

vom Forschungsinstitut für Psychiatrie der Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Moskau vornahm, las sich dabei wie eine warnende Abschreckungsmaßnahme.²⁴⁴ Sternberg beschrieb die westliche Psychiatrie als in einer „ernsten Krise“ befindlich, wobei er die Daseinsanalyse und die anthropologische Psychiatrie – deren Einfluss immer noch im Zunehmen begriffen sei – als Zeichen dieser Krise identifizierte. Bei diesen handele es sich „um eine noch immer ansteigende Welle extrem idealistischer philosophischer Interpretationen“, die eine „radikale Abkehr“ von der naturwissenschaftlich-medizinischen Richtung darstelle.²⁴⁵ Seinen Vorwurf der unzulässigen Vereinfachungen, Vernachlässigung der Gesetzmäßigkeiten und mangelnde Empirie führte er am soeben erschienenen Theorie-Band der „Psychiatrie der Gegenwart“ aus: Die Beiträge von Wyrsh und Matusek etwa zeigten sich rein philosophisch und hoch spekulativ, simplifizierten die klinischen Befunde und Gesetzmäßigkeiten und zeigten damit stellvertretend, „in welchem Maße die zu einer ‚Anthropologie‘ gewordene phänomenologische Psychopathologie sich von dem medizinischen Begriff dieser Disziplin als einer Lehre von den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der Erscheinungsformen und des Verlaufs der psychischen Störungen entfernt hat, d. h. aus einer empirischen Wissenschaft zu rein philosophischer Interpretation geworden ist“.²⁴⁶ Ihr Bild „des Schizophrenen“ sei ebenso „ein höchst einseitiges und vereinfachtes“, nicht nur, weil sie sich vor allem und beinahe ausschließlich nur mit einer Form der Schizophrenie, nämlich der paranoiden Psychose, beschäftigten, sondern auch, weil sie sich nur für einen Bereich der Symptome interessierten und andere völlig ausblendeten. Aus dem Gerede über das „Wirrsein“, den „Standverlust“ oder das „Ausgeliefertsein“ würde sich zudem nichts Neues ergeben, nur „komplizierte, sprachlich ungewöhnliche und dabei ungenaue metaphorische Umschreibungen einfacher klinischer Fakten“.²⁴⁷ Das Fazit lautete also: Der „Einbruch des Existentialismus“ sei nicht nur eine „Abkehr“, sondern nachgerade ein „Verzicht“ auf ein empirisches, naturwissenschaftlich angeleitetes Vorgehen; er sei in hohem Maße subjektiv und individualistisch, beruhe auf Deutungen und ignoriere klinische Tatsachen, wenn er sie nicht bis zur Unkenntlichkeit umformuliere und hinter einer „bizarren Terminologie“ verberge.²⁴⁸

Der Text Sternbergs lässt sich als ideologisch motivierte, strategische Kritik lesen, die mit der Absicht vorging, die westliche Forschung als unhaltbar zu delegitimieren und die eigene Forschung mit den Attributen der Wahrheit, Objektivität, Wissenschaftlichkeit und Empirie auszustatten. Die deutliche Abgrenzung der daseinsanalytischen, existentialistischen und anthropologischen Strömungen als krisenhafte Psychiatrie des Westens von einer klinischen, idealisierten Psychiatrie

²⁴⁴ Erich Sternberg, Zur Kritik der existentialistischen und anderen antinosologischen Richtungen in der modernen westlichen Psychiatrie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 16 (1964), S. 397–402.

²⁴⁵ Sternberg, Zur Kritik, S. 397.

²⁴⁶ Sternberg, Zur Kritik, S. 398.

²⁴⁷ Sternberg, Zur Kritik, S. 401.

²⁴⁸ Sternberg, Zur Kritik, S. 402.

weist in diese Richtung. Gleichzeitig ähnelte die Stoßrichtung der Argumentation aber auch den westdeutschen Debatten um die Aufrechterhaltung psychopathologischer Prinzipien, so wenn Sternberg etwa erklärte, dass die anthropologische Psychiatrie sich von der Medizin „als einer Lehre von den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der Erscheinungsformen und des Verlaufs der psychischen Störungen entfernt“ habe oder „dass aus den Begriffen der existentialistischen Psychiatrie nicht nur das nosologische Prinzip verschwindet, sondern dass infolge des Verzichts auf jede biologischen, medizinischen oder psychologischen Untersuchungen der psychischen Erkrankungen auch der Krankheitsbegriff als solcher sinnlos und überflüssig“ werde.²⁴⁹ Das Argument der Wissenschaftlichkeit wurde auch in diesem Kontext eingesetzt.

Als sich der Leipziger Universitätspsychiater Klaus Weise und der Philosoph Achim Thom zwei Jahre später im Jahr 1966 ebenfalls in einem Artikel mit Daseinsanalyse und anthropologischer Psychiatrie befassten, stimmten sie Sternberg in seiner Kritik an der philosophischen Unterwanderung der Psychopathologie, die keine gute Grundlage für wissenschaftliches Denken sei, prinzipiell zu. Allerdings hielten sie es nicht für ausgeschlossen, dass diese Zugänge wichtige Fragen aufwarfen, mit denen zu beschäftigen notwendig und vielleicht, wenn man die „Verzerrungen und Einseitigkeiten“ entfernte, auf diesem Wege möglich sei. Gerade dass diese Theorien sich bereits so lange in der Diskussion hielten, lasse doch den Schluss zu, dass sie „in irgendeiner Weise echte Fragen und Entwicklungsprobleme berühren“.²⁵⁰ Als diese „echten Fragen“ führten Weise und Thom auf: Ob es möglich sei, von den subjektiven Inhalten her mehr über die Genese psychiatrischer Krankheiten zu erfahren, eine „tieferen Einblick“ zu erhalten? Ob man die Krankheiten in Beziehung setzen könne zu „normalpsychologische[n] Persönlichkeitsentwicklungen und Umweltbeziehungen“, indem man ähnliche Strukturen ausmache? Ob es möglich sei, diese Strukturen durch die Analyse des „psychopathologischen Erlebens“ und die Anamnese der Lebensgeschichte zu erfassen? Und schließlich: „Kann über das Verständnis dieser psychischen Inhalte krankhafter Entwicklungen und die dadurch eventuell mögliche Kommunikation mit dem in einer besonderen Erlebniswelt stehenden Kranken ein echter therapeutischer Effekt erzielt werden?“²⁵¹

Damit begann die (Wieder-)Entdeckung der Lebensgeschichte und die Entwicklung eines spezifischen Selbst- und Krankheitsverständnisses in der ostdeutschen Psychiatrie, das stärker als zuvor psychologisch begriffen und konzeptioniert wurde. In den Prozessen der Entdeckung und Aneignung der philosophisch-psychologischen Denkstile spielte eine wesentliche Rolle, dass die „geisteswissenschaftliche“, das heißt anthropologische und daseinsanalytische

²⁴⁹ Sternberg, Zur Kritik, S. 398 und 399.

²⁵⁰ Klaus Weise/Achim Thom, Zu einigen philosophischen und methodologischen Problemen der daseinsanalytischen und anthropologischen Bestrebungen in der neueren Psychiatrie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 18 (1966), S. 296–304, hier S. 298.

²⁵¹ Weise/Thom, Zu einigen Problemen, S. 298.

Psychiatrie ihre philosophische Hochphase bereits überwunden hatte und sich in Richtung einer dynamischen, umweltbezogenen und sozialpsychiatrischen Richtung entwickelte. Aus einer Phase des Fragens und Problematisierens waren diese bereits in eine Phase der Antworten und Wissensansprüche übergetreten. So berichteten Weise und Thom, dass die diskutierten Strömungen auf die formulierten Fragen bereits in der Empirie gewonnene Antworten geliefert hätten. Sie erklärten, es könne „heute als gesichert gelten“, dass weder somatische Ursachen noch soziale Situationen eindeutig und linear zu bestimmten Krankheiten führten, und ebenso bei den meisten Krankheiten eindeutige Rückschlüsse auf ihre Ursachen kaum zu ziehen seien. Der entscheidende Faktor sei vielmehr „in der aus der Dynamik zwischen Anlage und Umwelt sich ergebenden lebensgeschichtlichen Prägung der Persönlichkeit zu sehen“.²⁵² Das herausgestellt zu haben, sei der Verdienst der Daseinsanalyse und der anthropologischen Psychiatrie, die nicht wie „die früheren psychodynamischen Ansätze auf das Subjekt, seine intrapsychischen Abläufe, die Triebdynamik und die Abwehrmechanismen zentriert“ seien, sondern „die Beziehungen des Menschen zu seiner Welt“ in den Fokus nehmen würden.²⁵³

In ihrer Analyse der daseinsanalytischen und phänomenologischen Betrachtungsweisen stimmten Weise und Thom deren Annahmen und Aussagen weitgehend zu, ergänzten sie aber um eine stärker umweltbezogene und soziale Komponente. Nicht nur die Lebensgeschichte, so betonten sie, sondern auch die Situation und die soziale Umwelt sowie die gesellschaftlichen Bezüge seien wesentliche analytische Anhaltspunkte. Daraus ergäben sich dann auch, so die Verfasser, entscheidende Schlussfolgerungen für die Psychotherapie: Diese müsse sich um einen echten Kontakt und echte Kommunikation mit dem Patienten bemühen, um echtes Verstehen des pathologischen Erlebnisses und der lebensgeschichtlichen Hintergründe. Es genüge nicht, sich nur auf die gesunden Anteile zu konzentrieren, und sich nicht darum zu kümmern, wie das spezifische Erleben etwa im Wahn aussehe. Bei den meisten Patienten zeige sich in einer solchen Betrachtung, dass sie wesentliche Persönlichkeitsbereiche nicht verwirklicht und entfaltet hätten und ihr Lebensentwurf eingengt sei; der Frage, welcher Bereich dies sei, müsste in der Therapie daher besonders nachgegangen werden.²⁵⁴

Im darauffolgenden Jahr nahm Dietfried Müller-Hegemann, den der Vorstoß von Weise und Thom aufgrund seiner eigenen zahlreichen Forschungen zur sozialen Situation des Individuums besonders beschäftigte, Stellung zu dem Beitrag. Wie kaum anders zu erwarten, wollte er nicht das ganze Lob für die Hinwendung der Psychiatrie zum Individuum den Daseinsanalytikern überlassen. Daher wandte er gegen Weises und Thoms Thesen ein, dass zahlreiche Psychiater – darunter auch Bleuler und Kraepelin – in den Jahrzehnten zuvor bereits auf die Bedeutung der Umwelteinflüsse hingewiesen hätten. Ebenso hätte es auch

²⁵² Weise/Thom, *Zu einigen Problemen*, S. 299.

²⁵³ Weise/Thom, *Zu einigen Problemen*, S. 301.

²⁵⁴ Weise/Thom, *Zu einigen Problemen*, S. 302–303, hier S. 301.

Milieu- und Arbeitstherapie, Gruppenpsychotherapie und sozialpsychiatrische Richtungen bereits zuvor gegeben.²⁵⁵ Ansonsten begründete auch Müller-Hegemann – wie Sternberg – seine Kritik an der Daseinsanalyse mit wissenschaftlich-nosologischen Argumenten. Er schloss sich im Wesentlichen der Kritik Sternbergs an, und wenn er auch „Bemühungen [...], durch eine verstehende Psychologie (Gruhle), durch eine sozial-anthropologische Gesamtschau (von Baeyer) u. dgl. neue Gesichtspunkte in der klinischen Arbeit zu finden“, nicht von vornherein widersprechen wollte, hielt er es doch für eine notwendige Voraussetzung, dass sie die bisherigen Grundlagen und die Tradition der medizinischen, empirischen Forschung akzeptierten. Aufgrund praktischer Erwägungen hielt Müller-Hegemann es für sinnvoller, bei der traditionellen Nosologie zu bleiben, statt mit neuen Begriffen und Theoriebildungen noch mehr Verwirrung zu stiften.²⁵⁶

Auf diese Einlassungen Müller-Hegemanns reagierten Weise und Thom mit einer umfassenden Kritik der Voraussetzungen und Logik der Nosologie. Argumentativ bezogen sie sich auf eine strukturpsychologische Richtung, die die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Umwelt stärker berücksichtigte. Die Forschungen der letzten Jahre hätten gezeigt, so Weise und Thom, dass eine endogene Psychose „das Ergebnis des lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozesses im Zusammenwirken von Anlage und Umwelt“ mit einem Schwerpunkt auf den „sozialen Bedingungsbeziehungen“ sei.²⁵⁷ Es sei daher sinnvoll, somatische und psychologische Untersuchungen in gegenseitiger Ergänzung anzuwenden und für eine bessere individuelle Anpassung der Therapie einzusetzen. Müller-Hegemanns Einwand, dass nicht nur die Daseinsanalyse und anthropologische Psychiatrie sich um ein Verständnis der Psychosen und integrative Maßnahmen verdient gemacht hätten, ließen Weise und Thom jedoch nicht gelten. Stattdessen betonten die beiden Psychiater noch einmal, dass es der „Verdienst der verschiedenen Richtungen der verstehenden Psychopathologie einschließlich vieler Fragestellungen der psychiatrischen Anthropologie und Daseinsanalyse“ gewesen sei, den „psychologischen, auf die persönlichkeitspezifischen Bedingungen psychiatrischer Erkrankungen gerichteten Aspekt in den Vordergrund gerückt

²⁵⁵ Dietfried Müller-Hegemann, Kritische Bemerkungen zu den daseinsanalytischen und verwandten Richtungen in der gegenwärtigen Psychiatrie (mit Bezug auf die einschlägige Publikation von K. Weise und A. Thom in der vorliegenden Zeitschrift 18, 296 [1966]), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 19 (1967), S. 35–38.

²⁵⁶ Müller-Hegemann, Kritische Bemerkungen, S. 38: „Die Aufrechterhaltung eines klinischen Ordnungssystems, einer Nosologie, ermöglicht eine gemeinsame Sprache zwischen den Psychiatern verschiedener Länder und Schulen, ohne die jegliche umfassende Erfahrungsbildung zweifelhaft wäre. Nachdem in den letzten Jahrzehnten diese gemeinsame Sprache in Gefahr geraten ist, und zwar mehr durch bestimmte Theoriebildungen als durch die naturwissenschaftlich-klinische Empirie – denn durch sie können differente Auffassungen kritisch überprüft und angenähert werden –, erscheint es notwendig, den theoretischen Auseinandersetzungen mehr Aufmerksamkeit als bisher zu schenken und den nosologischen Erfahrungsschatz der Psychiatrie gegen eine sachlich unbegründete Kritik zu verteidigen.“

²⁵⁷ Klaus Weise/Achim Thom, Methodologische Erwägungen zur Entwicklung und Funktion der psychiatrischen Nosologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 20 (1968), S. 425–434, Zitate S. 431.

zu haben“.²⁵⁸ Die verstehende Psychopathologie – wie sie etwa in den Arbeiten von Jürg Zutt und Caspar Kulenkampff vertreten werde – habe so die Entstehung sozialpsychologischer Vorstellungen begünstigt. Ebenso sei in den USA die „viel frühere und intensivere Entwicklung der sozialpsychiatrischen Forschung“ auf den „wesentlich bestimmenderen Einfluss“ der Psychoanalyse und Psychodynamik zurückzuführen.²⁵⁹ Während die deutsche Psychiatrie sich noch mit deskriptiven Analysen und Nosologie und Erbbiologie beschäftigt habe, habe die amerikanische Psychiatrie bereits mit sozialpsychologischen und sozialpsychiatrischen Konzepten gearbeitet und auch die Rolle der Familie gesondert untersucht.

Die milieu- und arbeitstherapeutischen Ansätze Müller-Hegemanns dagegen unterzogen Weise und Thom ebenfalls einer Kritik: Es stünde zwar außer Zweifel, „dass sie wesentliche Erkenntnisse über die Bedeutung der sozio-kulturellen Umwelt gebracht“ hätten, die „Subjektivität des einzelnen Kranken“ sei aber „außerhalb des Blickfeldes“ geblieben.²⁶⁰ Mit einer psychologischen Betrachtung werde die Objektivierung der Kranken gemindert, weil sie nicht nur das Symptom betrachte, sondern den Kranken in seiner Gesamtpersönlichkeit, mit seiner Erkrankung, ernst nehme und versuche, mit ihm in ein Gespräch zu gelangen. Die Erfahrungen mit der Psychotherapie bei schizophrenen Patienten hätten gezeigt, so Weise und Thom, dass eine solche Gesprächstherapie sehr wohl möglich sei, und dass der Kranke selbst in seinem Wahn versuche, in Bezug mit seiner Umwelt zu treten: „Die Bedeutung dieser psychotherapeutischen Erfahrung für die Theoriebildung und Methodik in der Psychiatrie auch im Bereich der Psychosen ist kaum hoch genug einzuschätzen.“²⁶¹

Weise und Thom forcierten also nicht nur die sozialpsychologische Weiterentwicklung des Westens, sondern kritisierten auch stark die Ignoranz gegenüber der Lebensgeschichte. Auch hierauf folgte eine Erwiderung Müller-Hegemanns, in der er versuchte, die diskursiven Grenzen, die Weise und Thom mit ihren Äußerungen in verschiedene Richtungen hin überschritten hatten, wieder instand zu setzen. Hauptsächlich konzentrierte er sich auf ihre Formulierung, der Mensch und seine Beziehung zur Welt seien erst mit den modernen westlichen Strömungen in die Psychiatrie getreten. Aber auch ihrer nosologischen Kritik und ihrem Eintreten für die Einheitspsychose trat er entschieden entgegen. Weise und Thom unterstützten die Idee einer Einheitspsychose, weil diese in ihren Augen ein mehrdimensionales diagnostisches Konzept, das auch die Persönlichkeitsentwicklung und die sozialen Bezüge einschloss, gewährleisten konnte. Diese nosologische Kritik konnte auch als Kritik an Karl Leonhards Forschung gelesen werden, wie Müller-Hegemanns Reaktion zeigte: Ausdrücklich forderte er Respekt

²⁵⁸ Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 431.

²⁵⁹ Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 432.

²⁶⁰ Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 432.

²⁶¹ Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 432.

und Anerkennung für Leonhards Forschungsleistungen und äußerte prinzipielle Zweifel an der Zuverlässigkeit und Wahrheitstreue von Weises Aussagen.²⁶²

Wenngleich die kritischen Äußerungen von Weise und Thom mit Müller-Hegemanns Stellungnahmen umgehend in eine Diskussion eingebunden wurden, ist diese Auseinandersetzung doch ein Beispiel für eine neue Offenheit im Umgang mit psychologischen Ansätzen aus dem Westen. Bemerkenswert war, dass diese Artikel noch unter der Herausgeberschaft von Leonhard und Müller-Hegemann erschienen. Die Beiträge von Weise und Thom spiegeln das neue Selbstverständnis, das sich an der Leipziger Klinik nach dem Weggang Müller-Hegemanns mit einer neuen Ausrichtung entwickelt hatte; die Auseinandersetzung war auch Ausdruck dieses Bruchs in Leipzig, der mit dem Generationenwechsel stattgefunden hatte.

In der Folge begannen zum Ende der sechziger Jahre hin diskursive Veränderungsprozesse. In dieser Zeit zeichnete sich, so konstatierten Viola Balz und Ulrike Klöppel, in der Psychiatrie und den sozialreformerischen Zielen eine „Wendung nach Innen“ ab, begleitet von individualisierenden Strategien, die der Aktivierung des Selbstführungspotentials der Patientinnen und Patienten dienen sollten.²⁶³ Dazu zählten auch psychodynamische Ansätze, sofern sie mit den marxistisch-leninistischen Ideen und der Vorstellung eines sozialistischen Selbst in Einklang zu bringen waren. Ansonsten dominierten in den sechziger und siebziger Jahren psychopharmazeutische Forschungen, arbeits- und gruppentherapeutische Berichte und auch immer mehr sozialpsychiatrische Themen die fachlichen Auseinandersetzungen.

Mit der Psychologisierung und Sozialpsychiatisierung des psychiatrischen Diskurses änderten sich aber auch die Vorstellungen und das Wissen von Schizophrenie. Im Wandel der Auffassung von Schizophrenie als einer ausschließlich körperlich begründeten Krankheit hin zu der Vorstellung, dass sie durch äußere Einflüsse und Umstände mit ausgelöst wurde, löste sich zwar manches von Müller-Hegemanns Konzeption des Menschen als Wesen in einer sozialen Gemeinschaft ein.²⁶⁴ Hinzu kamen jedoch psychodynamische Ansätze, die mit fortschreitender Zeit immer offener eingefordert wurden. So erklärte Klaus Weise, der mittlerweile Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig geworden war, 1974 in einem Artikel über die Diagnose psychiatrischer Erkrankungen, es könne „heute kein Zweifel mehr darüber bestehen, dass auch bei primär vorwiegend somatisch bedingten Psychosen im Verlauf und für die Entwicklung von Rezidiven psycho-

²⁶² Dietfried Müller-Hegemann, Bemerkungen zu der Veröffentlichung von K. Weise und A. Thom: „Methodologische Erwägungen zur Entwicklung und Funktion der psychiatrischen Nosologie“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 21 (1969), S. 70–72.

²⁶³ Vor dem Hintergrund dieser Diskussion wirkt es eigenartig, dass Müller-Hegemann bei einer politischen Krisensitzung anlässlich des als zu gering eingestuften wissenschaftlichen Niveaus und zu gering ausgeprägten ideologischen Standpunkts der Psychiatrie zwei Jahre später besonders hart kritisiert wurde, siehe Balz/Klöppel, *Wendung nach Innen*.

²⁶⁴ Ein Kommentar zu diesem Wandel bei Dietfried Müller-Hegemann, *Über reaktive Psychosen*, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 22 (1970), S. 172–177, hier S. 176.

und soziodynamische Faktoren [...] die Führung in der Dynamik des Krankheitsgeschehens übernehmen“.²⁶⁵ Weiter erklärte er, Wahnerlebnisse hätten ähnliche, wenn auch qualitativ verschiedene „funktionsdynamische Zusammenhänge“ wie Neurosen, und könnten „als subjektive Verzerrungen“ interpretiert werden. „Psychopathologische Symptome“, so fuhr er fort, „sind damit nicht Symptome eines somatischen Krankheitsprozesses, sondern abnorme bzw. pathologische Stile kommunikativen Verhaltens.“ Dieses Krankheitsverständnis, das „sich aus der gesellschaftlichen Daseinsform des Menschen, der spezifisch menschlichen Form der Individuum-Umwelt-Beziehung“ ergebe und das naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis ergänzen sollte, begriff Krankheit im Wesentlichen als „Ausdruck einer Dekompensation des Psychischen“ und der „Anpassungsfähigkeit des Menschen gegenüber Belastungen und Konflikten“.²⁶⁶ Psychodynamische und analytische Vorstellungen prägten diesen Ansatz, aber auch der Umweltbezug des Individuums wurde mitgedacht. Mit der wichtigen Rolle, die dem Kreis der Leipziger Psychiater um Klaus Weise zukam, konnte sich psychodynamisches Wissen und die Berücksichtigung sozialer, umweltbezogener Aspekte zunehmend als Teil eines Sprechens über Krankheit, Psychosen und Schizophrenie etablieren. War die Berücksichtigung der Umwelt und psychotherapeutischer Ansätze durch Müller-Hegemanns Konzepte bereits seit den fünfziger Jahren Teil des ostdeutschen Psychiatriediskurses gewesen, so begann nun auch – in umgekehrter Reihenfolge wie in der westdeutschen Psychiatrie – verstärkt die Entdeckung der individuellen Situation und des individuellen Erlebens und damit auch anderer therapeutischer Methoden. Spätestens mit einem Überblicksbeitrag von Rainer Schwarz, der am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim arbeitete, war dann schließlich auch der Begriff des multifaktoriellen Ansatzes in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* angekommen.²⁶⁷

Psychologisierung des „sozialistischen Selbst“

Das in der westdeutschen Psychiatrie beobachtbare Streben, ein besseres Verständnis für die Vorgänge der Schizophrenie zu erreichen, spielte in der ostdeutschen Rezeption dieser Ansätze nur eine geringe Rolle. Möglicherweise hing dies mit der um einige Jahre verschobenen Rezeption zusammen, die weniger die Motivation der ersten Vorstöße und Infragestellungen als vielmehr die Ergebnisse dieser Forschungen aufnahm. Die Rede von einem besseren Verständnis für die inneren Vorgänge im Krankheitsgeschehen, aber auch in gruppentherapeutischen Situationen tauchte in der ostdeutschen Psychiatrie in den sechziger und siebziger Jahren jedenfalls weniger in der methodologischen Diskussion psychothera-

²⁶⁵ Klaus Weise, Zur Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 26 (1974), S. 6–13, hier S. 11.

²⁶⁶ Weise, Zur Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen, S. 12.

²⁶⁷ Siehe Rainer Schwarz, Neuere Ergebnisse der Schizophrenieforschung, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 30 (1978), S. 193–208.

peutischer Verfahren als vielmehr im Kontext von eigenen analytischen Erfahrungen und Selbsterfahrungsgruppen auf. Aus diesem Erfahrungswissen wurde das methodische und therapeutische Wissen heraus angepasst oder erweitert.

Zu einer Analyse zu gehen, gestaltete sich noch Ende der sechziger Jahre als schwierig, konnte aber auch in der Selbstwahrnehmung als Form der Opposition fungieren. Der Psychiater Peter Schmidt, der 1968 zu dem Leipziger Psychoanalytiker Alexander Beerholdt zur Analyse ging, nachdem ihm 1962 ein Fluchtversuch misslungen war, schreibt diesem Gang zu Beerholdt „ein durch Nachteil gewonnenes Stück Freiheit“ zu, eine „mögliche Opposition gegen das diktatorische System“.²⁶⁸ Auch andere Erfahrungsberichte, zu späteren Zeitpunkten geführte Interviews und rückblickende Erinnerungen der psychotherapeutisch tätigen Psychiaterinnen und Psychiater tendieren dazu, die analytische Tätigkeit als subversiven oder widerständigen Akt zu beschreiben. Auch wenn man diese Erinnerungen als Versuche liest, sich vom sozialistischen Metanarrativ zu emanzipieren und Kontinuitäten einer psychoanalytischen Tradition zu kreieren, lässt sich doch auch an anderen Stellen beobachten, dass sich neben einer staatlich erwünschten „sozialistischen Psychotherapie“ eine therapeutische Kultur im „Untergrund“ bildete, die vorhandene Handlungsspielräume wahrnahm und ausnutzte.²⁶⁹

Der zitierte Peter Schmidt hatte bereits während seiner Zeit in Rodewisch und dann auch in Leipzig vereinzelt Gesprächstherapie praktiziert. Die Analyse bei Beerholdt zu machen, erschien ihm als einzige Möglichkeit, mehr über Psychotherapie – im analytischen Sinne – zu erfahren und zu lernen. Auch wenn diese Analyse keine Ausbildung ersetzte und er sich eine theoretische Orientierung und das Anwendungswissen weiterhin selbst aneignen musste, beschrieb er sie als Basis eines neuen Verständnisses für die eigenen Patientinnen und Patienten: „Das Verständnis für Patienten und ihre Probleme war durch die eigene Analyse sehr gewachsen – die Möglichkeiten, das Verständnis beim Patienten zur Wirkung zu bringen, aber bisher umso geringer, je gestörter der Patient war. Ich musste erleben, dass Bemühungen ins Leere gingen, weil sie aus der Methode heraus nicht wirksam waren. Das erweiterte Verständnis war jedoch nicht wertlos und konnte wirksames Vorgehen begründen. War ein Patient so resigniert und hoffnungslos, dass er den einzigen Ausweg in der Rente sah, dann war ohne gelingende Ermutigung keine Therapie wirksam; das konnte man wirklich verstehen. Oder war eine Familie so tiefgreifend zerstritten, dass der Patient mit psychotischer Symptomatik Vergeltung gegen die Bezugsperson ausübte, dann half nur stationäre Therapie. [...] Den Sinn von Symptomen erkennen zu können und die Bedeutung von Abwehr zu erfahren, hat Sinn in einem System, in dem Bewusstsein der Gesellschaft dienen soll und Abweichungen Bewusstseinsfehler sind und für Subjektives überhaupt kein Raum vorhanden ist.“²⁷⁰ Als notwendige Vorausset-

²⁶⁸ Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.“, S. 256.

²⁶⁹ Christine Leuenberger, *Socialist Psychotherapy and Its Dissidents*, in: *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 37/3 (2001), S. 261–273.

²⁷⁰ Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.“, S. 259.

zung für die Bildung einer psychotherapeutischen Kultur, in deren Rahmen auch die Ausbreitung der dynamisch intendierten Gruppentherapie durch Kurt Höck einzuordnen ist, beschrieb Schmidt den ideologischen Wandel, der durch Achim Thoms publizistisches Schaffen angeregt und betrieben wurde. Schmidt erklärte: „Die Gesellschaft war ihrem Verständnis nach nicht fehlerhaft, und damit waren Fehler Fehler des Bewusstseins und als solche abzuschaffen. Erst Professor Thoms Auffassung, die Gesellschaft könne mit ihren Mitgliedern, die in der kapitalistischen Zeit aufgewachsen und verbildet worden seien, noch für ein oder zwei Generationen zu tun haben, schuf einen Raum, in dem sich die Psychotherapie entfalten konnte.“²⁷¹

Die Erfahrung eines besseren Verständnisses der Patientinnen und Patienten nach einer eigenen Erkundung analytischer oder therapeutischer Verfahren, die Schmidt ansprach, teilten auch die Selbsterfahrungsgruppen. 1972 berichteten die beiden Psychiater Jürgen Ott und Michael Geyer in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* über ihre Erfahrungen in einer an der Erfurter Klinik 1968 gegründeten Selbsterfahrungsgruppe und notierten unter anderem, dass sie dort die Sensibilität gegenüber unbewussten und bewussten Einflüssen auf das Verhalten bei sich selbst und anderen gewonnen hätten. Rückblickend ergänzte Michael Geyer: „Wir verstanden unsere Patienten und uns selbst auf eine neue Weise und erlebten einen starken Kontrast sowohl zur Unangemessenheit als auch Banalität herkömmlicher Konzepte und Erklärungsmuster, wie sie von unseren Vorgesetzten vertreten wurden.“²⁷² Die Erfurter Selbsterfahrungsgruppe war zugleich ein wichtiger Agent bei der Einführung und Vermittlung psychodynamischen Denkens.²⁷³ Es ging darum, durch die Überwindung der in der Gruppe erfahrenen eigenen Abhängigkeit die Selbstverantwortlichkeit und die Subjektivität des Individuums zu stärken.

An der Entwicklung eines neuen Persönlichkeitsmodells, das psychodynamisch ausgerichtet war und dennoch nicht im Widerspruch zu staatlich-ideologischen Vorgaben stand, war außerdem Kurt Höck vom Haus der Gesundheit entscheidend mitbeteiligt. Auch Höck führte an der Klinik Hirschgarten des Hauses der Gesundheit Selbsterfahrungsgruppen ein, die von zahlreichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchlaufen wurden. Die dort gemachten Erfahrungen und das dort erworbene Wissen wurden auch therapeutisch weitergegeben.²⁷⁴ Der Psychiater Gerold Hiebsch, Assistenzarzt an der Nervenlinik der Universität in Halle, lernte in einer von Heinz Hennig geleiteten Selbster-

²⁷¹ Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.“, S.260. Zu Thoms gesellschaftsphilosophischem Modell und seiner Anwendung der marxistisch-leninistischen Theorie auf die Psychiatrie siehe Kapitel III.

²⁷² Michael Geyer, Kommentar zur Publikation „Bericht über eine Selbsterfahrungsgruppe nach 16 Monaten“ von Jürgen Ott und Michael Geyer, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S.359–354, hier S.351.

²⁷³ Michael Geyer/Wolfgang Senf, Gruppentherapie in der DDR. Michael Geyer im Gespräch mit Wolfgang Senf, in: Psychotherapie im Dialog 2 (2001), S.232–235.

²⁷⁴ Geyer/Senf, Gruppentherapie in der DDR.

fahrungsgruppe das Verfahren „Katathymes Bilderleben“ kennen und war fasziniert davon, „über die Möglichkeiten der Symbolisierung der inneren Objektwelt Zugang zu den eigenen verschütteten Konflikten zu bekommen“. Auch er stellte einen direkten Zusammenhang von der Selbsterfahrung und der analytischen Methode, die er in Einzelgesprächen vereinzelt anwandte, zum besseren Verständnis seiner Patienten her: „Die Dynamik der psychotischen Erkrankungen schien mir vor dem Hintergrund analytischen Denkens verständlicher. Ich war überzeugt, dass nicht eine Stoffwechselstörung die Ursache dieser Erkrankungen war, sondern eine individuelle Leidensgeschichte.“²⁷⁵ Jedoch waren auch diese nicht-universitären und nicht-institutionalisierten, letztlich privaten Räume der Selbsterfahrungsgruppen in hohem Maße überwacht und abgehört, was manche davon abhielt hinzugehen, andere erst nach der Wende realisierten.²⁷⁶

Vor dem Hintergrund der sozialpsychiatrischen Diskussionen, der Reformpläne und der Rezeption der Hinwendung zum Subjekt in der westlichen Forschungsliteratur hatte auch die Suche nach einem therapeutischen Konzept begonnen, das Elemente der verstehenden und der sozialen Psychologie beinhalten sollte. 1968 hatte Johannes Helm an der Humboldt-Universität in Berlin mit der Aneignung des gesprächspsychotherapeutischen Verfahrens nach dem amerikanischen Psychologen und Therapeuten Carl Rogers begonnen, seit 1971 wurde auch eine entsprechende Ausbildung dort angeboten.²⁷⁷ Wie Klaus Weise rückblickend schilderte, erschien ihm die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers als eine „Psychotherapie vom Subjektstandpunkt, bei der die Struktur des Psychischen, die subjektiven Erfahrungen, die innere Erlebniswelt des Betroffenen voll erhalten bleiben“.²⁷⁸ Er teilte den Ansatz von Rogers, dass die Therapie subjekt- und nicht therapeutenzentriert sein müsse, und das subjektive Erleben in seiner Einzigartigkeit respektiert werden müsse. Rogers ging davon aus, dass der Patient keiner Lenkung bedürfe, da alle wichtigen Ansätze bereits in ihm selbst vorhanden seien. In diesem Sine war er von den Möglichkeiten der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung überzeugt, ein Ansatz, der nicht nur für die ostdeutsche Psychiatrie und Psychologie, sondern auch in Westdeutschland eine zunehmend wichtige Rolle spielte.²⁷⁹ Auch

²⁷⁵ Gerold Hiebsch, Selbsterfahrung hinter dem Rücken der Macht, in: Projekt Psychotherapie 2 (2008), S. 18–19.

²⁷⁶ Siehe den Bericht von Annette Simon, Über die Blindheit im Beruf, in: Klaus Behnke/Mitchell G. Ash (Hrsg.), Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi, Hamburg 1995, S. 242–254, hier v. a. S. 242–244. Zur Tätigkeit des Ministeriums für Staatssicherheit (MfS) an der Universität Leipzig siehe Elise Catrain, Hochschule im Überwachungsstaat. Struktur und Aktivitäten des Ministeriums für Staatssicherheit an der Karl-Marx-Universität Leipzig (1968/69–1981), Leipzig 2013.

²⁷⁷ Hans-Joachim Maaz, Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR, in: European Journal of Mental Health 6/2 (2011), S. 213–238, hier S. 221 f.

²⁷⁸ Weise, Psychosoziales Krankheitsverständnis und Psychiatriereform, S. 412.

²⁷⁹ Zu Carl Rogers Bedeutung für die Entwicklung einer psychotherapeutischen Alltagskultur siehe Brigitte Lohff, Von der Normalität des Unglücklichseins. Überlegungen zum Phänomen Psychotherapie als Teil des Alltagslebens ab den 1960er Jahren, in: Christine Wolters/

Leipzigs Vorreiterrolle hinsichtlich sozialpsychiatrischer Forschung wurde in der westdeutschen Psychiatrie deutlich wahrgenommen. Die gemeinsamen sozialpsychiatrischen Themen und Anliegen führten zu regem Austausch, an dem insbesondere Klaus Dörner aus Gütersloh, Erich Wulff aus Gießen bzw. Hannover, Karl Peter Kisker aus Hannover und Achim Thom und Klaus Weise aus Leipzig beteiligt waren.²⁸⁰

An den psychotherapeutischen Abteilungen wurde vor allem die dynamisch intendierte Gruppentherapie betrieben, so am Haus der Gesundheit in Berlin unter Kurt Höck. Auch dort gab es analytische Einflüsse in unterschiedlichem Grad.²⁸¹ Seit 1974 wurden am Haus der Gesundheit auch Ausbildungen in der Intendiert Dynamischen Gruppenpsychotherapie angeboten.²⁸² Besondere Bedeutung erlangte für psychoanalytisch Interessierte ab den siebziger Jahren die Nervenlinik Uchtsprunge, wo Harro Wendt und Infrid Tögel 1972 mit „Problemfallseminaren“ begannen, einer an das Modell der „Balintgruppen“ angelehnten Ausbildungsform. Wendt, der von 1961 bis 1991 Ärztlicher Direktor war, hatte sich bereits während seiner Zeit in Leipzig unter Müller-Hegemann für analytische und tiefenpsychologische Einzeltherapie interessiert und nutzte seine Position in Uchtsprunge, diese neben der Gruppentherapie zu etablieren. Dass er Mitglied der SED war, sicherte ihn politisch ab, auch wenn bekannt war, dass er sich nicht „konform“ verhielt.²⁸³ Von den Problemfallseminaren berichtete Wendt auch in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 1979. Die Ausstrahlungskraft der Entwicklungen in Leipzig, Berlin oder Uchtsprunge reichten über ihre Publikationen bis in die Anstalten hinein.²⁸⁴ Als weiterer Effekt der Hinwendung zum Subjekt kann auch die Stärkung der Einzelpsychotherapie benannt werden, die sich neben der starken Dominanz der Gruppenpsychotherapie zunehmend behaupten konnte. 1982 wurde unter dem Namen „Dynamische Einzelpsychotherapie“ in der Gesellschaft Ärztliche Psychotherapie der DDR eine eigene Sektion zur Einzelpsychotherapie gegründet.²⁸⁵ Für die ostdeutsche Psychotherapie er-

Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hrsg.), *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*, Bielefeld 2013, S. 325–355, hier S. 343–346.

²⁸⁰ Vgl. Topp, *Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin*, S. 309.

²⁸¹ Petra Sommer, Kurt Höck und die psychotherapeutische Abteilung am Haus der Gesundheit Berlin – institutionelle und zeitgeschichtliche Aspekte der Entwicklung der Gruppenpsychotherapie in der DDR, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), *Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland*, Gießen 2000, S. 355–377.

²⁸² Karna Leppert, *Psychotherapie in der DDR*, in: Elmar Brähler/Wolf Wagner (Hrsg.), *Kein Ende mit der Wende? Perspektiven aus Ost und West*, Gießen 2014, S. 221–233, hier S. 228.

²⁸³ Meador, *Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infrid Tögel*, S. 268. Tögel: „Der Chef, der musste ideologiekonform sein, und wenn der etwas absicherte, dann ging auf der Ebene darunter viel. Da konnte auch Vertrauen entstehen.“ Ebd., S. 279.

²⁸⁴ Groß, *Jenseits des Limes*, S. 194.

²⁸⁵ Diese psychodynamische Einzeltherapie als Spezialform einer tiefenpsychologischen Behandlungsmethode war vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Entstehungsbedingungen und aufgrund ihrer besonderen Akzentuierung der Übertragungs-Gegenübertragungs- und Widerstands-Problematik eine „originäre ostdeutsche Entwicklung“, siehe Maaz, *Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR*, S. 228.

wies es sich schließlich sogar als Vorteil, so der Psychiater und Psychoanalytiker Hans-Joachim Maaz rückblickend, dass es keine psychoanalytischen oder psychotherapeutischen Schulen gab, die eine gewisse Abhängigkeit und Einschränkung bedeutet hätten. Stattdessen konnten sich eigene Ansätze frei entwickeln.²⁸⁶ Gleichzeitig institutionalisierte und professionalisierte sich die Psychotherapie noch mehr: Seit 1979 gab es den Facharzt für Psychotherapie, den bis zur Wende um die 100 Fachärzte zusätzlich erwarben. Zugleich wurde der Austausch zwischen ost- und westdeutschen Psychoanalytikerinnen- und analytikern und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den 1980er Jahren durch Fortbildungsveranstaltungen und Seminare verstärkt.

Wohl am deutlichsten, aber nicht nur in der Aufnahme der Gesprächstherapie nach Carl Rogers und der Zunahme von Einzeltherapie drückte sich eine Hinwendung der Psychiatrie zur Person aus. Nicht jede Klinik ging in dieser neuen Subjektorientierung so weit wie die Leipziger Klinik, in der, wie Weise berichtete, sogar darüber nachgedacht wurde, die Vergabe von Diagnosen aufgrund ihrer entindividualisierenden Wirkung aufzugeben, um sich noch mehr auf den Patienten und seine spezifischen Probleme konzentrieren zu können.²⁸⁷ Andererseits hielten nach wie vor viele Psychiaterinnen und Psychiater – darauf wies auch Weise hin – schizophrene Patientinnen und Patienten für eine Gesprächstherapie weiterhin für ungeeignet. An der Leipziger Klinik wurde jedoch weiter an der Implementierung des Selbst-Wissens gearbeitet: Ende der 1980er Jahre waren die Vorstellungen von Selbstverwirklichung, Selbstentwicklung und Selbstfindung in den Klinikalltag integriert.²⁸⁸ Vor allem die psychotherapeutischen Angebote im ambulanten Sektor sollten den Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen dazu dienen, einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und bestimmten auslösenden oder schwierigen Situationen zu lernen.²⁸⁹ Außerdem wurde für eine Gruppe von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie ab Mitte der siebziger Jahre auch autogenes Training angeboten, was lange Zeit als unmöglich gegolten hatte. Im Kontext dieser Neuerungen wurden auch die Arbeiten Benedettis wiederentdeckt.²⁹⁰ Das Erlernen von Selbstbeobachtungs- und Selbstführungs Kompetenzen sollte aber nicht eine Anpassung an gesellschaftliche Anforderungen, sondern vielmehr die Umgestaltung und Veränderung der Lebensverhältnisse und der sozialen Situation erreichen.²⁹¹ Dahinter

²⁸⁶ Hans-Joachim Maaz, Psychoanalyse im multimodalen Ansatz – eine ostdeutsche Entwicklung, in: Peter Diederichs (Hrsg.), Psychoanalyse in Ostdeutschland, Göttingen 1998, S. 96–114, hier S. 100.

²⁸⁷ Weise, Psychosoziales Krankheitsverständnis und Psychiatriereform, S. 414.

²⁸⁸ So beschreibt es Sabine Gollek, vgl. Sabine Gollek, Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie – eine persönliche und praktische Erfahrung, in: Heike Bernhardt/Regine Lockett (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 416–421, hier S. 417.

²⁸⁹ Weise, Psychotherapie in der Psychiatrie, S. 298.

²⁹⁰ Siehe Hellmut Starke, Das autogene Training im Rahmen der Therapie schizophrener Patienten, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 28 (1976), S. 343–351.

²⁹¹ Weise, Psychotherapie in der Psychiatrie, S. 300.

stand – und dies galt für die meisten alternativen psychotherapeutischen Bemühungen dieser Zeit – ein Wandel von einer beruhigenden oder pädagogischen Therapieausrichtung hin zu einer emanzipatorischen. Was den unterschiedlichen Initiativen seit den späten sechziger Jahren gemeinsam war, war die Betonung einer – mehr oder weniger stark ausgeprägten – kritischen Haltung, die in den therapeutischen Techniken als Auseinandersetzungs- und Kommunikationsformen eingeübt werden sollte. Damit zielten sie auf eine Stärkung des Subjekts, die auch erste Selbstorganisationen von Patientinnen und Patienten ermöglichte wie die Leipziger Schizieria, eine Mitte der achtziger aus einer Malgruppe entstandene Gruppe, die nach der Wende einen Verein gründete und eine eigene Zeitschrift herausgab.²⁹²

Die Psychologisierung des „sozialistischen Selbst“,²⁹³ die sich seit den siebziger Jahren beobachten ließ, weist Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede zur Entdeckung des Menschen als individuelles, geschichtliches Wesen in der westdeutschen Psychiatrie der fünfziger Jahre auf. Während Ähnlichkeiten vor allem in der stärkeren Subjektorientierung und einem Selbstverständnis als Gegen- oder Erneuerungsdiskurs bestanden, beruhten die Unterschiede vor allem auf einer anderen Gewichtung des Verhältnisses von Umwelt und Lebensgeschichte sowie der Motivation bzw. den Gründen für die Psychologisierung. Dem therapeutisch-pragmatischen Geist der siebziger Jahre entsprechend, war das Ziel der ostdeutschen Reformpsychiater weniger, das psychodynamische Geschehen im schizophrenen Prozess *allgemein*, das heißt auf einer abstrakten Ebene, besser zu verstehen. Vielmehr wurde das psychologische Wissen mit therapeutisch-rehabilitativen Zielen angewandt. Diese Motivation schlug sich auch in den fachwissenschaftlichen Publikationen nieder, die sich nicht mit ausführlichen Erlebnis- und Lebensgeschichtsstudien aufhielten, sondern eher therapeutische Anleitungen formulierten. Eine mit der Bedeutungsaufladung der Neurosen vergleichbare Konzeptionalisierung der Schizophrenie im Kontext der „sozialistischen Persönlichkeit“ lässt sich – zumindest für den ausgewerteten Zeitraum der siebziger Jahre – nicht ausmachen.²⁹⁴

Inwieweit aber war das schizophrene Selbst in diese Psychologisierung mit eingebunden? Prinzipiell wurde der Mensch als soziales, in seiner Umwelt agierendes und reagierendes und biologisches Wesen verstanden; um seine Erkrankung verstehen zu können, mussten daher auch seine Umwelt und seine sozialen Beziehungen besonders berücksichtigt werden. Im Unterschied zur westdeutschen

²⁹² Zur Schizieria siehe Thomas R. Müller, *Wahn und Sinn. Patienten, Ärzte, Personal und Institutionen der Psychiatrie in Sachsen vom Mittelalter bis zum Ende des 20. Jahrhunderts*, 2., korrig. u. erg. Aufl., Frankfurt am Main 2014, S. 70–77.

²⁹³ Angelehnt an Greg Eghigian, *The Psychologization of the Socialist Self: East German Forensic Psychology and Its Deviants, 1945–1975*, in: *German History* 22 (2004), S. 181–205.

²⁹⁴ Zu den Neurosen siehe Christine Leuenberger, *Cultures of Categories: Psychological Diagnoses as Institutional and Political Projects before and after the Transition from State Socialism in 1989 in East Germany*, in: Greg Eghigian/Andreas Killen/Christine Leuenberger (Hrsg.), *The Self as Project. Politics and the Human Sciences*, Chicago 2007, S. 180–204.

Psychiatrie, die den Ausbruch der Erkrankung als nicht vollzogene Selbstentwicklung oder nicht erbrachte Konfliktlösungsleistung einstufte, wurde Schizophrenie in der ostdeutschen Psychiatrie als eine nicht erbrachte Anpassungsleistung des Individuums an gesellschaftliche Anforderungen oder in sozialen Situationen gedeutet. Die Vorstellung von Schizophrenie als einer eigenen Wahrnehmungs-, Erlebens- und Daseinsweise, wie sie in der westdeutschen Psychiatrie zirkulierte, lässt sich in der ostdeutschen Psychiatrie weniger stark ausmachen; stattdessen wurden die sozialen Aspekte und Konsequenzen der Erkrankung stärker hervorgehoben. Hier trafen sich die Entwicklungen der siebziger Jahre schließlich über die Grenzen von Ost und West hinweg: die sozialpsychiatrischen Anliegen, in denen die jeweils unterschiedlichen Entwicklungen mündeten, waren gemeinsame Themen und gemeinsame Ziele.

