Dynamische Psychiatrie

Begründet von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

31. Jahrgang
5./6. Heft 1998
ISSN 0012–740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 172/173

Aus dem Inhalt:

Günter Ammon (1971)
Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie

Bela Buda
Specific Ethical Principles in Dynamic Psychiatry

Monika Dworschak/Bernhard Richarz
Ethische Aspekte in der humanstrukturellen Milieutherapie

Vadim S. Rotenberg et al.
First-Night-Effect in Different Forms of Schizophrenia
(Pilot Investigation)

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der
Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, der
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der
Psychoanalytischen Kindergärten

31. Jahrgang, 5./6. Heft 1998, Nr. 172/173

Begründet von Günter Ammon,
herausgegeben von Maria Ammon unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München – A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakab, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg – M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara – A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – H. Volger, Berlin – T. Yamaguchi, Tokio

Inhalt/Contents

Editorial 325

Günter Ammon (1971)

Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I-III 327
Toward a Psychotherapy of Schizophrenia I-III 401

Bela Buda (Budapest)

Specific Ethical Principles in Dynamic Psychiatry 406
Besondere ethische Prinzipien in der Dynamischen Psychiatry 410

Monika Dworschak (München), *Bernhard Richarz* (München/Berlin)

Ethische Aspekte in der humanstrukturellen Milieutherapie 411
Ethical Aspects in Humanstructural Milieu Therapy 418

V.S. Rotenberg (Tel Aviv) et al.

First Night Effect in Different Forms of Schizophrenia (Pilot Investigation) 421
Der Erste-Nacht-Effekt bei verschiedenen Formen von Schizophrenie.
Eine Voruntersuchung 427

Buchbesprechungen / Book Reviews 431

Nachrichten / News 437

Ankündigungen / Announcements 448

Editorial

Im März 1999 findet der 12. Weltkongreß der WADP/XXV. Internationales Symposium der DAP in Berlin zum Thema »Schizophrenie und Borderline-Störungen – Eine Herausforderung für Wissenschaft und Gesellschaft« statt. Dieser Kongreß setzt sich mit dem derzeitigen Verständnis und der Psychotherapie dieser beiden schweren psychischen Erkrankungen auseinander.

Die Redaktion der »Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« hat sich im Vorfeld des Kongresses entschlossen, eine inzwischen klassisch gewordene Arbeit *Günter Ammons* erneut zu veröffentlichen: »Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie«. Sie ist vor nunmehr 28 Jahren im 4. Jahrgang der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« 1971 erschienen. Die erfolgreiche, doch schwierige ambulante Behandlung von Juanita war *Ammons* erste Schizophrenie-Psychotherapie während seiner Tätigkeit am Karl-Abraham-Institut in Berlin, noch bevor er 1956 für zehn Jahre an die Menninger Foundation in den USA ging, um die dort praktizierte Integration von Psychoanalyse und Psychiatrie im Rahmen der amerikanischen »Dynamic Psychiatry« zu studieren und an deren Weiterentwicklung mitzuarbeiten.

Die umfassende Darstellung des Behandlungsverlaufs hat ihre Frische und Aktualität trotz des langen Zeitabstands behalten, was dem Engagement und der Empathie des Autors zu verdanken ist. Deutlich wird der unerschütterliche Optimismus als Ausdruck einer tiefen Überzeugung an die therapeutische Beeinflußbarkeit und Veränderbarkeit der hinter der Pathologie liegenden Persönlichkeitsstruktur. Kernpunkt der Behandlung ist das stete Ringen um eine authentisch-empathische Beziehungsherstellung zwischen Patientin und Therapeut.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde *Ammon* in Deutschland ein bedeutender Pionier der Psychosen-Psychotherapie und begründete die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie. Er berief sich dabei auch auf die Tradition der amerikanischen Dynamic Psychiatry.

Bereits in dieser frühen Arbeit sind in nuce die Ansätze zur Psychotherapie archaischer Ich-Störungen enthalten, die *Ammon* und seine Mitarbeiter später weiterentwickelten und die schließlich zu den Behandlungskonzepten von Schizophrenie und Borderline-Störungen führten, wie sie heute – sowohl stationär in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige als auch ambulant in den Instituten und Praxen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse – praktiziert werden.

Während damals die krankheitsauslösenden Faktoren meist allein in der Mutter-Kind-Beziehung gesucht wurden (z. B. double-bind-Hypothese von *Bateson, Weakland* et al., »schizophrenogenic mother« nach *Frieda Fromm-Reichmann*), die *Ammon* durchaus einbezieht, beschreibt er doch darüber hinaus, wie die von Familie und Nachbar-Gemeinschaft isolierte

Außenseiter-Position, in der Juanita mit ihrer Mutter lebte, zur Entwicklung der Paranoia und des »schizophrenic way of life« (*Sullivan*) beitrug. Hier sind Ansätze des gruppendynamischen Denkens, das *Ammon* in seinen späteren Arbeiten weiter ausführte, bereits zu erkennen.

Ammon selbst weist auf die einer Milieutherapie ähnliche Gestaltung der Therapiesituation hin: Zu nennen ist z.B. die größere Bewegungsfreiheit der Patientin, die in ihren Sitzungen nur teilweise saß und die Praxisräume zeitweilig als Teil ihres Lebensfeldes erlebte, wo sie sich in der Küche bediente oder später außerhalb der Sitzungen aufhielt. Dadurch erst war es dem Therapeuten möglich, das jeweils gezeigte Verhalten der Patientin als unbewußte Mitteilung zu verstehen und darauf zu antworten, bevor sie selbst es in Sprache fassen konnte. So gelang nach und nach der Aufbau eines stabilen Kontaktes mit ihr. Die gesamte Behandlungssituation wurde damit zu einem gruppendynamisch-sozialenergetischen Feld. Daß z.B. ihr Therapeut mit anderen Patienten arbeitete, während sie nebenan lernte, bekam wiedergutmachende Bedeutung, weil hier direkt die eigene Entwicklung von Juanita bei gleichzeitiger Nähe und Abgrenzung stattfinden konnte.

Eine besondere Rolle in diesem Behandlungsprozeß spielten die nonverbalen Mitteilungen, speziell die Bilder, die Juanita malte. Auch sie nutzte *Ammon* im Sinne der Arbeit mit gesunden Ich-Anteilen dazu, Kontakt zur Patientin herzustellen. Zunächst stieg er in die psychotischen Vorstellungen ein und ermöglichte Juanita die allmähliche Abgrenzung aus diesem Labyrinth, indem er immer wieder als Hilfs-Ich die Realitätsprüfung übernahm. An den Bildern läßt sich die therapeutische Entwicklung direkt ablesen. Jahrzehnte nach Abschluß der Behandlung erfuhr *Ammon*, daß die Patientin erfolgreich in ihrem Beruf und in einer langjährigen Beziehung lebte.

In der Arbeit der Dynamischen Psychiatrie haben heute neben der Maltherapie die Musik-, Reit-, Tanz- und Theatertherapie ihren Platz und eröffnen jeweils neue Dimensionen und Möglichkeiten des Verstehens.

Die für die Psychosen-Psychotherapie notwendigen Veränderungen der klassisch-analytischen Behandlungstechnik und der therapeutischen Beziehung selbst, wie *Ammon* sie schon 1971 beschrieb, werden auch in der Psychoanalyse diskutiert und inzwischen von verschiedenen Autoren mit anderen theoretischen Konzeptionen und Begrifflichkeiten aufgegriffen.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Darstellung der Therapie von Juanita aufs neue interessant und bahnbrechend.

Die Redaktion

Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I-III*

Günter Ammon (1971)

Teil I: Theorie

Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, die Erfahrungen zusammenzufassen, die ich in beinahe zwei Jahrzehnten in der psychotherapeutischen Behandlung schizophren reagierender Patienten habe sammeln können (*Ammon* 1957, 1968, 1969 a, b).

Am Beispiel dreier repräsentativer Behandlungsverläufe möchte ich zeigen, daß die sogenannte Schizophrenie als eine Reaktionsform des Individuums auf traumatische Erfahrungen in der Zeit der frühkindlichen Entwicklung begriffen werden kann, daß diese Reaktionsform verstehbar, einfühlbar und im Lauf eines psychotherapeutischen Prozesses reversibel ist. Mit der Betonung einer Psychogenese der schizophrenen Reaktion möchte ich jedoch keinen Ausschließlichkeitsanspruch verbinden, etwa im Sinne einer dogmatischen Ablehnung somatischer Ätiologie. Ich bin vielmehr der Meinung, daß es sich bei dem psychiatrischen Syndrom, das *Kraepelin* (1899) als Dementia Praecox und *Eugen Bleuler* (1911) als die Gruppe der Schizophrenien beschrieben hat, um den Ausdruck eines multidimensionalen und multifaktoriellen Geschehens handelt, dessen komplexe Ätiologie somatische Faktoren durchaus miteinschließen mag. Allerdings hat eine weltweite Forschung trotz immensen Aufwands für die These von der organischen Determiniertheit der schizophrenen Reaktion bis heute keine stichhaltigen Beweise zutage fördern können.

Im Gegenteil, gerade die erbbiologische Forschung und die vielfältigen biochemischen und neurophysiologischen Untersuchungen haben eher dazu beigetragen, die somatogenetische These zu relativieren und die entscheidende Bedeutung der Lebensgeschichte der Patienten hervorzuheben. Insbesondere die neueren Zwillingsforschungen von *Kringlen* (1964) und *Pollin* (1969) haben gezeigt, daß eine eindeutige Relation zwischen Erbfaktoren und schizophrener Reaktion keinesfalls besteht. *Kringlen*, der auch die früheren Untersuchungen von *Kallmann* (1950) einer gründlichen Kritik unterzogen hat, kommt zu dem Schluß, daß keine Anlage zur Schizophrenie, sondern lediglich eine unbestimmte Gefährdung für seelische und geistige Krankheit überhaupt vererbt werden kann; eine unbestimmte Bereitschaft, auf Konfliktsituationen mit pathologischen Reaktionen zu antworten, die ebenso gut die Form einer Neurose, einer Charakterstörung wie die einer schizophrenen Psychose annehmen können. In ähnliche Richtung weisen die Forschungen von *L. J. Heston* (1966).

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (4) 9–28, 123–167, 181–201, 1971

M. Bleuler (1970) hat darauf hingewiesen, daß die Erkrankungswahrscheinlichkeit an Schizophrenie auf die Gesamtbevölkerung bezogen erheblich höher ist als die Fertilität der Erkrankten. Nach *M. Bleuler* müßte »falls die Schizophrenien vererbt wären, ...die Erbmasse, die an der Entstehung schizophrener Psychosen maßgebend ist, immer neu entstehen.« Die familiäre Häufung schizophrener Reaktionen, die einmal Ausgangspunkt der Theorie von einer »schizophrenen Erbmasse« war, hat denn auch für unser Verständnis der Pathogenese sehr viel mehr beigetragen, als sie zum Ansatzpunkt der soziologisch-kommunikations-theoretischen Forschungsarbeit wurde (vergl. *Bateson* et al. 1956).

Auch *Benedetti* (1970) kommt zu dem Schluß, in jedem Fall konkretisiere sich »mehr und mehr der alte psychiatrische Eindruck, daß sich das Wesen des Kranken und seine Lebenserfahrung eng verbunden entwickeln.«

Die biochemischen Untersuchungen, welche das Ziel verfolgen, eine für die schizophrene Reaktion charakteristische Stoffwechselstörung zu isolieren, leiden zumeist, wie *Horwitz* (1959) gezeigt hat, unter der Betriebsblindheit, mit der sie die tatsächliche Lebenssituation des Patienten unberücksichtigt lassen. Ein besonders krasses Beispiel lieferte *Akerfeld* (1957), der im Blut schizophren reagierender Patienten Ceruloplasmin, ein kupferhaltiges Enzym, isolierte und damit ein diagnostisches Kriterium gefunden zu haben glaubte. Später wurde dann festgestellt, daß es sich einfach um ein Indiz für Vitamin-C-Mangel handelte, der auf die unzureichende Ernährung der Patienten zurückzuführen war.

So hat gerade die Suche nach dem spezifisch organischen Substrat die traditionelle These, die »Schizophrenie« sei ein organisch determiniertes Geschehen, nachhaltig erschüttert. Und heute gehen die Neurophysiologen, wie z. B. *Penfield* (1966) davon aus, daß das Gehirn eines Menschen durch seine Lebenserfahrungen selbst plastisch und morphologisch geformt werde, daß also das organische Substrat nicht einfach als ein Schlüssel des psychischen Geschehens verstanden werden könne, sondern selbst der Erklärung durch den Zusammenhang der Lebenssituation bedarf. Auf diesem Hintergrund wird das Festhalten an der *Griesinger*schen These (1845), Geisteskrankheiten seien Gehirnkrankheiten und die Ätiologie der sogenannten »endogenen« Psychosen sei prinzipiell organisch, zum Paradox.

Besonders deutlich wird dies, wenn *Rümke* (1958) als Indiz für die »endogene« Qualität einer schizophrenen Reaktion und als Kriterium ihrer Unterscheidung von den erlebnisbedingten, sogenannten »Pseudoschizophrenien« eine vage und unbestimmte Reaktion des »sehr erfahrenen Untersuchers«, sein »Praecox-Gefühl«, vorschlägt, das selber unbestimmt, doch etwas ganz Bestimmtes anzeigen soll, nämlich die »endogene Schizophrenie«. Damit sind wir wieder bei *Kraepelin*, für den die Uneinfühlbarkeit des psychotischen Verhaltens zur Basis seiner Vorstellung von der organischen und nicht psychologischen Determiniertheit der Psychosen wurde. Aber was für *Kraepelin* (1899) eine legitime Arbeitshypothese war, ist heute zur unreflektierten Behauptung geworden, zu einem Dogma, dessen Geltungsanspruch längst widerlegt wurde.

*Freud*s kopernikanische Entdeckung der Dynamik des Unbewußten hat, obwohl er selbst sich fast ausschließlich mit dem Studium und der Behandlung der Neurosen befaßte, den Weg zu einem psychodynamischen Verständnis der sogenannten endogenen Psychosen eröffnet. Indem *Freud* den unbewußten psychologischen Zusammenhang der isolierten und scheinbar unverständlichen neurotischen Symptome enthüllte und dabei die fundamentale Rolle aufdeckte, welche die Angst für die psychische Entwicklung des Menschen spielt, lieferte er einen Schlüssel auch für die verstehende Interpretation psychotischen Verhaltens.

Auf die Ähnlichkeit der psychischen Prozesse, die *Freud* in der Traumdeutung (1900) beschrieben hatte, mit dem Verhalten der schizophren reagierenden Patienten hat als erster *C. G. Jung* (1906) hingewiesen. In seiner »Psychologie der Dementia Praecox« vertrat er die Auffassung, wenn wir einen Träumer wach herumgehen, reden und handeln ließen, hätten wir das Bild der schizophrenen Reaktion. Die Schizophrenie erscheine wie ein langer schwerer Alptraum. Alle ihre Symptome gehorchten den Gesetzen, die *Freud, Adler* und andere für das Traumdenken aufgestellt haben. Der Traum sei der Schlüssel zur Psychose.

Jung war in seinen Assoziationsexperimenten auf die Kombination verdrängter Ideen mit starken Affekten gestoßen und hatte diese Verbindung als »Komplex« bezeichnet. Er war der Meinung, daß in der Dementia Praecox starke Komplexe ein geschwächtes Bewußtsein durchbrächen und so zum Ausdruck gelangen. In seinem psychodynamischen Konzept der schizophrenen Reaktion verband *Jung* also die Vorstellung der starken Affekte, ihre Assoziation mit spezifischen Vorstellungsinhalten, mit einer Bewußtseinsschwäche, die wir heute eine Ich-Schwäche oder Dysfunktion nennen würden. Die *Kraepelin*sche Vorstellung eines die Krankheit (Gehirnschädigung) verursachenden Stoffwechselprodukts, das er »Autotoxin« nannte, eine Vorstellung, die auch von *Bleuler* geteilt wurde, integrierte er in sein Konzept durch die These, daß dieses Autotoxin durch psychologische »Komplexe« hervorgerufen sein könnte, statt durch somatische Vorgänge. Auf diese Weise formulierte *Jung* erstmalig ein psychodynamisches Konzept, das zugleich ein psychosomatisches war.

Für unseren Zusammenhang, die Entwicklung des analytischen psychodynamischen Verständnisses der schizophrenen Reaktion, ist es von höchster Bedeutung, daß die Kontroverse zwischen *Freud* und *Jung*, die schließlich zum Bruch zwischen beiden führte, mit einer Auseinandersetzung um die Theorie der psychotischen Reaktion verbunden war.

Freud hatte in seiner Arbeit über die Autobiographie des sächsischen Gerichtspräsidenten *Daniel Paul Schreber* (1911) die Vermutung angestellt, daß *Schreber* seine Bindungen an die Außenwelt deshalb nicht habe aufrechterhalten können, weil er seine Libido von der Welt der realen Dinge und Menschen abgezogen hatte. Diese Vorstellung erklärte jedoch nicht, was mit den Ich-Trieben geschieht. *Freud* meinte, daß eine »gut begründete Theorie der Triebe« noch fehle und erwog zunächst zwei Hypothesen,

entweder sei die sexuelle Libido mit dem »Interesse im allgemeinen« identisch oder aber eine Störung in der Verteilung der sexuellen Libido übe eine disruptive Wirkung auf das Ich aus. Als *Jung* ein Jahr später diese Fragestellung aufgriff und meinte, daß die Libido mit dem »Interesse im allgemeinen« zusammenfalle und daß der Psychotiker nicht nur kein sexuelles Interesse mehr an der Außenwelt habe, sondern alle seine Interessen von ihr abgezogen habe, begann er, seine prinzipielle Abwendung von den *Freud*schen Sexualtheorien vorzubereiten.

Freud antwortete auf diesen Entwurf mit einer Studie über den Narzißmus (1914), worin er eine Triebtheorie formulierte, die ihm erlaubte, die neurotische von der psychotischen Reaktion zu unterscheiden. Er vertrat nun die Auffassung, daß in der psychotischen Reaktion die zurückgenommene Libido an das eigene Ich geheftet werde und auf diese Weise der Zustand der infantilen Selbst-liebe wiederhergestellt werde. Der neurotisch Reagierende dagegen behalte ein geistiges Bild der Objekte, auf die er seine von der realen Außenwelt zurückgezogene Libido nun richte. Während also der Neurotiker in seinen Symptomen eine virtuelle Beziehung zur Außenwelt aufrechterhalte, breche in der psychotischen Reaktion die Bindung an die Außenwelt völlig zusammen.

Die bedeutsame Konsequenz der *Freud*schen Theorie war, daß er die psychotische Reaktion einer analytischen Behandlung nicht für zugänglich hielt, weil eine Übertragungsneurose sich nicht entwickeln könne.

Der libidotheoretischen Kontroverse mit *Jung* war eine Auseinandersetzung mit *Eugen Bleuler* vorausgegangen, der sich daraufhin schon 1910 durch seinen Austritt aus der Psychoanalytischen Vereinigung von *Freud* getrennt hatte. Die organisatorische Trennung von einem der bekanntesten europäischen Psychiater hatte für die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und Praxis vielleicht noch weiterreichendere Folgen als der spätere Bruch mit *Jung*. Die Psychoanalyse verlor mit der Verbindung zur Züricher Schule *Bleuler*s den Zugang zur psychiatrischen Praxis und verschloß sich damit für lange Zeit auch den Problemstellungen, die diese Praxis zwangsläufig aufwirft.

Als eine europäische Besonderheit entwickelte sich so die theoretische und organisatorische Spaltung und Verhärtung von Psychoanalyse und Psychiatrie, die bis heute die Entwicklung beider Disziplinen in einem Ausmaß gehemmt hat, das erst durch den Vergleich mit der Entwicklung in den Vereinigten Staaten von Amerika deutlich wird. Die Psychoanalyse traf hier auf eine sehr viel größere Aufnahmebereitschaft seitens der Psychiatrie, als dies in Europa der Fall gewesen war. Und als während der Herrschaft des Faschismus die Psychoanalyse aus Europa vertrieben wurde und viele Psychoanalytiker in die USA emigrierten, wurden hier, im Rahmen der entstehenden Dynamischen Psychiatrie die praktischen und theoretischen Voraussetzungen geschaffen, die eine Weiterentwicklung und Differenzierung des psychodynamischen Konzeptes der schizophrenen Reaktion erlaubten. Zu nennen sind hier in erster Linie die Namen von *Alexander*,

Fenichel, Menninger, Fromm-Reichmann, Arieti und, für die Psychotherapie der schizophrenen Reaktion besonders wichtig, *Federn, Sullivan, Bellak* und *Searles*. Meine eigene Arbeit ist mit diesen Entwicklungen sehr eng verbunden, und ich möchte daher im folgenden kurz umreißen, welchen Beiträgen ich mich besonders verbunden und verpflichtet fühle.

Die Kontroverse, ob genetische, »endogene« oder aber Umweltfaktoren für die Entstehung der schizophrenen Reaktion entscheidend sind, beherrschte lange Zeit auch die amerikanische Psychiatrie. Wie schon berichtet, führte gerade die intensive erbbiologische Forschung zu der Annahme, daß allenfalls eine unbestimmte Disposition zu pathologischen Reaktionen vererbt werde und daß von den lebensgeschichtlichen Umständen abhänge, ob und in welcher Form eine pathologische Reaktion dann tatsächlich entwickelt werde.

Zu einer ähnlichen Vorstellung kam *Bellak* (1952) mit seinem Konzept der Ich-Stärke, d. h. der Festigkeit und Elastizität jenes Systems von psychischen Funktionen, das die Integration der Persönlichkeit bewirkte. *Bellak* meinte, daß der Grad der Ich-Stärke bzw. -schwäche entscheidend sei für die Form, welche das pathologische Verhalten annehme. Ein gleicher Vorstellungsinhalt könne z. B., je nach der Ich-Stärke des Menschen psychotisch oder neurotisch ausgedrückt werden. Ein ich-schwacher Mensch gelange in Wahnvorstellungen zum Ausdruck von Konflikten, die eine ich-starke Person in Träumen, in neurotischen Symptomen oder in Form von Charakterstörungen artikulieren könne.

Bellak (1967) entwickelte einen Katalog der einzelnen Ich-Funktionen (Beziehung zur Realität, Triebregulierungen, Objektbeziehungen, Denkprozesse, Abwehr, autonome und synthetische Funktionen) und ihrer Störungen, in der Hoffnung, in breit angelegten Untersuchungen eine differenzierte Ätiologie dieser Störungen entwickeln zu können. Ähnlich wie *Bellak* hatte schon *Paul Federn* (1932, 1934), einer der Pioniere der psychoanalytischen Psychosentherapie, die schizophrene Reaktion als eine »Ich-Krankheit« begriffen.

Federn hatte seit 1924 eigene Ansätze zu einer psychoanalytischen Ich-Psychologie entwickelt, deren Unvereinbarkeit mit den *Freud*schen Positionen ihm jedoch erst gegen Ende seines Lebens deutlich wurden (vergl. *Weiss* 1966). Was *Bellak* später in dem Konzept der Ich-Stärke formulierte, begriff *Federn* als »Ego-Kathexis«. Er war der Überzeugung, daß es neben den beiden Antagonisten der Dualtrieblehre eine neutrale Besetzungsenergie des Ichs gebe. Der psychotischen Reaktion, die er als eine überwältigende Erfahrung von Entfremdungs- und Depersonalisierungsgefühlen verstand, liegt nach *Federn* daher nicht ein Mangel an objektgerichteter Libido zugrunde, wie *Freud* dies in seiner Narzißmustheorie angenommen hatte, vielmehr finde darin ein Mangel an Ich-Besetzung seinen Ausdruck. Das Ich der psychotisch reagierenden Patienten sei nicht überbesetzt, es sei im Gegenteil verarmt.

Federn unterschied das Ich-Gefühl von den Ich-Funktionen. Das Ich wird nicht begriffen als eine abstrakte psychische Instanz bzw. als die

Summe seiner Funktionen, es wird verstanden, als ein tatsächliches und andauerndes psychisches Erlebnis, als Ich-Gefühl, das die elementare Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich trifft und dadurch die Ich-Grenzen konstituiert. Diese sind flexibel, sind periphere Organe eines dynamischen Ganzen.

Die Unterscheidung von Nicht-Ich und Ich ist nach *Federn* also nicht gebunden an die Ich-Funktion der Realitätsprüfung. Diese kann zum Beispiel unbeeinträchtigt bleiben, auch wenn das Ich-Gefühl durch Entzug seiner Besetzung verarmt. Es entstehen dann Entfremdungsgefühle. Die Realität wird deutlich wahrgenommen, aber als fremd und unwirklich empfunden. In dieser Energieverarmung der Ich-Grenzen sieht *Federn* auch eine Erklärung für die Wahnvorstellungen der psychotischen Reaktion. Der Patient kann keine hinreichende Besetzung an allen Grenzen des Ich zum Nicht-Ich aufrechterhalten, und so wird das Ich von Seiten des »entichten«Unbewußten überflutet. Ziel der Therapie ist nach *Federn* daher, dem Patienten dabei behilflich zu sein, Energie nicht zu vergeuden, sondern in den Neuaufbau der Ich-Grenzen zu investieren. *Federn* erkannte, daß psychotisch reagierende Patienten eine außerordentlich starke Übertragung entwickeln können. Eine Tatsache, die *Freuds* Psychosentheorie widerlegte. Sein Konzept der verschiedenen Ich-Zustände, das er in der psychotherapeutischen Arbeit mit schizophren reagierenden Patienten und in der Erforschung der Traumzustände gewann, hat unser Verständnis der psychotischen Reaktion außerordentlich vertieft.

Daß er in der Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie, wie sie von *Anna Freud, Hartmann, Erikson* und *Rapaport* entwickelt wurde, eine nur marginale Rolle gespielt hat, liegt daran, daß er zwar eine Phänomenologie der Ich-Erfahrung, nicht aber eine Konzeption der Ich-Entwicklung gegeben hatte, zum anderen ist diese marginale Rolle sicher auch eine Folge der Präokkupation, mit der sich die psychoanalytische Forschung auf das Gebiet der Neurosen beschränkte. Gerade für die Erforschung der Ich-Entwicklung, ihrer Bedingungen und Stationen, hat das Studium der archaischen »Ich-Krankheiten«, wie wir mit *Federn* die Psychosen begreifen können, große Bedeutung gewonnen.

Der amerikanische Psychiater *H. S. Sullivan* (1953/1962) hat als Psychotherapeut in der Behandlung schizophren reagierender Patienten die Basis für sein Konzept einer interpersonellen Theorie der Psychiatrie gewonnen, welche die psychische Entwicklung und Geschichte der Individuen ebenso wie ihre pathologischen Reaktionen im Zusammenhang der jeweils spezifischen Interaktionen der beteiligten Personen betrachtet. *Sullivan* begreift die schizophrene Reaktion als eine spezifische »security operation«, mit deren Hilfe sich das »Selbst-System« eines Menschen vor einer alles überwältigenden Angst zu schützen versucht. Den Ursprung dieser Angst sieht er in der frühesten Entwicklungsgeschichte des Menschen begründet. Wenn wichtige Bereiche der frühkindlichen Erfahrung, also im Kontakt mit der Mutter, mit übergroßer Angst verbunden sind, so können

diese Bereiche und die Strebungen, mit denen sie verbunden sind, von der unentwickelten psychischen Organisation der Kinder nicht integriert und daher in die psychische Entwicklung nicht mitaufgenommen werden.

Sullivan gibt folgendes Beispiel: Ein Kind, dessen Mutter auf die Äußerungen seiner Sexualität, sein Spielen mit dem Penis oder mit der Vulva, mit der psychosenahen Furcht reagiert, aus ihrem Kind könne ein lustvolles Monster werden, wird eine Persönlichkeit entwickeln, die an der Stelle sexueller Erfahrungen eine Lücke besitzt, ein Loch in dem Sinne, daß jede Annäherung an die Genitalien ein undifferenziertes Gefühl plötzlicher, intensiver und alles umfassender Angst hervorruft, ein Gefühl, das den Menschen trifft, wie ein Schlag auf den Kopf.

Je nach dem Umfang und der Bedeutung der betroffenen Bereiche der kindlichen Lebenserfahrung, ergeben sich aus einer solchen Dissoziation mehr oder weniger schwere Verhaltenstörungen. *Sullivan* beschreibt sie als die Abwehrformen der zwanghaften Ersatzhandlungen, der Skotome, des Ekels, der Automatismen und der Faszination. Die Wiederkehr dissoziierter psychischer Motivationen, d. h. der Abwehrformationen, führt zu den verschiedenen Formen des »schizophrenic way of life«, wie *Sullivan* die schizophrene Reaktion bezeichnet. Diese »schizophrene Lebensweise« begreift er als den Versuch, die durch die aktuelle Lebenssituation wiederbelebten und virulent gewordenen Motivationen der abgespaltenen psychischen Provinzen neu zu integrieren. Eine der Formen dieser Versuche beschreibt er als »Fugue«, einen Zustand, der gekennzeichnet ist durch ein traumartiges Verhalten, bei dem der Betreffende glaubt, er sei wach und den die Umwelt für wach hält, dessen Beziehung zur umgebenden Realität im Grunde aber eben so sehr aufgehoben ist, als wenn er schliefe. Dies ist die Verhaltensweise, die auch *Jung* vor Augen hatte, als er meinte, die schizophrene Reaktion sei ein traumhaftes Verhalten in einer Art Wachzustand. Als verschiedene Formen dieses traumhaften Ausagierens beschreibt *Sullivan* die »vorsätzliche fugue«, die scheinbar nicht passiv erlebt, sondern aktiv initiiert wird, das »traumwandlerische Abenteuer« und die »Anpassung an das Unheimliche«, d.h. ein sich Hineinstürzen in die Welt eines wahnhaften Dramas von kosmischen Dimensionen.

Der Ausgang dieser verschiedenen Reintegrationsversuche und »security operations« ist, weil es sich um riskante und gefährliche Operationen handelt, nur selten günstig. Und als Folge ergeben sich oft die klassischen Krankheitsbilder der paranoischen, hebephrenen oder katatonen Reaktion; Zustände, die *Sullivan* von den schizophrenen Prozessen, d. h. den tatsächlichen Restitutionsversuchen unterscheidet.

Sullivans Verständnis der schizophrenen Reaktion als eines menschlichen Prozesses, einer Lebensweise, ist das Ergebnis einer jahrzehntelangen intensiven Bemühung um ihre psychotherapeutische Behandlung. Er hat dabei im Lauf der Zeit Arbeitsformen entwickelt, die vorbildliche Ansätze für die Struktur und den Stil einer sozial-dynamisch orientierten Psychotherapie geworden sind. *Sullivans* Ansatz einer interpersonellen Theorie der

psychischen Entwicklung, ihrer Störungen und ihrer Therapie zeichnet sich aus durch ein hohes Maß theoretischer Flexibilität, die aus seiner durch die therapeutische Praxis gegebenen Situationsnähe resultiert.

Wichtig für unseren Zusammenhang sind auch die Untersuchungen der Dynamik der sogenannten schizophrenogenen Familie, die seit Mitte der fünfziger Jahre unsere Einsicht in die Genese der schizophrenen Reaktion wesentlich haben vertiefen können. So haben *Bateson, Jackson, Haley* und *Weakland* (1956) auf der Basis der Kommunikationstheorie eine familiäre Interaktionsform beschrieben, welche sie die »double-bind«-Situation nannten und von der sie annehmen, daß sie das wesentliche Strukturelement der traumatischen Erfahrungen bildet, welche die schizophrene Reaktion hervorrufen. Die double-bind-Situation ist gekennzeichnet durch ein Zerreißen der Kommunikation zwischen Menschen – in unserem Fall zwischen den Eltern oder einem Elternteil und dem Kind - in der Weise, daß zur gleichen Zeit zwei verschiedene, einander ausschließende Mitteilungen, Botschaften, Forderungen an das Kind gerichtet werden, verbunden einerseits mit dem Verbot, sich für eine der beiden zu entscheiden und andererseits der Unmöglichkeit für das Kind, die Situation zu verlassen. Eine solche double-bind-Situation etwa entsteht, wenn eine Mutter ihr Kind innerlich ablehnt, Angst vor dem Kontakt mit ihm hat, andererseits sich aber liebevoll und besorgt gibt, und dann von dem Kind einen Beweis seiner Zärtlichkeit gleichzeitig fordert und fürchtet. Eine solche sich wiederholende Erfahrung läßt in der ungeschützten psychischen Entwicklung des Kindes jene Dissoziation wesentlicher Motivationen und psychischer Bereiche geschehen, wie *Sullivan* sie beschrieben hat. Die Familiendynamik, wie die zitierten Forscher, aber auch *Singer, Wynne* (1955) sie in diesen Familien beobachtet haben, ist denn auch gekennzeichnet durch Automatismen und Vermeidungszwänge, einen Zustand, der als Pseudogemeinschaft (*Wynne* et al. 1958), als Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe (*Lidz* et al. 1957), als die Verteidigung stereotyper Rollen (*Wynne* et al. 1959), als Sündenbock-Dynamik (*Vogel* und *Bell* 1960) beschrieben worden ist.

Alle diese Untersuchungen haben gezeigt, daß die psychischen Konflikte des Individuums mit der Art und Weise der familiären Interaktion auf das engste verbunden sind, daß pathologisches Verhalten eine Reaktion auf eine pathogene Realität ist und daß, wenn wir die eine verstehen wollen, wir diese studieren müssen. Der große Wert der zitierten Untersuchungen liegt denn auch gerade darin, unsere Vorstellung von der Dimension des pathologischen, psychischen Konfliktes und seiner Manifestationen erweitert zu haben. Ich-Schwäche darf danach nicht länger als etwas, womöglich durch Vererbung Gegebenes hingenommen werden. »Eine unzureichende tiefe Explikation der exogenen Faktoren«, sagt *Ferenczi* (1955), »bringt einen in Gefahr, zu voreiligen Erklärungen - oft allzu leichtfertigen Erklärungen - im Sinne von ‚Disposition' und ‚Konstitution' Zuflucht zu nehmen«. Zu den »exogenen Faktoren«, die hier gemeint sind, gehört sicherlich das

System der familiären Verhaltensweisen, das in der Ich-Entwicklung der einzelnen seinen Ausdruck findet und zwar in seinen gesunden Aspekten ebenso wie in der pathologischen Reaktion.

Unsere Einsicht in das Wesen der schizophrenen Reaktion und in den Prozeß ihrer Therapie haben auch die Arbeiten von *Searles* (1965) wesentlich bereichert. *Searles*, der zunächst die schizophrene Reaktion als die Krankheit des einzelnen verstand und behandelte, kam im Laufe seiner vierzehnjährigen Arbeit zu der Auffassung, daß es sich um eine Pathologie der Beziehungen des einzelnen zu seiner Umwelt handelt und verstand schließlich die schizophrene Reaktion als eine Manifestation der Pathologie der Familiengruppe. Der schizophren reagierende Patient wurde, wie *Searles* meint, in den Jahren seiner frühesten Entwicklung als ein Objekt, nicht aber als ein eigenständiges Individuum in eigenem Recht betrachtet. Indem die Umgebung, d. h. die Mutter und die Familiengruppe, ihm die Entwicklung eigener Identität verbot, aus Angst die eigene zu verlieren, trieb sie den Patienten in die Verrücktheit.

Jeder Schritt zur eigenen Identität als Individuum ist für den Patienten daher mit der Angst verbunden, dadurch die Existenz der Mutter, der Familie und der Umgebung zu zerstören. Andererseits lebt er unter der ständigen Angst, die eigene Existenz zu verlieren. Dieser Konflikt findet seinen Ausdruck in einer pathologischen Symbiose des Patienten mit der krankmachenden Mutter oder Gruppe, für deren Wohl der Kranke sich verantwortlich fühlt auf Kosten seiner eigenen emotionalen und physischen Existenz. Indem er einerseits ganz in dieser symbiotischen Beziehung aufgeht, andererseits aber gerade dieses Aufgehen als Verlust der eigenen Identität fürchtet, kann er ein eigenes emotionales Leben nicht organisieren und befindet sich daher im Zustand einer intensiven und extremen Isolation. Die schizophrene Reaktion, mit welcher der Patient auf diese Situation antwortet, (dies kann in der Kindheit, in der Pubertät oder später geschehen, wenn aktuelle Anlässe diese Situation neu entstehen lassen), begreift *Searles* nicht allein als Abwehrform, sondern gleichzeitig als einen Versuch einer spontanen Heilung; eine Ansicht, die auf *Freuds* Konzept ebenso zurückgeht wie auf *Sullivans* Theorie, des »schizophrenic way of life«. In seinem Konzept der »Symbiose«, als einer Beziehung, welche der schizophren reagierende Patient ebenso sehr herbeisehnt wie er sie flieht, hat Searles die schizophrene Reaktion mit einer Pathologie in der frühkindlichen Entwicklung verbunden. In seiner therapeutischen Arbeit hat er versucht, diese Symbiose wiederherzustellen, sie gemeinsam mit dem Patienten zu erleben und ihm zu helfen, als Individuum in eigenem Recht schließlich daraus hervorzugehen. Seine Berichte enthalten sehr klare Beschreibungen über die emotionalen Erfahrungen in der Symbiose, die des Patienten und seine eigenen. Berichte, die das, was *Federn* Ich-Gefühl, Ich-Grenzen und die Nicht-Ich-Erfahrung nannte, vertieft und differenziert und in eine entwicklungsgeschichtliche Konzeption dieser Ich-Erfahrungen integriert haben.

Ich möchte nun, nach dieser kurzen und notwendig lückenhaften Übersicht (unerwähnt blieben z. B. die wichtigen Arbeiten von *Frieda Fromm-Reichmann, Joh. Rosen, Gertrude Schwing, M.A. Sechehaye, Gisela Pankow, Silvano Arieti* u. a. und ebenso die Schule von *Melanie Klein*) umreißen, wie ich die schizophrene Reaktion verstehe. Die Dynamische Psychiatrie, wie sie in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde, geht davon aus, daß das psychische, das psychosomatische und das psychosoziale Krankheitsgeschehen sich diagnostisch gesehen auf einer gleitenden Ergänzungsskala bewegt, angefangen von der leichtesten neurotischen Reaktion über die Borderline-Struktur bis hin zur schwersten eingefahrenen schizophrenen oder zwangsneurotischen Reaktion. Ich ziehe es vor, von einem Spektrum der verschiedenen pathologischen Reaktionen zu sprechen, das nicht nur graduelle Unterschiede deutlich macht, sondern auch den qualitativen Differenzen der verschiedenen Krankheitsbilder Rechnung trägt. Meines Erachtens sind es die Intensität und die Dauer der gestörten frühen Mutter-Kind-Beziehung, die für die graduellen und strukturellen Unterschiede der pathologischen Reaktion (d.i. der Ich-Dysfunktion) verantwortlich sind. Die Realität der ambivalenten Haltung der Mutter gegenüber dem Kinde, die real existierende elterliche Feindseligkeit, ist dabei einer der »exogenen Faktoren«, wie *Ferenczi* sie genannt hat, dessen Untersuchung für das Verständnis der schizophrenen Reaktion unentbehrlich ist. *

Je stärker die frühkindliche Entwicklung von symbiotisch-ambivalenten Forderungen der Mutter bestimmt wird, desto deutlicher wird sich eine Ich-Krankheit ausprägen. Der Unterschied der Krankheitsbilder ergibt sich dabei aus dem Zeitpunkt der traumatisierenden Erfahrungen. Je früher der Konflikt mit der Mutter auftritt, desto stärker ist die Angst, die ihn begleitet und desto starker ist die Ich-Störung, die er bewirkt. Während die neurotische Symptomatik aus relativ späten Störungen der Ich-Entwicklung resultiert, die mit dem Kernkonflikt der ödipalen Situation verbunden sind, beruht die schizophrene Reaktion auf Konflikten, welche weit früher einsetzen und die archaischen Ich-Formationen schädigen und in ihrer Entwicklung arretieren. Die Hilflosigkeit vieler schizophren reagierender Patienten in dem Bemühen, ihre Angst und ihre Aggression zu formulieren, beruht sicher darauf, daß die Konflikte, mit denen diese Emotionen verbunden sind, in einer Zeit auftraten, als die Patienten noch nicht sprechen konnten. Dies bedeutet nicht, daß die späteren Lebenserfahrungen vernachlässigt werden dürften. In der Schlüsselfunktion, die das mütterliche Verhalten für die Entwicklung der Kinder hat, konvergieren daher auch die beiden Forschungsrichtungen, welche gegenwärtig die Schizophrenieforschung bestimmen. Sowohl der ich-psychologische Ansatz als auch der soziologisch-kommunikationstheoretische stoßen in der präödipalen Mutterbeziehung auf das verursachende Feld der schizophrenen Reaktion.

* 1967 erklärte der damalige Justizminister *Heinemann*, daß jedes Jahr in der Bundesrepublik 90 Kinder zu Tode geprügelt werden. *Heinemann* selbst schätzte, daß die tatsächliche Zahl bis zu zehnmal größer sei. (Fragestunde des Deutschen Bundestages vom 12. März 1967, s. a. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 18. 3. 1967, zit. nach *W. Schmidbauer* 1971, vgl. auch *Biermann* 1968.)

Die entscheidende Bedeutung dieser Entwicklungsphase für die weitere Lebensgeschichte haben unter anderem die Affenversuche gezeigt, in deren Verlauf *Harlow* (1959) das Verhalten junger Affen, die bei der Geburt von ihren Müttern getrennt wurden, gegenüber zwei verschiedenen Mutterattrappen studierte. Eine »Ersatzmutter« war ein einfaches Drahtgestell, die andere ein Gestell das mit einem Überzug aus Plüsch versehen war. *Harlow* konnte zeigen, daß die jungen Affen zu einer Plüsch-Ersatzmutter eine affektive Beziehung entwickelten. Sie kehrten immer wieder zu ihr zurück und flüchteten sich zu ihr, sobald etwas auftauchte, das sie für gefährlich hielten.

Die einfache Drahtgestellmutter aber wurde nicht aufgesucht, auch nicht, als man die Plüschmutter entfernte und die Jungen in Angst versetzte, obwohl die Drahtmutter vorher Milch gespendet hatte. Der wärmende Fellkontakt mit der Plüschmutter war als andauerndes Bindungselement für diese Beziehung wichtiger, als die periodischen Hungergefühle. Affenkinder, die nur mit einer Drahtmutter aufgezogen wurden, suchten diese, wenn sie sich fürchteten nicht auf, sondern »warfen sich auf den Boden, verbargen den Kopf in den Armen und schrien in Verzweiflung«. Affenkinder aber, die ganz ohne Mutter oder Mutterersatz aufwuchsen, reagierten nicht mehr auf eine Plüschmutter, wenn diese ihnen nach acht Monaten angeboten wurde.

Dieser spezifische Kontakt zur Mutter, der auf einer Haut- und Fellwärme, auf der Nähe beruht, und etwas anderes ist, als die Versorgung mit Nahrung, dieser affektive Kontakt ist also zeitgebunden, wenn er versäumt wurde, wird er nicht mehr nachgeholt. Affenkinder, welche ohne diesen affektiven Kontakt aufwuchsen, zeigten auch als physisch ausgereifte Tiere keinerlei Neigung zum Paarungsverhalten. Sie blieben interesselos, auch wenn sie in Gruppen normal aufwachsender Tiere gebracht wurden. Die Affenweibchen, welche selber mit Attrappen aufgezogen worden waren und bei denen es schließlich gelang, sie zur Paarung zu bringen, verhielten sich völlig teilnahmslos und reagierten überhaupt nicht auf ihr neugeborenes Kind, obwohl das Kind normal auf sie reagierte. Sie sahen die Kinder nicht an, sondern starrten ins Leere. Eine ohne Plüschattrappe aufgezogene Mutter aber wischte das Kind von ihrem Bauch oder Rücken ab in derselben gleichgültigen Art, mit der sie Fliegen abzuwischen pflegte.

Ähnliche Beobachtungen, wie *Harlow* sie experimentell organisierte, konnte *René Spitz* (1956) in Säuglingsheimen machen, in denen Kinder, die zwar genügend Nahrung, aber zu wenig affektive Zuwendung erhielten, die Hospitalismussymptome zeigten, hohe Sterblichkeit, reaktive Depressionen, Entwicklungsverlangsamung.

Den extremen Fall einer Arretierung der Ich-Entwicklung durch elterliches Fehlverhalten illustriert besonders deutlich der Fall des kalifornischen Mädchens *Susan Wiley*, das von seinen Eltern über dreizehn Jahre hinweg gefangengehalten wurde und bei seiner Entdeckung durch die örtliche Jugendbehörde weder gehen noch sprechen konnte, sondern

Windeln trug, unentwickelte Muskeln hatte und im ganzen das Verhalten eines einjährigen Kindes zeigte. Während der siebzigjährige Vater sich nach Bekanntwerden des Verbrechens erschoß, um einem Prozeß zu entgehen, wurde die Mutter freigesprochen und gemeinsam mit dem Mädchen in eine psychotherapeutische Behandlung genommen, von der die behandelnden Therapeuten unter der Leitung des Chefpsychiaters *Howard Edw. Hansen* hoffen, daß sie in zwei bis drei Jahren die Entwicklungslücke schließen wird (*Bloch* 1970).

Die *Harlow*schen Beobachtungen des Rhesusaffenverhaltens und die Hospitalismusuntersuchungen von *Spitz* haben die Bedeutung, welche der affektive Kontakt in der Phase der Mutter-Kind-Symbiose hat, klar gezeigt. *Harlow* (1959) sagt: »Hat das Kind in dieser Zeit nicht zu lieben gelernt, so wird es niemals lieben können.«

Die schizophrene Reaktion beruht meines Erachtens auf einer Störung dieser natürlichen Symbiose, die entweder nicht entstehen konnte oder pathologisch arretiert wurde. Denn wie *Harlow, Spitz* und *Erikson* gezeigt haben, und wie es unsere Erfahrung immer wieder bestätigt, begründet der affektive Kontakt des Kindes mit der Mutter in den ersten drei Lebensjahren und besonders während der ersten zwölf Monate die Basis der Ich-Entwicklung. Mutter und Kind leben in einer physischen und emotionalen Dyade, von der andere Personen und Interessen weitgehend ausgeschlossen bleiben. Je nach dem Zeitpunkt der Störung ergeben sich die verschiedenen Krankheitsbilder. So wird ein Kind, das die natürlich Symbiose nie erleben durfte, anders reagieren als ein Kind, dessen Mutter erst im dritten Lebensjahr, wenn das Kind aus dieser Symbiose herauszutreten beginnt, eine feindselige Haltung zeigt. Während im ersten Fall auch die archaischen Ich-Formationen verkrüppelt werden, ist im zweiten Fall die Bildung eines besonders feindseligen »giftigen« Über-Ichs die Folge.

Eine gestörte Symbiose liegt auch dann vor, wenn über die natürliche Symbiose hinaus der anderen Personen und Interessen ausschließende affektive Kontakt des Kindes zur Mutter beibehalten wird, dem Kind also seine eigene Identitätentwicklung verboten wird. In einer solchen verlängerten Symbiose bleibt eine schizophrene Reaktion dann so lange latent, wie das Leben in diesem emotionalen Gehäuse für das Kind erträglich bleibt. Oft kommt es jedoch während der Pubertät durch die zu diesem Lebensabschnitt gehörenden Anforderungen an die sexuelle und existentielle Identität zu einer Sprengung dieser Situation, einer Art symbiotischer Explosion, die sich in der schizophrenen Reaktion manifestiert. (Nach *Erikson* [1959] gehören schon zu einem relativ gesunden Durchlaufen dieser Lebensphase deutliche Zeichen von Ich-Diffusion.)

Die Latenz der schizophrenen Reaktion aber kann häufig erhalten bleiben bzw. wieder hergestellt werden, wenn andere symbiotische Partnerbeziehungen eingegangen werden. Erst wenn diese »Ersatz-Symbiosen« - Ehen, Freundschaften, Arbeitsgruppen u.ä. - zu funktionieren aufhören, aus inneren oder äußeren Anlässen, wenn das symbiotische Gehäuse plötzlich

als ein Gefängnis empfunden wird, kann es zu einer schizophrenen Reaktion kommen, die wir als einen Protest gegen die Gefangennahme des Ichs durch sein Mit-Ich in der Symbiose verstehen können. Von hier aus wird auch die oft beobachtete Periodizität der schizophrenen Reaktion lebensgeschichtlich verständlich. Dieser Protest führt dann, weil die Ich-Entwicklung über die symbiotische Ebene nicht hinaus gelangt ist, zu den quälenden Erfahrungen des Ich-Verlustes, der Ich-Losigkeit und des Nicht-Ich-Gefühls.*

Meines Erachtens handelt es sich bei der sogenannten Folie à deux, die *Schulte* (1971) kürzlich als symbiotischen Wahn beschrieb, um eine Sonderform der Symbiose, welche den Protest der schizophrenen Reaktion in Form eines gemeinsamen Wahnsystems integriert und dadurch die Angst vermeiden kann, welche bei der Sprengung der Symbiose freigeworden wäre. Auch die paranoide Form der schizophrenen Reaktion hat meines Erachtens ihre Wurzel im Symbiosekomplex. Das verfolgende Element im paranoischen Wahn ist dabei die symbiotische Mutter, deren phallische Momente der Verfolgungsphantasie die häufig homosexuelle Färbung geben.

Nicht der Rückzug der Libido von der Außenwelt, wie *Freud* (1911) vermutete, sondern ihre Fixierung an die diffus organisierte Dyade von Mutter und Kind in der Symbiose ist daher charakteristisch für das Erleben und das Verhalten des schizophren reagierenden Menschen. Seine Ich-Grenzen sind undeutlich und lückenhaft und gerade die Abgrenzung von der Mutter ist sein Problem. Dies wird auch deutlich in der Therapie. Die Schwierigkeit liegt weniger in der Herstellung einer Übertragungsbeziehung, diese ist häufig so heftig, daß sie als eine Psychose beschrieben wird, das Problem ist vielmehr, die symbiotische Übertragung allmählich zu

* In diese Richtung wiesen auch die Forschungen von *Otto Will* (1970), der im Oktober 1969 vor der Topeka Psychoanalytic Society dazu sprach: The schizophrenic cases discussed were of people who had gotten through puberty without public recognition of psychic disaster. But they had preverbal, anxiety-laden experiences, with consequent perpetuation of autistic processes and disturbances of identity, aspects of the self-concept remaining dissociated. Through lack of anxiety tolerance and self-esteem, they were unable to meet the challenges of adolescence, and began to have an experience of madness, with uncanny emotions, imprecise inner experiences, a sense of urgency to do something to bring order, to maintain human contact without appearing crazy. Defenses were mobilized in the service of keeping out anything that would disturb the tenuous self-concept or lower self-esteem. But, eventually, these processes broke down, with mounting anxiety, obsessional preoccupations, depression, and panic. Resolution occured, either through a chronic catatonia or a paranoid or hebephrenic solution, or through simplifications of behavior, rendering the patient inconspicuous by restricting life to daydreams, movies, television, sports, reading. Or the person may have found more complex sublimatory behavior of an altruistic, religious or ritualistic sort. Or he may have been able to deny the experience, instituting defenses such as forgetting, rationalization, excitement, transfer of blame, negativism. ...
The essential elements in the therapist's work that had brought about this hopeful turn in the psychotherapeutic relationship were: 1. the constancy of the therapist and of the surroundings; 2. his simple listening, prior to any attempt to bring about change; 3. his acceptance of their talking to each other as mere making sounds together, in itself something potentially helpful; 4. dealing with the here and now, not asking for explanations linked to the past, not being bound by the theory; and 5. providing alternatives for any interpretive remark he might hazard.

differenzieren und dem Patienten zu einer Abgrenzung vom Therapeuten zu verhelfen.

In dem Symbiosekomplex, d. h. einer Störung der präödipalen Mutter-Kind-Beziehung, sehe ich das verursachende Feld der psychotischen Reaktion. Der Symbiosekomplex hat für das Verständnis und die Therapie der Psychosen dieselbe Bedeutung wie der Ödipuskomplex für die neurotische Reaktion. Konfliktverursachend im Sinne des Symbiosekomplexes ist eine Haltung der Mutter, die dem Kind eine Entwicklung eigener Identität nicht erlaubt. Man kann diese Haltung als ambivalente Omnipotenz beschreiben, welche entweder das Kind nicht hergeben will, darauf sitzen bleibt wie eine Glucke oder aber das Kind von sich stößt und es mit dem Bade ausschüttet. Beide Haltungen sind meist miteinander verbunden und bestimmen oft gleichzeitig die Beziehung (double-bind). Oder aber das Festhalten des Kindes wechselt ab mit einer Bindungslosigkeit, welche das Kind preisgibt. In der Symptomatik der Symbiosekranken kehrt all dies wieder: Bindungssucht, Bindungsunfähigkeit und Bindungslosigkeit, jeweils verbunden mit starken Angst- und Haßgefühlen.

Die Unfähigkeit der schizophren machenden Mütter, die natürliche Symbiose der ersten Lebensjahre zu akzeptieren und dem Kind die Entwicklung eines unabhängigen Ich mit freundlicher Hilfe zu ermöglichen, liegt in der psychischen Struktur der Mütter selbst, die, obwohl sie Kinder bekommen, keine Mütter werden können, weil sie sich selbst nie von ihren Müttern lösen durften. Das Kind wird für diese Mütter zu einem Hilfs-Ich, das sie brauchen, um selbst existieren zu können und dessen Unabhängigkeitswünsche sie daher unterdrücken müssen. Oder aber die Mutter ist so wenig in der Lage, eine partnerschaftliche Beziehung aufzubauen, daß sie ihr Kind abschüttelt wie eine lästige Fliege (vergl. *Harlow*sche Affenversuche). In beiden Fällen ist deutlich, daß das Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind im Zusammenhang mit dem Gruppenverhalten und im weitesten Sinne der Gesellschaft gesehen werden muß.

In einer Gruppe, die ein differenziertes und lebendiges Gewebe von Beziehungen unterhält, wird eine Mutter sich auch aufmerksam und liebevoll ihrem Kind zuwenden können. Wenn es aber der Mutter in Gruppe und Gesellschaft unmöglich ist, sich selbst zu artikulieren und zu verwirklichen, dann wird dies auch ihre Beziehung zum Kind belasten, sei es, daß die natürliche Symbiose unnatürlich festgehalten wird, sei es, daß sie gar nicht erst oder nur unzureichend entstehen kann.

Dieser gruppendynamische Aspekt in der Genese der schizophrenen Reaktion ist für das Verständnis von großer Bedeutung. Er ist besonders wichtig auch für die Therapie. Seinen Ausdruck findet er in den negativen Reaktionen der Familie, aus welcher der Patient kommt, und in die er zurückkehrt. In unseren Kliniken aber drückt er sich aus in einer Form der sozialen Distanz, die im Patienten keine Persönlichkeit mehr erkennt, sondern ihn zum Objekt des Studiums und der Verwaltung werden läßt. Auf der anderen Seite kann die Wiederbelebung der Symbiose im Rahmen

der Psychotherapie zu einer Haltung des Therapeuten führen, die ich als Überidentifizierung mit dem Patienten bezeichnen möchte. Der Therapeut befriedigt dann in seiner Gegenübertragung eigene unbewußt gebliebene symbiotische Bedürfnisse und arretiert dadurch den Behandlungsverlauf, der über die Symbiose nicht zur Ich-Abgrenzung und Differenzierung fortschreiten kann. Eine wirksame psychotherapeutische Behandlung schizophren reagierender Patienten setzt daher ein vielfältiges und elastisches therapeutisches Instrumentarium voraus. Insbesondere die analytische Gruppen- und Milieutherapie (*Ammon* 1959, 1969c, 1970a, b, c) haben hier Behandlungsformen entwickelt, die auf der einen Seite den therapeutischen Zugang häufig erst eröffnet, die andererseits unsere Erforschung der tatsächlichen psychischen Entwicklungsprozesse in der Interaktion von Menschen vielfältig bereichert haben.

Teil II: Autobiographie und Behandlungsbeginn

Ich habe im ersten Teil dieser Arbeit die These vertreten, daß der Symbiosekomplex, d. h. Störungen und Arretierungen der präödipalen Mutter-Kind-Beziehung, für die Genese und die Dynamik der schizophrenen Reaktion verantwortlich zu machen ist. Der Symbiosekomplex hat danach für die psychotische Reaktion die gleiche verursachende Funktion wie der Ödipuskomplex für die Neurosen.

Als konfliktverursachend habe ich eine Haltung der Mutter beschrieben, die ihrem Kind eine eigene Entwicklung nicht zu erlauben vermag, sondern das Kind zwanghaft an sich fesselt - als eine Art abhängiges Mit-Ich, um hier den treffenden Ausdruck zu verwenden, den *Dosužkov* (1971) in anderem Zusammenhang geprägt hat - und ihm gegenüber eine ambivalente Omnipotenz ausübt, welche das Kind in double-bind-Situationen gefangen hält. Diese Haltung wird sich um so zerstörerischer auf die Entwicklung des Kindes auswirken, je stärker und archaischer die Angst ist, welche die Mutter auf diese Weise von sich fernzuhalten sucht, die Angst nämlich, die eigene Identität im gleichen Augenblicke zu verlieren, in dem das Kind eine eigene Identität zu entwickeln beginnt.

Ich möchte nun im folgenden versuchen, an einem Beispiel auszuführen, was der Symbiosekomplex ist und welche Dynamik er entfaltet. Zu diesem Zwecke möchte ich einen Behandlungsverlauf darstellen, der im konkreten Zusammenhang einer Lebensgeschichte zeigt, wo eine schizophrene Reaktion sich entwickelt hat und auf welche Weise es gelang, ihre Genese zu erhellen und zu verstehen und dem Patienten bei der Reintegration oder besser bei der Neuintegration seiner Persönlichkeit zu helfen.

Die Patientin Juanita, eine junge Malerin und Grafikerin, die als wissenschaftliche Zeichnerin an einem Forschungsinstitut beschäftigt war, kam mit 26 Jahren zu mir in psychotherapeutische Behandlung. Sie hörte zu dieser Zeit Stimmen, hatte das Gefühl, daß ihre Kollegen sie auslachten,

schlecht über sie redeten und sie als Hure und Hexe beschimpften. Sie litt unter der Wahnvorstellung, daß aus den Luftschächten und Heizungsrohren ihres Arbeitsplatzes ungeheuerliche Tiere gegen sie vordrängten, katzenartige Monstren, die sie bedrohten und nach ihr schnappten. In diesen Zustand war sie geraten, als sie im dritten Jahr in psychotherapeutischer Behandlung bei einer weiblichen Therapeutin war, die sie Krokodil nannte, und von der sie sich nun plötzlich bedroht und verfolgt fühlte. Die Therapeutin erkannte den psychotischen Charakter der Reaktion und akzeptierte daher den von der Patientin selbständig gefaßten Entschluß, zu mir, einem männlichen Therapeuten, in Behandlung zu kommen.

Die Patientin lebte getrennt von ihrer Mutter, die zu einer Kooperation mit dem Therapeuten nicht bereit war, sondern auf die Bitte, diesen zu einem Gespräch aufzusuchen, mit einem wilden Aufschrei reagierte, in dem ihre eigene psychotische Angst zum Ausdruck kam. Angehörige der Patientin waren nicht bekannt bzw. verstorben oder unerreichbar. Sie kam in die Therapie im Zustand der stärksten Verlassenheit, überwältigt von der Angst vor den sie verfolgenden Ungeheuern, die sie vergeblich zu bannen versucht hatte, indem sie das Heizungsrohr, aus dem die Tiere hervorkamen, von oben bis unten mit von ihr gemalten Ungeheuern beklebte. In der Therapie war ich daher ganz auf die Mitteilungen der Patientin selbst angewiesen. Diese waren über lange Strecken hinweg überwiegend nonverbal. Die Patientin brachte Bilder mit, in denen sie ihre Angstvorstellungen festzuhalten versuchte, und im Laufe eines etwa ein Jahr dauernden therapeutischen Prozesses gelang es dann allmählich, aus der psychotischen Bilderwelt emporzusteigen. Die Patientin konnte beginnen, die sie quälenden Ängste zu verbalisieren, und gegen Ende des therapeutischen Prozesses war sie in der Lage, einen ausführlichen Lebensbericht für den Therapeuten zu schreiben. Dieser Bericht und die Bilder, die ihm vorangingen und ihn begleiteten, sind ebenso wie die Briefe und die Träume der Patientin Dokumente von allergrößtem Wert. In ihren Bildern gelang es der Malerin, präverbale Erfahrungen festzuhalten, die andernfalls der therapeutischen Bearbeitung und Erhellung vielleicht entzogen geblieben wären, die in diesem Falle aber zu einem wichtigen Hilfsmittel für die Erkenntnis der therapeutischen Situation selbst und ihrer Entwicklung wurden. Der geschriebene Lebensbericht der Patientin, ein Geschenk für den Therapeuten, mit dem zusammen sie ihre Sprache hatte wiederfinden können, aber zeigt deutlicher als alles andere das konkrete Interaktionsgeflecht aus dem heraus die Patientin sich in ihren ‚schizophrenic way of life' flüchtete, und zwar in seiner individuellen, ebenso wie in seiner gesellschaftlichen Dimension.

Ich möchte daher diese Autobiographie an den Anfang meines Berichtes stellen. Die Patientin Juanita spricht hier selbst. Sie tut es nicht, wie *Schreber*, um mit dem Therapeuten abzurechnen, sie schreibt nicht gegen ihn, sondern sie schreibt für den Therapeuten nieder, was sie gemeinsam mit ihm über ihr Leben hat in Erfahrung bringen können. Es ist die ehrliche Zuwendung zu einem anderen Menschen, die diesem Dokument seine

Authentizität, seinen Charakter einer menschlichen Mitteilung gibt und es daher so besonders geeignet macht, uns einen Einblick in die pathogene Wirklichkeit zu verschaffen, welche in der psychotischen Reaktion bewältigt werden soll.

Bericht der Malerin Juanita

Am... 19.. widerfuhr es mir, geboren zu werden. Ich sage dies ganz bewußt so, denn es ist etwas Schreckliches, was da mit einem ahnungslosen, wehrlosen Wesen geschieht.

Meine Eltern wohnten zu diesem Zeitpunkt auf einem Hügel an der.... Mein Vater war Fischermeister und hatte ein Stück eines großen Sees und des Flusses gepachtet. Die finanziellen Verhältnisse waren nach Mutters Berichten damals sehr gut. Sie hatten von Anfang an Gütertrennung vereinbart - mein Vater vertrank alles, sogar Mutters heißgeliebtes Klavier. Meine Großmutter erzählte mir aber, daß wir keine Möbel hatten, nur Stroh oder Strohsäcke lagen auf dem Boden und darauf ich. Eine Uhr besaßen meine Eltern auch nicht, daher weiß ich nicht, wie spät es war, als ich geboren wurde.

Ich glaube, wir lebten hier nur ein Jahr, und ich kann nur erzählen, was meine Mutter mir über diese Zeit erzählte. Als ich geboren wurde, war meine Mutter ganz allein, sie quälte sich sehr und hatte furchtbare Angst. Mein Vater wollte eine Hebamme holen, aber er traf sie nicht an oder war zu betrunken, jedenfalls kam sie erst Stunden später. Sie soll vor Rührung geweint haben, weil Mutter so schön ausgesehen hat, sagt Mutti. Als ich geboren wurde, hatte ich die Nabelschnur ganz fest um den Hals gewickelt, und Mutter bemühte sich, sie abzuwickeln, damit ich Luft bekäme. Ich sollte ja überhaupt nicht geboren werden, und als es sich nicht mehr vermeiden ließ, sollte es wenigstens ein Junge werden, nach Vaters Willen. Da aber immer meine Mutter ihren Willen durchsetzt, wurde ich das, was ich bin. Meine Mutter hat, bevor ich geboren wurde, sehr viel geweint. Ob er sie oft geschlagen hat, weiß ich nicht. Aber sie hat ihn sehr gehaßt.

Aus dieser Zeit stammt wohl das Erlebnis mit der Muttersau, die so gern ihre Kleinen fraß. Ich war wohl noch sehr klein, und meine Mutter hatte mich vor das Fenster auf den Erdboden gelegt. Plötzlich hörte sie entsetztes Schreien der Leute und sah hinausschauend, daß die Sau den Berg hinaufgerast kam. Wie es ihr gelungen ist, mich im letzten Augenblick fortzureißen, weiß sie nicht mehr.

Meine Mutter erzählte, daß sie, als sie mich unter dem Herzen trug, immer Klavier gespielt habe, um ein musikalisches Kind zu haben. Später ist sie mit mir immer mit dem Kahn den Fluß hinunter gefahren.

Dann eröffneten meine Eltern in ... eine Karpfenzüchterei, die wohl auf den Namen meiner Mutter geführt wurde.

Mein Vater war vor der Heirat mit meiner Mutter schon einmal verheiratet. Seine Frau war krank, und meine Mutter wartete so lange, bis sie

gestorben war. Es war ein Sohn aus erster Ehe da, den meine Mutter sehr haßte. Sie gab ihm kaum zu essen und jagte ihn immer wieder hinaus, wenn es kalt war und er ein Stück Brot haben wollte. Ich erinnere mich an eine Szene in der Küche: meine Mutter hielt mich auf dem Arm und sah voller Haß auf meinen Vater und ihren Stiefsohn. Vater sah sehr ärgerlich aus, er hatte ganz schwarze Augen. Der Junge, etwa zwölf Jahre alt, vielleicht auch älter, war sehr blaß und schrecklich mager. Er sah wie ein verprügelter Hund aus: scheu, verkniffen und erbarmungswürdig. Ob dies die erste Erinnerung ist, die ich habe oder aber die von meiner toten Schwester - ich weiß es nicht.

Meine Schwester wurde ... (zwei Jahre nach der Geburt der Patientin) geboren, und mein Vater soll sie sehr gehaßt haben, weshalb Mutti auch meint, daß er sie durch vergiftete Bonbons ermordet hat! Meine Großmutter sagte mir aber, daß das Kind nicht von meinem Vater gewesen sei, sondern vom Oberförster. Und Mutti habe als junges Mädchen die unehelichen Kinder auf dem Dunghaufen verscharrt. Das andere wollte sie mir aber erst später erzählen.

Meine Mutter sagte immer, daß meine Schwester Luisa ein ganz wunderbares, kluges Kind gewesen sei und ihr wie aus dem Gesicht geschnitten. So heiter und liebenswürdig - es habe schon mit sechs Wochen strahlend gelächelt und versucht, sich aufzusetzen. Außerdem war es sehr temperamentvoll - überhaupt ganz das Gegenteil von mir. Es war allerdings auch schon so jähzornig. Daß es so schrecklich geschrien hat, wundert mich gar nicht, denn meine Mutter erzählte einmal, daß die Kleine schon mit zwei Zähnen zur Welt gekommen sei und dann laufend die anderen kamen. Daß sie die Schmerzen vielleicht hätte lindern können, darauf ist meine Mutter nicht gekommen. Nach wenigen Monaten war das Kind eines Morgens tot. Meine Mutter nimmt an, ermordet. Da sie aber ein andermal erzählte, daß die Kleine von Anfang an am ganzen Körper behaart war und eine ganz niedrige Stirn hatte und wie ein kleiner Affe ausgesehen habe, könnte ich mir denken, daß sie es vor Verzweiflung und Abscheu erdrückt hat.

An dem betreffenden Morgen kam ich allein aus meinem Zimmer. Aus irgendeinem Grunde hatte sich niemand um mich gekümmert, und ich hatte mich zum ersten Male allein angezogen, und das war mir auch gelungen. Ich weiß noch ganz genau, wie maßlos stolz ich war, daß mir niemand dabei hatte helfen können und daß ich sogar Schuhe anhatte. Ich sagte stolz: Da, Nita (Nita / Juanita) und trippelte zu meiner Mutter hin, die zusammengekrümmt auf einer Couch lag und gar nicht reagierte. Ich tippte sie vorsichtig an und sah dann, daß sie das kleine Bündel im Arm hatte und ganz verweint war. Ich blieb ratlos stehen und ging dann enttäuscht und traurig und verloren wieder hinaus.

Als Schwesterchen lebte, soll ich immer furchtbare Angst gehabt haben, wenn es so schrie, und bin dann immer ganz aufgeregt zu meiner Mutter gelaufen und habe sie zum Schwesterchen gezerrt und gesagt: »Schwesterchen schreit!«

Als ich später gut laufen konnte, sind wir öfters auf den Friedhof gegangen, und ich wunderte mich immer, daß meine Mutter gar nicht traurig war und weinte, was ich doch immer tat. Aber ich beneidete das Schwesterchen schon damals glühend darum, daß es tot sein durfte. Ich habe auch, als wir 19.. deportiert wurden, wehmütig daran gedacht, daß das Grab nun so allein zurückblieb.

Von mir selbst berichtete meine Mutter, daß ich immer sehr ungezogen war als Baby, das heißt: ich weinte immerzu und habe später nicht im Wagen fahren wollen. Dann habe ich besonders geschrien. Meine Mutter hat mich lange getragen und wohl ungewöhnlich lange gestillt.

Ich glaube, meine Eltern sind dann bald auseinandergegangen, das heißt, meine Mutter hatte wohl meinen Vater aus dem Haus gejagt. Er wollte nicht fort. Die Großeltern zogen zu uns, und eines Nachts riß mich Mutti aus dem Schlaf und versteckte mich in ihrem Bett. Sie hatte schreckliche Angst und war verzweifelt. Ich glaubte, am Fenster eine dunkle Gestalt zu sehen, und hatte aber gar keine Angst. Mein Vater war in jener Nacht gekommen, um meine Mutter zu einer Aussprache zu zwingen. Die Großeltern sagten, er habe einen Revolver bei sich getragen und wollte immer schießen. Nur der Onkel konnte ihn so lange festhalten und schließlich beruhigen. Meine Mutter dachte, Vater werde uns beide erschießen oder mich entführen.

Mein Vater war eine verkrachte Existenz. Überaus phantasievoll, immer voller großartiger Pläne, wie meine Mutter ihn später schilderte, der zwar haushohe Schulden hatte, aber doch lieber mit dem Auto fuhr, statt zu sparen. Vor seiner Heirat war er Landrat, dann Bürgermeister. Als er sich auch in diesem Beruf nicht halten konnte, machte er sein Hobby, die Fischerei, zu seinem Beruf. Die Fischzucht lernte Mutter dann von ihm mit Begeisterung.

Aus dieser Zeit erinnere ich mich nur, daß ich viel Angst hatte, Mutti hatte mir eingeprägt, daß ich immer, sobald ich Menschen sähe, schnell zu ihr kommen oder mich im Heu oder irgendwo verstecken müßte. Das seien böse Menschen, die mich umbringen wollten und ihr Böses tun wollten. Besonders wenn ich die, deren Namen sie nicht aussprechen mochte, Carlos und Papa, sehen sollte. Aus sicherem Versteck hörte ich dann manchmal, daß die Leute sagten, ich sei so scheu wie ein Reh und laufe auch so flink, warum ich solche Angst hätte und immer gleich weinte; denn ich hatte auch Angst vor den Menschen, die ich an Muttis Hand sehen durfte und weinte immer.

Kinder waren mir ganz besonders unheimliche und unbegreiflich kluge Geschöpfe, die so viel konnten und eine andere Sprache sprachen als ich und Spiele konnten und vor allem gar keine Angst hatten. Später lernte ich ein paar Kinder kennen und sprach sogar mit ihnen und versuchte zu spielen. Das war wohl nur einmal.

Als ich etwa vier Jahre alt war, fuhr meine Großmutter mit mir zum Geburtstag der Urgroßmutter nach ..., glaube ich. Vielleicht war es aber auch.... Irgend jemand lieh mir zu diesem Zweck einen Mantel. Mein erstes

Mäntelchen und auch wohl Schuhe und ein Kleid. Ich war selig. Mutter sagte erst, daß sie mitkäme, was mich gar nicht freute. Ich versuchte meine Traurigkeit darüber aber noch zu verbergen. Dann sagte sie, daß sie nicht mitkäme, und ich war ausgelassen vor Freude, worüber sie sehr böse wurde. Sie kam also mit zur Bahn und stieg auch ein und wollte gar nicht wieder aussteigen, und ich war furchtbar enttäuscht und weinte immerzu und schließlich strampelte ich und schrie: »Du sollst aber nicht mitfahren, du hast es doch versprochen, daß du nicht mitkommst!« Meine Großeltern sahen sich nur an und sagten nicht viel. Meine Mutter wollte sich auf mich stürzen. Sie sah vor Zorn ganz entstellt aus, und ich hätte sicher bald die ersten Prügel meines Lebens bezogen. Bisher hatte mich Mutti nur zum Spaß verhauen, um mir zu zeigen, wer die Macht habe, wie sie immer sagte.

Sie drohte also, mich aus dem Zug zu holen. Aber schließlich fuhr der Zug an, und sie mußte aussteigen. Ich wagte lange Zeit nicht, aufzuatmen. Bei der Urgroßmutter war eine große Gesellschaft und ich graulte mich furchtbar, obwohl die meisten Menschen sehr nett waren. Nur mochten die das nicht, daß ich so scheu war. Ich versteckte mich hinter einem großen Blumenstrauß und der Kaffeekanne vor der Urgroßmutter. Eine Tante erschien mir wie ein Engel, so blond und sanft und klug, ganz anders als Mutti. Ein Onkel oder dergleichen ging mit mir hinaus und schenkte mir ein paar Weintrauben, aber nur ein paar und das wunderte mich, denn die ganze Hauswand war voller Beeren.

Bald fuhren wir wieder nach Hause und mir war gar nicht geheuer wegen Mutti, und mit dieser Ahnung hatte ich recht.

Gleich als ich zurück war, nahm Mutti mich mit auf eine kleine geschäftliche Reise, und ich mußte Kaffee trinken und Würstchen essen, sonst wäre sie schrecklich beleidigt gewesen. Mir wurde entsetzlich schlecht. Sonst war Schmalhans bei uns Küchenmeister. Mutti mußte für die Großeltern arbeiten und hatte kein Geld, und dann hatte sie Freunde für einen Tag oder auch für Wochen und Monate, aber die zahlten schlecht, und dann bekam ich halb verschimmelte Brotkanten, in Kakao oder in Wasser aufgeweicht, zu essen. Meistens waren Muttis Locken im Essen, und ich ekelte mich furchtbar, durfte es aber nicht merken lassen und schluckte widerwillig. Oder Mutti machte mir vor, wie die Tauben ihre Kleinen füttern. Sie nahm Brot oder dergleichen in den Mund, kaute es und wollte es mir dann mit der Zunge in den Mund schieben. Ich ekelte mich und schrie furchtbar. Sie wurde böse und sagte, als ich ganz klein war, hätte ich es gern genommen. Nun schrie ich noch mehr. Um mich zu beruhigen, sagte sie, sie habe ja nur Spaß gemacht.

Mit den Großeltern waren wir böse und zeitweise durfte ich nicht mit ihnen sprechen. Ich hatte oft Hunger. Einmal ging ich in die Wohnung der Großeltern und sah auf dem Tisch eine große Scheibe Brot liegen. Ich konnte gerade hinauf langen und wollte sie haben. Da kamen meine Großeltern herein und waren sehr böse, und Opa sagte: »So verkommen ist das schon, daß es stiehlt.« Da schämte ich mich sehr und war sehr traurig.

Ab und zu sammelten wir heimlich das Fallobst im Garten, dann gab es Apfelmus oder Kompott. Das durften die Großeltern aber nicht wissen. Gemüse mochte Mutti nicht, also gab es kein Gemüse. Merkwürdigerweise hat sie mich nie gezwungen, Fisch zu essen. Später war die Großmutter manchmal nett und kochte Reis oder weiße Bohnen mit Essig und viel Zucker. Mutti schimpfte, aber Oma sagte, mit soviel Zucker schade mir der Essig nicht. Ich war selig. Im übrigen sammelten wir Pilze und Holz und viele Beeren. Die Beeren wurden leider meistens verkauft. Wenn ich mich besonders angestrengt hatte, wurde ich mit ein paar kleinen Münzen belohnt, die mir natürlich nachher doch bald wieder weggenommen wurden. Später mußte ich auch Waldblumen verkaufen. Das war schrecklich. Ich hatte solche Angst vor den Häusern und vor den Menschen. Manche jagten mich davon, und manche kauften mir aus Mitleid ein Sträußchen ab. Ich ging damals aber schon zur Schule.

Wir haben auch von Chausseebäumen Äpfel gestohlen, und ich mußte Wache stehen und dann schnell einsammeln, was Mutti herunter schüttelte. Einmal wurden wir beinahe erwischt. Ein Feldwächter schoß auf uns. Wir liefen wie die Hasen und schmiegten uns dann in einen Straßengraben. Ich glaube, danach war dieses Geschäft Mutti doch zu riskant und sie hat sich mehr mit den amourösen Einkünften begnügt.

Meistens waren es Soldaten. Alle Gattungen. Einmal ein junger Geiger, der mehrere Male kam. Ich wurde so lange hinausgeschickt, meistens. Als gerade der junge Geiger da war, stürmte ich wutentbrannt ins Zimmer und wollte mich nicht hinaus treiben lassen. Zuletzt schrie ich: »Ich weiß schon, was Ihr wollt, du willst immer nur küssen und so!« Mutti war sehr böse, denn es sollte doch immer den Anschein haben, als sei jeder Mann der einzige Freund. Ich war auch so gut gedrillt, daß mir nur selten solche Pannen unterliefen. Einmal war wieder der schreckliche Dicke da. Mutti stöhnte furchtbar und sagte ganz nervös: »Sie machen mich ja kaputt!« Aber es schien ihr doch Behagen zu bereiten. Ich war ganz verzweifelt und gleichzeitig ekelte ich mich sehr und war empört. Ich dachte auch, daß er Mutti umbringen wollte. Mutti sagte plötzlich: »Das Kind!«, und ich fing an zu weinen. Dann nahm ich voller Verzweiflung und Abscheu eine dicke Stopfnadel oder Stricknadel und stach in das nackte, fette Gesäß des Mannes. Mit aller Kraft. Der reagierte aber beim ersten Mal gar nicht, so war er beschäftigt. Ich stieß die Nadel mit aller Kraft hinein, und da endlich ging er wie ein gereizter Stier hoch, ließ sich aber doch von seinem Vorhaben nicht abbringen, und ich rannte weinend hinaus und fühlte mich wieder furchtbar verlassen, und nicht einmal Mutti verstand meine Verzweiflung und meine Abscheu!

Einmal, als ich noch klein war, lagen wir zu dritt im Bett, denn wir hatten nur eines, und Mutti hätte mich beinahe erdrückt. Es war für mich sehr qualvoll, und ich schämte mich und war verzweifelt. Ich versuchte zu onanieren. Ich hatte es aber früher schon einmal versucht, ich glaube mit fünf Jahren. Ich hatte Mutti wieder einmal mit einem Mann zusammen sich

wälzen gesehen und versuchte herauszubekommen, was das wäre. Es ging nicht richtig. Mutti erwischte mich wohl und verbot es mir halb, halb machte sie es mir vor, indem sie sich auf mich rollte und furchtbar schnaufte. Sie sah ganz merkwürdig aus, und ich schämte mich furchtbar und wollte es nie wieder tun.

Sie hat das nach Jahren noch einmal mit mir gemacht, und es war sehr qualvoll für mich, daß sie mir das antat. Sie hat mich überhaupt sehr oft angefaßt, und als ich größer war, ihre Hand oder den Zeigefinger in die Scheide gestoßen, wenn ich nicht rechtzeitig merkte, daß sie sich mir näherte. Meistens merkte ich es, denn sie hatte dann solch ein merkwürdiges Glitzern in den Augen. Einmal hätte ich sie beinahe geschlagen, so ekelte ich mich und so verzweifelt war ich.

Einmal war meine Mutter krank, das heißt, sie hatte ungewöhnlich starke Blutungen. - Ich bin niemals richtig aufgeklärt worden, denn das konnte Mutti gar nicht, sie brachte das dann in einer so scheußlichen, mich verletzenden Weise vor, daß ich immer froh war, wenn sie es nicht weiter versuchte. Aber da ich oft alles mit ansehen mußte oder konnte, war mir nichts fremd, nur sah ich es ganz verzerrt und ekelerregend.

Ich wußte also auch in diesem Falle, daß es an sich ein ganz normaler Vorgang gewesen wäre. Ich glaube, ich mußte ihre Binden reinigen, waschen, und dann rief sie mich, und ich mußte einen Eimer mit sehr blutigem Wasser zum Teich hinaus tragen, auch das hatte ich schon früher getan. Dieses Mal bemerkte ich aber, als ich den Eimer ins Wasser schüttete, daß am Teichgrunde ein rotes, froschähnliches Gebilde liegenblieb. Es schien sich zu bewegen. Ich dachte, daß es Mutti sicher peinlich wäre, wenn es zu sehen wäre, und holte schnell viel Asche, die ich daraufschüttete. Ich kam mir sehr brav und klug vor und machte mir Gedanken, was es wohl sein könnte. Es kam mir so menschlich vor, und ich fragte Mutti ganz vorsichtig, sie erschrak sehr, wurde rot und wollte heftig antworten, weinte dann aber plötzlich, streichelte mich und sagte, ich hätte nichts gesehen und ich sei ein gutes und kluges Kind, daß ich daran gedacht hätte, das Ding zu verdecken. Ich sei der einzige Mensch, den sie habe und dem sie vertrauen könne.

Meine Mutter hat mir auch später immer gesagt, daß ich ihre einzige Freundin sei und daß ich selbst keinen Menschen und keine andere Freundin zu haben brauche. Sie vertraue mir alles an, und ich mußte alles anhören, auch wenn ich nicht wollte. Darum wußte ich sehr früh manche Dinge und war schon sehr früh ein eigentlich altes, ernstes und meistens trauriges Kind. Ich durfte nie zu jemandem über die Dinge, die ich tragen mußte, sprechen. Ich war gar nicht sehr stolz, daß sie mir so viel Vertrauen entgegenbrachte und mich in dem Punkte wie einen Erwachsenen behandelte.

Einmal kam den Weg entlang, der am Teich vorbei führte, ein junger Soldat, einer von Muttis Freunden, und packte meinen kleinen, ganz jungen schwarzweißen Hund und tat so, als wolle er ihn ins Wasser werfen. Ich schrie auf und lief empört auf ihn zu und weinte. Da fing er das Hündchen

wieder auf und sagte, er habe nur Spaß gemacht. Ich nahm den Hund, drückte ihn ganz fest und setzte ihn schnell wieder in die kleine Schubkarre, in der ich ihn spazieren fuhr und fuhr schnell fort von diesem Menschen.

Eines Tages entdeckte meine Mutter, daß ich schielte. Sie setzte eine furchtbare Szene in Gang, schrie und weinte, gebärdete sich wie von Sinnen, so daß ich große Angst bekam. (Mit solchen Schreiszenen hat sie mich überhaupt immer in Schach gehalten. Sie brauchte mich nur mit ihren unheimlichen Augen anzusehen und dann noch zu schreien, dann war ich vor Entsetzen schon ganz artig und niemals trotzig. Trotzig wurde ich erst später, als solche Szenen mich nicht mehr so beeindrucken konnten.) Sie behauptete, mein Onkel, der nur Böses im Sinne habe, habe mir das Schielen beigebracht. Ob das so war, weiß ich nicht. Ich versprach ihr jedenfalls, es nie wieder zu tun, und gab mir sehr große Mühe, es mir wieder abzugewöhnen. Einmal aber hatte ich doch einen Rückfall, auch in der Onanie, und ich beichtete es unter Tränen und gelobte, es nicht wieder zu tun. Auch der Großvater regte sich fürchterlich auf, ich glaube, es saß noch ein Fremder am Tisch, und ich wunderte mich sehr, daß er nicht auch noch zu zetern anfing. Als er gar keine Notiz nahm, fand ich ihn ganz wundervoll.

Einmal lag mein Onkel, den ich noch ein bißchen gern mochte, hinter dem Garten auf der Wiese und sonnte sich. Ich glaube, er hatte kein Hemd an. Ich lief zu ihm und setzte mich schüchtern zu ihm, denn eigentlich war es ja verboten, mit diesem Menschen zu sprechen. Er machte Kunststücke mit farbigem Papier und seiner Zunge, und ich sah ihn restlos bewundernd an. Dann tippte ich vorsichtig an seine Brustwarzen, pflückte ein paar Blumen und legte sie wie Kränzchen darauf. Und nun kam meine Mutter. Mein Onkel lächelte, und Mutti riß mich empört und angeekelt weg, als hätte ich neben einem giftigen Reptil gesessen. Es gab die übliche Szene und ein strenges Verbot, mit dem Onkel zu sprechen. Ich mußte natürlich, wie immer in meinem Leben, jedes gesprochene Wort beichten. Ich schämte mich furchtbar und dachte, es müsse etwas ganz Verwerfliches sein, was ich da getan hatte. Ich dachte, der Onkel würde mich nun auch immer verachten.

Aus meiner Kindheit erinnere ich mich nur an zwei Träume und beide hatten als Thema meinen Tod und einen Sarg. Ich lag in meinem kleinen schwarzen Sarg und war tot, konnte aber noch denken. Ich war sehr froh, daß ich es geschafft hatte, da kam meine Mutter herbei und zog meinen Arm unter dem Sargdeckel hervor und zwang mich so, die einströmende Luft zu atmen. Ich war sehr unglücklich, daß sie mich nicht einmal in Ruhe sterben ließ.

Der andere Traum: Ich lag in einem wunderschönen kleinen weißen Sarg und war gestorben. Plötzlich kam meine Mutter an, zerrte mich aus dem Sarg und stieß mich vor sich her. Dabei zischte sie mich an: »Das könnte dir so passen, einfach sterben, und deine Mutti allein lassen. Los, marsch in den Wald und Holz suchen. Daß du ja gutes mitbringst.« Ich mußte über Hügel

steigen und immer weiter laufen, allein und Holz suchen. Ich hatte Angst und war unglücklich, daß ich wieder leben mußte und daß sie es mir nicht gegönnt hatte, zu sterben.

Einmal waren wir draußen hinter dem Garten, wo ein wilder Birnbaum stand. Die Birnen schmeckten ganz gut, leider fanden das auch Hornissen. Ich hatte immer furchtbare Angst, darunter zu gehen. Mutti gar nicht. Die machte dann noch »bbsss« und störte die Tiere auf. Sie hatte ja flinkere Beine. Dieses Mal rief sie mich auch, und ich ahnte irgendeine Bosheit meiner Mutter. Sie zwang mich mit ihren Augen, zu kommen. Und dann plötzlich war ich in einem aufgebrachten Hornissenschwarm und Mutti ein Ende weiter. Ich brachte erst gar keinen Ton heraus vor Entsetzen. Dann, als sie auf meinem Kopf saßen und in meinen Locken und stachen, schrie ich um Hilfe. Ich versuchte, die Tiere aus meinem Haar zu lösen, und immer, wenn eine stach, tat es sehr weh. Mutti stand da und lachte und lachte. Schließlich wälzte sie sich am Boden, und die Tränen strömten über ihr Gesicht; es sah aus, als sollte sie ersticken. Sie machte sich bei solchen Gelegenheiten auch die Höschen naß. Ich schrie unglücklich und wütend: »Statt zu lachen, solltest du mir lieber helfen.« Und Mutti kam und sagte: »Mein armes, armes Kind, du tust mir ja so leid. Es sind keine mehr im Haar.« Und schon begann sie wieder zu lachen.

Einmal befahl mich Mutti wieder zum Ballspiel. Sie hatte so einen kleinen tennisballähnlichen Ball, aber hart wie eine Kanonenkugel. Mitunter warf sie sehr scharf, so daß es wehtat. Sie traf selten. Diesmal übten wir wieder Scheibenschießen mit dem Ball, das heißt, ich war die Zielscheibe. Ich stellte mich auch guten Mutes auf, denn Muttis mangelnde Treffsicherheit kannte ich ja. Mutti zielte auf meinen Kopf, und ich blieb ruhig stehen. Mutter traf genau meinen Mund. Zuerst brachte ich gar keinen Ton hervor, dann weinte ich sehr. Ein Zahn war heraus, und der andere tat weh. (Der Zahn, der an der Stelle später wuchs, ist nach einigen Jahren abgebrochen, und der nebenstehende wuchs quer.) Mutti ging vor Lachen erst einmal in die Knie, schluchzte herzzerbrechend vor Lachen, und es dauerte lange, bis sie sich wieder beruhigt hatte. Dann streichelte sie ein bißchen meinen Kopf.

Einmal war wieder ein »Onkel« da, und ich mußte auch gerade abwaschen. Ich hatte damals gerade eine Warze an einer Hand und schämte mich deswegen sehr. Aus irgendeinem Grunde hatte der Soldat das bemerkt und sagte plötzlich: »Zeig mir mal deine Hand.« Ich wollte natürlich nicht. Er bestand auch nicht darauf, sondern sagte nur sehr freundlich, ich brauchte mich deshalb doch nicht zu schämen, ich solle die Hand dort in das Wasser stecken und nicht mehr daran denken. Dann wäre es weg. Ich habe sogar zwei bis drei Tage nicht mehr daran gedacht und bemerkte dann plötzlich, daß die häßliche große Warze fort war. Ich freute mich sehr. Der Soldat kam noch ein paar Mal wieder, aber er wollte nicht, daß man sich dafür bedankte. (Mutti dagegen hat immer, wenn sie häßliche Pickel oder Ausschlag loswerden wollte, mich gezwungen, diese Dinge anzusehen. Dann

bekam ich sie prompt. Manchmal habe ich mir die Augen zugehalten oder die betreffende Stelle, auf die sie es mir zaubern wollte. Aber es half alles nichts. Irgendeinmal paßte ich dann doch nicht auf, und sie erwischte mich. Viele Leute zu Hause sagen, daß Mutti den bösen Blick hat. Einerseits ärgerte das Mutti natürlich furchtbar, andererseits nützte sie ihre Macht aus.)

Ich ging schon zur Schule, als ich folgendes Erlebnis hatte: Wir waren zusammen weit gegangen, um Pilze oder Beeren zu suchen. Auf dem Rückwege kamen wir über das verlassene Gelände eines militärischen Übungsplatzes mit Bunkern, Unterständen und dergleichen. In einen Unterstand gingen wir hinein und entdeckten, daß er bewohnt war. Auf einem klobigen Tisch lag ein Laib Brot und noch einiges. Auch ein Wecker stand dort. Wir besahen alles sehr neugierig, Mutti nahm aber nichts mit. Inzwischen hatte ich Angst bekommen, denn ich dachte, daß der Besitzer doch sicher zurückkommen könnte und guckte nach oben. Und der kam auch von fern an. Er brüllte irgend etwas, und ich zog Mutti, sie sollte fort von diesem Ort. Aber Mutti witterte ein Abenteuer, denn es war ja ein Mann, der da angerannt kam. Aber als zu erkennen war, daß er ein Messer, einen Dolch oder so etwas in der Hand trug, lief Mutti plötzlich los wie ein Wiesel. Und ich versuchte, sie einzuholen, bekam aber bald keine Luft mehr, und Mutti konnte immer schneller laufen als ich. Ich schrie und bettelte, sie sollte doch auf mich warten, aber sie wandte sich nur halb um und lief weiter, bis sie auf einer belebten Straße war. Dort hielt sie an. Ich wollte in meiner Verzweiflung und Angst das Laufen schon aufgeben, denn der Mensch kam immer näher, und ich hörte ihn schon keuchen. Da blieb er plötzlich stehen, brüllte noch etwas und ging dann in seine Behausung zurück. Wir beide gingen nun zusammen nach Hause. Aber ich dachte bei mir, jetzt könntest du auch allein weitergehen, vorhin hast du mich im Stich gelassen, jetzt finde ich den Weg auch allein. Später habe ich über dieses Erlebnis einen Schulaufsatz geschrieben.

Mutti hat mir oft von ihrer Kindheit und Jungmädchenzeit und von ihren Tieren erzählt. Die Tiere liebten sie sehr, und sie sie auch. Dabei quälte sie die Tierchen gern, weil das so komisch aussah, wenn die vor Schmerzen nicht wußten, was sie tun sollten. Frösche aufgeblasen hat aber nur der Onkel, sagt sie. Mutti hat Kühen und auch Schweinen glühende Kohlen oder brennende Streichhölzer unter den Schwanz gesteckt und sich dann halb tot gelacht, wenn die Tiere in komischen Sprüngen davon rasten, und die Leute vielleicht noch dachten, daß ein Tier sie gestochen habe. Einmal hat sie des Nachbarn Hund ganz kahl geschoren.

Mutti hatte mir außerhalb des großen Gartens ein kleines Stückchen unbrauchbares Land überlassen. Ich durfte mir ein Gärtchen einrichten und tat das mit viel Liebe und Stolz. Ich soll aber nicht immer so gleichmäßig fleißig gewesen sein. Sie schenkte mir eines Tages sogar Blumen vom Gärtner, Balsaminen, und ich hatte Mühe, ihr meine Freude zu beweisen, denn ich mochte diese Blumen gar nicht sehr. Im hätte viel lieber einfache

gehabt, Stiefmütterchen zum Beispiel, aber das durfte ich nicht, Stiefmütterchen liebte Oma nämlich auch, also durfte ich sie nicht gernhaben.

Oma war eine große Blumenfreundin, die, wie man sagt, eine glückliche Hand für Blumen hatte. Ich soll sie geerbt haben. Oma hatte, als sie reich genug war, kostbare Sträucher aus allen Ländern, und ihr Garten soll eine Sehenswürdigkeit gewesen sein. Oma gab mir also einmal eine kleine Tanne, die schon am Vertrocknen war, weil ihr der Boden zu trocken oder zu feucht war. Ich pflanzte sie in mein Gärtchen, und nach langer Zeit erholte sie sich und wuchs, das war mein ganzer Stolz. Als ich nach längerer Zeit den Garten besuchte, wir wohnten dann nicht mehr dort, war die kleine Tanne schon ziemlich groß.

Ich hätte in meinem Garten gar zu gern ein kleines Grab angelegt. Aber das hatte Mutti mir gründlich ausgetrieben. Sie meinte, ich könne es nicht erwarten, daß sie stürbe.

Als ich das erste Mal von der Schule hörte, weinte ich sehr und war sehr aufgeregt. Mutti sprach mit einer Frau, deren Tochter in meinem Alter war und die ich später gar nicht leiden konnte. Wenn die mit mir sprach, mußte ich immer gleich weinen und das war mir sehr unangenehm, denn das war doch sehr unhöflich. Das Mädchen hatte gar keine Angst vor der Schule. Mutti sagte übrigens, die Mutter, wie die Tochter seien so dumm, daß sie nicht bis drei zählen könnten. Bei der Tochter konnte ich es später auch feststellen, als ich ihr Nachhilfestunden erteilen mußte.

Mutti sagte, das Kind bekäme mehr Schläge als Essen. Sie erzählte mir, wie das Mädchen geschlagen würde, und erzählte dann immer zähneknirschend, so müßte sie mich auch schlagen, weil ich solch ein verfluchtes Aas sei. Dabei sah sie immer so merkwürdig gierig aus, wenn sie erzählte, wie andere ihre Kinder schlügen, so daß mir immer ganz unheimlich wurde.

Mutti brachte mich in der ersten Zeit immer zur Schule, bis ich nach einiger Zeit sagte, nun könne ich aber allein gehen, und Mutti Gott sei Dank auch genug hatte.

Am ersten Tag war es besonders schlimm. Ich hatte noch nie so viele Menschen beisammen gesehen, noch dazu Kinder. Es herrschte ein fürchterlicher Lärm, und die meisten Kinder waren bald sehr froh. Mutti mußte mir versprechen, dort zu bleiben, so daß ich sie in der Pause gleich auf dem Schulhof fände. Ich glaube jedenfalls, daß dies am ersten Schultag war. Mutti war es jedenfalls zu langweilig geworden. Sie war fortgegangen, um sich mit dem Gärtner zu unterhalten. Ich kam hinaus, keine Mutti war zu sehen, und ich schrie verzweifelt und lief immer den ganzen Schulhof hinauf und hinunter. Ich hatte fürchterliche Angst und war wie von Sinnen. Der Lehrer nahm mich ganz kurz an die Hand und sagte, ich solle mich nicht so albern anstellen. Es fresse mich keiner, und Mutti könne doch nicht immer da sein. Ich weinte nur: »Aber sie hat es mir doch versprochen!« Schließlich kam in letzter Minute Mutti an und tat ganz unschuldsvoll. Sie hatte sich dann verplaudert mit dem Gärtner und sagte, sie sei doch die ganze Zeit über in der Nähe der Schule geblieben.

Später mußte ich zwangsweise die Dorfschule besuchen, in der die andere Landessprache gesprochen wurde, weil Mutti mich verkehrt angemeldet hatte. Die Lehrerin, die das zur Sprache gebracht hatte, wurde versetzt, weil Mutti darüber so ärgerlich war und dafür gesorgt hatte.

Ich hatte wieder große Angst zu so vielen, ganz unbekannten Kindern zu kommen, deren Sprache ich noch nicht einmal verstand. Aber die waren eigentlich sehr nett, es waren jedenfalls die liebenswürdigsten Kinder, die ich in meinem Leben kennengelernt habe. Sie lachten kaum über mich, und wenn, dann waren immer ein paar erstaunlich vernünftige darunter, die dann sagten, daß ich doch nichts dafür könne, daß ich die Sprache nicht verstünde und deshalb immer solche komischen Fehler mache. Und Angst hätte ich, weil ich mitten im Wald wohne und mit keinen Kindern spiele. Sie waren alle sehr lieb und sehr nett, ganz anders als es später die Kinder des Nachbarlandes waren. *

In den ersten Tagen aber hatte ich doch große Angst. Und als der Lehrer in der ersten Pause hinausging, sauste ich hinterher, faßte ihn an der Hand und am Jackett und ließ nicht mehr los und sagte »Papa« zu ihm. Ich ging auch mit ins Direktorzimmer, und als ich wegen einer Besprechung draußen bleiben mußte, wartete ich, bis er wieder herauskam und ich mit ihm zusammen in die Klasse gehen konnte.

Als ich schon zur Schule ging, kam einmal ein Pfarrer zu uns hinaus, um Mutti ihres Lebenswandels wegen Vorhaltungen zu machen. Es beeindruckte mich sehr, was er von der Verantwortung der Eltern sagte, und daß sie um des Kindes willen umkehren solle. Eigentlich sollte ich hinausgehen, aber Mutti griff mich, da ich Miene machte zu weinen, riß mich auf ihren Arm und fauchte den Pfarrer an: »Lassen Sie mein Kind in Ruhe. Rühren Sie es nicht an.« Der Pfarrer beruhigte sie. Er habe mich ja gar nicht angefaßt. Ich bemühte mich pflichtschuldigst, ihn empört anzusehen, aus Höflichkeit und Angst Mutti gegenüber. Aber im Grunde fand ich alles sehr richtig, was er sagte. Ich hoffte sehr, daß seine Worte einen kleinen Eindruck auf Mutti gemacht hätten, aber das war leider nicht der Fall. Sie war nur sehr wütend und sagte, das hätten ihr diese Heuchler, die Großeltern, auf den Hals geschickt.

Ich erinnere mich, daß ich einmal hörte, wie die Großeltern sich ärgerlich darüber unterhielten, daß Mutti wieder vor den Kasernen auf und ab promeniert sei und »Blicke geschmissen« habe. Aus irgend einem Grunde sagte ich plötzlich: »Wenn ich groß bin, werde ich auch vor die Kasernen gehen und die Soldaten anlachen.« Mein Großvater war so entsetzt, daß er ganz verstört aussah. Dann sagte er zur Großmutter: »Hast Du das gehört! Die Nita ist jetzt auch schon so verkommen, wie soll das erst später werden!« Daß mein Großvater das sagte, beeindruckte mich sehr, und ich schämte mich furchtbar, daß ich so etwas gesagt hatte. Ich wußte ja nicht einmal, warum und wie ich darauf gekommen war. Großvater war Mutti schrecklich ähnlich, aber vernünftiger und eben alt und ruhiger. Ich mochte ihn lieber als die Großmutter. Liebhaben durfte ich ja alle beide nicht. Aber

* deren Sprache die Patientin sprach.

bei ihm duldete das meine Mutter mit weniger Geschrei und Ausfällen. Er hatte sie als junges Mädchen auch sehr gern gehabt, und sie hatte ihn auch lieber als ihre Mutter.

Ich erinnere mich, daß ich in der Zeit auch onanierte. Es ergriff von Zeit zu Zeit förmlich Besitz von mir. Ich war dann immer sehr verzweifelt, daß ich es tun mußte, und hoffte gleichzeitig, daß ich mich dadurch selbst zerstören würde und nicht mehr weiterleben müßte. Einmal saß ich in der Gartenlaube, hatte meine große Puppe im Arm und hatte onaniert. Dabei hatte mich wohl mein Onkel beobachtet, denn er kam kurz darauf ganz nahe vorbeigeschlendert und grinste ganz furchtbar, so, wie eben nur mein Onkel mit seinem langen Gesicht grinsen konnte. Er sagte aber keinen Ton. Ich schämte mich ganz furchtbar und dachte, wenn ich es ganz fest wünsche, dann gibt es jetzt einen Spalt in der Erde, und ich kann darin verschwinden. Ich erinnere mich noch, daß ich mir die Puppe als mein Kind vorstellte, aber auch als den, von dem ich dieses Kind hatte. Wie ich darauf kam, weiß ich nicht. Ich habe auch einmal mit dem Hund onaniert und mich ablecken lassen und mich nachher so geschämt, daß ich dachte, der Hund sehe mich von jetzt an immer ganz verachtungsvoll an. Auch fürchtete ich, davon krank zu werden oder Würmer zu bekommen.

Dieser überaus starke Drang zu onanieren, kam geradezu in periodischen Abständen, in immer kürzeren. Als ich Backfisch war, und einige Jahre später, habe ich an machen Tage bis zu 30mal onaniert und war danach jedes Mal zu Tode verzweifelt, daß ich danach immer noch lebte. Denn ich dachte, daß es mir doch einmal gelingen müßte, mich auf diese Weise auszulöschen. Ich weinte damals sehr viel und hatte immer Selbstmordgedanken, war aber zu feige. Ich schämte mich vor allen Leuten und dachte, daß sie mich alle so merkwürdig ansähen und daß sie mich verachteten. Ich meinte auch, daß sich jeder ekele, mir die Hand zu geben. Ich konnte den Menschen schon immer schlecht in die Augen sehen. In der Schule fiel es mir auch sehr schwer, die ganze Stunde hindurch aufmerksam den Lehrer anzusehen. Mir tränten dann immer sehr bald die Augen und schmerzten. Meine Mutter ekelte sich wohl sehr vor mir, denn sie hat eine geradezu panische Angst und Abscheu allem Kranken gegenüber. Einmal fragte ich sie, was eigentlich Onanie sei (ganz unschuldig fragte ich das, denn ich war nicht ganz sicher, daß es das sei, was ich tat, ich hatte es in einem medizinischen Hausbuch gelesen), sie schauderte richtig zusammen und murmelte nur etwas Unverständliches. Es hörte sich an, als ob sie sich jeden Augenblick übergeben würde.

Nun war ich noch verzweifelter. Als ich einmal wegen Magenbeschwerden zum Arzt mußte, schämte ich mich furchtbar, denn er sah mir doch sicher alles an, und er war auch so streng im Ton. Nach 19.. mußten alle mal zum Hautarzt. Es war eine Pein für mich. Ich zitterte am ganzen Leibe und war mehr tot als lebendig. Die Ärztin musterte mich sehr scharf und fragte mehrmals ungläubig, ob ich wirklich keinen Verkehr gehabt habe. Ich verneinte verzweifelt und wünschte beinahe, daß sie etwas über die Onanie gesagt hätte.

In dem alten Medizinwerk stand übrigens, daß Onanieren zur Verblödung führe oder so ähnlich. Ich wartete nun voll Angst darauf. Da ich immer sehr gehemmt war und oft ganz unsinnige Antworten gab vor Angst und Scham, wirkte ich oft wirklich „blöde", hinzu kam, daß Mutti immer sagte, ich sei schon dumm geboren und so geblieben. Jeder Idiot oder Hund sei klüger als ich. Und ich sei so abstoßend häßlich, daß ihr schlecht werde, wenn sie mich nur ansehe. Auch störte sie oft mein lauter Atem, und sie herrschte mich dann an: „Still, atme nicht mehr, du Hund, du sollst nicht atmen. Dich stört mein Atem auch." Und ich steckte dann den Kopf ins Bett und versuchte, ganz leise zu atmen.

Mich interessierten Geisteskrankheiten von Anfang an sehr. Und ich beobachtete von nun an immer mehr meine Mitmenschen, angefangen bei Mutti.

Eines Tages merkte Mutti, daß sie geschlechtskrank war. Ein Soldat drohte, er wolle sie erschießen. Er sagte ihr wohl viele unangenehme Dinge, daß sie es gewußt habe usw. Mutti war in größter Angst und dem Wahnsinn nahe. Sie bat mich immer wieder, mir ihr Genital anzusehen, sehr genau, und dann zu sagen, was ich sehe. Ich sträubte mich lange verzweifelt. Ich hatte Angst und ekelte mich auch sehr, das alles anzufassen. Ich fürchtete mich auch vor Ansteckung. Denn was für eine Krankheit das sei, wußte ich sehr genau. Vielleicht hatte ich auch darüber gelesen, denn ich konnte sehr bald alles lesen. Mutti sagte mir immer wieder, daß ich der einzige Mensch sei, dem sie es sagen könne und dem sie es zeigen könne. Ich dürfe niemandem etwas davon sagen. Ich sei ihre einzige Freundin. Schließlich, als sie sagte, daß sie sonst sterben müsse - worauf ich einwandte, daß sie doch lieber gleich zum Arzt gehen solle -, überwand ich mich und sah mir das Gräßliche an. Ich befühlte auch die Labien (sagt man so ?) und sah mir genau die Veränderungen und Geschwüre an und schilderte es ihr.

Und mit einem Male hatte ich alle Angst überwunden und konnte sie sogar noch trösten. Von da an hatte ich eigentlich den Wunsch, Ärztin oder Krankenschwester zu werden, denn ich wollte etwas tun, was armen, verängstigten Menschen hilft.

Ich bin dann mit Mutti in die Stadt gegangen, bis in die Nähe der Praxis. Dann wartete ich lange in einem Torbogen und hatte gar keine Sorge mehr. (Was mir Mutti natürlich sehr übel nahm.) Schließlich kam sie, sie sah ganz entstellt aus, grau wie Asche und verfallen. Sie fragte mich auch zuerst, wie sie aussehe, ob man ihr das ansähe. Dann sagte sie, sie habe eine Spritze bekommen und das sei ein sehr gefährliches Gift, sie müsse jetzt eigentlich nach Hause fahren, wir hatten aber kein Geld. Meine Mutter wurde immer sonderbarer und verstörter. Und als wir in den Wald kamen, lief sie plötzlich davon in einer ganz verkehrten Richtung, mitten hinein ins Dickicht. Dabei rief sie ganz verworrenes Zeug.

Da überkam mich wieder das merkwürdige Gefühl, daß es meine Aufgabe sei, zu helfen und alle Unsicherheit und die Angst, die ich bei Muttis unheimlichem Anblick bekam, fiel von mir ab. Ich dachte, daß ich mir

keine Angst anmerken lassen dürfe und daß ich ganz sicher scheinen müsse. (Denn in Wirklichkeit wußte ich den Weg auch nicht mehr genau.) Ich nahm sie bei der Hand und zog sie mit mir, und schließlich ging sie auch ganz willenlos und vertrauensvoll, wie mir schien, mit mir. Dabei habe ich mir dauernd beruhigend zugeredet, und ihr alles, was ihr am Wege sonst sehr bekannt war, gezeigt. Als wir endlich zu Hause waren, ging es ihr etwas besser. Und sie schlief lange. Am nächsten Tage erinnerte sie sich aber daran, daß sie plötzlich keinen Weg mehr wußte.

Sie hatte lange Zeit auf dem Rücken Ausschlag, und ich fürchtete mich sehr vor Ansteckung. Und so sehr ich meine Angst zu verbergen suchte, sie merkte doch etwas. Sie war darüber sehr beleidigt, daß ich z. B. meine eigene Tasse haben wollte. Damals zogen wir ins Städtchen .... Meine Großeltern kauften Mutti einige Möbel. Sie hatte keine Aussteuer bekommen, sagte sie. Meine Großeltern waren sehr wohlhabend. Diese Herrlichkeit aber dauerte nicht lange, weil dann bald die Faschisten kamen.

Großmutter sagte mir öfters, daß mein Vater mich sehr geliebt habe, als ich da war und daß er mich später öfter sehen wollte. Er habe mir einmal zum Geburtstag einen Strauß Rosen gebracht und Konfekt. Mutti habe aber alles voller Abscheu auf einen Dunghaufen geworfen. (Konfekt wegzuwerfen muß ihr, bei ihrer Gier nach solchen Sachen, doch schwergefallen sein.) Mir wurde auch gesagt, daß ich meinen Vater wahrscheinlich in meinem achtzehnten Lebensjahr sehen dürfe. Darauf freute ich mich immer. Meine Mutter sagte mir, daß mein Vater sehr brutal gewesen sei, und er mich immer geschlagen hätte, wenn er hätte bei uns bleiben dürfen. Ich sei genau so ein Verbrechertyp mit fliehender Stirn und heimtückischen kleinen Augen und auch so abstoßend häßlich wie mein Vater. Ich habe später erst ein Foto von ihm gesehen. Er war wirklich nicht nett anzusehen. Aber solche langen Ohren wie ein Esel, wie Mutti immer behauptete, hatte er doch nicht.

Kein Lehrer durfte mich schlagen. Ich mußte jedes Wort, das ich mit Kindern sprach, und erst recht das, was ich eventuell mit Erwachsenen sprach, zu Hause beichten. Das hatte manchmal sehr unangenehme Folgen für mich. Einmal hatte mich bei der Schulaufführung einer Wohltätigkeitsveranstaltung ein Mitschüler kritisiert, was mich sehr wurmte, weil ich ihn sowieso nicht mochte, den dürren Knaben. Ich dachte aber trotzdem, wenn ich nur das vor Mutti geheimhalten kann, daß er mich geärgert hat. Sonst kommt sie gleich zur Schule gerannt, und es gibt so einen peinlichen Spektakel, und ich stehe als »Petzer« da. Leider bekam Mutti im Laufe des Tages alles heraus und trotz Flehen und Tränen ging sie am nächsten Tag hin und stellte Lehrerin und Knaben zur Rede. Ich hätte im Boden versinken mögen. Mutti wunderte sich nur, daß ein Junge mit so auffallend guten Manieren so frech sein könne und über meine Leistung lästert.

Ein paar Wochen lang habe ich bei einer Lehrerin zu Mittag gegessen. Der Schularzt hatte festgestellt, daß ich unterernährt sei, worauf die Lehrerin ihm etwas zumurmelte und er sagte, na meinetwegen, dann sagen wir

eben ausreichend. Ich sollte damals eigentlich eine Brille tragen. Der Arzt sagte auch, daß es besser wäre, wenn der Kropf bald operiert würde. Als Mutti das hörte, war sie außer sich. Ihr Kind und operieren oder Brille tragen, nein! Ich hatte makellos zu sein, ebenso wie in den Schularbeiten, die mir in den ersten Jahren auch sehr leicht fielen. Ich erinnere mich, daß Mutti mir manchmal half, und ich dann immer sehr unsicher war, ob es auch wirklich stimme. Und da wir die Schularbeiten allein machen sollten, hatte ich von besonders guten Leistungen auch nur wenig, denn der Lehrer glaubte nicht, daß ich die Wahrheit sagte. Der Arzt hatte damals auch festgestellt, daß ich nicht gut höre.

Ich erinnere mich, daß es mir entsetzlich schwer fiel, mich in der Schule auszuziehen und daß ich mich sehr schämte, und daß es den anderen nichts ausmachte, halbnackt umherzulaufen. Ich mußte in der Schule Lebertran schlucken. Ich trug sehr oft scheußliche und ganz unkindliche, enge Röcke, die Mutti selbst nähte. Die Kinder spotteten auch darüber, aber einmal sagte ein Junge, ein stiller und sehr vernünftiger, der etwas stotterte und dicker war: »Laßt das doch, sie kann doch nichts dafür, daß sie eine solche Mutter hat.«Da fühlte ich mich sehr geborgen.

Ich war eine sehr ungeschickte Turnerin. In den ersten Jahren fielen mir alle Fächer leicht. Sogar im Rechnen hatte ich eine zwei und einmal eine eins im Zeugnis. Ich mußte darum auch ehrenamtlich ein paar Nachzügler betreuen. Das war gar nicht so einfach, denn die ließen sich von einer kleineren nicht gern etwas sagen, und einmal unterlief mir bei einer Schülerin ein kleiner Fehler. Wider Erwarten tobte der Lehrer. Darüber war ich ganz fassungslos, denn ich machte doch sonst keine Fehler. Aber er sagte, ich sei eine ganz schlechte Schülerin und solle mich schämen usw.

Einmal, ich war noch kleiner, hatte ich aber in den Hausaufgaben, die Mutti nachgesehen hatte, einen Rechenfehler. Eine Mitschülerin entdeckte ihn und radierte ihn aus und verbesserte ihn selbst, da ich mich weigerte, denn es war streng verboten, zu mogeln. Merkwürdigerweise fing ich an zu weinen, radierte das Korrigierte wieder aus und schrieb die alte falsche Lösung wieder hin. Alle sagten, ich solle das doch nicht tun, sie würden mich bestimmt nicht verraten, es sei noch Zeit, aber ich entgegnete nur, der Lehrer habe es verboten, ich mache das nicht. Der Lehrer bemerkte den Fehler, und meine Ehrlichkeit bewirkte, daß ich ganz schrecklich heruntergemacht wurde und ich mich schämen sollte und die ganze Klasse mich auslachen mußte. Von da an fiel es mir schon schwerer, auch das Sprechen beim Übersetzen oder Erzählen, aber so richtig schlimm, daß ich beinahe nur noch Durchschnitt war, wurde es erst nach dem Fehler, den ich bei der Mitschülerin gemacht hatte.

Ich konnte damals auch schon sehr schlecht sehen und habe ganze Abschnitte des Lehrstoffes nicht mitbekommen.

Ich mußte schon immer Ohrringe tragen, was ich von Anfang an sehr greulich fand. Später bin ich, als sich zwei Jungen rauften, damit hängen geblieben, noch später fiel ich von einer Leiter und verfing mich mit den Ohrringen.

Weihnachten war früher recht bescheiden, aber trotzdem ganz schön. Es war immer das Schrecklichste für mich, mich über die Sachen sehr freuen zu müssen. Und ich konnte das nicht und bekam dann immer wieder zu hören, was für ein undankbares Kind ich sei und wie lieb und artig, bescheiden und dankbar die anderen Kinder seien, die soviel geschlagen würden.

Als ich schon zur Schule ging, bekam ich einmal von den Eltern mehrerer Mitschüler sechs oder sieben Paketchen, zum Teil sogar Würste. Ich war selig. Nach der Weihnachtsfeier holte mich Mutti ab. Zu Hause wurde ausgepackt. Es war auch Konfekt dabei, wie ich es noch nie gesehen hatte. Mutti konnte es kaum erwarten. Im beschloß, wenigstens einige besonders nette Sachen vor ihr zu retten, und ich hängte sie an den Weihnachtsbaum, denn sie hatte immer gesagt, vom Baum wird nichts heruntergeholt. Ich wollte es ihr sowieso schenken, denn ich kannte ja ihre Begierde und konnte mich selbst schon besser beherrschen. Es war auch ein in Silberpapier gehüllter Schokoladenschuh dabei, überhaupt Herrlichkeiten, wie ich sie nicht wieder bekommen habe. Ich war unbeschreiblich glücklich. Der Gedanke, etwas zu besitzen und dann selbst etwas schenken zu können, war in meiner ganzen Kindheit immer sehr groß geschrieben. Ebensoviel Wert legte ich auf ein Fleckchen, eine Ecke nur für mich, am liebsten abgeschlossen. Ganz besonders schrecklich war es immer, daß alles durchgewühlt wurde. Aber bei diesem Weihnachtsfest fühlte ich mich vollkommen sicher, denn ich hatte Mutti sogar noch das Versprechen abgenommen, diesmal alles hängen zu lassen, was mir doch gehörte.

Ein paar Tage später, als ich schon dachte, ich will Mutti schon ein Stück herunterholen, sie hält es sicher kaum noch aus, kamen mir die Dinge so verdächtig verändert vor. Ich sah vorsichtig nach. In den Silber- und Goldhüllen waren alte Kartoffelschalen, verschimmelte Krusten, Asche und verkohltes Holz eingewickelt.

Meine Enttäuschung, mein Schmerz waren wirklich unbeschreiblich. Erst brachte ich keinen Ton hervor, dann schrie ich so auf, daß meine Mutter herbeistürzte. Sie dachte, ich hätte mich verletzt. Dann sah sie die Bescherung und sagte: »Dummes Gör« oder irgend so etwas. Und ich weinte immer mehr und sagte: »Warum hast du das getan! Du hattest es mir doch versprochen, und ich hätte dir doch sowieso alles geschenkt, gerade jetzt wollte ich damit anfangen. Du hast kein Recht, mir alles einfach wegzunehmen.«

Ich weinte noch nach Wochen über diese Enttäuschung und habe es ihr auch später gesagt. - Ich hasse Weihnachten und fürchte es. Es ist dann alles wieder unheimlich lebendig, das ganze enttäuschte Vertrauen, der Schmerz und das Bewußtsein der Wehrlosigkeit und der Unsicherheit dem Menschen gegenüber, der etwas verspricht. Es ist, so klein und nichtig es dir vielleicht vorkommt, eines der Erlebnisse, die noch heute so lebendig in mir sind, daß es immer noch weh tut. Es war mir dadurch auch die Möglichkeit genommen worden, selbst etwas zu schenken.

Jetzt fällt mir noch etwas aus der Schule ein: Einmal sagte der Lehrer, daß ich, wenn ich in ... (dem Nachbarland) wäre, eine Hochschule besuchen

würde, um Malerin zu werden. Immer wenn ich nach meinem künftigen Beruf gefragt wurde, fing ich an zu weinen und schämte mich dabei auch und hatte furchtbare Angst. Mutti wollte sofort, daß ich Künstlerin werden sollte, schon weil sie selbst weder Musik studieren noch zum Zirkus durfte, was sie gern getan hätte.

Bei der Berufsfrage weinte ich noch als größeres Mädchen. Als Hobby wollte ich Malerei gern studieren, aber was ich damit als Beruf anfangen sollte, wußte ich niemals. Als daher die Berufsberaterin in die Schule kam - ich bekam keinen Ton heraus und weinte nur, da antworteten die Mitschülerinnen, daß ich Malerin werden wolle - und sagte, ob ich nicht lieber Krankenschwester werden wolle oder etwas anderes auf dem medizinischen Gebiet, ich scheine ihr dafür doch geeigneter - war ich ganz begeistert, daß einmal ein Mensch meinen geheimsten Wunschtraum ausdrückte und mich verstand. Leider sagten gleich die Mitschülerinnen, daß ich für einen solchen Beruf viel zu zapplig und schüchtern sei. Ich wußte ja auch, daß mir als Volksschülerin jedes Studium versperrt ist. Ich wollte dann auch gern Malerin werden, nur hatte ich immer Angst vor diesem Beruf, denn ich wollte etwas, womit ich anderen helfen konnte. Ich bat Mutti später, doch einmal zum Direktor der Oberschule zu gehen, ob ich vielleicht doch aufgenommen werden könnte. Mutti sagte aber immer: „Geh doch selbst. Bist ja viel zu feige dafür! Ich lege dir nichts in den Weg." Natürlich war ich zu feige, das hatte meine Mutter sehr rimtig einkalkuliert.

Schließlich ging sie aber doch. Sie sagte es jedenfalls, ob es stimmt, weiß ich bis heute nicht. Sie sagte sehr beiläufig, der Rektor habe gesagt, daß ich einmal zu alt sei (zwei Jahre zuviel), daß ich außerdem durch meine Fremdrassigkeit und Herkunft sehr viel auszuhalten haben würde unter den kleinen Schülerinnen, drittens, daß es aus politischen Gründen nicht gestattet werden solle. Mutti war jedenfalls sehr zufrieden mit ihrem Ergebnis. Ich fand mich ab, mit dem geheimen Hintergedanken, daß ich ja nicht ewig zu Hause sein würde.

Nach 19.. wurde mir von der Stadt ein Stipendium gewährt, und ich machte nun selbst den Versuch, eine Schule zu besuchen. Aber das wurde abgelehnt mit dem Hinweis, daß man zum Kunststudium kein Abitur brauche und das alles andere ein Experiment sei und Zeit kosten würde. Man wolle bald die Früchte des Stipendiums sehen, nämlich Arbeit in der Republik, und daß ich talentiert sei, das sehe man. Ob ich zu einem anderen Beruf tauge, wisse man dagegen vorher nicht. Da erfüllte mich die Aussicht auf ein Kunststudium mit Begeisterung, denn ich dachte, daß ich damit erst mal herauskäme und mir dann der Stadtrat keine Vorschriften mehr machen könne. Ich bin jetzt so weit abgeschweift.

Kurz vor Kriegsausbruch fuhren wir auf Einladung der Großeltern zu ihnen, die bei... eine oder zwei Wirtschaften gekauft hatten, in die Sommerfrische. Es war eine herrliche Gegend mit Wald und Seen. Ich wurde das erste Mal in meinem Leben braun. Es war eine wunderbare Zeit, und ich durfte auch zu den Großeltern netter sein.

Aber bald kriselte es. Die Einheimischen hetzten Hunde auf uns, wenn wir spazieren gingen. Eines abends, wir waren schon schlafen gegangen, krachten Schüsse. Dicht an Großmutters Kopf vorbei, die vor der Petroleumlampe saß und noch mit dem Großvater Zeitung las. Wir sprangen entsetzt raus und tappten dann im Dunkeln auf den Boden und von dort über eine Leiter hinunter und schlichen uns aufs Feld und legten uns in die Kartoffelfurchen. Am nächsten Tag taten wir, als sei nichts gewesen und ein paar Einheimische erklärten uns freundlich grinsend, daß unser Massengrab schon im Walde geschaufelt sei. Es reiche gerade für uns und andere Nachbarn. Es war nur noch nicht klar, ob sie uns schlachten oder erschießen würden. Wir schlichen nachts wieder hinaus, aber diesmal weiter und mit einer Decke bewaffnet. Es waren empfindlich kalte Nächte, und ich habe mir damals irgendein Blasen- oder Nierenleiden weggeholt. Dieses Camping kann aber nur wenige Tage gedauert haben.

Inzwischen hatte Mutti noch ein schreckliches Erlebnis mit einheimischen Aufständischen, Banden. Der Großvater hatte Angst, in die Stadt zu fahren. Er brauchte dringend irgendein Motorzubehör für eine landwirtschaftliche Maschine. Mutti konnte ganz gut die Landessprache sprechen. Sie wurde von Zivilisten, die bewaffnet waren, umzingelt und mitgeschleppt, als Geisel. Solche Geiseln wurden dann später erschossen. Durch Zufall hörte meine Mutter den Namen des Bandenführers, der ihr ein bißchen bekannt vorkam. Aufs Geratewohl sagte sie, sie kenne den Mann persönlich und wünsche sofort zu ihm geführt zu werden. Schließlich wurden die Männer unsicher und brachten sie endlich zu ihrem Häuptling. Der befahl sofort ihre Freilassung. Es war tatsächlich der Leiter der Fabrik, die meine Mutter des Maschinenteils wegen aufgesucht hatte. Sie bekam bis an den Stadtrand Geleitschutz. Ich glaube, sie hatte auf dem Heimweg dann noch die ersten feindlichen Tiefflieger und Bombenabwürfe erlebt. Schließlich kam sie ganz aufgelöst zu Hause an.

Ich bekam heftige Vorwürfe, weil ich mir eigentlich gar keine Sorgen gemacht hatte und das Ganze auch jetzt nachträglich mich nicht sehr beeindruckte. Als ich eines Tages draußen auf den Feldern war, sah ich die erste Bombe fallen. Ich war ganz still vor Schrecken und bei der Vorstellung, daß da eben noch eine Kompanie Soldaten gegangen war und eine Scheune gestanden hatte, die wie eine zerbrochene Streichholzschachtel in die Luft flog.

Dann kamen die ersten feindlichen Soldaten, die wir begrüßten, als seien sie Engel. Retter jedenfalls. Ich erinnere mich, daß ich vor lauter ausgestandener Angst nachträglich ganz weinerlich war und Kopfschmerzen hatte und immer irgendwo still hockte und mich gar nicht freuen konnte. Meine Mutter hatte bald ein paar Freunde gefunden, mit denen sie die Zeit verbrachte. Wir konnten jetzt auch wieder in den Wald gehen. Dort sah meine Mutter eines Tages eine Kreuzotter, sagte sie jedenfalls, die habe sich kurz vor ihrem Fuß aufgerichtet und gezischt. Mutti war vor Angst dem Wahnsinn wieder einmal nahe, schien mir. Ich war nun sehr interessiert, ob

es wirklich eine Kreuzotter gewesen sei und Mutti beschimpfte mich ob meiner Herzlosigkeit.

Ein paar Tage später waren wir aber doch wieder im Walde und kamen an eine Stelle, wo rings auf dem Boden und auf den Baumstämmen Schlangen lagen, die unheimlich alle auf einmal zischten, als wir diesen Platz betraten. Es wimmelte einfach vor Schlangen, wohin wir traten, und alle zischten. Es war wirklich unheimlich, als hätten wir die Schlangen bei einer Beratung gestört. Und da wir beide sehr abergläubisch sind, suchten wir schleunigst das Weite. Mutti glaubte, daß es für sie Unglück bedeute, und dachte später bei unserer Deportation daran.

Eines Tages zertrat Mutti im Walde einen jüngeren Vogel. Es knirschte scheußlich, und er schrie sehr, bis sie ihn ganz tot gemacht hatte. Aus irgendeinem mir unbekannten Impuls heraus sagte ich: »Wenn man einen jungen Vogel zertritt, das bringt Unglück.« Da verfluchte mich Mutti und spie vor mir aus. Das tat sie später auch sehr oft und machte mit dem Fuße Kreuze vor mir und sagte: »Behexe mich nicht!« Sie hat mir später ihr ganzes Unglück immer wieder zum Vorwurf gemacht.

Unsere Rückkehr nach ... verzögerte sich durch demolierte Brücken und dergleichen sehr. Einmal mußten wir wieder umkehren, und die Großeltern freuten sich gar nicht, daß wir wieder da waren.

Endlich war es aber soweit. Mutti machte unterwegs gleich nette Bekanntschaften. Zu Hause feierte sie weiter Verbrüderung. Eines Abends löschte sie sehr früh die Lampe, und sie wälzten sich auf dem Tisch. Ich ekelte mich sehr und stieß wütend hervor: »Könnt ihr euch denn nicht ein bißchen zusammennehmen. Ihr werdet noch die Petroleumlampe herunterwerfen.«

Ich zeichnete für die Soldaten nette Postkarten, die sie nach Hause schickten. Ich bekam dafür Geld. Ich war sehr stolz darüber und wollte es auf keinen Fall Mutti geben. Die tat auch so, als behielte ich es, und nahm es sich dann heimlich. Sie sagte, ich sei so häßlich, weil ich alles allein haben wollte. In der Zeit habe ich auch onaniert, erinnere ich mich. Da hatte Mutti sich auch mal wieder auf mich gewälzt.

Ich bekam von den Großeltern einen kleinen Schrank, sogar zum Abschließen. Ich bemühte mich, Mutti meine Freude nicht merken zu lassen, weil das nicht ratsam war. Ich durfte ihn nicht abschließen, aber Mutti versprach, nicht hineinzusehen. Ich bewahrte darin einige Flaschen selbst eingemachte Beeren auf, die ich Mutti zum Geburtstag bzw. zu Weihnachten schenken wollte, weil sie mit ihrem großen Vorrat doch nicht so weit reichte, sondern vorher zu viel naschte. Leider stöberte sie bei mir und goß viel Wasser in die Flaschen und verfälschte alle. Da halfen mein Jammern und meine Anklagen auch nichts. Es war nicht ungeschehen zu machen. Und Mutti sagte entweder: »Stell dich nicht so an« oder ganz schlicht: »Schweig, kein Wort mehr, du Aas!«

Die Schule war mir in dieser Zeit ganz fremd und unwirklich. Ich hatte sehr viel versäumt. Viele Kinder und vor allem die Lehrer waren nun plötzlich so profaschistisch. Ich kam da einfach nicht mehr mit.

Als einmal von den Behörden alle Wohnungen registriert wurden, gab Mutti das angrenzende große Zimmer des Nachbarn als unseres aus, was mir ganz unverständlich war, und ich versuchte, sie davon abzubringen. Wir haben es übrigens gar nicht bezogen. Der Nachbar wurde ausgewiesen. Mutti meinte immer, er habe aus Rachsucht die Anzeige bei der Politischen Polizei gemacht, die uns dann selbst um alles brachte. Eines Abends spät kamen Faschisten unter der Führung eines Offiziers und verlangten, eingelassen zu werden. Meine Mutter dachte, daß es wieder Soldaten seien, die nette Gesellschaft suchten. Sie war zwar befremdet über deren energisches Eindringen und die Aufforderung, unverzüglich mitzukommen. Aber sie glaubte, sie machten sich einen Scherz. Sie wunderte sich sehr, daß die Männer alles durchsuchten und sogar unter die Couch guckten. Dann mußte Mutti mit, im hauchdünnen Morgenmantel, ohne Mantel oder dergleichen. Ich weiß noch, daß der Morgenmantel aus chinesischer Seide bestand und ein wunderschönes Muster hatte. Ich durfte nicht mit und bekam Angst. Aber die Männer sagten, ich helfe damit meiner Mutter viel mehr, wenn ich nicht mitkäme, sie wäre bald wieder zurück. Auch Mutti sagte nun, daß ich zu Hause bleiben solle und ging mit hinaus. Ich sah auf der Straße schemenhaft ein großes schwarzes Auto stehen, dann war alles vorbei. Bis in den nächsten Tagen die Wohnung versiegelt wurde, hatte ich noch die Habgier der Mieter, die jetzt dort wohnten, über mich ergehen zu lassen. Vor allem meine Geige, die mir der Uhrmacher geschenkt oder meine Mutter gekauft hatte, wollten sie sofort für ihren kleinen schwachsinnigen Jungen haben. Sie schienen damals schon zu wissen, was mit uns geschehen würde, denn sie waren sehr ungeduldig. Ich hing sehr an dem Instrument. Mutti hatte mich spielen gelehrt, und ich soll mich ausnahmsweise sehr geschickt angestellt haben. Klavierspielen dagegen fiel mir später sehr viel schwerer.

Auch von den Möbeln ließ ich nichts stehlen, denn Mutti mußte ja jeden Augenblick zurückkommen. Ich schwankte zwischen unerklärlicher Angst, weil sie so lange nicht kam und zwischen leisem Groll, daß sie so lange bei den Soldaten blieb, daß sie mich ganz vergessen zu haben schien. Ich glaube, nach drei Tagen kamen wieder drei Faschisten mit dem Offizier und holten mich ab. Ich mußte mich sehr beeilen. Da ich dachte, daß ich in wenigen Stunden wieder zurück sein würde, nahm ich nichts mit. Auf Geheiß zog ich aber ein Mäntelchen an, das ich gerade von einer Mitschülerin geschenkt bekommen hatte. Dann wurde die Wohnung abgeschlossen, und ich sah, daß die Nachbarn alle zufrieden und schadenfroh aussahen, nur gegen das Verschließen der Wohnung hatten sie allerlei einzuwenden. Ich wurde dann in ein kirchliches Haus gebracht. Alle sahen mich wie einen aussätzigen Hund an und behandelten mich entsprechend. Es war natürlich für mich kein Platz da und auch niemandem zumutbar, mich auf sein Zimmer zu nehmen. Es wohnten lauter reiche, meist adlige Damen dort, die zu Tode gepflegt wurden. Schließlich, nach Stunden, hatte man eine alte Dame gefunden, die sich aus Barmherzigkeit bereit erklärte, mich in ihrem Zim-

mer schlafen zu lassen. Sie waren nämlich dort alle sehr fromm. Später hat sie sich sogar so weit überwunden, mir einmal die Hand zum Gruß zu reichen. Ich jammerte derweil den Schwestern vor, daß ich doch niemandem lästig fallen wolle, ich wolle nur nach Hause. Aber das war ja versperrt. Einmal brachte man mich doch noch unter Bewachung nach Hause zurück. Ich mußte mir Kamm und Waschzeug und etwas Wäsche holen. Es ist ein sehr merkwürdiges Gefühl, unter Bewachung gehen zu müssen. Dann fuhren wir wieder zurück. Der Offizier sah fast jeden Tag einmal nach, ob ich auch noch im Heim sei. Er hatte mir versprochen, daß ich meine Mutter einmal wiedersehen dürfe. Ich erinnerte ihn jedes Mal daran.

Einmal erinnerte ich ihn an sein gegebenes Wort und sagte noch – was mir frech erschien -, daß er als Offizier sein Ehrenwort halten müsse. Er machte ein ganz merkwürdiges verlegenes Gesicht. Ich durfte dann tatsächlich einmal hinaus, als ich erfahren hatte, wo meine Mutter war. Ich weiß allerdings nicht mehr, ob das erst war, als ich schon bei meinem Onkel war. Es gelang mir jedenfalls, etwa 30 Pfennig zusammen zu bekommen, wofür ich Kuchen kaufte, da Mutti Geburtstag hatte.

Sie war in einer Krankenhausbaracke untergebracht worden inzwischen, mit sehr vielen jungen Frauen und Mädchen. Syphilisverdächtig. Sie war völlig verzweifelt und verängstigt. Mich hatte man heimlich ans Fenster geholt, denn es durfte ja niemand besucht werden. Die Schwestern machten einen ebenso verstörten Eindruck. Dann kamen plötzlich Soldaten und brüllten: »Ihr Schweine, ihr werdet alle erschossen. Ihr könnt euch freuen, ihr seid bald dran.« Dann ging ich wieder, und nun weiß ich die Reihenfolge nicht. Es gelang mir unter einem Vorwand, die Schwestern davon zu überzeugen, daß ich meinen Onkel besuchen wolle und vielleicht bei ihm wohnen könne. Das wurde auch versuchsweise gestattet, denn der Onkel war brutal und bei den Faschisten gleich gut angeschrieben. Ich besuchte ihn also, damit niemand dahinterkäme, was ich tatsächlich vorhatte. Nach ein oder zwei Tagen verließ ich ihn und ging in die Stadt zu Bekannten, die mich auch bereitwillig aufnahmen. Unterwegs begegnete mir eine Frau, die von meiner Mutter sehr gehaßt wurde. Diese teilte mir mit, wo meine Mutter gefangen gehalten wurde. Das fällt mir jetzt wieder ein. Sie bot mir auch an, einen Brief für mich dorthin zu schmuggeln. Ich ging etwa vierzehn Tage ganz normal zur Schule, nur war ich sehr schlecht und kaum aufnahmefähig. Als ich eines Tages zu den Bekannten zurückkam, stürzte die älteste Tochter herein und sagte, sie habe gerade den Transport derjenigen, die umgebracht werden sollten, gesehen und meine Mutter sei auch dabei. Ich soll wie ein Tier geschrien haben, ganz unartikuliert (so schreiben sie später) und drehte mich dabei immer im Kreise, dann rannte ich fort und kannte die Stadt nicht mehr. Es erschien mir alles so merkwürdig, wie in einem Zerrspiegel. Schließlich kamen die Mädchen hinterher und zogen mich gewaltsam in die richtige Richtung, zum Bahnhof hin. Weiter trauten sie sich nicht, denn überall standen Soldaten mit Bajonetten und stachen nach den Menschen, die verzweifelt zu ihren

Angehörigen wollten. Ich lief allein weiter und sprang verzweifelt und sinnlos vor Angst immer über die Bajonette hinweg, denn ich glaubte noch die letzten Menschen des Transportes zu sehen. Schließlich fand ich auch den Zug und fragte die Soldaten, ob sie meine Mutter nicht gesehen hätten. Und schließlich wußte es einer, der mir verbot, dorthin zu laufen und sich dabei abwendete. Ich fand meine Mutter, und sie brach vor mir zusammen. Der Offizier kam auf uns zu und hatte dabei feuchte Augen. Ich gab ihm meine Schultasche und sagte ihm, wo er sie abzugeben hätte und daß die Puppe die Töchter meiner Gastgeber haben sollten. Mir fiel dabei selbst auf, daß ich in dieser verzweifelten Situation ganz unnatürlich korrekt handelte, ich war immerhin erst elf Jahre alt. Ich war auch gar nicht mehr so verzweifelt. Und daß meine Mutter es selbstverständlich fand, daß ich sie gefunden hatte und mit ihr deportiert werden wollte, das fand ich auch gar nicht selbstverständlich. Denn sie sprach mit so schrecklich viel Pathos, was mir immer ein Greuel war.

Was mit uns geschehen sollte, wußten wir nicht. Wir fuhren in abgeschlossenen und bewachten Wagen, Tag und Nacht. Wir litten schrecklich Hunger und vor allem Durst. Niemand von der Bevölkerung durfte Wasser an den Zug bringen. Sie wurden zurückgestoßen oder geschlagen. Plötzlich hieß es, die Wachleute hatten es grinsend verbreitet, daß wir in einen Fluß gestürzt werden sollten. Wir kamen an einer Kapelle vorbei, fielen in die Knie und beteten zur Madonna von ... um Rettung, manche auch nur um Kraft in der Todesstunde, die nun nahe vermutet wurde. Mich beeindruckte diese Gläubigkeit sehr. Als unser Zug dann später von der hölzernen Notbrücke wieder heruntergezogen wurde, schrieben die Menschen das der Gnade der Madonna zu. Es hieß, das Zugpersonal habe sich geweigert, weil es sich nicht selbst gefährden wollte.

Manchmal wurde unterwegs im Zug jemand geschlagen, besonders alte Leute und Adlige. Wir fuhren immer weiter, bis wir schließlich in... ausgeladen wurden und unserem Schicksal überlassen wurden. Es war entsetzlich kalt, viele waren auch kaum bekleidet, und zu essen hatten wir nichts. Meine Mutter war vor Angst wie verwirrt, und wir wußten ja auch nicht, ob man uns nur laufen ließ, um uns dann abzuknallen. Wir irrten durch die Straßen und schämten uns, irgendwo anzuklopfen und um etwas zu bitten. Auch hatten die Leute solche Angst und wiesen uns ab. Schließlich ließen uns ein paar arme Leute ein und boten uns von dem wenigen, was sie hatten, Tee und Zwiebelsuppe an. Es war wunderbar warm, wir konnten essen und sahen freundliche Gesichter. Es war auch ein ganz alter Mann da, er sprach kein Wort. Sie behielten uns natürlich nicht da, denn sie hatten viel zu große Angst. Wir mußten wieder hinaus und schließlich fanden wir eine Art Sammellager, von der feindlichen Armee eingerichtet, wo wir Aufnahme fanden und verpflegt wurden. Das war ganz merkwürdig. Aber wir wurden immer für Juden gehalten. Manche schimpften uns: Verdammte Judenschweine, andere grinsten nur, weil wir nicht jiddisch sprachen.

Dann wurden wir in eine andere kleine Stadt ... transportiert. Dort nahm sich ein einheimisches Hilfskomitee unser an. Wir wurden nach vielem Hin

und Her in ein jüdisches Haus zu einer Witwe eingewiesen, die sich erst heftig jammernd sträubte, besonders als sie von unserem zweifelhaften Judentum erfuhr. Schließlich nahm sie uns aber doch auf und gab uns manchmal sogar von ihrem Matzen ab. Vom Lager holte man täglich schwarzen Kaffee und noch schwärzeres Brot und manchmal etwas Suppe. Wir wußten schon gar nicht mehr, wie es ist, wenn man sich satt ißt. Ich finde, ich habe in meinem Leben wirklich schon genug Hungern geübt. Mutti sollte sich am Gemüseputzen und dergleichen beteiligen und lehnte das empört ab, was man ihr mit Recht übelnahm. Sie amüsierte sich statt dessen mit den Soldaten, denn Mutti brachte es in allen Lebenslagen fertig, irgendeinen oder am liebsten mehrere Männer zu verwirren.

Die sanitären Verhältnisse waren dort ganz furchtbar, und ich habe niemals auf einem Platz so viel Schmutz gesehen. Hinzu kam, daß der Schnee meterhoch zu liegen schien und nicht beseitigt wurde. Die Toiletten bestanden aus halb zusammengebrochenen Holzhäuschen, in denen der Kot bergehoch gefroren war. Wenn es einmal etwas taute, dann war es noch furchtbarer. Dicht daneben war ein ungeschütztes Loch in der Erde, das war der Brunnen. Ich hatte immer entsetzliche Angst beim Wasserheraufholen, daß ich hineinfallen könnte. Ich ekelte mich sehr. Mutti fand es aber sehr romantisch und gar nicht empörend, daß es so schmutzstarrend war. Es wohnten nicht viele Einheimische dort, sie hielten ihre Häuser wesentlich sauberer. Von unserer Wirtin übernahmen wir auch bald sämtliche Läuse. Es war entsetzlich, aber sie schien so etwas ganz selbstverständlich zu finden. Ich war ganz unglücklich darüber. Mutti war es auch sehr peinlich, besonders wegen ihrer Freunde. Eines Tages hatte sie eine Flasche Karbol beschafft und wollte damit die Kopfläuse beseitigen. Ich wehrte mich verzweifelt. Aber sie meinte, wenn mir nun sämtliche Haare ausgingen, so sei das nicht so schlimm, denn ich sei ja bloß ein Mädchen. Entsetzlich wäre es, wenn sie bei ihr ausfielen. Darum müsse sie das Mittel erst an mir ausprobieren. Ich weinte verzweifelt, aber sie packte mich und rieb mir den Kopf ein. Den Läusen schien das nicht viel ausgemacht zu haben, aber meine Haare fielen nach einiger Zeit aus, vor allem am Vorderkopf. Die wuchsen auch nicht wieder nach. Auch die Augenbrauen und Wimpern fielen aus, und das war schrecklich, denn man ist als angehender Backfisch schon eitel, und ich litt sehr darunter und haßte meine Mutter, weil ich ihr so wehrlos ausgeliefert war. Eines Tages fühlte sich meine Mutter wieder verfolgt, sie glaubte, daß sich ein Soldat von ihr angesteckt fühlte und sie angezeigt hatte. Ich mußte mit zur Kaserne kommen, weil sie sich allein nicht traute, aber es war nur Einbildung gewesen, und ich konnte sie schließlich beruhigen. Eines Tages aber mußte sie doch zum Arzt und dieser riet ihr, in dem Krankenhaus ... eine Kur zu machen. Wir fuhren auf einem offenen Schlitten bei 30 Grad Kälte, es war gräßlich. Ganz sicher aber weiß ich nicht, ob das Krankenhaus aber nicht doch in... war. Unterwegs ging das Pferd durch, und der Fahrer konnte es nicht mehr zum Stehen bringen; es rannte querfeldein über Hügel und durch Löcher und dadurch verlangsamte

es seinen Lauf etwas. Die Gelegenheit benutzte Mutti, um wie von Furien gehetzt, in panischer Angst vom Schlitten zu springen und davon zu laufen, der Straße zu. Eine Frau war bei mir geblieben. Das Pferd raste weiter, riß sich los, und der Schlitten stürzte mit uns um. Es tat aber in der Angst gar nicht weh. Wir krochen hervor, und der Kutscher konnte das Pferd wieder einfangen und vorspannen. Die anderen Leute fanden sich wieder ein, und alle lachten sehr, weil Mutti noch immer auf der Straße lief und sich nicht bewegen lassen wollte, wieder aufzusteigen. Ich habe es Mutti nie verziehen, daß sie mich im Stich gelassen hatte, und später, wenn ich traurig war und sie mich trösten wollte, dann habe ich mich ganz verschlossen, weil ich doch allein fertig werden muß.

In dem Krankenhaus wurde Mutti dann behandelt, und ich durfte netterweise wegen einer kleinen Halsentzündung dort bleiben, ich hätte auch sonst gar nicht gewußt, wo ich bleiben sollte. Ich lag auf dem Gang des Krankenhauses, in der Nähe des Operationssaales. Ich hörte mit an, wie die Menschen schrien, und manche nicht mehr lebend herauskamen. Auch die Schwangeren, die operiert werden mußten, mußten dort vorbei. Sie schrien entsetzlich, und eine sah ich, die vor Schmerzen ganz wahnsinnig aussah. Ich kann den Eindruck nicht vergessen, und damals nahm ich mir vor, wenn ich Ärztin werden könnte, wollte ich den werdenden Müttern schon vorher Narkose geben, damit sie sich nicht so entsetzlich quälen müßten. Einmal hatte man einer jungen Frau, die auf dem Weg der Genesung war, versehentlich eine Giftinfektion gemacht. Verzweifelt liefen die Ärzte und Schwestern, um sofort ein Gegenmittel zu holen. Die Medikamentenversorgung war natürlich in der Zeit sehr schlecht. Die Frau konnte nicht mehr gerettet werden, und alles war sehr bedrückt.

Übrigens war das Pflegepersonal sehr verlaust, und ich wurde wieder damit bedacht.

Dort habe ich wohl zum erstenmal ganz unbefangen mit Kindern, noch dazu ganz fremden, gespielt. Wir hatten allerdings Sprachschwierigkeiten. Eines Tages mochte ich gar nicht spielen, legte mich kurzerhand in mein Bett und wußte bald nichts mehr. Ich hatte Fieber bekommen. Vorbeikommende Ärzte stutzten und stellten dann fest, daß ich wahrscheinlich Scharlach hätte. Sie schüttelten die Köpfe und unterhielten sich leise, was mich ganz entsetzlich beunruhigte. Ich schämte mich sehr, denn ich dachte, sie hätten gemerkt, daß ich früher onaniert habe und es auch einmal im Krankenhaus getan hatte.

Ich war immer von der Angst gepeinigt, daß ich im Schlafe onaniere. Das ging mir im Internat so, und wenn ich irgendwo übernachtete, später in der Klinik in ...,was durch entsprechende ironische oder verächtliche Bemerkungen des Pflegepersonals und der Ärzte natürlich noch verstärkt wurde. Demnach tat oder tue ich das wirklich, und das macht mich entsetzlich unglücklich und unfrei, denn ich könnte ja nirgends übernachten.

Wahrscheinlich habe ich auch entsprechend in der Narkose und vor allem nachher geplaudert. Patientinnen, die vorher sehr nett und kamerad-

schaftlich waren, gaben mir bei ihrem Abschied nicht die Hand und sprachen auch kaum ein Wort, während sie allen anderen die Hand schüttelten, das hat mich besonders betroffen gemacht. Auch wußte ich damals noch nicht, was Tetanie eigentlich ist, und ich schämte mich ganz entsetzlich, denn ich dachte, das sei nur sichtbarer Ausdruck und Folge der Onanie, besonders als der Professor sagte, das sei ja unheilbar. Du kannst dir nicht vorstellen, was ich gelitten habe, wenn der Professor mit seinem Stab und den Studenten hereinkam und dann alles so genau erläuterte und die Studenten lächelnd herankamen. Ich dachte, alle ekelten sich ebenso vor mir, wie sie mich verspotteten. Ich habe mich erst viel später über Tetanie informieren können und dann auch C... gefragt, die mir anfangs dadurch gleich so sympathisch war, daß sie als einzige nicht lächelte und sich an den Spötteleien der Ärzte nicht beteiligte. Nach den ersten Tetanieanfällen nach der Operation, die sich meistens abends vorher bemerkbar machten, aber erst am nächsten Morgen manifest wurden, sagten die Ärzte, daß ich »es« tue und »es« mir den Koitus ersetze und daß durch irgendeinen Vorgang in meinem Körper die Tetanie ausgelöst würde. Beweis: Die Anfälle traten immer erst in den Morgenstunden, also nach der Nacht auf, in der ich nicht beobachtet werden konnte.

Als feststand, daß ich Scharlach hatte, wurde ich von Mutti entfernt und kam ins Scharlachzimmer. Vorher schrie ich voller Verzweifelung brüllend und schlug sogar um mich, was die eine Ordensschwester zu einem kleinen Wutausbruch veranlaßte. Ich wunderte mich selbst über meine angstvolle Wut und konnte es gar nicht begreifen. Ich wurde aber gewaltsam fortgeschafft. In dem Zimmer lag eine Gräfin mit ihren beiden Kindern, Mädchen und Junge. Der kleine Junge hatte einmal eingenäßt. Ich schämte mich so vor den Menschen, daß ich gar nicht urinieren konnte oder es einfach einen Tag und länger verhielt, bis es mir dann im Schlafe passierte. Das ging mehrmals so, und ich wurde natürlich sehr ausgeschimpft, und die sauberen Kleinen wurden mir vorgehalten. Das änderte aber nichts. Ich fürchtete auch immer noch, daß ich im Schlafe onanierte und glaubte, daß mich die Gräfin merkwürdig ansah. Sie war aber sonst immer sehr nett und sehr vernünftig zu ihren Kindern, was mich sehr begeisterte.

Eines Tages entdeckte ich, daß die eine Pflegerin, als sie sich über mein Bett neigte, ihre Läuse verstreute. Ich fing empört an zu schreien und verbat mir sehr energisch, daß sie mein Bett machte. Die Beschimpfungen schienen sie aber gar nicht zu ärgern. Dann kam ich in das Zimmer von Mutti, in dem auch junge Mütter mit ihren Säuglingen lagen, die protestierten. Sie fürchteten für ihre Kleinen, denn meine Haut schälte sich.

Wir wurden dann auch sehr schnell entlassen und mir war sehr elend zumute. Als wir in die Kälte hinaustraten, hatte ich hinter dem Brustbein einen so furchtbaren stechenden Schmerz, der mir fast die Luft nahm. Aber Mutter rührte das gar nicht und nach längerem Laufen verging es wieder. Wo wir dann blieben, weiß ich nicht mehr, denn es sind seit dem Schock (Muttis Abtransport) sowieso Lücken in meinem Gedächtnis.

Jedenfalls hatte sich Mutti freiwillig zu einem Arbeitstransport nach ... gemeldet, um endlich herauszukommen. Merkwürdigerweise wurden ihr gar keine Schwierigkeiten gemacht, wahrscheinlich, weil man sie entweder für eine Jüdin hielt oder weil man gerade billige Arbeitskräfte brauchte. Ich durfte mit. Nach tagelanger Fahrt wurde in, ..., ich glaube so hieß das, Halt gemacht und wir, wenn ich mich recht erinnere, durch ein Entlausungslager geschleust. Ich glaube, ich hatte Nissen. Daß wir nicht jiddisch sprachen, ärgerte die Kommission und sie sagte »Judenpack« und ähnliches. Wir wurden in ein gemeinsames Bad gebracht und mußten in einem Bottich baden. Die anderen Frauen weigerten sich, als sie Muttis Flecke auf dem Rücken sahen (von der Syphilis). Unter der heißen Brause wurde mir schlecht. Es war furchtbar, daß immerzu die Männer vom Wachpersonal grinsend durchgingen.

Danach wurden wir nach, ... gebracht und, ich glaube, in einem Kloster oder sonst etwas Frommem, untergebracht. Dort waren auf dem Speicher viele Strohsäcke ausgebreitet, und die Schwestern betreuten uns verhältnismäßig nett. Man mußte viel beten, und junge Priester waren auch dort. Einmal sah ich, daß Mutti an einem Balken gelehnt, stehend mit einem Verkehr hatte. Dieser Anblick verletzte mich sehr, ich war empört und verzweifelt und machte meiner Mutter später Vorwürfe, daß sie sich nicht einmal hier zusammennehme.

Ich mußte dann die Dorfschule in ... besuchen. Es wurde mir immer wieder klargemacht, wie groß die Ehre für mich sei, mit einheimischen Kindern zusammen zu lernen. Allerdings traute der Lehrer meinen Fähigkeiten erst gar nicht und ließ mich mit meiner Klasse eine Probearbeit schreiben. Glücklicherweise war ich am schnellsten fertig und hatte es fehlerfrei gemacht. Er wartete erst gar nicht ab, bis ich sie ihm brachte, sondern holte sie sich ab und war sichtlich fassungslos, daß ich so gut die Sprache beherrschte. Daraufhin versetzte er mich in einigen Fächern in die vorletzte Klasse, so daß ich in manchen Fächern in meiner Klasse war, in anderen bei den Großen. Es war übrigens nur ein Klassenraum vorhanden, und das Arbeiten in dem Stimmengewirr fiel mir sehr schwer. Auch machten sich durch die unterbrochene Schulzeit Lücken bemerkbar, die ich nie wieder füllen konnte. Beispielsweise Geometrie und Naturkunde. Wir hatten auch etwas Physik und Chemie, was ich nachher an der städtischen Volksschule nicht vorfand. Es war ein sehr fortschrittlicher und guter Pädagoge, leider sehr jähzornig. Einmal wollte er mich beim Turnen schlagen, weil ich eine Übung einfach nicht fertig bekam und zuletzt Angst hatte. In meiner Angst und Wut sagte ich ihm leise: »Schlagen Sie mich bitte nicht. Meine Mutter duldet nicht, daß ich in einer Schule geschlagen werde.« Er schnaufte wie ein Walroß und ließ schließlich meinen Kopf los. Die Kinder sagten hinterher, er hätte noch niemals eine angedrohte Ohrfeige nicht gegeben, und sie dachten, er würde mich noch viel mehr schlagen. Er war übrigens der einzige Lehrer, den ich als vollkommen gerecht empfand.

Freundinnen hatte ich nicht recht. Zum Teil lag es an mir, an dem Miß-

trauen der Eltern und auch an meiner Mutter. Mit einem jüngeren Mädchen, das in der Nachbarschaft wohnte, war ich eine kurze Zeit befreundet. Sie war aber erst acht oder neun Jahre alt und schon sehr reif. Sie machte einmal hinter einer Scheune den Versuch, mich zu verführen, glaube ich jedenfalls. Dann drohte sie mir an, es meiner größeren Freundin und allen anderen zu sagen. Ich war entsetzt und spielte nicht mehr mit diesem Kind. Denn daß es so etwas gab, das kleine Mädchen miteinander so spielten, hatte ich nicht geahnt, und ich ekelte mich doch sehr.

Im übrigen waren die Kinder, besonders die Jungen sehr scheußlich und schlugen mit Stöcken oder Peitschen nach mir. Oder überfielen mich in Horden und ängstigten mich, hauptsächlich weil ich eine Fremde war, verdächtig, vielleicht sogar eine Jüdin und einen Vater hatte ich auch nicht. Man konnte nichts dagegen tun, denn die Väter der meisten Kinder waren Faschisten. Ich habe Schläge immer als etwas absolut Entehrendes empfunden und weinte nicht der leichten Schmerzen wegen, sondern aus echter Verzweiflung. Und doch waren die Dorfkinder noch nicht so schlimm, wie die in der Stadt nachher.

Mit den beiden jungen Knechten des Hofes verstand ich mich dagegen sehr gut und unbefangen. Ich begrüßte sie manchmal sehr stürmisch, und auch wenn ich ihnen aus ihrer Zigaretten-Bon-Sammlung etwas abluchsen wollte, fiel ich ihnen manchmal um den Hals und wirbelte sie herum, ohne mir etwas zu denken. Ich glaube, ich habe in ihnen meinen unbekannten Bruder erlebt. Manchmal durfte ich auch hoch zu Roß mit hinaus aufs Feld. Außerdem versuchten sie mir Radfahren beizubringen, wobei ich immer schreckliche Stiche in der Brust hatte. Außerdem machte ich dabei die fürchterliche Entdeckung, daß das Radeln einen onanieartigen Reiz ausübte und ich nun ebensoviel Angst vor dem Radeln hatte, wie es mich auch lockte.

In jener Zeit versuchte ich, mir auch eine Indianerhütte oder etwas ähnliches zu bauen, mit sehr viel Ausdauer und Begeisterung und begriff gar nicht, warum mir niemand dabei helfen wollte und warum die Leute nur für ihren Rasen fürchteten.

Einmal gab mir Gerhard, der jüngere der Knechte, einen Kuß, so halb auf die Wange. Ich war maßlos empört, und vor Wut konnte ich gar nicht weinen, dafür biß ich ihn plötzlich und heftig in den Daumen und hatte nachher Angst, daß er Blutvergiftung bekommen werde. Er war sehr überrascht und entschuldigte sich bei Mutti und mir. Er hätte doch nur Spaß gemacht. Der Graf bemerkte nur den lädierten Daumen und grinste. Einige Zeit später habe ich dann diesem Jungen ebenso plötzlich einen Handkuß gegeben, um zu sehen, ob er beleidigt dadurch wäre und wie er reagierte. Er wurde aber nur blutrot vor Verlegenheit. Leider hatte Mutti das bemerkt und war sehr bestürzt. Sie sagte mir später, daß so etwas einem Mädchen großes Unglück bringe, und es niemals von einem Mann geliebt werden würde.

Später sagte meine Großmutter einmal zu mir: »Na, du findest wohl auch keinen Verehrer.« Und das kam mir wie ein weiterer Fluch vor, denn

bis heute hat es sich ja bewahrheitet. Niemand liebt mich und du sagst zu mir, daß ich dich zu dieser Freundschaft gezwungen habe und daß ich ja nur verliebt und dir hörig sei. Mit anderen Worten also, daß ich gar nicht zu einer echten Liebe fähig sei. Nicht einmal Liebesfähigkeit traust du mir zu. Gibt es etwas Demütigenderes für ein Mädchen, als wenn ihm ein Mann so etwas sagt ? Und du denkst, daß ich noch einmal so viel Vertrauen zu einem Mann haben könnte! Nur damit er mich nach kurzer Zeit allein läßt und mir sagt, daß ich ihm hörig sei. Alles, was du an Selbstvertrauen in mir aufbaust, wofür ich dir immer dankbar sein werde, zerstörst du in einem Augenblick mit solchen Worten.

Später wurde mir gesagt, daß es ein Skandal sei, daß ich noch nicht in der politischen Jugendorganisation sei. Und Mutti drängte nun auch, denn sie mußte ein paar Mal zur Politischen Polizei und schwebte nun in ständiger Angst, daß sie sie wieder abholen würden, und deshalb meinte sie, daß es gut sei, wenn ich dort einträte. Ich hatte keine große Lust, denn ich hatte schon so viel von Kindern aushalten müssen.

Dann kam auch eine sehr schreckliche Zeit für mich, denn die verwöhnten Kinder der Faschistengrößen beschimpften mich, wo sie nur konnten. »Da kommt ja der häßliche Affe wieder, der zottige jüdische Hund. Was will der Hund bei uns?« und ähnliches. Sie waren unerschöpflich. Die einfacheren Kinder warfen mit Pferdeäpfeln und mit Schmutz und Steinen nach mir und fielen in kleinen Horden über mich her und stießen mich zu Boden. Ich hatte entsetzliche Angst in der Zeit und ging meistens im Laufschritt, immer voller Angst, daß hinter der nächsten Ecke wieder ein Kind hervorkommen könnte und auf mich losstürzen würde. Wenn Mutti dabei war, waren manche Kinder wie ausgewechselt, artig und höflich, und Mutti stellte mir dann meine kleinen Peiniger immer als Vorbild hin, als Vorbild der Bescheidenheit und Freundlichkeit, dem ich nacheifern sollte.

Freundinnen hatte ich nicht direkt. Denn Mutti waren sie alle nicht »gebildet« genug zu meinem Umgang. Wenn ich mit Nachbarkindern spielte, dann rief sie mich immer mit ganz schriller Stimme, die messerscharf war, wieder hinauf in die Wohnung. Und dann mußte ich beichten, was ich alles gesprochen hatte, was ich erlauscht hatte, warum und ob ich wieder über sie geschwatzt habe und meine Mutter schlecht gemacht habe. Denn sie hatte immer furchtbare Angst, daß etwas von unserer Lebensweise bekannt werden könnte. Zu dieser Zeit hatte Mutti keine Freunde, jedenfalls hatte sie keine in der Wohnung. Sie schlug mich bei der geringsten Widerrede und später, auch wenn sie mich nur sah, denn da wurde ich meinem Vater auch in den Bewegungen und in der Ausdrucksweise so ähnlich.

Wenn sie sich beispielsweise den Ellenbogen stieß, was bei ihr sehr oft vorkam, dann schlug sie blindlings zu. Wenn ich mich wehrte und schrie oder schimpfte, dann zerrte sie mich heftig an den Haaren und schleuderte mich herum. Oft sagte sie dann: »Brüll doch, daß alle Leute wissen, was für ein Aas ich aufgezogen habe. Lauf doch fort, aber ich will dich nicht mehr

wiedersehen.« Dann lief ich auch ein paar Mal, aber ich kam nur bis zur Treppe. Dann war meine Mutter wie eine Furie hinter mir her, zischte und zerrte mich lautlos in die Wohnung zurück und sagte: »Das könnte dir so passen, deine Mutter verlassen, die sich für dich aufopfert.« Dann stieß sie mich in eine Ecke und, wenn ich mich nicht schnell genug aufrichten konnte, schlug sie immer wieder zu mit den Fäusten und trat nach mir mit den Füßen, am liebsten in die Seite, weil es da am wehesten tut. Manchmal riß sie mich dann auch wieder hoch. Oft schrie ich verzweifelt: »Schlag mich doch gleich ganz tot, du Ungeheuer. Ich halte es nicht mehr aus.«

Oft drohte sie, mich in ein Heim zu stecken, wo ich jeden Tag geschlagen werden würde. Ich bettelte nun darum, sie solle mich hinschicken, die würden mich sicher nur die erste Zeit so schlagen. Dann rief sie meistens höhnisch: »So, du möchtest fort von deiner Mutter, du Aas, das werde ich dir versalzen. Aber lauf doch zu deinen Freunden, den Nachbarn, du Hund, es will dich ja doch niemand haben.«

Und das war es eben: es wollte natürlich niemand ein fremdes Kind, noch dazu eines, das augenscheinlich so ungezogen war, daß man es nur mit Schlägen erziehen konnte. Im Grunde genommen will mich ja auch noch heute niemand haben.

Ich habe meine Mutter sehr gehaßt und oft verzweifelt den lieben Gott gebeten, sie zu strafen oder wenigstens mich fortzunehmen, mich zu erlösen. (Dasselbe habe ich später meine Großmutter beten hören; nicht, daß Gott Mutti strafen solle, aber daß er Großmutter erlösen solle von diesem Leben mit Mutti zusammen, die auf Großmutter mit Gegenständen losging, so daß wir beide dachten, sie würde sie eines Tages erschlagen.) Mutti sammelte oft Pilze und, wenn sie sie nicht kannte, nur wußte, daß sie ungenießbar waren oder vielleicht giftig, dann ließ sie sie von Oma ausprobieren, mich ließ sie nicht probieren. Aber das habe ich vorgegriffen, das war erst nach 19...

Meine Mutter suchte eine Wohnung in der Stadt, aber die Leute waren so abweisend; da machte ich mich auf den Weg, wenigstens ein Zimmer zu suchen, denn sie arbeitete nicht mehr im Hotel. Einmal hatte ich auch eines, aber als ich dann Mutti vorstellte, lehnte die Wirtin doch wieder ab. Dann fand ich bei einer Mitschülerin eines. Mutti sagte widerwillig zu, und die Wirtsleute freuten sich auch nicht gerade. Es war ein möbliertes Zimmer. Es gab ewig Streit, und Mutti hielt mir natürlich immer wieder vor, daß ich es ja war, die dieses Zimmer besorgt hatte. Ich glaube es war 19... Meine Mutter hatte sich inzwischen bei der Reichsbahn um eine Anstellung beworben und wurde als Schaffnerin, später Zugführerin, ausgebildet. Es machte ihr sehr viel Spaß, dieses Leben auf den Schienen. Sie sagte, sie habe sich als Schulmädchen gewünscht, Lokomotivführerin zu werden.

Meine Mutter verlangte von anderen immer ein äußerst einwandfreies Benehmen, man hat sich immer damenhaft (oder wie ein geborener Aristokrat) zu benehmen. Nur sie selbst machte ausgiebig Ausnahmen davon. Sie konnte unerhört taktlos sein. Sie konnte sich vollkommen ungeniert beneh-

men, das heißt u. a.: Sie litt unter Blähungen und legte sich nie den geringsten Zwang auf und verbot mir sehr oft, das Fenster zu öffnen und, wenn ich weinte, weil es so schrecklich war, und ich sehr geruchsempfindlich bin, dann schlug sie mich, zog mich ganz dicht zu sich heran und tat es gleich noch einmal und heftiger. Ich litt fast immer unter Kopfschmerzen und versuchte Mutter dadurch abzubringen, daß ich ihr vorstellte, es würde ihr ganz unbewußt auch passieren, wenn sie mit ihrem Bekannten zusammen sei und das würde ihn abstoßen. Aber es half alles nichts.

Dann hatte sie eine unüberwindliche Abneigung dagegen, die Toilette zu benutzen, die auf dem Hof war. Sie meinte, alle starrten ihr nach oder behexten sie. Meistens erledigte sie ihren Stuhlgang (mir fällt keine richtige Bezeichnung ein) im Zimmer oder in der Küche oder im Korridor auf Zeitungspapier oder sie nahm von mir Bücher, oder sie tat es in den Aschenеimer, und ich mußte es dann hinuntertragen und schämte mich dann furchtbar, denn es roch dann in der Abfallgrube ganz furchtbar. Wenn es auf Zeitungspapier geschah, verbrannte sie es im Kachelofen oder im Küchenherd, wenn gekocht wurde. Den höllischen Gestank kannst du dir vielleicht vorstellen. Oder sie nahm es im Papier mit hinaus und warf es in Gärten, Hausflure oder in den Wald. Zuletzt geriet ich auch in diese schreckliche Art hinein, aber ich schämte mich dann vor mir selbst so sehr, daß es mir immer wieder gelang, mich davon zu befreien.

So vollkommen konnte sie diese ihre Lebensweise natürlich erst ausführen, als wir eine eigene Wohnung hatten, die eine Sargform hat und die ich vom ersten Augenblick an schrecklich fand. Außerdem brachte sie vom Dienst immer ihre Karbidlampe mit, und von Karbidgeruch bekomme ich sofort Kopfschmerzen, wenn sie noch dazu die ganze Nacht im Schlafraum steht. Du kannst dir wohl nicht vorstellen, welch infernalischer Gestank alles zusammen war, und wie ausgeliefert ich mich dem allem fühlte.

Diskussion

Das Kriterium für die Diagnose der schizophrenen Reaktion ist nach *Bleuler* (1911) in einer Beeinträchtigung des Denkens zu sehen, die in ihrer milderen Form durch lose Assoziationen und Einfälle und in ihrer extremsten Form durch das scheinbar vollständige Fehlen von Zusammenhängen zwischen den Assoziationen gekennzeichnet ist.

Auf den ersten Blick scheint Juanitas Bericht den *Bleuler*schen Kriterien zu entsprechen. Er weist, betrachtet man ihn unter formal logischen Gesichtspunkten, Sprünge auf, die Assoziationen erscheinen teilweise unvermittelt, das Bedeutsame ist von Unbedeutendem nicht immer klar geschieden, unvermittelt tauchen Konkretisierungen und Generalisierungen auf, die Affekte scheinen mit dem tatsächlich Erinnerten nicht übereinzustimmen, die Details erscheinen zufällig. Dennoch wirkt der Lebensbericht geschlossen, ist anscheinend chronologisch aufgebaut und vermittelt einen guten

Eindruck von der aktuellen Lebenssituation, in der Juanita sich als Kind mit ihrer Mutter befand.

Die neuere Schizophrenieforschung hält diese formalen Kriterien für das schizophrene Denken nicht mehr für ausreichend. *Fenichel* (1945) weist besonders darauf hin, daß das schizophrene Denken nicht immer chaotisch ist. Es gebe eine bestimmte Ordnung in diesem Denken, die aber nicht mit den Gesetzen »normaler« Logik übereinstimme. Das logische Denken des Schizophrenen sei identisch mit primitivem, magischem Denken, es sei identisch mit einer Form des Denkens, die man auch im Unbewußten des Neurotikers, bei Kleinkindern und selbst bei gesunden Personen unter Stress-Situationen finde. *Paul Schilder* (1953) hat insbesondere darauf aufmerksam gemacht, daß bei der Entwicklung von Gedanken das Denken sogenannter Normaler in statu nascendi Züge habe, die beim schizophren Reagierenden sich besonders offen manifestieren. Die Entwicklung eines Gedankens geschieht symbolhaft, assoziativ.

Mit der modernen Ich-Psychologie ist das Denken als eine zentrale Ich-Funktion anerkannt worden. Das Ich des Schizophrenen ist, wie ich bereits ausführte, auf Grund der Symbiose mit der Mutter nur schwach entwickelt, da dem Kind ein eigenes ad-gredi nicht gestattet wurde. Das Denken schizophren reagierender Menschen ist in eben demselben Maße gestört, wie sein Ich unentwickelt geblieben ist.

Aufgrund einer Skala von der Schwere von Ich-Funktions-Störungen, die *Bellak* (1969, vgl. Tabelle Dyn. Psych., 3. Jhg., H.3) entwickelt hat, und auf der Denken eine Unterskala bildet, läßt sich daher die Schwere der schizophrenen Reaktionen anhand der Denkstörungen ablesen. Die von *Bellak* entwickelte Skala, die auf den Erkenntnissen der Ich-Psychologie aufbaut, ist daher ein differenziertes Instrument, schizophrene Störungen bereits in statu nascendi wie auch im Abklingen des Wahns noch feststellen zu können. Sie ist besonders wertvoll in ihrer Anwendung bei der frühen Diagnose der Kranken, bei denen die Deterioration noch nicht so weit fortgeschritten ist, daß ihr Denken bereits uneinfühlbar geworden ist und die Prognose bereits irreversibel zu sein scheint.

Die zwölf zu untersuchenden Ich-Funktionen sind: Realitätsprüfung, Urteilsvermögen, Realitätsgefühl, Regulierung und Kontrolle von Trieben, Affekten und Impulsen, Objektbeziehungen, Denkprozesse, adaptive Regression im Dienste des Ichs, Abwehrfunktion, Reizschranken, Funktion der Autonomie, synthetisch-integrative Funktion, Fähigkeit der Bewältigung. Jede Ich-Funktion wird auf einer 13-Punkte-Skala eingeordnet. Danach können wir das Denken von Juanita, wie es aus ihrem Lebensbericht abzulesen ist, in der mittleren Lage zwischen den Werten 5-9 einordnen. Ihre Aufmerksamkeit bleibt nicht immer bei einem Ereignis, sie scheint durch plötzliche Assoziation ablenkbar zu sein, ist manchmal sehr konkret, dann wieder scheint sie Übergeneralisierungen zu lieben. Sich selbst gegenüber äußert sie manchmal Zweifel daran, ob das Erzählte tatsächlich mit der Wirklichkeit übereinstimme, ob man sich so ausdrücken

kann. Es ist ein Denken, das nicht mehr den schweren Formen der schizophrenen Denkstörung entspricht, aber immerhin noch nicht die Kriterien für ein sogenanntes normales Denken zeigt.

Rapaport (1951) hält den affektiven Zusammenhang, der dem schizophrenen Denken unterliegt und es prägt für das entscheidende Kriterium des schizophrenen Denkstils. Läßt man diesen affektiven Zusammenhang außer acht, so erscheinen die Assoziationen ebenso zufällig wie einzelne Erinnerungen. Die Vielzahl der Details und Erinnerungen, die die Patienten in ihrem Denken oft zeigen, sind nicht das Ergebnis einer besonderen Merkfähigkeit, die man hinzunehmen hat, sondern sie tauchen mit den Affekten wieder auf, sind von diesen nicht abzulösen.

Dies wäre um so schwieriger, da der schizophren reagierende Patient nur über schwache Ich-Grenzen (*Federn* 1952) verfügt und ständig in Gefahr ist, von seinen Affekten überrannt zu werden. Juanita ist sich dieser Gefahr bewußt, als sie ihren Lebensbericht beginnt. Sie findet sich in einer typischen double-bind-Situation, einerseits will sie für den Therapeuten ihr Leben aufzeichnen, ihm ein Geschenk machen, zum anderen hat sie Angst vor ihren Affekten, die mit diesen Erinnerungen wieder auftauchen können. *Bateson* et al. (1969) weisen darauf hin, daß in solchen double-bind-Situationen Patienten konkretistisch denken, indem sie den anderen wörtlich nehmen. Juanita entschuldigt sich, daß sie nicht das genaue Datum ihrer Geburt angeben kann. Da ihre Eltern zu arm waren, sich eine Uhr zu kaufen, weiß sie über ihr exaktes Geburtsdatum nicht Bescheid.

In der Biographie ist hervorstechend, daß zur Zeit der grausamen äußeren Realität, wie Deportation, Verfolgung, Faschismus etc., die inneren Ängste fast zum Verstummen gebracht werden. Äußerlich scheinen diese Passagen des Lebensberichtes weitgehend frei von schizophrenen Denkstörungen.

Die double-bind-Situation taucht in ihrem Bericht immer wieder auf. Einerseits will Juanita das Wiedererleben bedrohlicher Affekte vermeiden, zum anderen begibt sie sich immer wieder in ihre Nähe. Sie braucht wiederholt Wörter, die für Affekte stehen, die sie in der double-bind-Situation mit der Mutter erlebte: »Qual, Scham, Verzweiflung, Ekel, Entsetzen, Angst, peinlich, böse, traurig, schrecklich, empört, allein, verlassen«. Manchmal mutet der Schrecken schon als »versteinert« an, wenn Juanita gehäuft »voller Verzweiflung und Abscheu« sagt.

Um dem Wiedererleben dieser Affekte auszuweichen, das heißt, um mit ihrer chaotischen Gefühlswelt fertig zu werden, setzt Juanita verschiedene Mechanismen ein, die ihren Denkstil kennzeichnen:

1. Sie setzt den affektiven Zusammenhang beim Leser, in diesem Fall beim Therapeuten, als bekannt voraus. Der Leser ist gezwungen, viele logische Verknüpfungen und Zwischenglieder einzusetzen, was er nur kann, wenn er in Juanitas Gefühlswelt einsteigen kann. Er muß ständig im Bilde sein und wissen, worum es sich handelt. Für Juanita bedeutet dies, daß sie den Affekt nicht zu benennen braucht, ihn übergehen kann. Sie spricht verkürzt und kann gleich zu einem neuen Vorfall übergehen.

Juanita sagt über sich, ohne weiteren Kommentar, sie sei schon »vor Entsetzen ganz artig« gewesen. Dieser Satz ist aufgrund des Verständnisses der double-bind-Situation ganz eindeutig. Ein anderes Beispiel ist die lebensbedrohende Situation, in der die Sau den Berg hinaufgerast kam. Die Benennung der Angst wird ausgelassen, denn in der double-bind-Situation herrscht ständig Todesangst. Juanita geht dazu über, sich zu wundern, wieso die Mutter sie im letzten Augenblick noch habe wegreißen können.

2. Sie verharmlost bestimmte Ereignisse und schiebt ihnen so einen anderen, leichter ertragbaren Affekt unter. Das wirkt manchmal auf den ersten Blick komisch, wird aber, wenn man sich den affektiven Zusammenhang vorstellt, um so grausamer. In Juanitas Bericht gibt es viele Details darüber, daß die Mutter sie »unter Tränen auslachte«, Juanitas Qual nie ernst nahm. Juanita scheint sich mit dem Aggressor identifiziert zu haben, auch sie macht ihre Gefühle harmlos. Als sie als kleines Mädchen von Verwandten nur einige Trauben bekommt, obwohl genügend Trauben da waren, wundert sie sich nur. - Einige grauenvolle Nächte, in denen die ganze Familie draußen auf den Feldern um ihr Leben zittert, tut sie als Camping ab.

3. Juanita verfremdet den affektiven Charakter ihres Berichts, indem sie plötzlich zum Mittel der Generalisierung, der Konkretisierung oder der innehaltenden Reflektion greift. Diese Mechanismen tauchen plötzlich inmitten eines starken, affektiven Wiedererlebens auf, das ohne eine plötzliche Distanzierung nicht zu ertragen wäre.

Die Mutter macht eine »Schreiszene« wegen des Schielens ihrer Tochter, eine Situation, die das Kind sehr getroffen haben muß, weil es

a. das Schielen nicht willentlich herbeigeführt hatte,
b. das Kind die Aggressionen der Mutter zu ertragen hatte, die eigentlich gegen den Onkel gerichtet waren,
c. die Mutter von Verhexungen sprach und
d. sie ihr das unmöglich einzuhaltende Versprechen abnahm, nie wieder zu schielen.

In diesem Moment hält Juanita inne und sagt: «Mit solchen Schreiszenen...«

Ein anderes Beispiel ist der Vorfall mit den Hornissen. Juanita spricht plötzlich darüber, daß sich ihre Mutter bei solchen Vorfällen immer »die Höschen« naßmachte und gibt einige Zeilen später eine sachliche Information, was mit ihrer Zahnlücke, die ihr die Mutter geschlagen hatte, später geschah.

4. Juanita greift zum Mittel der Distanzierung. Sie verfremdet ihre eigenen Worte, sagt, daß man das sage, daß jemand dies gesagt haben solle. Dadurch entgeht sie der Gefahr, einmal eine feste Beziehung zu ihren Worten aufzubauen, wie auch andererseits eine Beziehung zu anderen Menschen zu definieren. Als Mutter und Tochter Läuse hatten, probiert die Mutter erst mal bei der Tochter aus, ob von Karbol die Haare ausgehen. Als die Haare dann tatsächlich ausfallen, sagt Juanita nicht, daß sie damals so sehr gelitten hat, sondern sagt: »Man ist als angehender Backfisch schon

sehr eitel.« Sie sagt, die Hebamme soll vor Rührung geweint haben »sagt Mutti«, usw.

Sehr häufig spricht sie von Personen in der dritten Person, sie spricht von ihrem Vater als »er«, von ihrer Mutter als »sie«

5. Juanita verändert die grammatikalische Zeitform und verläßt so den Rahmen des Erlebnisberichtes und stellt den therapeutischen Bezug zur Gegenwart wieder her. Sie verwendet falsche logische Verknüpfungen und gebraucht wiederholt die Konjunktion »und«.

»Ich bekam keine Luft mehr, und Mutti konnte immer schneller laufen.« Juanita spricht über die Angst und ihre eigene Anstrengung, die ihr die Kehle zuschnüren, sie schiebt ihrer Mutter die Schuld zu, die diese im Grunde ja auch hat. Die falsche logische Verknüpfung weist auf die Schuld der Mutter hin, nimmt sie gleichzeitig wieder zurück.

Eine andere unlogische Verknüpfung, durch das Bindewort »und« hergestellt, liegt im folgenden Beispiel: »Wir mußten umkehren, und die Großeltern freuten sich gar nicht.« Es handelt sich hier um zwei disparate Vorfälle, die nur zeitlich nacheinander liegen. Zu vermuten ist, daß bei der Umkehr sofort die Angst vor den Großeltern einsetzte, daß die beiden Vorgänge aufgrund der Angst als gleichartig und zusammenhängend erlebt wurden.

Eine andere grammatikalische Eigenart, die auf schizophrene Denkstörungen hinweist, ist der plötzliche Wechsel der Zeitform. Juanita sagt: »Weil wir beide abergläubisch sind.« Das Präsens verwirrt, da man nicht erfährt, ob Juanita heute noch abergläubisch ist. »Weil ich doch allein fertig werden muß.« Vielleicht dient die Gegenwartsform dazu, einen raschen Kontakt mit dem Therapeuten, dem neuen Hilfs-Ich herzustellen.

6. Als letzte Eigentümlichkeit im Bericht sind die plötzlich auftauchenden Anreden an den Therapeuten, weil sie nicht sicher ist, ob sie die Worte richtig gebraucht. Juanita fragt: »Labien, sagt man so?«. Sie beschreibt in diesem Moment eine heikle Situation und möchte wissen, sich vergewissern, was der Therapeut nun denkt. Sie redet ihn weiter an: »So nichtig es dir vielleicht vorkommt«, und »du kannst dir gar nicht vorstellen«. Auch hier bedarf sie wahrscheinlich der Versicherung, daß es wichtig ist, was sie erzählt und daß es menschlich verstehbar ist.

Freud (1915) hat die Spracheigentümlichkeiten der Schizophrenen als einen Versuch zur Wiederherstellung der objektiven Welt erkannt, und er hat gezeigt, daß die Worte dieser Patienten, ähnlich wie Traumbilder dem primären Denkvorgang unterliegen.

Wahnhaftes, von dem wir nicht wissen, ob Juanita es glaubt oder nicht, wird öfter in ihrem Bericht angedeutet. Dieser Bereich zwischen Wahn und Wirklichkeit trägt am deutlichsten die Züge ihrer psychotischen Erfahrungen und zeigt auch, daß der Wahn noch nicht ganz abgeklungen ist.

Daß sie als Mädchen geboren wurde, führt sie zum Beispiel darauf zurück, daß die Mutter gegenüber dem Vater, der einen Jungen haben

wollte, ihren Willen durchgesetzt habe. Den »bösen Blick« der Mutter beschreibt sie als eine magische Realität, ebenso deren Macht, ihr »Hautausschläge« anzuhexen.

Am stärksten tauchen Wahnvorstellungen in paranoider Form im Zusammenhang mit ihrer Onanieangst auf. Juanita meint, alle Ärzte und Schwestern hätten über sie gesprochen, jeder hätte gewußt, daß sie onanierte, sie hätte in der Narkose geplaudert.

Dennoch erscheinen durch alle Unklarheiten hindurch deutlich die pathologischen Strukturen und die destruktive Dynamik ihrer Symbiose mit einer schizophrenmachenden Mutter, einer Mutter, die schon in der Zeit der Ursymbiose ihr Feind war.

Die Mutter selbst ist sozial isoliert und Außenseiter. Sie erfährt von ihren eigenen Eltern keine Unterstützung, sondern wird im Gegenteil von diesen aus dem Hause gedrängt. Als Gelegenheitsprostituierte in einer überwiegend ländlichen Gegend lebt sie in einer Art Ghetto-Situation, in die sie ihre Tochter miteinschließt.

Indem sie der Tochter den Kontakt mit der Außenwelt und mit anderen Menschen beinahe vollständig verbietet, macht sie die Patientin zu ihrem abhängigen Mit-Ich, zum Objekt ihrer sexuellen Attacken, ihrer sadistischen Quälereien, zum Teilnehmer an ihren Ängsten und zum Träger ihrer Projektionen.

Eine eigene Identität erlaubt die Mutter der Patientin nicht. Sie spielt mit der Tochter ein Prügelspiel, um ihr zu zeigen, wer die Macht hat. Sie erlaubt ihr nicht, eine Brille zu tragen, weil das die Tochter häßlich machen würde. Sie betrachtet die Tochter als ihr Eigentum, mit dem sie tun und lassen kann, was sie will. Sie wühlt ihre Sachen durch, bestiehlt sie, nimmt ihr Geld und Süßigkeiten fort und gestattet Juanita nicht, einen eigenen Schrank auch abzuschließen. Juanitas »Inneres« und »Äußeres« stehen unter Kontrolle der Mutter.

Andererseits ist sie in Gefahrensituationen sofort bereit, die Tochter preiszugeben und sich selbst in Sicherheit zu bringen. Juanita berichtet von zwei Situationen, in denen ihre Mutter sie im Stich gelassen habe, um sich selbst zu retten.

Die Patientin, die sich einerseits mit der angegriffenen Mutter identifiziert - dem Großvater erklärt sie, daß sie auch vor den Kasernen »Blicke schmeißen« wolle -, identifiziert sich andererseits auch mit dem Angriff gegen ihre Mutter, so als ein Pfarrer die Mutter aufsucht, um ihr wegen ihres Lebenswandels Vorhaltungen zu machen.

Im ganzen erscheint der symbiotische Zusammenhang von Mutter und Tochter bestimmt von einer tiefen Ambivalenz. Die Mutter spielt mit der Tochter, indem sie Juanita bezeichnenderweise als Zielscheibe für einen harten Ball benutzt, mit dem sie der Tochter zwei Zähne ausschlägt.

Auf der anderen Seite reagiert die Mutter mit Wut, sobald sie sich selbst in der Tochter angegriffen fühlt. Sie erfährt es als eine narzißtische Kränkung, wenn Juanita in der Schule von Mitschülern oder Lehrern kritisiert

und angegriffen wird. Sie lehnt es aber ab, die Tochter in ihrer eigenen Entwicklung zu unterstützen und sich um einen Platz auf dem Gymnasium zu bemühen.

Die ambivalente Omnipotenz, welche die Mutter der Patientin gegenüber ausübt, drückt sich aus in einer Reihe von double-bind-Situationen. So hat die Mutter einerseits in Gegenwart des Kindes mit Männern Verkehr, andererseits verbietet sie der Tochter sexuelle Neugier. Sie verbietet ihr zu onanieren und verführt sie auf der anderen Seite dazu, indem sie ihr den Geschlechtsakt vormacht. Sie verfolgt die Tochter mit sexuellen Berührungen; auf die Frage Juanitas, was denn Onanie sei, reagiert die Mutter aber mit Abscheu und Schrecken. Sie verlangt von der Tochter ein »damenhaftes« Benehmen, sie selbst aber benutzt nicht die auf dem Hof gelegene Toilette, sondern entleert sich in der Wohnung auf Zeitungspapier oder Schulheften der Tochter, weil sie meint, daß die Leute ihr nachstarren und sie behexen.

Die double-bind-Situation tritt klar hervor, wenn die Mutter ihre Tochter beim geringsten und auch ohne jeden Anlaß prügelt und sie auffordert, doch wegzulaufen und sich nicht mehr blicken zu lassen. Die Flüchtende aber fängt sie schon auf der Treppe wieder ein und prügelt sie wieder, nun mit dem Vorwurf, daß sie die Mutter habe verlassen wollen, die sich für sie aufopfere. Oder sie droht, die Tochter in ein Heim zu stecken, wo sie jeden Tag geprügelt werde, und auf die Bitte der Tochter, dies doch endlich zu tun, antwortet sie: »So, du möchtest fort von deiner Mutter, - das werde ich dir versalzen.«

Die frühesten Träume der Patientin drücken dann auch den Wunsch aus, sich der Symbiose mit der Mutter zu entziehen und zu sterben. Ihr eigener Tod erscheint der Patientin als die einzige Möglichkeit der Befreiung von der verfolgenden Mutter, die gerade ihr das nicht gestatten will, weil sie die Tochter zur eigenen Existenz braucht. Das Erleben des Kindes einer verfolgenden und lebensbedrohenden Mutter kommt besonders zum Ausdruck, als Juanita über den Verdacht, daß die Mutter die kleine Schwester erstickt haben solle, berichtet, oder wenn sie von einem Eimer mit einem blutigen, froschartigen Wesen spricht (offensichtlich das Resultat einer Abtreibung), den Juanita im nahegelegenen Teich ausschütten muß.

Später wird von Juanita jeder Lösungsversuch aus dieser Symbiose einer Art Muttermord gleichgesetzt. Die Patientin konnte vor dem Beginn der Therapie mit symbiotischen Ersatzpartnern, z. B. der Schule, der Kunstakademie, einer lesbisch gefärbten Freundschaft und der weiblichen Therapeutin, existieren.

Die Intentionslähmung der Patientin, das völlige Fehlen eigener Entscheidungen, welches den Lebensbericht der Patientin bestimmt und ihm seine depressive Farbe gibt - sie beginnt den Bericht z. B. mit den Worten, daß es »ihr widerfuhr...«, geboren zu werden, und sie endet damit, daß sie sagt, »wie ausgeliefert ich mich dem allem fühlte« - diese Intensionslähmung wird nur durchbrochen, wenn die Mutter hilflos und gefährdet ist, also in der Lage, worin sich die Tochter ständig befindet.

Als die Mutter z. B. an Syphilis erkrankt und in ihrer völligen Hilflosigkeit und Angst die Tochter beschwört, sie solle das Genital der Mutter untersuchen und genau beschreiben, überwindet Juanita Angst und Ekel vor dem »Gräßlichen« und erfüllt den Wunsch der Mutter. Sie schreibt: »Und mit einem Male hatte ich alle Angst überwunden und konnte sie sogar noch trösten. Von da an hatte ich eigentlich den Wunsch, Ärztin oder Krankenschwester zu werden, denn ich wollte etwas tun, was armen, verängstigten Menschen hilft.«

Als die Mutter auf dem Heimweg vom Arzt, der ihr eine stark wirkende Injektion gegeben hat, die Orientierung verliert und psychotisch reagiert, übernimmt die Tochter die Führung. Sie schreibt: »Da überkam mich wieder das merkwürdige Gefühl, daß es meine Aufgabe sei, zu helfen und alle Unsicherheit und die Angst, die ich bei Muttis Anblick bekam, fiel von mir ab.«

In diesem Rollenwechsel kommt eine spezifische Dynamik des Symbiosekomplexes zum Ausdruck. Solange die Mutter aktiv dominiert und die Situation allein durch ihre Initiative bestimmt, existiert die Tochter von der Mutter gesteuert. In dem Augenblick, in dem die Mutter krank und hilflos ist, kann die Tochter die Führung innerhalb dieser Symbiose übernehmen. Es ist jedoch keine eigene Ich-Funktion, die Juanita hier zeigt. Eine gelingende Ich-Entwicklung setzt ein »facilitating environment« (*Winnicott* 1969) voraus, eine Situation worin die Mutter bzw. die Eltern und Bezugspersonen dem sich entwickelnden Kind die Erprobung seiner Ich-Kräfte im spielerischen Rollenwechsel erlauben. Die Starrheit aber, mit der die schizophrenmachende Mutter die Ich-Funktionen gleichsam monopolisiert, läßt sie, um mit *Müller-Braunschweig* zu sprechen, zum »Ich-Schicksal« des Kindes werden.

Darin liegt auch eine Erklärung für die Intensität, mit der das abhängige Mit-Ich des Kindes sich an die Mutter klammert, von der es sich doch bedroht und verfolgt fühlt. Denn die Mutter, die sich dem Kind als ihrem abhängigen Mit-Ich einfach entzieht, verhilft ihm damit nicht zur Entfaltung seiner Ich-Funktionen und zur Entwicklung einer eigenen Identität. Sie läßt das Kind vielmehr im Stich und überantwortet es einer Hilflosigkeit, die dann zur Unfähigkeit wird, Hilfe anzunehmen.

Damit ist ein Zustand bezeichnet, den ich als fixierte Symbiose bezeichnen möchte. Die Rollen sind verteilt und liegen fest, die heftigen Interaktionen folgen einer gleichbleibenden Dynamik und trotz heftiger Auseinandersetzungen werden die grundlegenden Positionen des Konfliktes nicht mehr bewegt. Auf diese Weise ermöglicht die fixierte Symbiose eine manchmal langandauernde, scheinbare Stabilität.

Juanita blieb bis zu ihrem 18. Lebensjahr bei ihrer Mutter, die jetzt als Schaffnerin bei der Staatsbahn arbeitete. Es gelang ihr dann, sich von der Mutter zu trennen und eine Ausbildung als Malerin und Grafikerin auf einer staatlichen Kunstakademie zu beginnen, indem die Kunstakademie und andere Bezugspersonen zum symbiotischen Ersatzpartner wurden.

Zeichnen und Malen waren ja die einzigen Tätigkeiten gewesen, welche die Mutter ihr frei gestattete und akzeptiert hatte. Obwohl sie lieber eine höhere Schule besucht, dann Medizin studiert hätte, ergriff sie sofort die Gelegenheit, sich mit Hilfe des Kunststudiums von der Mutter zu befreien.

Zusammenfassend wäre m. E. zu sagen, daß die Familiendynamik dieser Patientin folgende Thesen zu erhärten scheint:

1. über die schizophrenmachende Mutter,
2. über den Symbiosekomplex,
3. über die double-bind-Bindung;
4. in der Autobiographie der Patientin werden schizophrene Denkstörungen dokumentiert und dadurch dem Studium zugänglich gemacht.
5. In diesem Fallbericht wird der gesellschaftliche Einfluß auf die Familiendynamik und die damit verbundene Identitätsdiffusion deutlich gemacht.
6. Die von mir aufgestellte Hypothese von der als verfolgend erlebten Mutter in der Paranoia wird in dieser Lebensgeschichte und im therapeutischen Prozeß m. E. unterstützt. Ferner möchte ich noch zu bedenken geben, daß die Patientin Juanita jederzeit ein Refugium im Wald fand und dadurch nicht der double-bind-Situation mit der Mutter so hilflos ausgeliefert war, was beim Aufwachsen in einer Großstadt, wo die Familie sicherlich im Slum gehaust hätte, der Fall gewesen wäre. Obige Überlegungen weisen vielleicht einen Weg, daß die schizophrene Reaktion von Juanita einen noch benignen Charakter angenommen hatte.

Teil III: Therapeutische Technik und analytischer Prozeß

Im zweiten Teil dieser Arbeit habe ich mit der Darstellung des ersten von drei Behandlungsverläufen begonnen, anhand derer ich zeigen möchte, daß die Schizophrenie als eine Reaktionsbildung auf eine präödipale Störung der Symbiose mit der Mutter verstanden und behandelt werden kann. Ausgehend von dem Lebensbericht der Patientin Juanita, den diese im Laufe ihrer Therapie verfaßte und schließlich ihrem Therapeuten schenkte, habe ich versucht, die Stationen einer solchen pathogenen Symbiose darzustellen. Die Autobiographie Juanitas bot dabei die Gelegenheit, nicht allein die Psychodynamik der Patientin zu studieren, sondern gab darüber hinaus Aufschluß über deren engen Zusammenhang mit der Struktur und der Geschichte ihrer Familiengruppe in einer spezifischen sozialen Situation.

In den Denkstörungen, welche der Bericht an vielen Stellen aufweist, konnten die Spuren der schizophrenen Reaktion dokumentiert werden. Gestützt unter anderem auf die Forschungen von *Bleuler* (1912), *Schilder* (1920, 1930), *Fenichel* (1945), *Rapaport* (1950, 1951) und *Bellak* (1969 a, b) habe ich versucht, die Genese dieser Denkstörungen, die ich mit den genannten Autoren als typisch für die Schizophrenie ansehe, aus der Dynamik des Symbiosekomplexes zu erklären.

Im folgenden möchte ich in der Darstellung des therapeutischen Prozesses zeigen, 1. auf welche Weise dieser Symbiosekomplex in der Übertra-

gung sich entfaltete, 2. welche therapeutische Technik es ermöglichte, die außerordentlich ambivalente psychotische Übertragung zu bearbeiten und 3. welche Ergebnisse der analytische Prozeß dieser Therapie für die Erhellung der schizophrenen Reaktion schließlich erbrachte.

Die Patientin kam zu mir in die Therapie mit den Zeichen einer Schizophrenie oder schizophrenen Reaktion paranoiden Typus'. *

Es wurde zum entscheidenden therapeutischen Problem, die symbiotisch-psychotische und dabei destruktiv-ambivalente Übertragung der Patientin, die mit offenen Wahnvorstellungen und von archaischer Angst getrieben zu mir in die Therapie gekommen war, einerseits zu akzeptieren, andererseits aber gleichzeitig daran zu arbeiten, daß die Patientin schuldfrei aus dieser symbiotischen Übertragung wieder heraustreten konnte.

Es war daher nötig, eine therapeutische Situation von großer Flexibilität und Vielfältigkeit herzustellen, die es der Patientin erlaubte, sich möglichst frei zu bewegen und sich auf nonverbaler Ebene vielfältig mitzuteilen und selbst zu erleben. In einer solchen Situation konnte sie ihr Bedürfnis nach der Nähe des Therapeuten wahrnehmen und befriedigen und dabei doch die mit jedem direkten Kontakt verbundene psychotische Angst und deren destruktive Abwehr umgehen.

Die Tatsache, daß die Patientin Malerin war und mit Hilfe ihrer im psychotischen Zustand gemalten Bilder Erfahrungen und Vorstellungen aus ihrer präverbalen Welt in die Therapie bringen konnte, gab mir eine einzigartige Möglichkeit sowohl für die Differenzierung der therapeutischen Situation als auch für die Beobachtung und Kontrolle des nonverbalen therapeutischen Prozesses. Anhand dieser Bilder möchte ich daher versuchen zu zeigen, wie die analytische Therapie der Patientin Juanita verlief.

Die Patientin hatte seit früher Kindheit gemalt und gezeichnet. Es war dies die einzige Tätigkeit gewesen, die ihr von der Mutter ohne Kontrolle gestattet wurde. Dagegen hatte es die Mutter zu verhindern gewußt, daß Juanita eine höhere Schule besuchte, obwohl die Patientin, für die die Schule eine Art Refugium darstellte, dies gern getan hätte. Als ihr die Möglichkeit eines Kunststudiums geboten wurde, griff Juanita daher sofort zu, um sich von der Mutter zu befreien. Ihr Studium im Rahmen einer Kunstakademie konnte sie erfolgreich beenden. Sie war begabt und hatte in der Gruppe ihrer nonkonformistischen Kommilitonen Gelegenheit, ein von bürgerlichen Zwängen weitgehend freies Leben zu führen, das ihr viel Raum ließ für Absonderlichkeiten. Ihre Arbeiten aus dieser Zeit zeigen, daß sie in

* »Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders. Herausgegeben von der American Psychiatric Association, 8. Auflage, Washington 1955, Seite 26 f.:, »Schizophrenic reaction, paranoid type:
This type of reaction is characterized by autistic, unrealistic thinking, with mental content composed chiefly of delusions of persecution, and/or of grandeur, ideas of reference, and often hallucinations. It is often characterized by unpredictable behaviour, with a fairly constant attitude of hostility and aggression. Excessive religiosity may be present with or without delusions of persecution. There may be an expansive delusional system of omnipotence, genius, or special ability. The systematized paranoid hypochondrical states are included in this group.«

diesem »facilitating environment« in der Lage war, ihre Fähigkeiten in einer Malerei zu integrieren, die durchaus in gutem Sinne akademisch genannt werden kann (Abb. 1). Während der Zeit ihres Studiums knüpfte Juanita eine Beziehung zu einer älteren Freundin an, die symbiotisch-lesbisch gefärbt war, aber einen offen sexuellen Charakter nicht annahm.

Die Mutter der Patientin besuchte die Tochter in dieser Zeit wiederholt. Sie überhäufte Juanita bei diesen Gelegenheiten mit Vorwürfen, machte ihr Szenen, daß sie die Mutter allein gelassen habe, daß sie in Armut verkommen müsse, usw. Die Tochter wurde durch diese Begegnungen immer tief erschüttert und verfiel jedes Mal in einen Zustand fast völliger Apathie. Ihre schweren Depressionen und ständigen Selbstmordgedanken führten sie schließlich in die Behandlung einer weiblichen Therapeutin, die sehr viel Wärme und Verständnis für die Patientin hatte und von dieser in einer Art Symbiose als gute Mutter erlebt werden konnte. Aus dieser Zeit stammt ein Bild, welches die Patientin von ihrer Mutter malte. Sie sagte dazu, daß ihre Mutter ein Teufel sei, den sie sich habe von der Seele malen wollen. Sie habe auch Erleichterung gefühlt, nachdem sie das Bild fertiggestellt hatte (Abb. 2).

Aus der Zeit kurz vor Beginn der Behandlung bei mir stammt auch ein Selbstbildnis der Patientin (Abb. 3).

In der Übergangssituation begann Juanita dann, ihre Therapeutin als die drohende und feindselige Mutter wiederzuerleben, und es kam zum Ausbruch einer schizophrenen Reaktion paranoiden Typs, aus der heraus sie zu mir, einem männlichen Therapeuten, flüchtete, der ihr weniger gefährlich erschien.Die Flucht aus der als zunehmend bedrohlich erlebten psychotischen Übertragung auf die Therapeutin können wir verstehen als Ausdruck ihres gesunden Ich-Anteils.

Ich sah die Patientin zweimal wöchentlich in meiner Praxis zur Einzeltherapie im Sitzen. Sehr bald nach Beginn der Behandlung glitt die Patientin dann wieder in Verwirrtheitszustände ab. Sie schwieg lange Zeit während der Sitzungen und war nicht bereit, über ihre Gefühle, ihre Ängste und Konflikte zu berichten. Sie war aber bereit, über die Dinge und Probleme ihres Alltags zu sprechen. Außerhalb der Sitzungen begann sie dann, sich die Spannungen und Ängste von der Seele zu malen, wie sie sagte. Und diese Bilder brachte sie dann mit in die Therapie. Sie wurden zunächst, ebenso wie die Tagesprobleme der Patientin, nicht gedeutet, sondern als künstlerische Produktionen besprochen. Auf freies Assoziieren wurde weitgehend verzichtet. Auf diese Weise gelang es, allmählich eine therapeutische Beziehung aufzubauen, in der die Patientin später auch ihre angstvoll-symbiotische Übertragung wiedererleben und sie in Form ihrer im psychotischen Zustand gemalten Bilder, später dann zunehmend in Träumen und Briefen, in die Therapie bringen und durcharbeiten konnte.

In dieser symbiotischen Übertragung auf den Therapeuten erschien ihr Konflikt als ein im Kern archaisches Identitätsproblem.

Die Patientin wuchs auf in einem mehrsprachigen Grenzgebiet. Von den Einheimischen mißtrauisch beobachtet und später verfolgt, wurde sie nach

der Besetzung durch das faschistische Nachbarland, dessen Sprache sie sprach, ebenfalls nicht akzeptiert, sondern als fremdrassig angesehen und unterdrückt. Ihr Vater wurde zum Staatsfeind erklärt und in einem Konzentrationslager ermordet, ihre Mutter lebte als Prostituierte und Syphiliskranke im Status der Asozialität.

Von den Faschisten deportiert, von der unterdrückten und verfolgten Volksgruppe nicht als dazugehörig anerkannt, von den faschistischen Unterdrückern aber als asozial verachtet, stieß die Patientin überall auf Ablehnung. Die Mutter selbst besaß keine Identität, sondern pendelte labil hin und her. Sie war weder Mutter noch Fischzüchterin, noch Prostituierte, war weder die Tochter ihrer Eltern noch die Frau ihres Mannes. Sie war von allem ein wenig, im ganzen aber lebte sie menschlich und sozial in einem Niemandsland, in dem sie häufig wechselnde Rollen einnahm.

Diese Mutter brachte der Patientin, die in einer pervertierten Symbiose an sie gefesselt war, einander widersprechende Gefühle entgegen, in denen Liebe und Haß, Zuneigung und sadistische Quälereien nicht voneinander getrennt werden konnten.

Ihren tiefsten Ausdruck fand die Identitätsangst der Patientin in ihren Sterbephantasien. Sie sagte: »Ich wünschte, ich wäre schon sehr alt und hätte endlich den Tod vor mir. Warum habe ich nur das Unglück gehabt, geboren zu werden? Womit habe ich diese Strafe verdient? Habe ich vielleicht in einem früheren Dasein Verbrechen begangen, für die ich nun mit dem Noch-einmal-leben-müssen büßen muß?«

In ihren Träumen erlebte sie immer wieder das Gefühl, als ob sie »irgendwohin in etwas Unbekanntes stürze und immerfort stürze«. Sie träumt, von einer hohen steilen Treppe zu stürzen, so daß alle Knochen in ihr zerbrechen und mit ihren Spitzen in den Körper hineingestoßen werden. Sie träumt, daß sie unendlich langsam und qualvoll stirbt. Dann berichtet sie einen Traum von einem Sturz in einen Abgrund und sagt: »Der Abgrund war übrigens ein Moor, und ich sah in meiner Todesangst schon die schillernden Blasen aufsteigen«.

Als Moor hatte sie auch die Mutter erlebt, dunkel und unheimlich wie der Golem. In einem Brief an den Therapeuten schreibt sie: »Das Leben kommt mir überhaupt wie ein Moor voller Irrlichter vor, die einen immer wieder locken, bis man aus diesem unseligen Gewirr keinen Ausweg und Rückweg mehr findet - und keinen Weg nach oben.«

Zwei ihrer Bilder, die sie im Zustand tiefster Regression malte, drücken diese Phantasie aus. Auf dem einen Bild (Abb. 4) ist eine sich ringelnde Form in einen schwarz zerfließenden Hintergrund gebettet, ohne daß Figuren hervortraten. Das andere Bild (Abb. 5) zeigt die Mutter als Moor. Lediglich ihre Augen blicken beherrschend und böse hervor, und die Patientin liegt als ein zerdrücktes und in Auflösung befindliches blaues Reh darin.

Juanita hatte in ihrer Autobiographie berichtet, daß die Leute, vor denen sie sich auf Geheiß der Mutter verstecken mußte, sie als so »scheu und ängstlich wie ein Reh« bezeichnet hätten. Sie taucht als dieses blaue Reh,

also depersonalisiert und mit einer nicht-menschlichen Identität, in einer ganzen Reihe ihrer Bilder auf. Ebenso wie die bösen Augen ihrer Mutter, die sie häufig im Rücken spürte, sie auf vielen dieser Bilder verfolgen.

Im Gegensatz zu *Freud* (1911) sehe ich den Kern der Psychodynamik bei der Paranoia in der als Verfolgerin erlebten Mutter, auch in der männlichen Paranoia, was in einem späteren Kapitel exemplifiziert werden soll.

Tod und Sterben wurden von der Patientin ambivalent erlebt. Auf der einen Seite sehnte sie den Tod herbei, als Befreiung von der Verfolgung durch die Mutter, als die schließliche Beendigung ihres Lebens, das ihr als ein unendlich langsames und qualvolles Sterben erschien. Auf der anderen Seite aber war es gerade die Auflösung, die sie fürchtete.

Sie sagte: »Ach, ich wünschte, ich wäre ein imprägnierter Eiszapfen. Es wäre alles viel leichter. So aber besteht für mich doch die Gefahr, daß ich eines Tages aufgetaut werde und hoffnungslos im Boden versickere. Und dann lebe ich doch in irgendeiner Form weiter, kann aber nicht wieder Eiszapfen werden.«

Sie sprach häufig von ihrem Gefühl, in einem Eispanzer zu leben, in dem es sie zwar friere, der sie aber auch schütze vor der Unzuverlässigkeit und Bosheit der Menschen. Sie sagte: »Es gibt überhaupt keine Sicherheit bei den Menschen. Man muß immer auf der Hut sein, daß einem nicht hinterrücks Schmerz zugefügt wird.«

Jede Annäherung, jede Öffnung einem anderen Menschen gegenüber erlebte sie mit großer Angst. »Es ist so schwer«, sagte sie, »Mensch zu sein und noch dazu jung zu sein! Alles wäre viel leichter und vielleicht auch froher, wenn man wie eine Maschine leben könnte: sachlich und von Gefühlen verschont.«

In einer ganzen Reihe von Bildern stellte die Patientin sich als ein bedrängtes Wesen dar, das von Ungeheuern bedroht und verfolgt wird. Sie erscheint darauf (Abb. 6) als ein verängstigter kleiner Mensch, der sich die Ohren zuhält, um die Stimmen der ihn umgebenden Wesen nicht hören zu müssen. Diese sind Reptilien und Vögel. Der Therapeut ist darunter als eine Art Magier, der die Patientin beschwört und nach ihr greift.

Auf einem ähnlichen Bild (Abb. 7) sitzen ihre Verfolger um die Patientin herum, die als blaues Reh, durch einen Kreis geschützt, bei einer Tanne liegt. Wir erkennen darin das kleine Gärtchen und die Tanne wieder, die im Lebensbericht der Patientin eine wichtige Rolle spielten.

Gestorben und begraben, also nicht länger existent ist die Patientin auf dem nächsten Bild (Abb. 8). Durch ihren Tod hat sie sich den verfolgenden Ungeheuern entzogen, die auf die Stelle blicken, wo sie begraben ist. Den Therapeuten erlebte die Patientin als einen Götzen und als Dämon. Sie nannte ihn ihren Dämon, Herr Dr. Dämon, Doktor - Vater. In ihren Träumen tauchte er als groß und starr, als riesig und unnahbar auf. In ihren Briefen redete sie ihn an als »steinerner Tempelherr«, bezeichnete ihn als »steinerne ungerührte Statue« und meinte, »bis jetzt sind Sie doch nur eine Sphinx für mich«.

Auf einem Bild (Abb. 9) erscheint der Therapeut als Tempelgötze auf einem Thron, umgeben von unheimlichen Wesen. Im Vordergrund liegt das blaue Reh, bedroht von einem mächtigen schwarzen Vogel mit einer gespaltenen Zunge. Ein anderes Bild (Abb. 10) zeigt den Therapeuten-Götzen, umgeben von düsterem Stachelgestrüpp, worin das blaue Reh sich verfangen hat. Dieses Bild wurde, als die Patientin es in die Sitzung brachte, von mir zerrissen. Ich sagte ihr, das sei ich nicht und das Bild entspreche nicht der therapeutischen Situation. Die Patientin war erstaunt und betroffen, dann aber auch erleichtert.

Später berichtete sie einen Traum, worin sie ein Schild mit Figuren und Zahlen bemalte: »Zwei goldene Glieder einer Kette oder zwei Ringe schoben sich so übereinander, daß eine in sich geringelte Schlange gebildet wurde, die sich in den Schwanz biß. Rechts stand ebenfalls in goldenen Ziffern eine Jahreszahl. Unten zeichnete ich fünf Figuren hin: einen geschliffenen Stein, der wie ein Gefäß aussah, einen Affen, einen Bären, eine Blume und etwas, das wie ein Hund und Mensch aussah. Alles war in sehr matten, toten Farben gehalten. Dann zeichneten Sie das gleiche, aber in leuchtenden reinen und sehr schönen Farben. Ich wollte immer protestieren, denn Sie veränderten das, was ich gezeichnet hatte, sehr. Aber ich nahm es schließlich doch so hin.«

In diesem Traum erscheint sehr klar, wie die Patientin die Interpretationen des Therapeuten erfuhr. Die trüben Farben werden durch leuchtende und reine Farben ersetzt, die Patientin findet ihre Produktion verändert, nimmt aber doch schließlich als möglich hin, was der Therapeut zu ihr sagt.Auf einem anderen Bild (Abb. 11) erscheint der Therapeut noch einmal als Götze, diesmal aber grau und groß und weniger puppenhaft und entfernt. Er sitzt auf einer Bank, rundherum Blumen. Das blaue Reh liegt im Dunkel davor. Zu beachten sind die starren, weißen Augen der Figur.

Der Therapeut erscheint auf den Bildern nicht allein als ein unnahbarer Götze oder als ein Magier, der die Patientin beschwört und nach ihr greift. In der Phase der stärksten symbiotischen Übertragung auf den Therapeuten erlebte die Patientin in ihm eine phallische Eisklotzmutter (Abb. 12), die ähnlich starre, weiße Augen hat wie der von Blumen umgebene Götze. Diese Eisklotzmutter zieht die Patientin, die hier wieder als blaues Reh erscheint, mit der einen Hand zu sich heran, mit der anderen stößt sie sie fort. In diesem Bild ist das, was in der neueren Schizophrenieforschung die double-bind-Situation heißt, und von welcher wir annehmen, daß sie die Struktur der schizophrenmachenden Situation bestimmt, deutlich dargestellt als eine in sich widersprüchliche Bewegung.

Auf einem anderen Bild (Abb. 13) erscheint der Therapeut als ein gefährlicher Eisgötze, der die Patientin, das blaue Reh, zertrampelt.

Diese Bilder zeigen, mit welch archaischer Angst das Wiedererleben der feindlichen Symbiose für die Patientin in der Übertragung verbunden war. Die Menge der sie verfolgenden Monstren und der dunkle Abgrund der figurlosen Moorbilder sind hier verdichtet zu dem beklemmenden Widerspruch der double-bind-Geste und dem Niederstampfen durch die Eis



Abb. 1

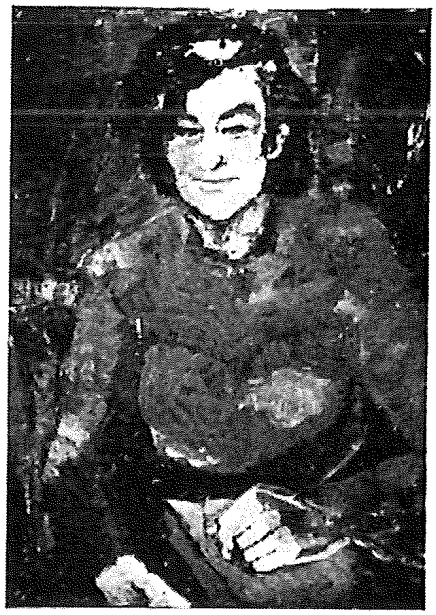


Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

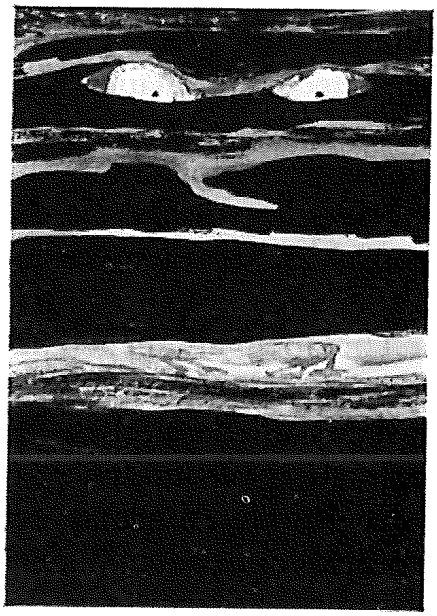


Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10

klotzmutter. Hier erscheint der Kernkonflikt der schizophrenen Reaktion, das Zerrissenwerden und das Zertrampeltwerden des Kindes durch die Mutter. *

Gegen Ende des therapeutischen Prozesses malte sich die Patientin noch einmal als ein blaues Reh (Abb. 14), das jetzt Augen bekommen hatte. Der niedertrampelnde Eisklotzgötze aber ist nun zu einem blauen Bogen geworden, der das Reh schützend überspannt und den Blick freigibt auf leuchtend farbige Blumen im Dämmer eines angedeuteten Waldes.

Indem der Therapeut der Patientin gestattete - und dies drückt das letzte Bild aus -, sich aus der Symbiose gefahrlos und ohne Schuldgefühl zu lösen, konnte er als ein gutes Objekt vermenschlicht und verinnerlicht werden, und die Patientin konnte als menschliches Wesen aus der Symbiose hervortreten.

Die Patientin stellte nun den Therapeuten in einem naturalistischen Porträt dar (Abb. 15) und malte sich selbst in einem sehr gelungenen Selbstbildnis (Abb. 16).

Der Therapeut wirkt starr und seine Augen blicken irritierend hell und ungleichmäßig. Sich selbst aber porträtierte sie mit einer Blumenvase im Hintergrund. Auf dem Bild kaum zu erkennen ist das Reh, das Zeichen ihrer stärksten Entfremdung von sich selbst, die Erinnerung an die Zeit, in der sie sich als Tier erlebte. Dieses Reh steht als eine geschnitzte Figur im Hintergrund. Die Patientin schenkte mir dann auch ein ähnliches, von ihr selbst aus Holz geschnitztes Reh zur Erinnerung, als sie die Behandlung beendete und mich verließ.

Indem die erste Therapeutin, aus deren Behandlung Juanita zu mir kam, der Patientin erlaubte, was die Mutter ein Leben lang verboten und hintertrieben hatte, nämlich sich schuldfrei von ihr zu trennen, ermöglichte sie es der Patientin, erstmals ein gutes Mutterbild in sich aufzunehmen und trug damit dazu bei, dem tatsächlichen Durchleben der symbiotischen Konflikte eine Basis in dem schwachen Ich-Gefüge der Patientin zu verschaffen.

Wie wichtig dies für die Patientin war, geht hervor aus einem Bild, das sie kurz vor dem Therapiewechsel malte (Abb. 17).

An einem Augenbaum vorbei, der die verfolgenden Augen der Mutter darstellt, die auch in vielen anderen ihrer Bilder wieder auftauchen, geht die Patientin auf einen Fluß zu, über den eine Brücke hinüberführt. Der Weg führt zum Leben und zur eigenen Existenz.

Ich hatte Gelegenheit, noch 15 Jahre nach Abschluß der Behandlung von dem Befinden der Patientin zu erfahren. Es ging ihr zufriedenstellend. In psychotische Reaktionen war sie nicht wieder geraten. Sie hatte ihre Befriedigung als selbständige Malerin gefunden. Allerdings blieb sie unverheiratet und lebte ein unkonventionelles, vielleicht etwas unbürgerliches Leben.

* Wie ich an anderer Stelle ausführte, weist der Symbiosekomplex im Gegensatz zum Ödipuskomplex eine vorwiegend archaische, borderlinehafte Syndromatik auf, der eine präödipale Störung in der frühen Mutter-Kind-Beziehung während der symbiotischen Phase zugrunde liegt (*Ammon* 1969a, b; 1970a); vgl. auch *Guntrip* (1968); Mahler (1969); *Searles* (1965).

Nach diesem kurzen Überblick über den Verlauf der Behandlung und über die Struktur und die Dynamik der Konflikte, welche die Patientin in der Therapie erlebte, möchte ich mich nun einigen Aspekten in der therapeutischen Technik und im Behandlungsprozeß zuwenden, die ich für wesentlich halte.

In den vorangegangenen Abschnitten dieser Arbeit habe ich versucht zu zeigen, daß die schizophrene Reaktion Ausdruck einer sehr frühen Störung der Ich-Entwickung ist, die durch eine feindselig ambivalente Haltung der Mutter bereits während des ersten Lebensjahres hervorgerufen wird. Den Zustand der psychotischen Reaktion können wir auf diesem Hintergrund begreifen als Manifestation einer Regression zu archaischen Abwehrmechanismen, verbunden mit einer weitgehenden Lähmung grundlegender Ich-Funktionen. Aufgabe der Therapie in dieser Situation ist es daher weniger, auch diese letzten archaischen Abwehrformationen aufzulösen; dem psychotisch reagierenden Patienten müssen wir vielmehr dabei helfen, im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung zunächst einmal flexiblere und differenziertere Abwehrfunktionen aufzubauen.

Daher ist die Technik der freien Assoziation und der analytischen Interpretation, wie die klassische Analyse sie entwickelt hat, für die Psychotherapie von schizophren reagierenden Patienten im Zustand der psychotischen Regression kontraindiziert. Auf diesen Umstand hat besonders *Fromm-Reichmann* (1943, 1948, 1952, 1958) hingewiesen. *Fromm-Reichmann* betonte, daß die analytische Interpretation erst dann mit Aussicht auf Erfolg angewandt werden könne, wenn die Beziehung des Patienten zum Therapeuten in ihren realen und parataktischen Aspekten (*Sullivan* 1953) überwiegend positiv und freundlich ist. Eine solche Beziehung, die ich an anderer Stelle als das therapeutische Bündnis beschrieben habe (*Ammon* 1970), aber muß erst allmählich entwickelt und aufgebaut werden. Denn die »Übertragungspsychose« der schizophren reagierenden Patienten ist gerade wegen ihrer Heftigkeit und Intensität zutiefst ambivalent, und eine vorschnelle Interpretation ist häufig geeignet, gerade die positiven Aspekte dieser Übertragungspsychose zu zerstören und den Patienten noch tiefer in seine Isolation und Regression zu stürzen.

Der Entwicklung eines therapeutischen Bündnisses, d. h. einer differenzierungsfähigen positiven Übertragung, steht nun der Umstand entgegen, daß die entscheidenden traumatischen Erfahrungen schizophren reagierender Patienten präverbal sind, daß sie die archaischen Konfliktsituationen, die sie im Verhältnis zum Therapeuten reproduzieren, ebensowenig aussprechen können, wie sie eine analytische Interpretation ihrer Abwehrmechanismen als Zuwendung erfahren können.

Es kommt daher darauf an, die therapeutische Situation so zu gestalten, daß sie dem Patienten viele Möglichkeiten gibt, mit dem Therapeuten zu kommunizieren und auf diese Weise allmählich das psychische Instrumentarium zu gewinnen, welches es dem Patienten ermöglicht, über sich selbst zu sprechen, den Therapeuten anzusprechen und von diesem angesprochen zu werden.

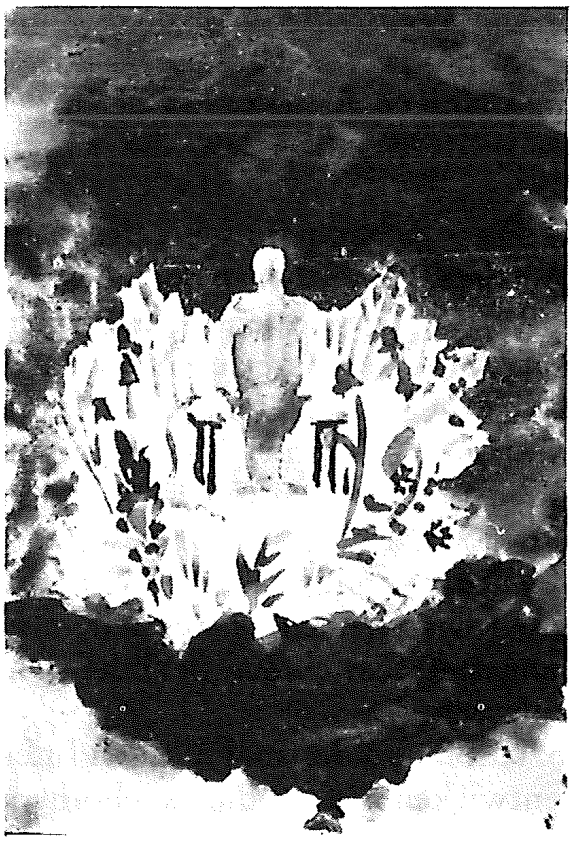


Abb. 11

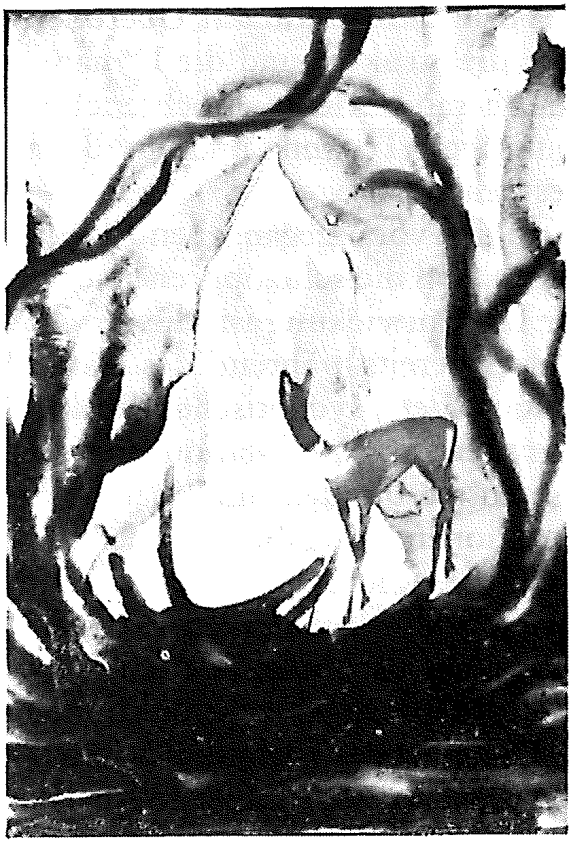


Abb. 12

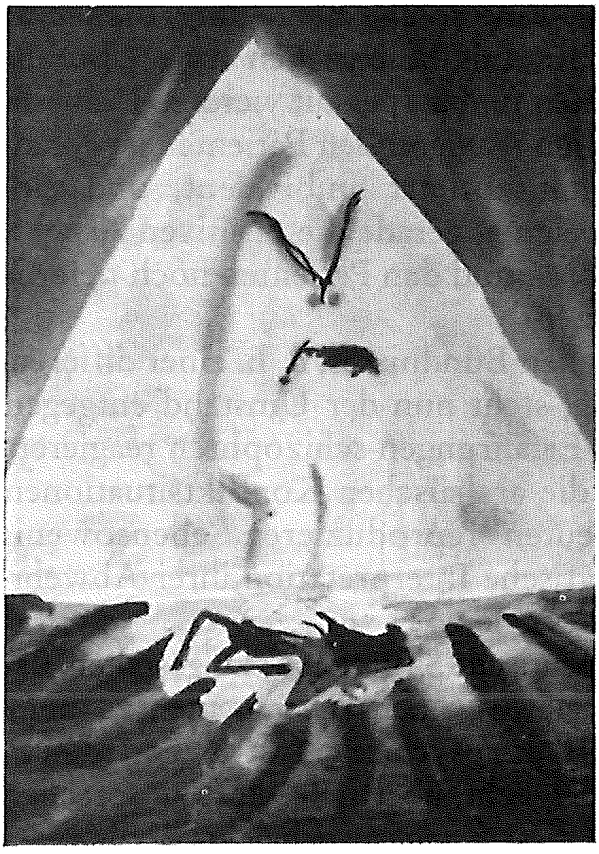


Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15



Abb. 16



Abb. 17



Abb. 18

Wichtig ist dabei, die analytische Interpretation richtig zu dosieren und den Patienten jeweils nur so weit mit seiner Ambivalenz zu konfrontieren, daß er die Interpretation nicht als eine moralische Abweisung seiner Wünsche erfährt, sondern sie als Hilfe zum besseren Verständnis und zur Erweiterung und Differenzierung des therapeutischen Bündnisses integrieren kann. Gerade schizophren reagierende Patienten, die unter Herrschaft des Wiederholungszwanges immer wieder ihr Objekt verlieren und deren Bemühungen um Kommunikation daher ständig abzureißen drohen, sind angewiesen darauf, daß der Therapeut ihrem archaischen Mißtrauen mit Offenheit begegnet und immer wieder zeigt, daß er den Patienten, so wie er ist, annimmt.

In der psychotherapeutischen Behandlung der schizophren reagierenden Malerin Juanita stand ich daher vor der Aufgabe, die therapeutische Situation so vielfältig und flexibel zu gestalten, wie dies bei einer ambulanten Therapie überhaupt möglich ist. Ich sah die Patientin zweimal wöchentlich zu therapeutischen Sitzungen. Dabei verzichtete ich, wie schon erwähnt, auf die formelle Fixierung der Situation. Die Patientin bewegte sich frei, ging umher, setzte sich auf einen Stuhl, ging in die Küche, um etwas zu trinken usw. Das therapeutische Gespräch bewegte sich zunächst überwiegend auf der Ebene der äußeren Realität. Wir sprachen über die Arbeit der Patientin, ihre Wohnung, ihre Vermieterin, ihre finanzielle Situation und über das Abendgymnasium, das sie besuchte.

Dann brachte die Patientin ihre im psychotischen Zustand außerhalb der Therapie gemalten Bilder mit in die Sitzungen. Auch diese Bilder wurden zunächst nicht gedeutet, sondern wurden als künstlerische Produktionen besprochen. Sie hatten dabei eine doppelte Funktion: für mich waren die Bilder der Patientin Seismographen, an denen ich direkt ablesen konnte, auf welcher Ebene und in welchem Abschnitt des therapeutischen Prozesses wir uns befanden. Für die Patientin aber waren die Bilder eine Möglichkeit, die sie verfolgenden Ängste darzustellen, sie dadurch unter Kontrolle ihres eigenen Ichs zu bringen und sie dem beobachtenden Hilfs-Ich des Therapeuten zu schenken. Die Bilder dienten ihr also gleichzeitig zur Neutralisation und als Katalysatoren ihrer therapeutischen Beziehung. Sie konnte die Bilder zwischen sich und den Therapeuten stellen, es wurde eine Art neutrales Territorium geschaffen, auf dem sie mit dem Therapeuten kommunizieren konnte, ohne zu große Nähe fürchten zu müssen. Darüber hinaus erfuhr sie durch die Aufmerksamkeit, die ihre Bilder fanden, eine narzißtische Bestätigung, eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls und gewann damit ein allmählich sich verstärkendes Ich-Gefühl von Selbstvertrauen.

Andererseits aber eröffnete das gemeinsame Betrachten und Diskutieren der Bilder dem Therapeuten die Möglichkeit der indirekten Interpretation. Die Bilder konnten interpretiert werden, und die Patientin konnte davon aufnehmen, was sie auf sich bezog und ablehnen, was ihr zu gefährlich schien, ohne sich der direkten Konfrontation mit dem Therapeuten auszu-

setzen. Auf diese Weise konnte ich ihre archaische Abwehr allmählich umgehen, ohne sie zerstören zu müssen, und konnte Kontakt mit der Patientin aufnehmen, ohne sie in psychotische Angst zu stürzen.

Es ist interessant zu sehen, wie hier im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie in Ansätzen Momente einer analytischen Milieutherapie entstanden, und zwar aus den Notwendigkeiten der Situation heraus. Die Bewegungsfreiheit der Patientin in der therapeutischen Situation gab ihr die Möglichkeit, beobachtet zu werden und sich auf vielfältige Weise nonverbal mitzuteilen. Gleichzeitig konnte sie die Erfahrung einer nicht-feindlichen Umwelt machen. Häufig ging sie in die Küche, um warmes Wasser zu trinken. Mehr gestattete sie sich lange Zeit nicht, und es war ein bedeutsamer Schritt voran in der Therapie, als sie sich erlaubte, Milch zu trinken, die sie sich vorher warm gemacht hatte.

Daß die Patientin über lange Zeit hin nur warmes Wasser trinken wollte, können wir im Sinne der Übertragungsbeziehung so verstehen, daß sie die Therapie als schlechte, als verdünnte Muttermilch empfand und rezipierte. Immerhin war es keine vergiftete und vergiftende Muttermilch, wie sie etwa der Alkohol für den Süchtigen darstellt. Der Schritt vom warmen Wasser zur warm gemachten Milch aber signalisierte, daß die Patientin die therapeutische Beziehung als eine echte und vertrauenswürdige Beziehung schließlich annehmen konnte.

Später erlaubte ich ihr, sich auch außerhalb der eigentlichen Sitzungen bei mir aufzuhalten. Während ich mit anderen Patienten arbeitete, saß sie dann auf dem Balkon, machte Schularbeiten, lernte Vokabeln oder las in einem Buch.

Die Bilderwelt, welche die Patientin zwischen sich und den Therapeuten stellte, können wir verstehen als einen Ausbau und eine Vertiefung der in Ansätzen zum Milieu erweiterten therapeutischen Situation.

Dieses Milieu hatte zwei Zwecken zu dienen. Einerseits kam es dem Bedürfnis der Patientin nach Nähe, Wärme und Geborgenheit weit mehr entgegen, als dies in einer nur verbal bestimmten Situation möglich gewesen wäre. Andererseits erlaubte es der Patientin, die starke Ambivalenz, mit der sie diese Nähe erfuhr, in vielfältigen Artikulationen aufzulösen, zu zersplittern und zu differenzieren. Das aber war für sie lebensnotwendig, denn in ihren psychotischen Episoden erlebte sie immer wieder gerade die Nähe und Zuwendung als stärkste Bedrohung. So hatte die Patientin gerade die Wärme und die Zuwendung von seiten ihrer ersten Therapeutin schließlich in einer psychotischen Übertragung als Feindseligkeit und Verfolgung erlebt.

Sie sagte einmal später in einer therapeutischen Sitzung, daß sie alles, was die erste Therapeutin ihr sagte, schon vorher gewußt habe. Dies mag ein Ausdruck jener durchdringenden Hellsichtigkeit sein, die wir gerade bei schizophren reagierenden Patienten immer wieder beobachten können - ein Zeichen dafür, daß es hier weniger darum geht, Verdrängungen aufzuheben und dem Verdrängten Zugang zum Bewußtsein zu verschaffen, sondern daß

dem schizophren reagierenden Patienten gerade darin geholfen werden muß, mit den in der Regression zutage tretenden Emotionen differenzierter umzugehen, als dies die psychotische Abwehr zu tun vermag.

In diesen Zusammenhang gehört die Bemerkung *Federns* (1952), daß der Therapeut dem Patienten helfen müsse, mit seiner psychischen Energie hauszuhalten, Kräfte zu sparen und in den Aufbau flexibler Ich-Grenzen zu investieren. Auch hier gilt, was oben zur Dosierung der analytischen Interpretation gesagt wurde. Der Therapeut darf dem Patienten nicht moralisierend gegenübertreten, andernfalls wird die Hilfe beim Aufbau von Ich-Abgrenzungen als eine feindselige Einengung erlebt, als eine Ablehnung im Grunde und ein Unverständnis gegenüber den Konflikten des Patienten.

Fromm-Reichmann (1946, 1948, 1950) betonte daher mit Recht, daß ein Therapeut, der, eingezwängt in die engen Wertvorstellungen eines kleinbürgerlichen Lebens, dem schizophren reagierenden Patienten lediglich als eine Art Agentur gesellschaftlichen Wohlverhaltens entgegentritt, niemals Erfolg haben könne.

Der Therapeutenwechsel der Patientin trug meines Erachtens zum Milieucharakter der therapeutischen Situation bei, indem er eine Aufsplitterung der angstmachenden Übertragungspsychose gestattete. Wie wichtig der Wechsel der Therapeuten für die Patientin war, dokumentierte das Bild, das sie kurz vor Beginn der Therapie bei mir malte (vgl. Abb. 17).

Die Patientin litt zu dieser Zeit, kurz vor dem Therapeutenwechsel, unter starken Depressionen und ständigen Suizidvorstellungen. Sie sagte, daß sie lange hin und her geschwankt habe, ob sie sich umbringen oder noch einmal den Versuch einer therapeutischen Beziehung machen sollte. Es ist dann nicht zuletzt die vorwurfsfreie Zustimmung ihrer ersten Therapeutin gewesen, die ihr den Schritt über den Totenfluß hinweg in das andere Land einer zweiten Therapie ermöglichte.

Meine Haltung der Patientin gegenüber war von vornherein bestimmt durch das Bewußtsein, daß ich in informaler Weise ihrem symbiotischen Bedürfnis entgegenkommen, dabei aber die Lösung der Symbiose im Auge behalten mußte. Aus diesem Bemühen heraus ergab sich die milieuartige Ausweitung der Situation, die eine vielfältige Behandlungstechnik erlaubte. Dabei war es das Ziel, der Patientin einen Zugang zu ihren extremen Ängsten zu verschaffen. Ein deutliches Bild ihrer Konfliktsituation und der in der Therapie mobilisierten Angst gab die Patientin in einem Traum, den sie in einer Sitzung berichtete und für den Therapeuten niederschrieb.

»Es war dunkel, eisige feindliche Nacht, und mehrere Menschen, darunter ich, stiegen einen steilen Berg empor, um etwas zu erkunden. Wir gingen wie ein Spähtrupp vor, und ich hatte ein unangenehmes Gefühl, weil ich ganz links außen gehen mußte, denn ich wußte, daß der Feind irgendwo lauerte.

Schließlich sah ich mich allein emporsteigen, einem leitenden Schemen nach, wie ich wußte, meinem Dämon. Ich war mir dessen bewußt, daß er mich, sobald ich gesehen haben würde, was notwendig war (für mich), mit

der Erde hinabstürzen würde. Ich ging trotzdem weiter und legte schließlich beide Hände in seine und ließ mich das letzte Stückchen emporziehen.

Was ich dann sah, weiß ich nicht, aber ich fand es ganz unsinnig, daß er grausam und unerbittlich lächelte und mich dann mit der Erdschicht, die plötzlich auf dem Gipfel war, in den Abgrund stürzte.

Ich schlug hart auf und ruhte an einem Felsen, noch alles wahrnehmend, aber auch fast zu Stein geworden. Plötzlich erwachte ich aus der Erstarrung und wußte, daß es etwa tausend Jahre gedauert hatte und nun die zweite Erdschicht, vereint mit der ersten, in die Tiefe stürzen müsse.

Angst hatte ich nicht. Ich sah am Fuße des Plateaus badende und in der Sonne liegende junge Menschen und dachte wehmütig: wie ahnungslos sie sind, und gleich wird der zweite Untergang alles verschlingen.

Da kam auch schon mit ungeheurem Krachen und Bersten vom Gipfel die zweite Erdscheibe wie ein Sonnenrad (aus Ton) herab, riß alles mit hinunter, und im Abgrunde züngelte lehmiges Wasser aus den Erdritzen und verschlang alles. Dann sah ich mich in der Unterwelt wieder als Geist unter Geistern, denkend, aber körperlos. Alles war von hin- und herwogenden, pflanzenhaft lebenden Farben erfüllt, schwefliges Gelb, Grün, Violett und unangenehme Blau-Rot-Töne. Dazu erklang sehr disharmonische Musik (etwa Jazz).

Ich wunderte mich, daß die anderen Geister sich noch an diese Daseinsform klammerten und gar nicht den endgültigen Ausweg suchten. Ich suchte und fand den Ausgang, an dessen rechter Seite eine helle Säule stand. Ich glitt in ein unendliches Grau hinaus und spürte erlöst, daß nun endgültig das letzte Leben aus mir wich und sich in dieser Atmosphäre verlor und auflöste. Damit endete der Traum. Der Dämon hatte übrigens, als er mir am Gipfel deutlich erschien, vollkommen Ihre Züge und Ihre Gestalt.«

Dieser Traum wurde von mir nicht streng analytisch gedeutet. Ich nahm ihn vielmehr, ebenso wie vorher die Bilder, als ein Geschenk der Patientin entgegen und interpretierte die darin geschilderte Weltkatastrophe als den Untergang ihrer psychotischen Welt, die in zwei Scheiben gespalten, von dem Therapeuten-Dämon auf die Spitze geführt und dann in den Abgrund gestürzt wird. Die beschriebene Ambivalenz der Patientin, die sich vom Therapeuten einerseits emporgezogen, andererseits in einen Abgrund geworfen fühlte, die ihre Lebenssituation als einen geisterhaften Jazzkeller wahrnahm und Befreiung erst in der vollkommenen Auflösung ihrer Existenz in einem wesenlosen Grau erfuhr, fand einen anders gewendeten Ausdruck in einem Traum, den die Patientin wenige Tage später berichtete:

»Heute träumte ich, wir hätten beide eine Schneeballschlacht gemacht, und es war wunderschön. Als ich schließlich ganz außer Atem war und nicht mehr weiter konnte, blieben wir stehen. Sie legten leicht einen Arm um meine Schultern, und ich konnte erst einmal verschnaufen. Es war plötzlich eine große wohltuende Stille und Ruhe. Ich fror nicht mehr und fühlte mich sehr geborgen.«

Beide Träume, die wie gesagt, zeitlich sehr nahe beieinanderlagen, hingen auch thematisch eng zusammen. Während der Weltuntergangstraum die drohende Gefahr darstellt, die für die Patientin mit dem therapeutischen Kontakt verbunden war, und in einem Drama von kosmischen Ausmaßen die befreienden und heilenden Aspekte der therapeutischen Beziehung mit der Vorstellung einer apokalyptischen Katastrophe verbindet, erscheint in dem zweiten Traum die therapeutische Beziehung als eine belebende und spielerische Auseinandersetzung und die »große wohltuende Stille und Ruhe« ist nicht länger verbunden mit der Vorstellung einer endgültigen Selbstauflösung. Beide Träume beschreiben recht gut die Spannweite der therapeutischen Situation, in der die Patientin den Therapeuten einerseits als einen zerstörerischen Dämon erfuhr, andererseits aber seinen Schutz suchte und erlebte. Nachdem sie etwa ein Jahr bei mir in Therapie gewesen war, berichtete die Patientin einen Traum, den sie zu Beginn der Therapie geträumt hatte, und der illustriert, was gemeint ist, wenn ich vom therapeutischen Bündnis spreche.

»Vor einem Jahr träumte ich von einem merkwürdigen maschinenähnlichen Menschen, der von Zeit zu Zeit von manchen Menschen gesehen wurde. Er sollte in einem Keller, der viele Kammern enthielt, in einer derselben sichtbar werden und diejenigen, die ihn sahen, das Leben kosten. Einige Menschen wußten davon, hüteten sich aber, ihn herauszufordern. Unter diesen Menschen waren Sie auch. Sie lachten aber mutwillig und wollten es doch versuchen, den Maschinenmenschen zu Gesicht zu bekommen. Ich hatte große Angst, daß er Sie töten würde, und versuchte, Sie von Ihrem Vorhaben abzubringen, aber Sie lachten nur überlegen und meinten, Sie könnten ihm auch ohne Waffe gegenübertreten. Mir war bekannt, daß man seine verderbliche Macht nur brechen konnte, wenn man eine bestimmte altmodische und in der Form ganz gedrungene und verschnörkelte Pistole besaß und sie ihm, wenn er einen Menschen durch seine Berührung töten wollte, rechtzeitig gegen die Brust setzte.

Ich konnte mir diese Pistole beschaffen und paßte nun auf, wann Sie zu ihm zu gelangen versuchten, und hielt mich in der Nähe des Kellers auf, bis ich heraus hatte, in welcher Kammer er sich aufhielt. Ich beschwor Sie nochmals, nicht hineinzugehen, aber Sie achteten gar nicht darauf.

Erst war es ganz still, dann kam plötzlich Leben in den Maschinenmenschen. Es glomm ganz unheimlich in seinen Augen, dabei stand er noch ganz unbeweglich lauernd. Plötzlich riß er beide Arme hoch und stürzte sich mit aufgerissenem Munde auf Sie. Ich hatte schreckliche Angst und stürzte in den Raum. Ich stieß ihm die Pistole gegen die Brust und hoffte zitternd, daß sie ihre Wirkung tun würde. Er wankte und schien seiner Kraft beraubt, aber ob er Ihnen schon Schaden zugefügt hatte, sah ich nicht. Damit endete der Traum.«

Dieser Traum, den die Patientin zu Beginn der Therapie träumte, den sie aber erst ein Jahr später in die Therapie bringen konnte, zeigt deutlich das Bemühen der Patientin, sich mit dem Therapeuten gegen die Krankheit als den gemeinsamen Feind zu verbünden.

Zusammen mit dem Traum vom Maschinenmenschen berichtete die Patientin einen Traum, den sie im Verlauf der Therapie wiederholt geträumt hatte und in dem wir unschwer einen Kommentar zu einer Reihe ihrer Bilder erkennen können.

»Ich träumte öfter von einem älteren Mann, der weise, streng, merkwürdig fern und unpersönlich aussieht und dem ich gehorchen muß, was ich letzten Endes auch immer tue. Er hat chinesische Züge und entweder ein glattes zeitloses Gesicht oder verwitterte Züge, wie Erde und Wurzeln oder Baumrinde. Er gebietet mir meistens durch Schweigen, selten durch Worte und dann nur in knappen Befehlen.«

In diesem Bericht, der eine ganze Reihe von Träumen zusammenfaßt, erscheint der Therapeuten-Götze, wie wir ihn in den Bildern der Patientin kennengelernt haben, als ein Mensch. Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, daß Träume der Patientin im Prozeß ihrer Therapie einen anderen Stellenwert einnahmen, als dies etwa in der Analyse einer neurotischen Reaktion der Fall gewesen wäre (*Ammon* 1971a, b).

In der Neurosentherapie bietet die Traumanalyse einen Zugang zur Dynamik der verdrängten Primärprozesse des Unbewußten. Um es bildlich auszudrücken: Träume werden benutzt als ein Einstiegsschacht, den die Analyse allmählich zu einem Bergwerk erweitert, aus dem das unbewußte Material zutage gefördert wird.

In der Therapie schizophren reagierender Patienten dagegen, die ja nicht unter zu starker Verdrängung, sondern im Gegenteil gerade unter der Überflutung durch unbewußtes Material leiden, haben Träume eine ganz andere Funktion. Sie zeigen an, daß die Ich-Funktionen des Patienten sich soweit entwickelt bzw. reorganisiert haben, daß der Patient in der Lage ist, seine Erfahrungen zu sinnvollen Zusammenhängen zu integrieren.

Ebenso wie vorher ihre Bilder begrüßte ich daher die Träume, welche Juanita zunehmend häufiger in die Therapie mitbrachte, als schöpferische Produktionen, welche in dramatischen Darstellungen artikulierten, was die Patientin vorher als amorphe Angst erlebt hatte.

Das Ausmaß der integrativen Leistungen ihrer Träume wird deutlich, wenn wir sie den psychotischen Episoden gegenüberstellen, die die Patientin im Verlauf der Therapie wiederholt erfuhr. Wir haben in den Bildern der Patientin gesehen, daß die sie verfolgenden Ungeheuer eine dissoziierte Körperlichkeit hatten, daß Augen, Krallen, Schnäbel und reptilienartige Gebisse miteinander kombiniert wurden, daß aber jede organisierte Körperlichkeit aufgelöst war (Abb. 18). Die Patientin stellte ihre Mutter depersonalisiert als ein paar oder auch mehrere Augen dar, sie selbst erschien auf vielen ihrer Bilder als ein blaues Reh, d. h. mit einer nicht-menschlichen Identität.

Eine solche Auflösung körperlicher Zusammenhänge ist nach meiner Erfahrung ein differentialdiagnostisches Kriterium für eine schizophrene Reaktion. Dies war auch Consensus auf dem Kongreß der Deutschsprachi-

gen Gesellschaft für Psychopathologie des Ausdrucks, der im September 1968 in Basel zu dem Thema: »Verlauf und Prognose im bildnerischen Ausdruck« stattfand (vgl. auch das Bildmaterial bei *Prinzhorn* 1922). Aber nicht allein in ihren Bildern tauchten diese körperlichen Desorganisationen auf, sondern auch in der Therapie hatte die Patientin wiederholt intensive Depersonalisationserlebnisse. Sie hatte dann etwa eine Minute lang das Gefühl, daß ihr der Kopf vom Körper abgetrennt war, oder aber sie erlebte sich als eine Art Insekt, als Käfer, hatte das Gefühl, daß ihre Füße groß und unförmig anschwellen würden und daß ihr der Kopf zusammenschrumpfte, bis er klein wie eine Stecknadel war.

Eine dieser psychotischen Episoden wurde schließlich zum Wendepunkt des therapeutischen Prozesses. Die Patientin kam in einem extrem verwirrten und psychotischen Zustand in die Sitzung. Bei sich trug sie ein Bild, das sehr unklar, in schwimmend vermischten Farben ein abstraktes Zeichen darstellte. Außerdem brachte sie einen Brief mit, den sie unter großer Anstrengung geschrieben hatte, und in dem sie um Hilfe bat. Wie sie berichtete, war sie zu Hause in einen Zustand geradezu katatoner Lähmung geraten, begleitet von bedrohlichen Halluzinationen. Sie hatte die Empfindung, daß die Luft zähflüssig und dunstig wurde, daß ein Löffel auf dem Tisch eine drohende Haltung einnahm und nach ihr schnappte. Der Raum habe seine Struktur verloren, und auch ein Stuhl habe nach ihr gegriffen. In einem Kreis um sie herum hätten Dämonen, Ungeheuer und ein großes Auge gesessen.

Die Patientin litt, als sie in die Sitzung kam und auch während ihres Berichtes, unter panischer Angst. Dabei hatte sie das Gefühl, daß ein Tier in ihrer Brust ein immer größer werdendes Loch fräße. Einer verbalen Kommunikation erwies sie sich als vollkommen unzugänglich.

Ich versuchte zunächst, auf die Ebene ihres konkretistischen Berichts einzugehen und in einer symbolischen Aktion das Tier zu töten, welches sie langsam auffraß, hatte aber damit keinen Erfolg. Die Patientin blieb unerreichbar. Ich rief mir daraufhin die zu diesem Zeitpunkt beherrschende Dynamik der Übertragungsbeziehung ins Bewußtsein. Die Patientin erlebte mich als Dämon, wie dies einige Träume gezeigt hatten, die sie zwei Monate vorher berichtet hatte, als sie sich in einem kontrollierteren Zustand befunden hatte.

Ich begann nun, die Übertragungspsychose in diesem Punkt zu verstärken und sagte: »Erinnerst du dich, daß ich ein Dämon bin? Ich werde dich jetzt erwürgen«. Diese äußere Drohung durchdrang ihre halluzinatorische Abwehr, und sie bat mich flehentlich: »Lieber Dämon, bitte, laß mich leben, bitte, tu mir nichts, brich mir nicht die Knochen und reiß mir nicht den Kopf ab, reiß mir auch nicht mein Fleisch heraus«.

Sie war nun extrem ängstlich, sehr blaß und hatte einen Schweißausbruch, aber sie hatte nicht länger das Gefühl, daß ein Tier in ihrer Brust an ihr fräße. Ich sagte dann zu ihr: »Der Dämon ist ein guter Dämon. Ich werde dir nicht wehtun, ich werde dich schützen.« Daraufhin beruhigte sich die Patientin, sie war nicht länger im psychotischen Zustand, und kurz

beweglich zu gestalten. Die Therapie muß sich den jeweils spezifischen Bedürfnissen und Konflikten des Patienten anpassen, nicht umgekehrt der Patient sich einer ritualisierten Therapie unterwerfen.

Ich habe in der Beschreibung dieses einen Behandlungsverlaufs zu zeigen versucht, wie im Rahmen einer ambulant durchgeführten analytischen Psychotherapie mit einer schizophren reagierenden Patientin aus der Notwendigkeit der Situation heraus sich die Ansätze einer analytischen Milieutherapie ergaben, die ich später weiterentwickeln konnte.

Zusammengefaßt kann vielleicht gesagt werden, und ich möchte diesen Gedanken im folgenden gern weiterverfolgen, daß die Psychotherapie von schizophren reagierenden Patienten begriffen werden kann als eine nachholende Ich-Entwicklung der Patienten mit Hilfe eines »facilitating environment«, welches die starken symbiotischen Bedürfnisse der Patienten ebenso auffangen kann, wie es ihre heftigen destruktiven Tendenzen zu zersplittern und zu neutralisieren vermag. Nicht das Fehlen einer Übertragung erschwert die psychotherapeutische Behandlung der schizophrenen Reaktion, oder macht sie gar unmöglich, sondern die eingeengten und starren Therapieformen verhindern, daß die positiven und konstruktiven Momente der Übertragungspsychose sich entfalten und die lähmenden Abwehrformen der Psychose in Bewegung bringen können.

In dem vorgetragenen Fall waren es die Bilder der Patientin, welche die therapeutische Situation zum therapeutischen Milieu erweitern halfen, worin die Patientin ihrer konstruktiven Ich-Funktionen sich fortschreitend vergewissern konnte, ein Milieu, das ihr auch den sicheren Rahmen gab für das Durchleben ihrer archaischen Ängste.

Die Träume, welche die Patientin nach den Bildern in die Sitzungen brachte, konnten die intrapsychischen Dimensionen des therapeutischen Prozesses dann auf einer höheren Ebene und weitaus differenzierter darstellen und integrieren, und schließlich gegen Ende der Therapie konnte die Patientin in einem großangelegten Rekonstruktionsversuch den zitierten Lebensbericht schreiben. In einem Brief, den sie kurz vor Beendigung der Therapie an den Therapeuten schrieb, sagte sie: »Für mich ist es ein ganz seltsames und kostbares Erlebnis, daß ich gern gehabt werde... Es ist wie ein Neu-Geboren-Werden, ein Anfang, ein wenig Hoffnung und ein klein wenig Sicherheit.«

Ich möchte diesen Behandlungsbericht nicht beenden, ohne auf einen Umstand hinzuweisen, der meines Erachtens für das Gelingen des beschriebenen therapeutischen Prozesses von großer Wichtigkeit war.

Es gab um die Patientin herum keine Familiengruppe, deren pathologische Dynamik durch die Therapie der Patientin hätte bedroht werden können. Damit entfiel eines der Haupthindernisse, auf das die Psychotherapie der schizophrenen Reaktion regelmäßig stößt: die vielfältigen Bemühungen einer kranken Familiengruppe, den Patienten um des bedrohten Familiengleichgewichtes willen in seiner Krankheitsrolle festzuhalten und die Therapie zu torpedieren. Mit diesem wichtigen Aspekt der Psychotherapie

danach fiel sie in einen tiefen und ruhigen Schlaf. Als sie erwachte, berichtete sie, daß sie sich erfrischt fühle und daß sie traumlos geschlafen habe. Nach dieser Sitzung hatte die Patientin keine weiteren psychotischen Episoden und Halluzinationen.

In die nächste Sitzung brachte sie ein Bild mit, das ein blaues Reh unter den schützenden Zweigen eines Baumes zeigte.

Der Ausbruch dieser psychotischen Reaktion - es war die längste psychotische Episode, die die Patientin im Laufe ihrer Therapie erlebte, sie dauerte zwei Tage - hatte sich lange vorbereitet. Der Traum, worin der Therapeut als Dämon erschien, ging zwei Monate voraus. Es mag sein, daß voreilige Interpretationen des Traumes und der Bilder die Patientin in eine extreme Stress-Situation brachten. Ihre Übertragungsbeziehung zu mir war außerordentlich intensiv und wurde daher von beträchtlicher Angst begleitet. Dazu kam, daß ich kurz vorher einen einmonatigen Urlaub in einem anderen Land verbracht hatte, worauf die Patientin mit starker Trennungsangst und verstärkter Ambivalenz reagiert hatte.

Zur Behandlungstechnik in der geschilderten Situation ist zu sagen - und ich folge in diesem Punkt der Theorie von *Rosen* (1953) -, daß der Therapeut, wenn er als eine reale Person in die Welt der Psychose einsteigt, die Kraft und die Farbe von den halluzinierten Figuren oder Tieren abzieht und auf sich konzentriert. Der Therapeut kann dann die angsterregende Phantasie so auf sich ziehen, daß die Libido des Patienten sich aus dem autistischen Zirkel seiner Wahnvorstellungen lösen und durch die hergestellte Übertragungspsychose den Weg zur Realität finden kann, ein Vorgang, den wir mit *Ekstein* (1966) als eine Wiederholung der traumatischen Situation und ihre gleichzeitige heilende Veränderung (repairing) begreifen können.

In dem hier vorgetragenen Fall war diese Wiederholung erfolgreich. Sie brachte in das Hier und Jetzt der therapeutischen Situation die früheste Erinnerung der Patientin an ihre Mutter, die sie erst nach Abschluß der Therapie berichten konnte. Sie erinnerte, daß die Mutter sich drohend über ihr Bett gebeugt habe und daß sie große Angst davor hatte, die Mutter könne sie ähnlich wie ihre Schwester erwürgen, die als Kind im Bett der Mutter unter mysteriösen Umständen gestorben war. In der Wiederbelebung dieser Angstsituation in der geschilderten psychotischen Episode aber konnte die Patientin eine veränderte Erfahrung machen. Die Dämon-Mutter kann sie erwürgen, kann sie kastrieren und töten, aber sie tut es nicht. In dieser Erfahrung einer »emotional correction« hat *Alexander* (1952) den Wendepunkt der therapeutischen Arbeit gesehen.

Es leuchtet ein, daß eine direkte therapeutische Intervention, wie sie in der beschriebenen Situation nötig wurde, voraussetzt, daß zunächst einmal eine therapeutische Situation entwickelt wird, die dem Patienten erlaubt, seine gelähmten Ich-Funktionen allmählich wieder zu entfalten. Dabei kommt es gerade bei den archaischen Ich-Störungen der psychotischen Reaktion darauf an, die therapeutische Situation selbst flexibel und

der schizophrenen Reaktion möchte ich mich in den folgenden Kapiteln dieser Studie eingehender beschäftigen.

Toward a Psychotherapy of Schizophrenia I-III

Günter Ammon (1971)

The author consecrates his study to the problem of psychotherapy of schizophrenia and will try to sum up his twenty years experience in the treatment of schizophrenic patients. The cases which he is going to present will furnish evidence to the leading thesis, that the so called schizophrenia is to be understood as a form of reaction to traumatic experiences which the patient met with in his early childhood, and this reaction is accessable to the understanding and empathy of others and is reversible in the course of the therapeutic process.

In the first part the author remarks that this thesis does not constitute a dogmatic refusal of somatic etiology. Psychiatric syndroms of schizophrenia express multidensional and multifactorial whole of facts in which somatic factors may be involved. The many researches on schizophrenia are as yet far from proving its exclusice determinataion by organic factors. The author refers to the studies on twins and other physiological research which brought no convincing evidence to the exclusive organic thesis, so that it is today a mere dogmatic assumption.

Freud's discovery of unconscious dynamics gave the possibility to understand psychic disturbances, though he considered his method applicable only to neuroses and not to psychoses. *C.G. Jung* was the first to indicate the resemblance of psychotic reaction with dreams. The author mentions the controversy between *Freud* and *Jung* on the one hand and between *Jung* and *Bleuler* on the other hand which led to the harmful separation between psychoanalysis and psychiatry in Europe, whereas the reception of psychoanalysis in the USA resulted in a fruitful cooperation between both. As most important contributions to the therapy of schizophrenia *Ammon* names the work of *Federn, Sullivan, Bellak* and *Searles.*

Bellak's concept of ego-strength, i.e., the stability and elasticity of psychic functions which make out the integration of personality made him define the form of psychic disease in accordance with the degree of the integrity in ego-functions. Similar to it was *Federn*'s concept of ego-cathexis, whereby he developed the idea of a neutral ego-energy besides of the two antagonistic drives of the *Freud*ian theory. *Sullivan* conceives the schizophrenic reaction as a specific »security operation« of the »self-system« to protect itself from an overwhelming anxiety. In addition the author mentions results from the communication theory which demonstrated that double-bind situations define the structure of communication in families of schizophrenic reacting persons.

After this survey the author gives a short account of his own conception of schizophrenic reaction: Diagnostically speaking mental diseases can be represented as a spectrum of qualitatively different reactions passing from the slight disturbance to the more severe illness. The difference in degree and structure among pathological reaction correspond to the intensity and duration of the early disturbed mother-child relation. The earlier the disturbance of symbiotic relation to the mother is, the weaker the ego and the more serious the illness. The disturbances in later life-moments are of course important for the development but the key situation remains the mother-child relation. The attitude of the mother, her ambivalence, her anxiety, her instability to love determines the further form of disturbance. The behaviour of the mother is determind by the group or society in which she lives and which regulates her role. This aspect of group dynamics is particularly important in the psychotherapy of schizophrenia. The author lays stress on the importance of group- and milieu-psychotherapy as giving various chances for an elastic treatment of schizophrenia.

In the second part of the article the author describes a case in order to illustrate his thesis, that the principal cause of schizophrenia lies in the disturbance of the early mother-child relation. His patient, a young woman, painter, who grew up in a troubled environment and in an extreme attachment to her mother, came to him after having been treated for some time by another therapist. She was suffering from paranoid fears and could only communicate with him through per paintings. A year before the end of the therapy she could write him a long report about her life. She tried to communicate with him, what she could but sporadically do in the direct treatment. Her account is full of contradictions and chronological incongruencies, but delivers a great deal of material, which can be analytically interpreted and which reflects her state of mind during the treatment. This report confirms the main thesis of the author about the symbiosis complex, the double-bind-situation and the social influence upon the family dynamics and its expression in identity diffusion. Interesting points are the disturbance of thought, which show the degree of ego weakness of the patient and hence allow to grasp the dynamics of her illness.

In the third part of his study the author gives a description of the psychotherapy of schizophrenia, the problems of the therapeutic technique and the analytical processes in the treatment of his patient Juanita. At the beginning the paintings of the patient served as a means to establish a communication between the therapist and her and to diagnose the patient's state of mind, whereby the paintings were not explained analytically but were interpreted from an artistic point of view. Dreams, too, were regarded by the therapist as realistic representations and were not explored in their unconscious content. So the author created a therapeutic milieu, in which the paintings were used as a medium for communication and which allowed the patient to show her ambivalent feelings towards the therapist. In this

therapeutic milieu the symbiotic transference could be tolerated by the patient and in the end could be resolved without feelings of guilt.

The author describes the transference as an expression of an unsolved symbiosis complex, which is determined by the refusal of the mother to let her child develop its own identity. In this context the schizophrenic reaction is understood as a result of a destructive symbiosis with a persecuting mother.

The weak ego of the patient recommended the application of a special technique differing from the classical analysis but maintaining in the meantime an analytical relation between patient and therapist. Therapeutic milieu and therapeutic alliance helped the patient to realize gradually a »correction of emotional experience«, so that she could reach a stage of relative ego-strength and became able to reflect more clearly upon her past life.

Literatur

Alexander, F.(1952): Development of the Fundamental Concepts of Psychoanalysis. In: *Alexander, F.; Ross, H.* (Eds.): Dynamic Psychiatry (Chicgo: Univ. of Chicago Press)

Akerfeld, S. (1957): zitiert in: *Alexander, F.G.; Selesnick, S.T.*: The History of Psychiatry. Dt. Ausgabe 1969: Geschichte der Psychiatrie (Konstanz: Diana)

Ammon, G. (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter, demonstrated through Pictures. Proseedings 6. Convent. of the Interam. Soc. f. Psychol., Mexico City, Univ.

– (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas

– (1968): Die »schizophrenogenic mother« in der Übertragung. In: Dyn. Psychiat. (1), H. 1

– (1969a): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. In: Dyn. Psychiat. (2) 63-69

– (1969b): Verifikation von Psychotherapie bei Schizophrener Reaktion. In: Confinia Psychiatrica (12), No. 1

– (1969c): Psychoanalytische Gruppentherapie – Indikation und Prozeß (Berlin: Pinel-Publikationen)

– (1970a): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)

– (1970b): Auf dem Wege zu einer dynamischen Sozialpsychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (3) 121-126

– (1970c): Die analytische Gruppentherapie im Rahmen der Sozialpsychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (3) 185-190

Bateson, G. et al. (1969): Schizophrenie und Familie (Frankfurt: Suhrkamp)

Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J.; Weakland, J.W. (1956): Towards a Theory of Schizophrenia. In: Behavioral Science (1) 251-264

Bellak, L. (1952): Manic Depressive Psychosis and Allied Conditions. (New York: Grune & Stratton)

– (1967): Selected Papers of Leopold Bellak, Ed. *Donald D. Spence* (New York: Grune & Stratton)

– (1969): The Systematic Diagnosis of the Schizophrenic Syndrome. In: Dyn. Psychiat. (3) 148-156

Benedetti, G. (1970): Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (3) 20-30

Biermann, G. (1968): Kindeszüchtigung und Kindesmißhandlung. (München/Basel: E. Reinhardt)

Bleuler, E. (1911): Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. (Leipzig)

– (1912): Das autistische Denken. In: Jhb. Psa. Psychopath. Forsch. 4

Bleuler, M. (in Vorbereitung): What do you think in regard to the genesis and nature of schizophrenia? In: Psychiatric Forum / Psychiatric Digest, zit. bei *G. Benedetti*, Dyn. Psychiat. (3) H.1

Bloch, G.R. (1970): Briefl. Mitteilung vom 23.12.70
Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (1955), Herausgegeben von der American Psychiatric Association, 8. Aufl., Washington
Ekstein, R. (1966): Children of time and space, of action and impulse (New York: Appleton)
Erikson, E.H. (1959): Identity and the Life Cycle. Dt. Ausg. 1970: Identität und Lebenszyklus. (Frankfurt a. M.: Suhrkamp)
Federn, P. (1932): The Ego Feeling in Dreams. In: Psychoanalyt. Quart. (1) 511-542
– (1934): The Awakening of the Ego in Dreams. In: Int. J. Psychoanal. (15) 296-301
Ferenczi, S. (1955): Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis, Ed. *Michael Balint* (London: Basic Books)
Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. Ges. Werke, Bd. II/III (London: Imago Publ.)
– (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. Ges. Werke, Bd. VIII, a.a. O.
– (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. Werke, Bd. X, a.a. O.
Fromm-Reichmann, F. (1943): Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics: The Influence of Modifications in Technique on Present Trends in Psychoanalysis. In: Psychiatry (6), No. 3
– (1946): Remarks on the Philosophy of Mental Disorder. In: Psychiatry (9), No. 4
– (1948): Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. In: Psychiatry (11), No. 3
– (1950): Principles of Intensive Psychotherapy (Chicago: Univ. of Chicago Press)
– (1952): Some Aspects of Psychoanalytic Psychotherapy with Schizophrenics. In: Psychotherapy with Schizophrenics (New York: Int. Univ. Press)
– (1958): Basis Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia. In: Psychiatry (21), No. 1
Guntrip, H. (1968): Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self (London: The Hogarth Press)
Griesinger, E. (1845): Zur Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. (Berlin)
Haley, J. (1956): s. *Bateson* et al. op. cit.
Harlow, H.F. (1959): Basic Social Capacity of Primates. In: *Spuler, J.N.* (Ed.) The Evolution of Man's Capacity for Culture. (Detroit: Wayne State Univ. Pres.)
Heston, J.L. (1966): zit. nach *Schmidbauer*, W. op. cit.
Horwitz, W.A. (1959): Insulin Shock Therapy. In: *Arieti, S.* (Ed.): American Handbook of Psychiatry, vol. I, p. 1485-1499 (New York: Basic Books)
Jackson, D.D. (1956): in: *Bateson* et al. op. cit.
Jung, C.G. (1906): Psychologie der Dementia Praecox. (Halle: Marhold)
Kallmann, F.J. (1946/47): The Genetic Theory of Schizophrenia.In: Am. J. Psych. (103) 309
Kraeplin, E. (1899): Kurzes Lehrbuch
Kringlen, E. (1964): Schizophrenia in Male Monozygotic Twins. (Oslo)
Lidz, T. (1957): Marital Schism and Marital Skew. In: Am. J. Pychiatry (114) 241-248
Mahler, M.S. (1969): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation (London: The Hogarth Press)
Penfield, W. (1966): Perception and the Cortex. In: *Eccles, J.C.*: Brain and Conscious Experience (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
Pollin, W. (1969): vergl. Praxis-Kurier 7, Nr. 32, 1969, S. 2
Prinzhorn, H. (1922): Bildnerei der Geisteskranken (Berlin: Springer)
Rapaport, D. (1967): The Collected Papers of David Rapaport (New York: Basic Books)
– (1951): On the Organization of Thought Processes: Implications for Psychiatry, aaO.
Rosen, J. (1953): Direct Analysis (New York: Grune & Stratton)
Rümke, H.C. (1958): Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenen. In: Nervenarzt (29) 49
Schilder, P. (1920): Über Gedankenentwicklung. In: Z. Neurol. Psychiat. (59)
– (1930): Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse (Berlin: Karger)
Schmidbauer, W. (1971): Seele als Patient (München: Piper)
Schultz, J.H. (1971): Zum Gedenken an den Ehrenvorsitzenden der Berliner Medizinischen Gesellschaft. Vortrag gehalten vor der Berl. Med. Ges. am 17.2.1971
Searles, H. (1965): Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. (London: The Hogarth Press)
Singer, M.; Wynne, L.C. (1955): Thought Disorders and Family Relations of Schizophrenics. IV. Results and Implications. In: Arch. Gen. Psyiatr. (12) 201-212

Spitz, R. (1956): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. (Stuttgart: Klett)
Sullivan, H.S. (1953): The Interpersonal Theory of Psychiatry. (New York: W.W. Norton)
– (1962): Schizophrenia as a Human Process. (New York: W.W. Norton)
Vogel, E.F.; Bell, N.W. (1960): Modern Introduction to the Family. The Emotionally Disturbed Child as the Family Scape Goat. (New York: The Free Press)
Weakland, J.W. (1956): in *Bateson* et al. op. cit.
Weiss, E. (1965): Paul Federn, The Theory of the Psychosis. In: *Alexander, F.* et al. (Ed.): Psychoanalytic Theory (New York/London: Basic Books)
Will, O. (1970): Psychotherapy, Schizophrenia and the Identity of the Therapist, In: Bull. Menn. Clin. (34) 387-392
Wynne, L.C.; Ryckoff, I.M.; Day, J.; Hirsch, S.J. (1958): Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. In: Psychiatry (21) 205-220
Wynne, L.C.; Day, J.; Ryckoff, I.M. (1959): Maintenance of Stereotype Roles in the Families of Schizophrenics. In: Archives of General Psychiatry (1) 109-114

Specific Ethical Principles in Dynamic Psychiatry**

Bela Buda (Budapest)*

The written texts of Günter Ammon and his school of Dynamic Psychiatry do not contain an ethical theory. However, ethics have a central importance for this school, albeit in an implied, inclusive way. Traditional rules of medical and psychiatric ethics were regarded as self-evident by Ammon and his pupils and rigorously observed. The school's deep commitment for a complex, holistic, multidimensional view of man and treatment philosophy and practice was also expressed in a number of principles which prescribed responsibility for high standards of care, struggle for conditions of treatment and for human rights of the patients, including efforts to change society's attitudes and behaviour towards people with mental health problems.

In many respects ethics in psychiatry is a contradictory field. Whilst all ethical rules in medicine apply to psychiatry, there are also many special ethical standards. Two special fields merit mentioning: one is the psychiatrist's responsibility for the safety of the patient combined with the far-reaching respect of the patient's autonomy, choice and consent concerning treatment, the other is the boundary regulation within the patient - therapist relationship. The first issue contains almost insoluble paradoxes and contradictions. Nowadays involuntary commitment of a patient and keeping a patient in mental hospital and treating her or him against her or his will is very difficult. At the same time the psychiatrist is held responsible for suicidal tendencies or homicidal ideas of the patient (see the infamous Tarasoff rule in U.S.). Many psychiatrists have complexes with this problem and are not willing to deal with ethical issues. The other dilemma is also problematic: the patient - psychiatrist relationship. Especially if elements of psychotherapy are involved the relationship must be close and intimate, but the psychotherapist has to avoid any abuse, especially sexual abuse of this relationship, has to defend herself or himself against allegations of abuse and has to maintain distance, impersonal attitudes and emotional neutrality.

Whilst human rights of the patients in general, and autonomy and self-determination of them concerning treatment, lifestyle, »normality« and even death are increasingly important, there is a lot of literature about psychiatric ethics, but ethics does not belong to core themes of contemporary psychiatry.

In this situation it can be helpful to take a look at the ethical principles of Dynamic Psychiatry, a school of psychoanalysis and psychiatry grounded and developed by Prof. *Günter Ammon* and still flourishing in Germany and many other places of the world.

* Prof. M.D., Psychiatrist, Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry, Chairman of the Hungarian Branch of WADP, Vice-President of the Hungarian Psychiatric Society, Vice-Director at the Institute of Behavioural Sciences of Semmelweis Medical University Budapest, Director of Psychothrapeutic Services and Chairman of the Departments for Communication and Medical Anthropology.

** Paper presented at the International Symposium »Ethics in Dynamic Psychiatry« in Berlin May 9, 1998 in remembrance Günter Ammon's 80th birthday.

At first glance, the impression might be that this school is neglecting ethics altogether. Certainly, the extensive life work of *Günter Ammon* does not appear to put ethics into focus. The two bulky volumes of »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie« use the word »ethics« only four times, mainly in relation to the theories about the image of man in different schools of philosophy and psychology.

Beyond the written texts however, the spirit and the practice of Dynamic Psychiatry are concerned with ethics. The Dynamic Psychiatry school can be regarded as having the most ethical approach to psychiatry among the different orientations in the field. In the activities of *Günter Ammon* ethical standpoints were always unequivocal and prominent. He did not write about them, probably, because he regarded them as essential, self-evident and necessary, as preconditions of good practice. He simply could not conceive therapy without uncompromisingly observing the ethical rules.

Those who experienced him teaching, analysing case histories or visited his clinic in Menterschwaige or his centres in Munich or Berlin can witness and testify that he was always aware and conscientious of ethical aspects of psychiatric work. He always took care that conventional issues of ethics - such as confidentiality, informed consent, partnership in decisions etc. - were regarded as basic laws and requirements. He did not make them a theme in his writings because he regarded them as ground rules of medicine like asepsis and antisepsis, nil nocere, etc. In his practice however and in the practice of his school the ethical stance toward the patients and therapy was a consequent and highly visible trend.

Beside this ethical stance here are some principles of Dynamic Psychiatric work which are not dealt with under the rubric of ethics, but are very important endeavours in the school and are reflected in the system of theory and in the practice called Dynamic Psychiatry, as objectives, prerequisites, goals of treatment and care, in the therapeutic interest of the patients, i.e. they are not described in the usual framework of medical ethics.

However they must be interpreted and explained as unique ethical rules and principles specific for this school.

In other words, *Ammon* lived and worked according these principles, he enacted them in his different professional roles, e.g. as teacher, leader, therapist or simply as citizen, and he fought for them, also publicly, sometimes very bravely, involving himself in serious conflicts with professional and political authorities. The interest of the patients, the needs of persons struggling with mental illness were important for him, thus he took the old tenet »salus aegroti suprema lex esto« literally. This »suprema lex« was his guiding light in his thinking and work. He applied this overruling principle specifically and this application has to be reinterpreted as the specific ethical content and message of Dynamic Psychiatry. Everybody familiar with this school knows these specific elements in it:

1. The school puts emphasis on a holistic view of man and treatment of man's problems and illnesses. This means that patients have the right to

receive holistic treatment and the psychiatrists have the duty to treat them holistically. *Ammon* did not regarded it as ethical to treat psychiatric patients only with pharmacotherapy, without providing them with psychotherapy, i.e. social energy, group setting, milieu therapy, in order to challenge them and to help them to psychological growth. Thus he could elicit reparable and compensatory development in their ego and identity - »nachholende Ich-Entwicklung« as he formulated it in German. This principle involves the right to be treated in a therapeutic system and by psychoanalytical organised and led teams as well as to be integrated into groups during therapy. This approach is new in psychiatry. Up to now treatment has been conceived and carried out one-sidedly, different methods competing with each other and treatment has been determined by tradition. This could be: biological orientation, availability, psychiatric drugs, ideologies of efficacy, defined in behavioural terms or by cost-benefit considerations. Only now it begins to be recognised that different methods of therapy can and have to be integrated. Therefore the integration of pharmacotherapy and psychotherapy, or pharmacotherapy and sociotherapy is becoming a topic of interest only recently reflected in the in-creasing number of conferences and publications while *Ammon* has proclaimed integration for decades, of course with due stress on psychotherapy, because he has known that only psychological growth - in his terminology: the development of new structures in the ego and the subsequent improvements in ego functions - could guarantee long-lasting therapeutic results. *Ammon*'s continuing interest toward such fields as peace, work, religion, spirituality, etc. was motivated also by his therapeutic responsibility, because he saw these issues important in therapy, rehabilitation and prevention, within his multidimensional concept of man, especially in respect of impairment, restoration and use of human capabilities. He emphasised these issues also in his researches, training work, in supervision, or being a leader in his school.

2. According to *Ammon*, psychiatry is also responsible for the proper condition of therapy. Proper training, education and supervision have to be guaranteed and the proper organisation of contexts of therapy has to be achieved. All over the world many psychiatrists complain about the preconditions but grudgingly, they have to accept it. *Ammon* taught his followers to fight for financial, legal and administrative conditions of therapy, not only within the health care and health insurance system but also on social and political levels. *Günter Ammon* exposed himself continuously to criticism for reforms in psychiatry, wrote books about their necessity, e.g. after the new mental health law was passed in Italy in 1978, and he even initiated civil demonstrations and initiatives »Bürgerinitiativen« for them.

3. According to *Ammon,* in psychiatry both research and theoretical work have to be subject to the interests of the patients and the therapy in direct connection, therefore implying ethical considerations. *Ammon* claimed that the science of psychiatry and psychotherapy has to be a science of treatment (»Behandlungswissenschaft«), i.e. it has to have immediate practical conse-

quences. This claim again was not a short-sighted pragmatism on his part, it was a recognition that time and energy in psychiatry have to be used primarily for the interests of the patients and not for cultivation of a pure science. This was also a critical reflection of him towards presentday psychiatry which is overwhelmingly research-orientated in its institutions and university departments, where patients have to serve science instead of the reverse. Again an ethical problem too often repressed and denied in our age in psychiatry.

The problems of the patients - the social factors in illness and treatment, the lack of respect and tolerance, etc. - are important problems in the societies of our age. Through its theories, *Ammon* had the vision, this inspiration that Dynamic Psychiatry has to became a force of change in society. The theory in human structures in ego, deficits and pathologies in these structures and in the ego functions, of archaic ego disorders, the restoring processes during therapy, etc. have implications also for society, and society has to change in order to facilitate change in patients. It is no chance that *Ammon* engaged himself for political progress, emphasising values of freedom, equity, individual self-fulfilment, solidarity, mutual responsibility, protection of children, prevention, health promotion, etc. All these themes appear in important books and papers of his, also in his famous keynote addresses at congresses published later in volumes and teaching courses. Among his friends and pupils he expressed his views about these issues also in ethical terms. A therapist adopting Dynamic Psychiatry has also to transcend the traditional roles in the direction of influencing society and the public mind.

Therapy means etymologically to do service. Service to the patient, to the suffering, the ill person, this was *Ammon*'s interpretation. He tried to revolt against doing service for society helping it to repress people who were not conforming enough, not being able to adapt and to share the prevailing concept of normality in society. He was an ardent proponent of human rights of the patients, in an extended sense, which is encompassing also their rights to get proper treatment, social care and opportunities of independent living.

Ethics in Dynamic Psychiatry is therefore much more than a simple definition of behavioural standards in a traditionally defined dyadic patient-psychiatrist relationship, or of duties of individual doctors toward their patients. It implies wider frames of reference encompassing social attitudes and values, qualities of treatment organisations, training systems insurance policy, community care, etc. *Günter Ammon* built up his theories and therapy practices around these principles but was more interested in the ontological elaboration of methodologies and relevant knowledge than in the formulation of ethical rules. The multidimensional, human structurological view of man, the empathic understanding of the life history and situation of the patients and the uncompromising commitment to therapy prescribed for him what has to be done for treatment and rehabilitation, and still

prescribe it for his followers. It is time, however, to make more efforts to explicate the specific elements of ethics in the theory of Dynamic Psychiatry.

Spezifische ethische Prinzipien der Dynamischen Psychiatrie

Bela Buda (Budapest)

Die Literatur der Dynamischen Psychiatrie und die Texte von *Günter Ammon* enthalten wenige explizite Hinweise auf Ethik und moralische Normen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. *Ammon* und seine Nachfolger und Schüler haben medizinische und psychiatrische Ethik für selbstverständlich gehalten und haben die Standards konsequent und rigoros verfolgt. Die Schule aber hat implizite und spezielle ethische Prinzipien geschaffen, hauptsächlich in ihrer Theorien von der Multidimensionalität des Menschen und in ihrer therapeutischen Praxis. *Ammon* hat den traditionellen Rahmen der psychiatrischen Ethik wesentlich erweitert. Er hatte die Therapeuten auch für die Bedingungen der Therapie und Rehabilitation verantwortlich gemacht in dem Sinne, daß sie sich für diese Bedingungen auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene einsetzen und dafür kämpfen sollen. Die hohen Ansprüche der Schule bezüglich der Ausbildung der Therapeuten, der Supervision, der Therapieorganisation, der partnerschaftlichen Einbeziehung der Patienten in Prozesse der Therapie usw. zeigen, daß diese Schule ein komplexes System ethischen Denkens enthält, was noch Erarbeitung und Explikation braucht.

References at the author

Address of the author:
Bela Buda, M.D.
Semmelweis Medical University
Institute of Behavioural Sciences
H - 1415 Budapest, P.O. Box 370
Hungary

Ethische Aspekte in der humanstrukturellen Milieutherapie***

Monika Dworschak (München)*, Bernhard Richarz (München/Berlin)**

Die Autoren verstehen die auf Günter Ammon zurückgehende humanstrukturelle Milieutherapie als eine Form praktizierter Ethik; denn über eine Symptombehandlung hinaus strebt sie im Sinne der dynamisch-psychiatrischen Identitätstherapie eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung in der Gruppe an. Durch die Verwirklichung einer gemeinsamen Aufgabe, durch die Achtung vor der Würde jedes einzelnen und durch die Solidarität mit der Gruppe werden ethische Werte gleichermaßen gelebt wie vermittelt. Sie ist von einem therapeutischen Optimismus getragen, der auch bei Patienten mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern an die Möglichkeit einer Heilung glaubt. Die Ausführungen der Autoren beruhen auf dem Krankheits- und Gesundheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie, wie es von Ammon und seiner Berliner Schule formuliert worden ist.

Die humanstrukturelle Milieutherapie, wie sie von *Günter Ammon* (1918-1995) und der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie entwickelt worden ist, findet in einer Gemeinschaft von Menschen statt, die sich aus innerer Not freiwillig für eine begrenzte Zeit zusammengefunden haben, um ihre Lebensmöglichkeiten zu erweitern. Indem sie miteinander leben, über sich sprechen und sich ihre Gedanken und Gefühle mitteilen, machen sie ihr Zusammensein, ihr Tun und Handeln in einer Gemeinschaft, ihr gemeinsames Arbeiten mit den anderen zum Gegenstand ihrer Beobachtung. In Auseinandersetzung mit der Gesellschaft, in der sie leben, finden sie Regeln und Werte, die ihnen bedeutsam sind und um deren Einhaltung sie ringen. Kurz gesagt, sie praktizieren Ethik, denn Ethik beschäftigt sich mit Fragen wie: »Was soll ich tun?«, »Wer will ich sein, wie will ich leben?«, »Was ist eine gelungene, eine glückende und glückliche Existenz?« (vgl. *Höffe* 1998). Dem Begriff Ethik liegt das griechische Wort »ethos« zugrunde, dem drei verschiedene Bedeutungen zukommen, nämlich meint es erstens den gewohnten Ort des Lebens, zweitens die Gewohnheiten, die an diesem Ort gelebt werden, und drittens die personale Entsprechung der Gewohnheiten, die Denkweise und Sinnesart, den Charakter. Der Begriff selbst als Bezeichnung für eine philosophische Disziplin geht auf *Aristoteles* zurück, doch daß es so etwas wie ethische Prinzipien gibt bzw. daß der Mensch über seine Lebensweise nachdenkt, ist aus allen Kulturen vertraut. *Hans Jonas* (1979) betont: »Nicht die vom Handeln abratende, sondern die zu ihm auffordernde Furcht, meinen wir

* Dipl. Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Leitung des Bereichs Milieutherapie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

** Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Ärztlicher Leiter des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

*** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« am 9. Mai 1998 in Berlin im Gedenken des 80. Geburtstages von Günter Ammon

mit der, die zur Verantwortung wesenhaft gehört, sie ist die Furcht um den Gegenstand der Verantwortung.« Ethik ist für *Jonas* eine Sache des Findens und Entdeckens, was bedeutet, daß sie von Anfang an vorhanden ist. Ethik beinhaltet seiner Meinung nach ein »Sehen der vollen Sache«, wobei Wahrnehmung für ihn nichts Statisches ist, sondern innerhalb gewisser Grenzen als korrekturfähig und veränderlich gilt.

Die Milieutherapie als eine humanstrukturelle zu bezeichnen, betont, daß sie als praktizierte Ethik auf den gesamten Menschen einwirkt und ihn in seiner Persönlichkeit, der sog. Humanstruktur, verändert. In der Behandlung geht es also nicht um vordergründige Anpassung und Symptombehandlung, sondern um Reifung und Entwicklung von Identität. Immer wieder hat *Ammon* den schlesischen Mystiker *Angelus Silesius* zitiert mit seiner Forderung: »Mensch, werde wesentlich!« Das gilt gleichermaßen für den Patienten wie für den Therapeuten, denn ihm kommt eine hohe Verantwortung zu für den Menschen, der sich ihm anvertraut hat. Die Fragen, die *Ammon* bei der Behandlung immer wieder zu stellen für angebracht hielt, nämlich: »Wer ist dieser Mensch? Wer möchte er sein? Wohin kann er sich entwickeln?« sind ethische Fragen. Sie sind Fragen nach seiner Identität, nach seinen menschlichen Qualitäten, nach seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten, über die er sich definiert, aber auch nach seinem noch zu entwickelnden Potential.

Ammon geht davon aus, daß ein jeder Mensch ein noch unerschöpftes Reservoir an Möglichkeiten besitzt, das zu erschließen Aufgabe jeder Therapie ist. Die humanstrukturelle Milieutherapie versucht es, indem sie ein gezielt strukturiertes Feld, das die gesamte Lebenssituation umfaßt, schafft, das es auch schwer kranken Menschen erlauben soll, die gesunden und lebendigen Bereiche ihrer Persönlichkeit zu erfahren und zu entfalten. »Die psychoanalytische Milieutherapie ist als Versuch zu verstehen, dem Problem jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Störung es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen, und die nicht in der Lage sind, mit Hilfe einer therapeutischen Gruppe, die ihre vergangene und gegenwärtige Lebenssituation repräsentiert, Einsicht in ihr Verhalten und ihre Konflikte zu gewinnen. Die Therapie muß hier einen Schritt weitergehen, von der symbolischen Darstellung der Lebenssituation durch die therapeutische Gruppe zur tatsächlichen Verwandlung der aktuellen Lebenssituation durch ihre Transformation in ein therapeutisches Milieu, welches die Lebenssituation des Patienten zeitlich und örtlich vollkommen umschließt. Lebenssituation und Behandlungssituation werden identisch« (*Ammon* 1979). Als Ziel der Behandlung strebt die humanstrukturelle Milieutherapie an, dem Patienten durch Leben und Erleben in der Gruppe und durch wiedergutmachende Erfahrungen mit anderen Menschen eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen.

Die Milieutherapie trägt dazu bei, Grundbedürfnisse zu verwirklichen, die jeder Mensch hat, die aber psychisch Kranke oft nicht leben können,

nämlich sinnvoll tätig zu sein und Beziehungen zu anderen Menschen zu haben. Bei der Milieutherapie bilden Patienten und Therapeuten eine therapeutische Gemeinschaft, die nach den Regeln der Gruppendynamik geleitet wird. Sie ist eine Gruppe zur Gestaltung des täglichen Lebens, bei der jeder entsprechend seinen Fähigkeiten und gesunden Seiten seiner Persönlichkeit mitwirkt und bei der die einzelnen Mitglieder sich wechselseitig unterstützen. Sie ist zentriert um ein Arbeitsprojekt, das den Patienten eine bedeutsame Arbeitsaufgabe gibt. Die Therapeuten sollen Vorbild und Partner für die Patienten sein und ihnen durch ihr Verhalten zeigen, was es bedeutet, in Gesundheit zu leben.

Die humanstrukturelle psychoanalytische Milieutherapie als Behandlungsform geht zurück auf *Ernst Simmel*, der im psychoanalytischen Sanatorium Berlin-Tegel von 1928 bis 1931 eine Form von »begleitender Beschäftigungstherapie« als Ventil für »destruktive Strebungen« der Patienten entwickelte (*Simmel* 1928). Die Brüder *Karl* und *William Menninger* differenzierten in der C.F. Menninger Memorial Clinic in Topeka/Kansas (USA) den *Simmel*'schen Ansatz aus, wobei sie vor allem mit Gruppen arbeiteten und die Energien der Patienten in produktive Richtungen zu lenken versuchten. Darauf aufbauend konzipierte *Günter Ammon* die therapeutische Gemeinschaft als ein Feld, in dem die Patienten im Sinne von »repeat und repair« ihre unbewußten Konflikte darstellen und unmittelbar im Hier und Jetzt eine Wiedergutmachung erleben können (*Ammon* 1959). Die von ihm entwickelte Form der psychoanalytischen Milieutherapie wird seit über 20 Jahren ambulant und stationär in den Kliniken für Dynamische Psychiatrie in Deutschland erfolgreich bei der Behandlung von Patienten mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern praktiziert. Sie unterscheidet sich grundlegend von der Arbeitstherapie, da sie nicht die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. die Beschäftigung durch Arbeit, sondern die Persönlichkeitsentwicklung des ganzen Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Grundlegend für die ethische Einstellung jedes Therapeuten zu seinem Patienten ist sein Menschenbild. Bei der humanstrukturellen Milieutherapie wird der Mensch ganzheitlich gesehen: Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit, zu der auch die sozialen Beziehungen eines Menschen gehören. Bewußtes und Unbewußtes wirken zusammen und geben einem Menschen eine unbegrenzte Vielfalt an Möglichkeiten des Lebens, die bis in sein Alter weiteres Persönlichkeitswachstum erlaubt. Die humanstrukturelle Milieutherapie geht davon aus, daß jeder Mensch in Gruppen lebt, sich entwickelt und verändert und daß ihn ein grundlegendes Bedürfnis nach Identität, Selbstverwirklichung und Sinn im Leben kennzeichnet. Prägend sind dabei für seine Entwicklung die im Verlauf der Lebensgeschichte erworbenen zwischenmenschlichen Erfahrungen, angefangen in der Beziehung zur Mutter und zur umgebenden Gruppe und später fortgesetzt in bedeutsamen Begegnungen mit anderen Menschen. Die Qualität seiner Beziehungen bestimmt, welche Fähigkeiten und Anlagen ein Mensch entwickelt hat. Für

die Behandlung ergibt sich daraus die Frage, was ein Patient an gesunden Anlagen bereits verwirklicht hat und worin er durch Beziehungen zu anderen Menschen weiter gefördert werden kann.

Die humanstrukturelle Milieutherapie beinhaltet Vorstellungen zu Krankheit und Gesundheit, die über das Vorhandensein oder Fehlen von Symptomen hinausgeht. Ein Leben in Gesundheit bedeutet den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge, die auch die Dynamische Psychiatrie teilt, für einen Menschen körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Jeder Mensch hat ein Bedürfnis nach Entwicklung und Entfaltung, und seine äußeren Lebensbedingungen sollten so gestaltet sein, daß er darin unterstützt wird. Das gilt gerade, wenn ein Mensch aufgrund einer Krankheit oder Behinderung in einer therapeutischen Einrichtung untergebracht ist. Dabei haben für seine Lebensqualität seine Beziehungen zu anderen Menschen wesentliche Bedeutung; ebenso wichtig ist es für ihn, eine Aufgabe zu haben, die ihn befriedigt. Die humanstrukturelle Milieutherapie geht davon aus, daß jeder Tag erfüllt sein soll von bedeutungsvollen zwischenmenschlichen Begegnungen und von als wichtig empfundenen Tätigkeiten, die einen Menschen dazu bringen, sein Leben als sinnvoll zu erleben.

Kranksein dagegen heißt Verlust des Gleichgewichts von Körper, Seele und Geist. Die Beziehungen zu anderen Menschen sind in ihrer Qualität beeinträchtigt, so daß oft Gefühle von Wut, Trauer oder Freude entweder nicht erlebt werden können oder überflutet empfunden werden. Krankheit weist auf einen realen Mangel hin, den der Kranke in seinem Leben erfahren hat. Es ist vor allem ein zwischenmenschlicher Mangel an Wärme und Fürsorge, aber auch an Forderung, der seinen Persönlichkeitskern anhaltend geschädigt hat. Die Krankheitssymptome haben eine wichtige Bedeutung: Sie sind oft die einzige Kontaktbrücke, die ein Mensch noch zu anderen Menschen hat und verhindern in schweren Fällen den völligen Zusammenbruch der Persönlichkeit mit Verlust aller sozialen Beziehungen. Es ist für einen Menschen besser, über Beschwerden und Einschränkungen zu sprechen und dadurch in Kontakt zu kommen, als gar nichts mehr über sein Befinden mitteilen zu können.

Da das Befinden eines Menschen und sein Verhalten wesentlich von seinem Unbewußten bestimmt wird, wird in der Milieutherapie versucht, einen Menschen in seinem Unbewußten zu erreichen und zu verstehen. Das Unbewußte, das das kreative Potential eines Menschen beinhaltet und das sich in Träumen, in Fehlhandlungen und Versprechern ebenso wie in Phantasien und Wünschen und im konkreten Alltagsgeschehen zeigt, ist geprägt von den frühkindlichen Erfahrungen mit anderen Menschen, vor allem mit der Mutter und der Familie; dabei können verletzend wirkende Umgangsweisen der frühen Kindheit, die verinnerlicht, abgespalten und unbewußt gespeichert werden, spätere psychische Erkrankungen bedingen. In der Annahme, daß das Unbewußte zeitlebens plastisch bleibt und durch wesentliche Begegnungen mit anderen Menschen auch im späteren Leben

geformt wird, sollen in der Milieutherapie zwischenmenschliche Erfahrungen gemacht werden, die frühere Verletzungen wiedergutmachen und das Vertrauen zu den Menschen zurückgeben. Indem diese neuen Beziehungserfahrungen im Unbewußten verankert werden, verändert die Milieutherapie die gesamte Persönlichkeitsstruktur, wodurch sie sich von einfachen Verhaltensmodifikationen und rehabilitativen Trainingsmaßnahmen grundlegend unterscheidet.

Erste Aufgabe eines Therapeuten, der milieutherapeutisch arbeitet, ist es, einem Patienten wieder Hoffnung zu geben. In jeder schwierigen Lebenslage und in jeder Krankheit gibt es einen Ausweg, der Besserung verheißt, auch wenn er oft schwer zu finden ist. Dieser therapeutische Optimismus setzt ein Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten eines jeden Menschen voraus. Grundsätzlich gilt: »Heilen kann nur der, der an Heilung glaubt, auch wenn sich die Vorstellung darüber, wie geheilt werden kann prozeßhaft immer wieder ändert im Laufe der Menschheitsentwicklung« (*Ammon, Burbiel* 1992). In der Milieutherapie wird davon ausgegangen, daß die Symptome aller psychischen Erkrankungen, d.h. auch aller psychotischen Erkrankungen und anderer auffallender und störender Verhaltensweisen, aufgrund der Lebensgeschichte des Patienten verstehbar sind und daß sie im Verlauf einer Behandlung überwunden oder doch zumindest wesentlich gebessert werden können. Gleichzeitig werden durch die Milieutherapie andere Persönlichkeitsbereiche gestärkt, so daß dadurch noch vorhandene Symptome ihre Bedeutung verlieren.

Ziel der Milieutherapie ist es, einen Menschen zu einer Lebensweise anzuregen, die seiner Identität und seinen Bedürfnissen entspricht und in Einklang steht mit den ihn umgebenden Gruppen. Er muß eine Aufgabe gefunden haben, die ihn erfüllt und in befriedigenden Beziehungen zu anderen Menschen stehen. Für die Behandlung bedeutet es, einen Menschen wieder entwicklungsfähig zu machen. Bei schweren Erkrankungen beinhaltet dieses Behandlungsziel eine nachholende Entwicklung der Persönlichkeit mit einer Förderung und Bereicherung der gesamten Persönlichkeitsstruktur. Wesentlich ist, daß ein Mensch sich in seiner Identität entwickelt, d.h. die anfangs aufgeführten Fragen, was ist der Patient für ein Mensch, was hat er für Fähigkeiten und Möglichkeiten, wohin will und kann er sich entwickeln, müssen eine Antwort gefunden haben.

Die Einrichtung, in der die milieutherapeutische Behandlung stattfindet, soll wie ein freundliches und anregendes Zuhause sein. Es ist zu bedenken, daß die Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft den größten Teil ihrer Zeit in dieser Umgebung verbringen. Ein kranker Mensch braucht genau das, was ihm bisher in seinem Leben gefehlt hat, nämlich ein Milieu, das lebendig und anregend ist und dadurch eine heilende Qualität besitzt. Gleichzeitig bietet das milieutherapeutische Feld dem Therapeuten die Möglichkeit, den Patienten durch die Art und Weise, wie er mit anderen Menschen und mit Aufgaben umgeht, in seinen Fähigkeiten und in seinen Schwierigkeiten wahrzunehmen. Er kann unmittelbar im Hier und Jetzt

eingreifen und durch sein eigenes Verhalten unmittelbar für seinen Patienten gesündere Verhaltensweisen einleiten, ohne daß es einer deutenden Erklärung bedürfte.

Es ist eines der menschlichen Grundbedürfnisse, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen und etwas zu schaffen, was für einen selbst und für andere einen Wert besitzt. Jede nicht entfremdete Arbeit schafft Kontakt und strukturiert das Zusammenleben der Menschen. Das gemeinsame Tätigsein an Arbeiten, die für die Gemeinschaft wichtig sind, ist aus diesem Grund einer der Grundzüge der humanstrukturellen Milieutherapie. Die gemeinsame Arbeit ist das Mittel, das dem Patienten erlaubt, sich in einem Beziehungsfeld zu erleben und seine eigenen Schwächen und Stärken z.B. hinsichtlich Arbeit und Zusammenarbeit, Kontakt und Freundschaft kennenzulernen und sich dadurch zu entwickeln. »Milieutherapeutische Projekte haben ... immer eine reale, nicht artifizielle und nicht ausbeuterische oder entfremdete Bedeutung – seien es handwerkliche Projekte wie der Bau eines Brunnens oder eines Blockhauses, seien es geistige Projekte wie eine Theateraufführung oder das Kennenlernen und Durchdenken eines archaischen Mythos oder einer alten Kultur... Als bedeutsame und ernstzunehmende Projekte können sie Bedeutsamkeit des Erlebens und der Auseinandersetzung und damit Bedeutsamkeit und Ernstgenommenwerden der eigenen Person bewirken. Sie fordern die Identität heraus und an ihre Grenzen, so daß Identitätswachstum entstehen kann, wie dies für jede bedeutsame Arbeit und jede konstruktive Gruppe gilt« (*Ammon* 1982).

Die Milieutherapiegruppe gestaltet das alltägliche Leben als gemeinsames Anliegen. Sie sucht sich ein gemeinsames Ziel, eine gemeinsame Aufgabe, die sowohl für den einzelnen Patienten als auch für die gesamte therapeutische Gemeinschaft bedeutsam ist. Das gewählte Arbeitsprojekt birgt und veräußert in seiner Auswahl und in seiner Bearbeitung die unbewußten Wünsche, Sehnsüchte, Phantasien und Bedürfnisse der Gruppe, die auf diese Weise in einem gemeinsamen Geschehen in die Tat umgesetzt werden, und dient somit einem Ausdruck und einer Mitteilung, die über das Individuelle hinausgeht. Ein Ziel mit der Kraft einer ganzen Gruppe zu verfolgen und darin erfolgreich zu sein, sich gegenseitig zu unterstützen zum Wohle des Einzelnen und der Gruppe, stellt einen ethischen Wert dar, der in der Milieutherapie vermittelt wird und der für jedes zwischenmenschliche Zusammenleben wichtig ist. Denn zur Milieutherapie gehört die Forderung an die gesamte Gruppe und an jeden Einzelnen, die eigenen Ideen und Vorstellungen einzubringen, die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Dienst der Gemeinschaft zu stellen und sich selbst weiterzuentwickeln.

Auch in anderer Beziehung wirkt die Milieutherapie ethisch bildend. Denn nach Möglichkeit sollen alle Aufgaben, die bei einem milieutherapeutischen Projekt anfallen, selbständig von den Patienten ausgeführt werden. Jeder Patient wird in der Milieugruppe vorrangig in seinen konstruktiven und kreativen menschlichen Möglichkeiten wahrgenommen und ange-

sprochen, so daß eine Atmosphäre gegenseitiger Fürsorge und Achtung, aber auch Forderung und Auseinandersetzung entstehen kann. Fachleute können sie anleiten und ihnen ihr Wissen zur Verfügung stellen, um ihre Potentiale zu wecken und zu gestalten. Immer ist dabei die Eigenverantwortlichkeit der Patienten und das Vertrauen in ihre Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten als ethisches Prinzip zu erhalten. Wenn die Patienten füreinander Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen und sich entsprechend ihren Fähigkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen, gegenseitig fordern und unterstützen, lernen sie voneinander, und zwar sowohl hinsichtlich der unmittelbaren Tätigkeit als auch in Hinblick auf Vertrauen, Hilfe und zwischenmenschlicher Verbindlichkeit. Günstigenfalls werden die ethischen Werte, die im Alltag der Milieutherapie gelebt werden, wie gegenseitiges Ernstnehmen und Achten der menschlichen Würde verinnerlicht, so daß sie den Alltag eines Menschen auch außerhalb der Behandlungssituation bestimmen.

Humanstrukturelle Milieutherapie bedeutet auch, den geistigen Bedürfnissen der Patienten Raum zu geben. Menschen, deren geistige Bedürfnisse nicht erfüllt werden – und das gilt für Patienten wie für Therapeuten – bleiben unzufrieden; denn erst die geistige Ebene schafft Abstand zu den täglichen Sorgen und eröffnet neue Möglichkeiten des Denkens und Erlebens. Jedes Arbeitsprojekt, dem eine Milieutherapiegruppe nachgeht, kann auch in einer geistigen Dimension betrachtet werden, was den Bezug zur Welt, in der wir leben, vertiefen kann.

Die Verantwortung des Milieutherapeuten liegt darin, die Gruppendynamik der Milieugruppe zu erkennen und durch seine Leitung eine Atmosphäre zu schaffen, die durch Offenheit für kreatives Schaffen gekennzeichnet ist, die wegführt von einer zwanghaften Arbeits- und Beschäftigungstherapie und hin zu einem dem Menschen Sinn und Bedeutung vermittelnden Tätigsein. Aufgabe des Milieutherapeuten ist es auch, besonders schwache Mitglieder der Gruppe zu schützen, Außenseiter zu integrieren und Sündenbockdynamiken entgegenzuwirken. Menschliche Fähigkeiten wie Empathie, Wärme, Engagement und Fürsorglichkeit sind dafür erforderlich, denn der Milieutherapeut behandelt Patienten durch seine Persönlichkeit. Er sollte selbst ein tätiges Leben führen, das durch Hingabe und geistige Interessen bestimmt ist, und sollte eigenes Leid bewältigt haben. Er muß in der Lage sein, sich mit den Mitgliedern seiner Gruppe zu identifizieren und sich auch wieder von ihnen abzugrenzen, und er muß bereit sein, Gefühle zuzulassen und sich auch Aggressionen zu stellen.

Die Therapeut-Patient-Beziehung ist in der Milieutherapie immer eine partnerschaftliche, getragen von der Achtung vor dem Kranken und dem Ernstnehmen seiner Person. Der Therapeut muß sich als ganzer Mensch mit eigenen Gefühlen und Haltungen, Interessen und Fähigkeiten zu erkennen geben, die er in das gemeinsame milieutherapeutische Projekt einbringt. Er muß als realer Mensch in einer konkreten zwischenmenschlichen Beziehung

für den Patienten erfahrbar sein, denn er verkörpert mit seiner Person die Möglichkeit eines gesunden und befriedigenden Lebensstils. Es ist die Identifikation mit dem Therapeuten, die den gesamten Heilungsprozess bedingt. Milieutherapeutisch zu arbeiten, verlangt Offenheit zum eigenen Unbewußten und Neugier für andere Menschen, damit die Begegnungen zwischen Therapeut und Patient echt wird. Ebenso gehört die Bereitschaft, sich selbst in Frage zu stellen, zu lernen und sich persönlich weiterzuentwickeln, zu den Eigenschaften eines Milieutherapeuten. Darüberhinaus sollte er auch Freude und Interesse am Menschen, Unkonventionalität, Beziehungsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Kreativität und eine differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit besitzen. Insbesondere schwer kranke Patienten spüren, ob sich der Milieutherapeut echt und authentisch verhält und ob er breit ist, sich in Frage stellen zu lassen, eigenen Ängsten zu begegnen und sich weiterzuentwickeln.

Milieutherapeutisch zu arbeiten, bedeutet im Hier und Jetzt zusammen mit den Patienten zu leben und zu arbeiten, mit ihnen ein Stück Weg gemeinsam zu gehen und dadurch die Grundlage zu schaffen für ihre weitere persönliche Entwicklung. Die humanstrukturelle Milieutherapie beinhaltet den therapeutischen Optimismus, den *Ammon* sein Leben lang vehement unter Einsatz seiner ganzen Kraft und Energie vertreten hat.

Ethical Aspects of Humanstructural Milieu Therapy

Monika Dworschak (Munich), Bernhard Richarz (Munich/Berlin)

Humanstructural Milieu Therapy, as developed by *Günter Ammon* and practiced in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige, refers to ethical principles. In dynamic psychiatric therapy the central question is about identity. »Who is this patient as a person? Who does he/she want to be? To which person he/she can develop?« The whole hospital milieu has to be structured as a mainly healthy, development permissive milieu. *Ammon* describes milieu therapy as a method to help patients with severe ego disturbances, which are not able to reflect their own behavior and gain insight in their inner conflicts. The whole life situation is transformed into an therapeutic milieu: life situation and treatment situation are identically for the time of treatment.

Milieu therapy helps to realize basic needs that every human beings feels. In milieu therapy, the patients and therapists form a therapeutic community. It is headed according to the principle of group dynamics and structures everyday life. Hereby, every member contributes according to his or to her abilities. Central aim is a meaningful task. The therapists should be role models and partners for the patients. The milieu therapeutic community is part of its overall social surroundings and is connected to it in many ways.

Humanstructural milieu therapy can be traced back to *Ernst Simmel*, as well as to *Karl* and *William Menninger* in Topeka/Kansas. They tried to guide patients' energies into productive directions. *Ammon* regarded the so-called milieu-therapeutic field as possibility for the patients to act out their unconscious conflict and to experience reparational processes in the here and now situation in the sense of »repeat and repair«. Milieu therapy differs considerably from occupational therapy.

The basis for the therapist's ethical attitude is his image of man. In milieu therapy, man is seen in a holistic way: body, mind, and soul form a unity which also includes the social relationships a person forms in life. The conscious and unconscious work together and make an unlimited variety of possibilities in life available to man. Man lives, develops, and changes in groups; and is determinded by a basic need for identity, self-realization, and a meaningful life. For their development, the interpersonal experiences they have gathered during their lives are of decisive importance. The quality of these relationships determine the abilities and dispositions a person is able to develop in further life.

Health is understood as physical, psychological and social well-being. Illness means that the equilibrium of body, mind and spirit has been lost. The realationships to other people are impaired so that feelings of anger, sadness, or happiness often cannot be experienced at all or, on the contrary, are overwhelming the patient. Symptoms are understood as brigde of contact and prevent the person from desintegration. In milieu therapy, the aim is to reach the patients in their unconscious and to understand them more deeply – a process by which milieu therapy differs substantially from simple behavioral modification and rehabilitative training methods.

A prerequisite of milieu therapists is a therapeutic optimism. The therapist must have trust in the developmental potentials of every human being. »Only those can heal who believe in healing«, as *Ammon* said, even if the concept of healing may change over time. In milieu therapy, it is assumed that the symptoms of all psychic illness and any other peculiar and disturbing behaviour can be understood on the basis of the patients' life history and can be, if not overcome, improved in the course of treatment. Milieu therapy strenghtens other aspects of personality so that other symptoms still extant will loose their meaning.

It is the objective of milieu therapy to inspire the patients to lead a life in tune with their own need, a life which harmonizes with the groups surrounding them. The patients have to find a task fulfilling them and also relationships to other people which satisfy them. Patients also need spiritual orientation in order to render their life meaningful.

The milieu therapeutic field should be structured as a lively and stimulating milieu with healing qualities. It provides the therapist with an opportunity of perceiving the patients' abilities and difficulties, seeing how they deal with other people and how they accomplish their tasks. The

patients have the chance to make interpersonal experiences in it which can repair earlier harms and which can restitute their trust in people.

As milieu therapists treat patients using their own personality, human abilities such as empathy, warmth, commitment, and the ability to care for someone are as important as any professional qualification. They should lead an active life determined by devotion and spiritual or intellectual interests, and they should have overcome their own suffering. Milieu therapists must be able to identify with the members of the patients' group and to demarcate themselves from them, and they must be willing to accept others' feelings and to deal with aggression. The relationship between patient and therapist in milieu therapy is always a relationship between partners, founded on the respect for the ill patient and taking his or her person seriously. The identification with a therapist is an important basis of the overall process of healing. So milieu therapists have to show ethical attitudes and values and a therapeutic optimism, which *Ammon* himself represented his whole life using all his power and energy.

Literatur

Ammon, G.(1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas (Berlin 1977: Pinel Publ.)
- (1979): Psychoanalytische Milieutherapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band I (München, Basel: Ernst Reinhardt)
- (1982): Arbeit und menschliche Existenz. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München, Basel: Ernst Reinhardt)
- (1994): Milieu Therapy. In: Dyn. Psychiat. (27) 24-30

Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge einer klinischen humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1-22

Dworschak, M. (1998): Inpatient Humanstructural Milieu Therapy – Historical Roots and Essential Aspects of Today's Practice. In: Dyn. Psychiat. (31) 27-33

Höffe, O. (1998): Lesebuch zur Ethik. (München: C.H. Beck)

Jonas, H. (1979): Das Prinzip Verantwortung. (Frankfurt: Insel Verlag)

Schmidts, R.; Dworschak, M. (1998): Grundzüge stationärer humanstruktureller Milieutherapie. In: Dyn. Psychiat. (31) 1-7

Simmel, E. (1928): Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: *Hermanns, L.; Schultz-Vernath, U.* (Hrsg.) (1993): Ernst Simmel. Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften. (Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch)

Adressen der Autoren:

Dipl.-Psych. Monika Dworschak
Asamstraße 9
D - 81541 München

Dr. med. Bernhard Richarz
Orleansstraße 53
D - 81667 München

First Night Effect in Different Forms of Schizophrenia (Pilot Investigation)

V.S. Rotenberg (Tel Aviv)*, J. Hadjez, T. Martin, P. Indursky, N. Michailov, Y. Barak, R. Weiss, Y. Gutman, E. Shamir, A. Elizur

Polysomnograhpy was performed during two consecutive nights in 20 schizophrenic patients and in 10 healthy controls. »First night effect« (the increase of REM sleep latency on the first night by at least 30 minutes in comparison to the second night) was present in 35% of schizophrenic patients and in 80% of healthy subjects. The increase of REM sleep latency in schizophrenic patients was accompanied by the decreased sleep efficiency in the same night as well as by the increased number of awakenings in comparison to healthy subjects. The mean age of subjects and the mean data of positive symptoms were higher in schizophrenic patients with the »first night effect« than in patients without »first night effect«. Search activity concept is used for the explanation of these data.

Introduction

»First night effect« is the alteration of the sleep structure in the unfamiliar environment of a sleep laboratory. On the first night of sleep investigation, in comparison to the subsequent nights, sleep structure of healthy subjects is characterized by the increased REM sleep latency combined with a moderate REM sleep reduction, especially in the first part of the night (*Agnew* et al. 1966). Sleep latency is also often increased, as well as the number of sleep stages shifts, while sleep efficiency is decreased. Other changes in sleep structure, like decreased slow wave sleep (*Agnew* et al. 1966) are less obligatory for the definition of the »first night effect« (*Schmidt, Kaelbling* 1971). »First night effect« reflects the increased level of vigilance as a normal reaction of the brain to a new situation. Thus the above mentioned physiological manifestation can be used as a measurement of the subject's adaptability to a new environment.

Depressed patients often do not show evidence of the »first night effect« (*Ansseau* et al. 1985; *Akiskal* et al. 1982). This absence of the »first night effect« may be related to the decreased adaptability of depressed patients. According to our data (*Rotenberg* et al. 1997a,b) depressed patients without »first night effect« display more mood-congruent psychotic features in their clinical picture, are resistant to antidepressive medicine and require ECT for the positive treatment outcome. However, it is not known whether the absence of the first night effect characterizes only psychotic depression, or it is absent also in other psychotic disorders.

In order to answer this question, we decided to investigate schizophrenic patients. According to our knowledge, a systematic investigation focused on the first night effect in schizophrenic patients was previously not

* Professor, M.D., Ph.D., D.Sc., Senior Lecturer, Tel Aviv University, Israel, Head of the Sleep Laboratory in the Abarbanel Mental Health Center

performed. *Neylan* et al. (1992) have not found »first night effect« in schizophrenic patients on and off haloperidol therapy; however, they have analyzed only the mean data for a combined group of patients, without any attempt to divide the group into subgroups according to the relative duration of the REM sleep latency. It seems worthwhile to compare such subgroups in order to discover factors (clinical or psychological) which can be responsible for the presence or absence of the »first night effect« in schizophrenic patients. It is also reasonable to compare schizophrenic patients with depressed patients with and without »first night effect«.

Subjects and Method

We investigated 20 patients with chronic schizophrenia, 13 men and 7 women with mean age - 45,8 ± 6,3 years old. Patients have been informed about the investigation and we have received their consent to participate in the investigation. Clinical evaluation of the disease was performed by using the structuralized clinical interview, and the diagnosis was established according to the DSM-IV criteria. 11 patients suffered from paranoid schizophrenia, 5 from residual type of schizophrenia, 3 patients from disorganized schizophrenia and 1 patient from schizoaffective disorder. Duration of disease ranged from 11 to 39 years (mean duration was 21,6 ± 4,7 years). PANSS' ratings were obtained in order to evaluate the severity of positive and negative signs (*Kay* et al. 1987). Patients were free from somatic medical problems. All patients were on neuroleptic medication during the investigation and their treatment was unchanged during 60 days prior to the polysomnography. Hypnotic medication was stopped at least two weeks prior to the polysomnography.

The control group consisted of 10 healthy subjects, 4 women and 6 men, with the mean age 40,3 ± 8,1 years without any sleep complaints and without medical problems. They had no mentally ill patients in their families.

Sleep data were collected from all subjects on two consecutive nights, including the first night. Lights were usually turned off between 10:00 and 10:30 p.m. and turned on between 6:00 and 6:30 a.m. Electroencephalogram, submental electromyogram and electrooculograms were recorded on an electroencephalograph Neurofax EEG - 4400. EEG and EOG were recorded at a low filter setting of 0.3 Hz.

Polysomnograms of 60 nights were analyzed according to international criteria (*Rechtschaffen, Kales* 1968). Sleep onset was defined as the first minute of stage I following by at least 10 minutes of stage I sleep, interrupted by no more than 2 minutes of awakening. REM sleep latency corresponded to the time between sleep onset and the first REM period including intervening awake time.

After the end of the investigation, all patients were divided into two groups according to the presence or absence of the »first night effect«.

According to our arbitrary criteria (*Rotenberg* et al. 1997), »first night effect« was present if REM sleep latency on the first night of study was at least 30 minutes longer than REM sleep latency on the second night.

Statistics

One-way analysis of variance (ANOVA) and Kruskal-Wallis Test were used for sleep variables in 3 groups x 2 nights. If the ANOVA and Kruskal-Wallis Test were found to be significant at the $p< 0.05$ level, they were followed by the paired Student T-test in order to compare sleep variables of control group and both groups of patients. We have used also the Pearson Correlation Coefficient in order to find relationships between REM sleep latency, age and positive and negative symptoms. ANCOVA was used in order to differentiate the role of age from the role of positive symptoms in the increase of REM sleep latency on the first night (we have used positive symptoms as independent variables by making them nominal – more or less than averaged 17 points), age was used as a confounding factor, and the difference between REM sleep latency in the first and second nights - as a dependent variable).

Results

»First night effect« according to our criteria was present in 8 subjects of our control group (80%) and in 7 schizophrenic patients (35%, Group I). In 13 patients »first night effect« was not demonstrated (Group II). Group I contained 2 women and 5 men; Group II contained 5 women and 8 men. The mean age for Group I was 54,0 ±13,3 years, and for Group II 35,5 ± 6,6 years ($p<0.02$). The mean duration of the disease in Group I was 26,2 ± 6,3 years and in Group II 18,3 ± 3,8 years ($p<0.05$). Paranoid schizophrenia was present in 5 patients of Group I and in 6 patients of Group II. Residual schizophrenia was present in 2 patients of Group I and in 3 patients of Group II (difference between groups is statistically nonsignificant). Treatment was similar in both groups although fluphenazine was used nonsignificantly more often in Group II. The selected groups were different according to the representation of positive symptoms. In Group I the mean datum of positive symptoms was 22,16 ± 6,39, while in Group II it was 14,1 ± 5,2 ($p< 0.02$). The mean data for hallucinations in Group I was 2,8 and for delusions 3,8, while in Group II 1,4 and 2,2, respectively. At the same time, negative symptoms were almost equal in both groups (27,8 ± 6,3 in Group I and 28,0 ± 3,4 in Group II).

When the ratio of positive to negative symptoms was higher than 0.6, first night effect was present in 71% of all cases, while when this ratio was lower than 0.4 first night effect was present in only 17% ($p< 0.05$). In

patients without »first night effect« this ratio was higher than 0.6 in 20% of all cases, while in patients with »first night effect« in 83% ($p<0.02$). The Pearson Correlation Coefficient between age and positive symptoms was 0.638 for the united group of patients ($p<0.01$) and 0.785 for Group I ($p<0.06$). ANCOVA does not discriminate the influence of age and positive symptoms on the difference between REM sleep latency on the first and the second night.

Sleep Variables

ANOVA and Kruskal-Wallis Test were significant for the following variables:

- Sleep efficiency: ANOVA Fv = 9.239, PROB F- 0.0001; Kruskal-Wallis Test (KWT): Chisq. + 21.257, DF=5, PROB Chisq. - 0.0007.
- Awakenings: ANOVA Fv = 3.197, PROB F - 0.0141; KWT: Chisq. 9.8558, PROB Chisq. - 0.0794.
- REM latency: ANOVA Fv. = 6.486, PROB F - 0.0001; KWT: Chisq.= 17.493, PROB Chisq. - 0.0037.
- REM1: ANOVA Fv + 4.611, PROB F - 0.0014; KWT: Chisq.= 18.790, PROB Chisq. - 0.0021.
- REM1%: ANOVA Fv = 3.699, PROB F - 0.006; KWT: Chisq. = 21.661, PROB Chisq. - 0.0006.

In Group I sleep efficiency on the first night was significantly ($p<0.01$) lower than on the first night of normal control, on the first night of Group II ($p<0.02$) and on the second night of Group I ($p<0.02$). The number of awakenings on the first night of Group I was increased in comparison to the first night of normal control ($p<0.02$). On the second night the first episode of REM sleep was increased in comparison to REM 1 of the second night in the control group ($p<0.05$).

In Group II on the first night REM 1 was increased in comparison to REM 1 of the first night in the control group ($p< 0.05$). On the second night of the same group this variable was also increased in comparison to the second night of the control group ($p<0.001$). Thus, only REM 1 on the first night of Group I was not increased in comparison to the control group. The ratio of the 1st REM period to the total amount of REM sleep on the first night was not increased in schizophrenic patients. In Group I on the first night this variable was significantly less than on the second night ($p<0.05$).

Discussion

»First night effect« was present in only 35% of our schizophrenic patients, less often than in the healthy control group (80%) and less often than reported among depressed patients. According to our data (*Rotenberg* et al. 1997a), as well as to *Ansseau* et al. (1985), »first night effect« is present in almost 50% of depressed patients. If only a minority of schizophrenic

patients display »first night effect«, it is not surprising that some others (*Neylan* et al. 1992; *Julien* et al. 1980) were unable to find this effect in schizophrenic patients *Ganguli* et al. (1987) have found a substantial difference between REM sleep latency on the first and second night (»first night effect«) almost in a half of young nontreated schizophrenic patients.

Sleep structure in schizophrenic patients with the »first night effect« is in general similar to the sleep structure of healthy controls. The main difference between Group I and the control group is on the first night: In schizophrenic patients sleep efficiency is decreased and the number of awakenings is increased. Thus it is possible to suggest an exaggerated »first night effect« in Group I in comparison to the control group.

What determines the presence or absence of the »first night effect« in schizophrenia? It is the most interesting and the most difficult question. All our patients were treated by neuroleptics at the time of sleep investigation. Thus it is necessary to exclude the possibility that neuroleptics caused absence of the »first night effect« in most patients. However, both groups of patients have been treated by neuroleptics, and Group I received this treatment even for a longer period. Secondly, *Neylon* et al. (1992) have not found »first night effect« in schizophrenic patients on and off neuroleptic treatment, while *Ganguli* et al. (1987) founnd that »first night effect« was absent in most of their unmedicated patients.

Patients of Group I in the present investigation were significantly older than patients of Group II, and are characterized by the higher positive symptoms score. Unfortunately, it was impossible to discriminate the role of age and the role of positive symptoms in the »first night effect«: It was a positive correlation between both variables. Of course, it is a shortage of this investigation. There were only two patients younger than 40 years with high positive symptoms, and these patients demonstrated the absence of the first night effect. On the other hand, one patient was 47 years old, with low positive symptoms, and in this case »first night effect« was also absent. At the same time, members of our control group who demonstrated »first night effect« are younger than patients of Group 1. In depressed patients those who display »first night effect« are of the same age as patients without »first night effect« (*Rotenberg* et al. 1997a). In the investigation of *Ganguali* et al. (1987) almost a half of patients demonstrated first night elfect, although all patients were young. Published data according the role of age in the »first night effect« are contradictory, however in normal young subjects »first night effect« in the laboratory is a typical finding (*Tousaint* et al. 1995; *Woodward* et al. 1996). In aged healthy subjects, in some investigations »first night effect« was present (*Aber* et al. 1989; *Wauquier* et al. 1991) and in other it was absent (van Hilten et al. 1989). Thus, it is very unlikely that »first night effect« is directly determined by the age, but it is very possible that in schizophrenic patients age contributes to the positive symptoms in determining the »first night effect«.

Positive symptoms may play a definite role in the »first night effect«. There are some reasons for such suggestion:
1. Patients with positive symptoms are usually hypersensitive to events which they estimate as significant and related to them. It was shown (*Kim* et al. 1993) that schizophrenic patients with positive symptoms display an exaggerated orienting reaction, and »first night effect« is a particular orienting reaction. At the same time, schizophrenic patients with the domination of negative symptoms demonstrate a failure to respond (*Frith* 1992).
2. Schizophrenic patients with positive symptoms display higher reactivity to sensory and affective stimuli in comparison to schizophrenic patients with negative symptoms (*Docherty* 1996). Such sensitivity may increase with age.
3. A relative higher response of the brain monoamine system in patients with positive symptoms, in comparison to patients with negative symptoms *Wolkin* et al. 1996), may also explain the appearance of the »first night effect« as an exaggerated reaction in a new environmment
4. *Neylan* et al. (1992) have shown that the relative increase of psychotic symptoms after neuroleptic withdrawal correlates negatively with REM%. It means that REM sleep pressure is decreased. As a result REM sleep latency can be increased on the first night of investigation (in opposite to those depressed patients who have a high REM sleep pressure and a low REM sleep flexibility, *Rotenberg* et al. 1997a).

The decreased REM sleep requirement in positive schizophrenia was predicted theoretically by the Search Activity concept (*Rotenberg* 1994). Search activity is defined as active goal-oriented behavior in an uncertain situation, i.e. in the absence of a definite forecast of the results of such activity but with constant monitoring of the results at all stages of activity. Stereotyped behavior, panic, depression and learned helplessness are opposite to search activity (*Rotenberg* 1984; *Rotenberg, Boucsein* 1993). It was shown (*Rotenberg* 1984) that all forms of behavior that include search activity increase body resistance to various forms of artificial and natural pathology. It was also shown (*Rotenberg* 1993) that search activity decreases and renunciation of search increases REM sleep requirement, and it was proposed, that REM sleep provides the restoration of search activity. According to many features (active and an unpredictable character of events in delusions and hallucinations; increased activity of the brain monoamine system) it is possible to consider positive symptoms as a peculiar false oriented search activity. It can decrease the REM sleep requirement and exaggerate the »first night effect«.

It is interesting to discuss the difference between schizophrenic patients with positive symptoms and patients with psychotic depression. The latter demonstrate an absence of the »first night effect« (*Rotenberg* et al. 1997a). Also according to *Ganguli* et al.(1987), patients with delusional depression usually do not demonstrate the decrease of REM sleep latency on the

second night. It is possible to speculate that the difference between schizophrenia and psychotic depression is caused by the difference in psychotic features in these two groups and by the difference in the general clinical context in which psychotic features appear in schizophrenia and depression. While schizophrenics display hallucinations and delusions which cause an active and outside oriented, although inappropriate, search behavior, delusions in depressed patients are often mood-congruent and are related to the feeling of guilt, worthlessness, failure, to ruminative self-blaming and self-anihilation. Such delusions provide a basis for the passive behavior (renunciation of search, *Rotenberg* 1994b). It was shown (*Parker* et al. 1995) that psychotic depressive patients, in comparison to melancholic patients and to major depression without psychotic features were significantly more likely to demonstrate marked psychomotor disturbances, to report feeling sinful and guilty, to suffer from constipation, terminal insomnia, appetite loss and loss of interest and pleasure. It was also shown (*Coryell* et al. 1996) that psychotic features denote a lifetime depression of greater severity.

Our approach to the difference between psychotic mood-congruent depression and schizophrenia is in the line with data (*Ayuzo-Guttierez* et al. 1985) that the cortisol nonsuppression on the dexamethason suppression test is most prominent in depression with mood-congruent delusions, in comparison to both non-psychotic depression and depression with mood-incongruent delusions. Lower rates of nonsuppression were also observed in schizophrenia (*Schatzberg* et al. 1985). It means that psychotic feature in depression and schizophrenia may have different connotations, and this proposition is confirmed by our data derived from sleep investigation. In psychotic depression the active reaction to the unfamiliar sleeping environment is diminished, and REM sleep requirement is increased, as a result »»first night effect«« is abolished. In schizophrenia with positive symptoms, the orienting reaction to the new environment is increased, while REM sleep requirement is decreased, and »first night effect« is prominent. However, this speculation must be verified in further investigations. It would be also necessary in future to investigate first-episode schizophrenic patients with acute positive symptoms.

Der Erste-Nacht-Effekt bei verschiedenen Formen der Schizophrenie. Eine Voruntersuchung

V.S. Rotenberg (Tel Aviv), J. Hadjez, T. Martin, P. Indursky, N. Michailov, Y. Barak, R. Weiss, Y. Gutman, E. Shamir, A. Elizur

Die Autoren untersuchen, ob die Veränderung der Schlafstruktur während der ersten Nacht in der unvertrauten Umgebung des Schlaflabors, der sog. Erste-Nacht-Effekt ("First-Night-Effect"), bei schizophrenen Patienten in derselben Weise vermindert ist wie bei depressiv-psychotischen Patienten.

Dieser Effekt wird allgemein als Ausdruck einer erhöhten Vigilanz gewertet, und sein Vorhandensein gilt als normale Reaktion des Gehirns auf eine neue Situation.

20 Patienten mit einer chronisch verlaufenden schizophrenen Erkrankung, deren Diagnose nach dem DSM-IV gestellt worden war, wurden im Schlaflabor untersucht und mit so gesunden Versuchspersonen verglichen. Nach der Auswertung der Nachtschlafpolygramme entsprechend den international gültigen Kriterien wurden bei den schizophrenen Patienten zwei Gruppen gebildet, je nachdem ob ein Erste-Nacht-Effekt festzustellen war oder nicht; eine Verlängerung der REM-Latenz um 30 Minuten in der ersten Untersuchungsnacht gegenüber der zweiten wurde dabei als Erste-Nacht-Effekt eingestuft. Die Auswertung ergab, daß ein solcher Effekt bei 8 der 10 Versuchspersonen, aber nur bei 7 der 20 schizophrenen Patienten zu verzeichnen war, d.h. daß 13 der 20 schizophrenen Patienten auf die besonderen Bedingungen der ersten Untersuchungsnacht nacht reagiert hatten. Dabei war jedoch das Vorkommen des Erste-Nacht-Effektes bei den schizophrenen Patienten positiv signifikant mit einer produktiv-psychotischen Symptomatik verbunden.

Für die Diskussion der Ergebnisse bedeutsam ist der Befund, daß nur 35% aller schizophrenen Patienten während der ersten Nacht im Schlaflabor mit einer Zunahme der REM-Latenz reagierten, während es 50% aller depressiven Patienten taten. Die Untergruppe der schizophrenen Patienten mit einem Erste-Nacht-Effekt weist weitgehend dieselbe Schlaftstruktur auf wie die gesunden Versuchspersonen, nur ist bei ihnen die Effizienz des Schlafes durch häufigeres Erwachen vermindert. Bei der Suche nach einer Erklärung für das Auftreten oder das Fehlen eines Erste-NachtEffektes bei den schizophrenen Patienten schließen die Autoren die Einnahme von Neuroleptika bzw. das Alter der Patienten als mögliche Ursachen aus. Der Zusammenhang mit dem Auftreten einer produktiv-psychotischen Symptomatik erscheint ihnen jedoch unter Berücksichtigung von Untersuchungen anderer Autoren u.a. auch deshalb plausibel, weil Patienten mit produktiv-psychotischer Symptomatik sensibler auf ihre Umgebung reagieren als Patienten mit Negativsymptomatik.

Mit dem Konzept der Suchaktivität nach *Rotenberg* erklären die Autoren das geringere Vorkommen eines Erste-Nacht-Effektes bei psychotisch-depressiven Patienten im Vergleich zu den produktiv-psychotisch-schizophrenen Patienten: Schizophrene mit Halluzinationen und Wahn weisen eine zwar ungeeignete, aber doch nach außen gerichtete Suchaktivität auf, während die depressiv psychotischen Patienten ein passives Verhalten entsprechend einem Suchverzicht zeigen. Da auch der Dexamethason-Hemmtest bei den beiden Diagnosegruppen unterschiedlich ausfällt, gehen die Autoren davon aus, daß das psychotische Erleben in der Depression und in der Schizophrenie einen unterschiedlichen Stellenwert hat, was wiederum durch Unterschiede in der Schlafstruktur bestätigt wird. Diese Annahme müßte nach Ansicht der Autoren durch weitere Untersuchungen überprüft werden.

References

Aber, W.R.; Block, A.J.; Hellard, D.W.; Webb, W.B. (1989): Consistency of respiratory measuremnts from night to night during the sleep of elderly men. In: Chest (96) 747–751

Agnew, H.W.; Webb, W.B.; Williams, R.L. (1966): The »»first night effect««: an EEG study of sleep: In: Psychophysiology (2) 263–266

Akiskal, H.S.; Lemmi, H.; Yerevanian, B.; King, D.; Belluomoni, J. (1982): The utility of the REM latency test in psychiatric diagnosis: a study of 81 depressed outpatients. In: Psychiatr. Research (7) 101–110

Annsseau, M; Kupfer, D.J.; Reynolds III, CF. (1985): Internight variability of REM latency in major depression. Implications for the use of REM latency as a biological correlate. In: Biolog. Psychiatry (20) 489–505

Ayuso-Gutierrez, J.L.; Almoguera, M.I.; Carcia-Camba, E.; Frias, J.Q.; Cabranes, J.A. (1985): The dexamethasone suppression test in delusional depression; further findings. In: J. Affect. Disord. (8) 147–151

Coryel, W.; Leon, A.; Winokur, G.; Endicott, J.; Keller, M.; Akiskal, H.; Solomon, D. (1996) Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. In: Amer. J. Psychiatry (153) 483–489

Docherty, N.M. (1996): Affective reactivity of symptoms as a process discriminator in schizophrenia. In: J. Nerv. Ment. Dis. (184) 535–541

Frith, C.D. (1992): The cognitive neuropsychology of schizophenia. (Hove, UK: Lawrence Erlbaum Ass.)

Ganguli, R.; Reynolds III, C.F.; Kupfer, D.J. (1987): Electroencephalographic sleep in young never-medicated schizophrenics. A comparison with delusional and mondelusional depressives and with healthy controls. In: Arch. Gener. Psychiatry (44) 36–44

Julien, R.; Balzamo, E.; Dufour, H.; Bert, J. (1980). Night sleep study in acute and chronic psychosis. In: Encephale (6) 371–380

Kay, S.R.; Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. In: Schizophr. Bull. (13) 261–276

Kim, D.K.; Shin, Y.M.; Kim, Ch.E.; Cho, H.S.; Kim, Y.S. (1993): Electrodermal responsiveness, clinical variables and brain imaging in male chronic schizophrenics. In: Biol. Psychiatry (33) 786–793

Kugelmass, S.; Faber, N.; Ingraham, L.J.; Frenkel, E.; Nathan, M.; Mirsky, A.F.; Ben-Shakkar, G. (1995): Reanalysis of SCOR and anxiety measures in the Israeli High-Risk Study. In: Schizophr. Bulletin (21) 205–217

Neylan, Th. C.; van Kammen, D.P.; Kelley, M.E.; Peters, J.L. (1991): Sleep in schizophrenic patients on and off halloperidol therapy. Clinically stable vs. relapsed patients. In: Arch. Gener. Psychiatry (49) 643–649

Parker, G.; Hedzi-Pavlovik, D.; Brodati, H.; Austin, M.P.; Mitchell, P.; Wilhelm, K.; Hickie, I. (1995): Sub-typing depression, II: Clinical distinction of psychotic depression and non-psychotic melancholia. In: Psycholog. Medicine (25) 825–832

Rechtschaffen, A.; Kales, A. (1968): A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. (Los Angeles: Brain Information Service/Brain Research Institute, Universtiy of California).

Rotenberg, V.S. (1984): Search activity in the context of psychosomatic disturbances, of brain monoamines and REM sleep function. In: Pavlow. J. Biolog. Sci. (19) 1–15

– (1993): REM sleep and dreams as mechanism of the recovery of search activity. In: *Moffitt, A.; Kramer, M.; Hoffmann, R.* (Eds.): The Functions of Dreaming. (New York: State University)

– (1994a): An integrative psychophysiological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews (18) 487–495

– (1994b): The revised monoamine hypothesis: Mechanism of antidepressant treatment in the context of behavior. In: Integrative Psychisological and Behavioral Science (29) 182–188

Rotenberg, V.S.; Boucsein, W. (1993): Adaptive vs. maladaptive emotional tension. In: Genetic, Social and General Psychology Monographs (119) 207–232

Rotenberg, V.S.; Hadjez, J.; Kimhi, R.; Indursky, P.; Sirota, P.; Mosheva, T.; Benatov, R.; Elizur, A. (1997a). First night effect in depression: New data and a new approach. In: Biolog. Psychiatry (429, 267-274

Rotenberg, V.S.; Kayumov, L.; Indursky, P.; Hadjez, J.; Kimhi, R.; Sirota, P.; Bichucher, A.; Elizur, A. (1997): REM sleep in depressed patients: Different attempts to achieve adaptation. In: J. Psychosom. Res. (42) 565-575

Schatzberg, A.F.; Rothshild, A.J.; Langlais, P.J.; Bird, E.D.; Cole, J.O. (1985): A corticosteroid/dopamine hypothesis for psychotic depression and related states. In: J.Psychiatr. Res. (19) 57–64

Schmidt, H.S.; Kaelbling, R. (1971): The differential laboratory adaptation of sleep parameters. In: Biolog. Psychiatry (3) 33–45

Toussaint, M.; Luthringer, R.; Schaltenbrandt, N; Careli, G.; Lainey, E.; Jacqmin, A.; Muzet, A.; Macher, J.P. (1995); First night effect in normal subjects and psychiatric inpatients. In: Sleep (18) 463–469

Van Hilten, J.J.; Braat, E.A.; van der Valde, E.A.; Middelkoop, H.A.; Kerkhof, G.A.; Kamphuisen, H.A. (1993): Ambulatory activity monitoring during sleep: An evaluation of internight and intersubject variability in healthy persons aged 50–98 years. In: Sleep (16) 146–150

Wauquier, A.; van Sweden, B.; Kerkhof, G.A.; Kamphuisen, H.A. (1991): Ambulatory first night sleep effect recording in elderly. In: Behav. Brain Res. (42) 7–11

Wolkin, A.; Sanfilipo, M.; Duncan, E.; Angrist, B.; Wolf, A.P.; Cooper, Th. B.; Brodie, J.D.; Laske, E. Rotrosen, J.P. (1996): Blunted change in cerebal glucose utilization after haloperidol treatment in schizophrenic patients with prominent negative symptoms. In: American J. Psychiatry (153) 346–354

Woodward, S.H.; Bliwise, D.L.; Friedman, M.J.; Gusman, F.D. (1996): First night effect in post-traumatic stress disorder inpatients. In: Sleep (19) 312–317

Address of the author:

Prof. Vadim S. Rotenberg. M.D.
15 Keren Kayemet Street
Bat-Yam, Israel

Buchbesprechungen / Book Reviews

Patrick Mahony, Carlo Bonomi, Jan Stensson (Eds.)
Behind the Scenes. Freud in Correspondence

Scandinavian University Press, Oslo 1997, 432 Seiten

Den Blick hinter die Kulissen der frühen Psychoanalyse zu weiten und die Person *Freuds* und seine Beziehungen zu seinen Freunden und Kollegen näher zu erfassen, ist das Thema des zu besprechenden Buches. Die Herausgeber stellen dafür eine Reihe von Beiträgen namhafter Forscher zur Geschichte der Psychoanalyse zusammen, die in der Regel bereits als Zeitschriftenaufsätze veröffentlicht sind und denen eines gemeinsam ist, nämlich daß sie Briefe *Freuds* als wesentliche Quelle der Darstellung nutzen. Zeit seines Lebens war *Freud* ein überaus eifriger Briefeschreiber. Man schätzt, daß er etwa 20.000 Briefe verfaßt hat, von denen noch etwa 14.000 erhalten sind, nachdem er selbst 1885, 1907 und 1938 einen Teil seiner Entwürfe vernichtet hat. Bei einer durchschnittlichen Länge von eineinhalb Seiten kommt man auf einen Umfang von 21.000 Seiten, von denen bis heute erst ein Teil veröffentlicht ist.

Fließ, Jung, Ferenczi, Federn und *Jones* sind im vorliegenden Buch die Briefpartner *Freuds*, deren Beziehung zum Begründer der Psychoanalyse mit Hilfe der Briefwechsel ebenso anschaulich nachgezeichnet wird wie seine Beziehung zu ihnen. Von den einzelnen Darstellungen seien nur einige herausgegriffen: *Zvi Lothane* verteidigt *Sabina Spielrein* gegen die Diagnose eine Psychose und weist auch die Kategorisierung ihrer Beziehung zu *Jung* als Übertragung zurück, zeigt vielmehr mit Verweis auf ihre inzwischen veröffentlichte Krankengeschichte aus dem Burghölzli auf, daß es sich um Schutzbehauptungen *Jungs* handelte, die er in seinen Briefen auch *Freud* nahebrachte, um zu vertuschen, daß die Liebesaffäre zu seiner Patientin von ihm eingeleitet worden war. *Michael Schröter* legt anhand des Briefwechsels *Freuds* mit *Ferenczi* dar, wie die Beziehung zwischen beiden von Anfang an von hohen wechselseitigen, aber grundverschiedenen Erwartungen aneinander geprägt war – *Freud* suchte einen Freund und Kollegen, *Ferenczi* einen Vater, von dem er anerkannt war und von dem er sich lösen konnte –, was schließlich auch zu ihrem Zerwürfnis geführt hat. *Ernst Federn* zeichnet die Beziehung zwischen *Freud* und seinem Vater *Paul Federn* nach, wobei in berührender Weise ihre wechselseitige Verbundenheit und *Freuds* persönliche Fürsorge für seinen langjährigen Stellvertreter in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung deutlich wird. *Paul Roazen* stellt den Briefwechsel zwischen *Freud* und *Jones* als eine faszinierende Lektüre vor, da Einblick in die Politik der psychoanalytischen Bewegung gewährt werde, wie er anderswo nicht zu finden sei, und zeichnet dabei auch die Kluft auf, die menschlich zwischen *Freud* und *Jones* stets bestanden hat. Der Mensch *Freud* steht auch im Mittelpunkt des Briefwechsels von

seiner Tochter *Anna* und ihrer langjährigen mütterlichen Freundin *Lou Andreas-Salomé,* über den *Daria A. Rothe* berichtet und der zugleich das Ringen *Anna Freuds* um ihren eigenständigen Weg beschreibt.

Mit *Freud* als Briefschreiber befaßt sich *Alain de Mijolla:* Unerklärlich war es bereits für seine Angehörigen und Kollegen, wie *Freud* es schaffte, eine so umfangreiche Korrespondenz von seiner Jugend an bis kurz vor seinem Tode aufrechtzuhalten, jedoch offensichtlich, daß das Schreiben von Briefen, das er an Sonntagen, unter der Woche abends, nachts oder frühmorgens, zwischen den Sitzungen und gelegentlich auch während den Sitzungen betrieb, gleichermaßen Vergnügen wie Bedürfnis war. *Marco Conci* vermutet in seinem Beitrag, der der Frage nachgeht, warum *Freud* Medizin als Studienfach gewählt hat, daß es auch bei ihm, wie bei vielen, die heute Medizin oder Psychologie studieren, aus einem tiefgreifenden Bedürfnis nach Selbstheilung geschah, und er zeigt anhand von Jugendbriefen auf, wie *Freud* darunter litt, sich im Vergleich zu seinen altersgleichen Freunden als außenstehender Beobachter des Lebens zu empfinden, und wie er sich danach sehnte, ein emotional reicheres Leben führen zu können.

Das Buch, das seinem Anliegen, sich der Person *Freuds* zu nähern, in hohem Maße gerecht wird, wird abgerundet durch zwei Beiträge, die sich kritisch mit der Edition der bisher veröffentlichten Briefwechsel auseinandersetzen. Immer wieder neu abzuwägen hatten die jeweiligen Herausgeber zwischen dem Schutz der genannten Personen und der Briefschreiber selbst einerseits und dem wissenschaftlichen Interesse einer möglichst vollständigen Wiedergabe des Brieftextes andererseits, was in den frühen Editionen zu teilweise sinnentstellenden Veränderungen geführt hat. Als wegweisend wird die Veröffentlichung des Briefwechsels zwischen *Freud* und *Jung* angesehen, da hier erstmals wissenschaftliche Kriterien überwogen.

In Hinblick auf die Rezension ergänzend zu benennen, ist die gelungene Aufmachung des gesamten Buches, bei der einige wenige, aber überaus ausdrucksstarke Photographien die besonderen Akzente setzen.

Bernhard Richarz (München)

Laurie K. MacKinnon
Trust and Betrayal in the Therapy of Child Abuse

The Guilford Press, New York 1998, 260 Seiten

Auf der Basis ihrer langjährigen Praxis als Sozialarbeiterin und Familientherapeutin gibt die Autorin einen facettenreichen Einblick in die Arbeit mit Familien, in denen Kinder von Mißhandlung und Mißbrauch bedroht sind. Dabei geht sie nicht nur auf die therapeutische Arbeit im engeren Sinne ein, sondern auch auf soziologische und juristische Aspekte, so daß der Leser einen umfassenden und vor allem praxisnahen Einblick in die institutionelle Jugendfürsorge erhält.

Die Autorin legt dar, wie Eltern auf die Konfrontation reagieren, Gegenstand behördlicher Untersuchungen und »Fürsorge« zu werden und

wie Eltern für die Therapie zu gewinnen sind. Sie zeigt wie konkrete Interventionen in Familien aussehen können, vergißt aber auch nicht zu erwähnen, daß aufgrund verschiedener Koalitionen und Verpflichtungen, die verschiedenen professionellen Helfer sich gegenseitig behindern können. All das wird von *MacKinnon* detailliert beschrieben, so daß dieses Buch dazu einlädt, einzelne Gesichtspunkte herauszugreifen und nachzuschlagen.

Daneben bietet die Arbeit eine Beschreibung und Analyse des gesellschaftlichen und sozialen Hintergrundes von Risikofamilien. Kindesmißhandlung wird nach wie vor hauptsächlich in den unteren sozialen Schichten angezeigt und von behördlicher Seite behandelt. Daraus ergeben sich spezifische Beziehungsmuster zwischen der Behörde, deren Angestellte in der Regel aus der Mittelschicht stammen, und den betroffenen Familien. Unterschiedliche Überzeugungen zu Erziehungsstilen und Rollenverständnissen führen dazu, daß sich betroffene Familien einseitig kriminalisiert und bevormundet fühlen und dadurch wenig Neigung zeigen, Therapie und Hilfsangebote von Therapeuten und Sozialarbeitern anzunehmen. Die Angehörigen der unteren Schichten sind besonderen Belastungen wie Dauerarbeitslosigkeit oder bei ethnischen Minderheiten Diskriminierungen ausgesetzt. Dies muß bei der Beurteilung der Familiensituation mitberücksichtigt werden. Viele Familien sind vor diesem Hintergrund prinzipiell mißtrauisch gegenüber staatlichen Einrichtungen und professionellen Helfern. Zu oft haben sie die Erfahrung gemacht, daß ihnen nicht wirklich geholfen wurde, sondern daß sie lediglich als Fall behandelt wurden. Nicht zu Unrecht fürchten viele, daß bei Bekanntwerden von Mißbrauch die Familien auseinandergerissen werden und die einzige Maßnahme des Staates zur Prävention weiterer Mißhandlungen, die Inhaftierung des Täters ist. Ihrem Anliegen gemäß, nicht bevormundend zu arbeiten, läßt die Autorin die Betroffenen selbst zur Sprache kommen und ihre Probleme beschreiben. Vor allem diese Zitate von Eltern, Sozialarbeitern und Therapeuten geben einen lebendigen Einblick in die Arbeit der Jugendfürsorge. Nur mit Kenntnis der gesamten Lebenssituation der Beteiligten kann der verhängnisvolle Kreislauf von Hilflosigkeit und Gewalt wirksam durchbrochen werden und Kinder vor Übergriffen dauerhaft schützen.

An einigen Punkten bleibt die Argumentation *Mac Kinnons* allerdings zu kurz gefaßt. Dies sind die Passagen, in denen der familientheoretische systemische Ansatz gewisse Psychodynamiken nicht zu erklären weiß, sondern als gegeben hinnimmt, wobei eine psychoanalytische Betrachtungsweise wertvolle ergänzende Aspekte beitragen könnte. So z.B. wenn es darum geht, mit Phänomenen wie der Identifikation mit dem Angreifer, unbewußten Delegationen oder dem Wiederholungszwang umzugehen. Trotz dieser Mängel aus psychoanalytischer Sicht ist *Trust and Betrayal in the Treatment of Child Abuse* ein sehr lesenswertes Buch und bietet wichtige Einblicke in dieses sensible Behandlungsfeld.

Gudrun Klak (München)

Michael Schulte-Markwort, Barbara Diepold, Franz Resch (Hrsg.)
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein psychodynamisches Fallbuch

Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1998, 203 Seiten

Die Besonderheit des vorliegenden Bandes besteht darin, daß Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten gemeinsam mit analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Kasuistiken präsentieren. Die Herausgeber wollen damit zweifach zur Qualitätsdiskussion in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beitragen. Zum einen geht es ihnen darum, die qualitativ orientierte Arbeit am Einzelfall in einer Zeit zu neuer Geltung zu bringen, in der die quantitativ-empirische Forschung Meß- und Vergleichbarkeit von Therapieverfahren berechtigte Aufmerksamkeit auf sich zieht. Zum zweiten soll durch interdisziplinären Austausch die »überfällige« »konstruktive Auseinandersetzung« zwischen den beiden genannten Professionen befördert werden.

Kinder und Jugendliche in ihren verschiedenen Entwicklungsphasen, vom Säuglingsalter bis zur Spätadoleszenz, stehen im Mittelpunkt der 25 Fallgeschichten, die sich auf 12 Störungsbilder verteilen (Gedeihstörungen, Angststörungen, Depression, Dissoziation, Zwangsstörungen, Schlafstörungen, Eßstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Selbstverletzendes Verhalten, Störung des Sozialverhaltens, Psychosen, Sucht). Die 28 Autoren, darunter namhafte Fachvertreter (*Streeck-Fischer, Klosinski* etc.), folgen in ihren Darstellungen in der Regel einer einheitlichen Systematik: Symptomatik, Kontext, Anamnese, Untersuchungsergebnisse, Diagnose, Therapieverlauf. Beschlossen wird der Band durch ein Literatur- sowie ein Sachverzeichnis.

Die Kompositionsidee des Buches fordert zu einem typisierenden Vergleich der Kasuistiken beider Berufsgruppen geradezu heraus. Kaum überraschend erscheint die Tatsache, daß die analytischen Kinder- und Jugendlichentherapeuten der Darstellung des Therapieverlaufs statistisch insgesamt doppelt so viel Raum geben, wie ihre ärztlichen Kollegen. Deren Beiträge wiederum zeichnen sich durch den Umfang aus, den in der Regel die therapiefundierende Datenerhebung einnimmt.

Der Sammelband verhilft zu einem repräsentativen Überblick über psychotherapeutische Denk- und Arbeitsansätze. Die tiefdringende Reflexion der Fälle, die jenseits aller Stildifferenzen in den Beiträgen zum Ausdruck kommt, bietet dem Praktiker exemplarische Orientierung. Das Spektrum der bearbeiteten Störungsbilder macht diesen Band zu einer Art Kompendium mit didaktischer Qualität.

Karin Wottrich (München)

H. Katschnig, H. Freeman and N. Sartorius (Eds.)
Quality of Life in Mental Disorders

John Wiley & Sons Ltd. Chicester, 1997, 389 Seiten

There is a salient tendency these days for articles and books dealing with various aspects of health care to include the phrase »quality of life« in their title. It seems that clinicians and clinical researchers have recently become more interested in the posssible impact of a variety of diseases on the quality of patients' lives, works, or their families. It could be said that the importance of quality of life assessment and measurement in the somatically and mentally ill has increasingly been realized all over the world. Thus, quality of life has become a widely used and valued concept in modern health care.

Designed of the six thematic sections – introduction, conceptual issues, assessment and measurement, quality of life in specific mental disorders, treatment and management issues, and policy and planning – the book contains up-to-date discussion of the numerous quality of life research issues in the field of psychiatry. It is a representative set of twenty-four papers, written by different international authorities widely respected in their field, dealing with mental health-related quality of life in its various facets.

This major new volume provides a well-organised and clearly structured guide to the key conceptual and methodological issues that are at the heart of contemporary debates around the quality of life assessment in patients with mental disorders. Its contributors try to cover the whole subject not in a superficial manner, but rather in considerable detail. By taking the quality of life as the multidimensional concept, they explore comprehensively all aspects of life quality in specific psychiatric disorders – depression, anxiety disorders, schizophrenics, childhood disorders, and old-age disorders. In this, their main focus is on the three aspects or dimensions of the quality of life: subjective well-being and satisfaction, objective functioning in sociroles, and environmental circumstances –i.e., material and social living conditions.

An important section is devoted to the issues concerning treatment and management in relation to the patients' preface, »with the acceptance of quality of life as an outcome measure in clinical trials and health services research, this has become a fast-growing area in recent years«. Attention is drawn to the topics which consider the relationships between quality of life and pharmacological treatment and psychotherapy, including also the patients', relatives', and psychiatric staff's perception of life quality. Finally the volume conclude the chapters which discuss some »broader issues« such as those in financing, planning, and organisation of mental health services, as well as in health policy.

Comprehensive bibliography, index, and a list of contributors complete this well-documented, informative, and authoritative book which deserves

to be widely read. It will be welcomed by all those involved in the field of mental health and outcome research.

Ljubiša Zlatanović (Niš)

Markus Th. Gastpar
Antidepressiva
Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1998, 114 Seiten

Die depressiven Erkrankungen sind die häufigsten psychischen Störungen, mit denen sowohl der Allgemeinarzt als auch der Psychiater in Klinik und Praxis konfrontiert wird. Das Taschenbuch will die praktizierenden Ärzte über die aktuellen Konzepte der Depressionsbehandlung mit Schwerpunkt der Pharmakotherapie informieren.

Die Autoren weisen immer wieder auf die Bedeutsamkeit der Auseinandersetzung jedes Arztes mit der Problematik der Depression hin, nicht zuletzt, weil es eine erhebliche Komorbidität zwischen den depressiven Störungen und sonstigen psychiatrischen, z.B. Angst- und Panikstörungen, sowie internistischen Erkrankungen, z.B. Herzinfarkt und Krebs, gibt.

Für die Behandlungsstrategie der Depression wird die stützende Gesprächstherapie bzw. die Psychotherapie als obligat angegeben. Die Indikation für eine zusätzliche pharmakologische Behandlung wird bei den schwereren Depressionen gesehen. Hierbei ist das klinische Erscheinungsbild das wichtigste Auswahlkriterium für ein Antidepressivum. Ein spezieller Abschnitt gibt eine Übersicht über Studien zu Antidepressiva und bewertet diese. Praktische Tips zum Umgang mit Trizyklika und nicht zuletzt Skalen machen dieses Buch zu einer klaren Entscheidungshilfe für die behandelnden Ärzte weswegen es uneingeschränkt empfohlen werden kann.

Rita Primbas (Berlin)

Nachrichten / News

WADP and DAP Delegation at the XVI th World Congress of the World Association for Social Psychiatry (WASP) in Vancouver in August 1998

Psychiatrists from all over the world met between the 17th and 21th August 1998 in Vancouver (B.C. Canada) for the 16th World Congress of the WASP. The organisation of this meeting was designed to articulate the message of »the global information network and the future of psychiatry and medicine«. To quote *Eliot Sorel* (USA) »the program illustrated the leadership and integrative role of social psychiatry at this unique point in history: Cultural diversity and the information age have brought with them an explosion of knowledge and have stimulated increased complementarity between the medical, social sciences and the humanities.« Almost many psychiatric and psychotherapeutic schools, directions and branches of science gave a good impression of the present development of reasearch and practice. In many sessions was presented a synopsis of »Social Psychiatry in Europe, North America, Asia and Africa« . Important were also the discussions about »Managed Care, Health Care Management, Quality of Live«, »Intervention in Depression«, and the interesting complex »Human Rights, Ethics in Psychiatry, Torture and Psych. Consequences, Torture Trauma & Survival«.

The congress was initiated with an opening ceremony, in which *Eliot Sorel* (USA), the President, *Vincenzo di Nicola* (Canada), President of the Canadian Association Social Psychiatry (CASP), *Jorge Alberto Costa e Silva* (Switzerland), Director of the Divison of Mental Health and Substance Abuse Prevention of the World Health Organisation (WHO) and *Norman Sartorius* (Switzerland), President of the World Psychiatric Association (WPA), greated the auditorium. *George Lundberg* (USA), Editor in Chief of the Journal of the American Medical Association, gave his special opening lecture about »One medical world: Challenges and Opportunities in the New Millennium«. The auditorium could admire a First Nations Ceremonial Activity, which closed the opening ceremony.

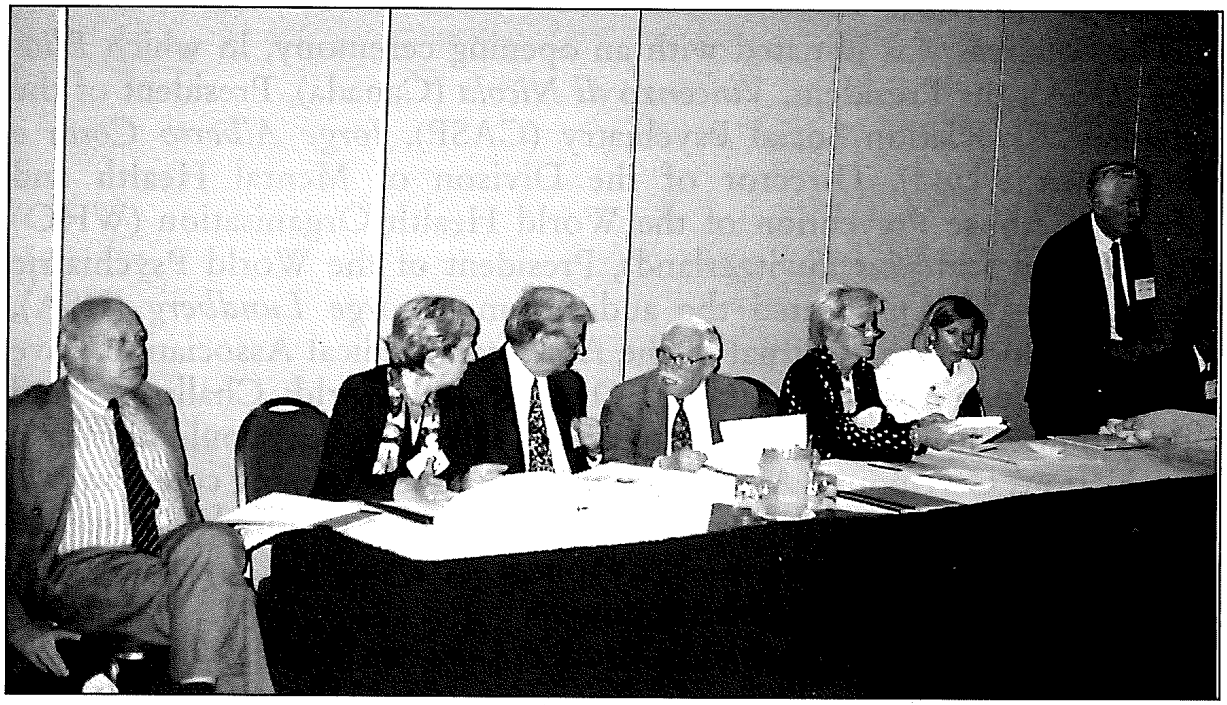
Günter Ammon and his work was in particular honored in a special Symposium »Günter Ammon – A Pioneer of Dynamic Psychiatry : A Symposium in Honor of Günter Ammon.«

This Symposium was chaired by *Modest Kabanov* (Russia), President of the World Association Dynamic Psychiatry (WADP), *Maria Ammon* (Germany), President of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) and *John Carleton* (USA). In a number of lectures the whole spectrum of Dynamic Psychiatry was represented. *Maria Ammon* (Germany) spoke about »Dynamic Psychiatry - An Integrative Psychiatric-Psychotherapeutic Concept«. Different aspects of dynamic psychiatric thinking

and working were presented by *Modest Kabanov* (Russia) with »Clinical and Psycho-Social Aspects of Compliance and Stigmatisation in Psychiatry«, *Ilse Burbiel* (Germany) with »The Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige - Concept, Therapy, Outcome« and *Gertraud Reitz* and *Thomas Hessel* (Germany) with »Rehabilitation and Prevention: The Importance of Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry«. Life and scientific work of Günter Ammon as a personage was honored by *Mauricio Knobel* (Brazil) with »Günter Ammon -Pioneer of Dynamic Psychiatry«, *Bela Buda* (Hungary) with »The Life Work of Günter Ammon: A Unique Synthesis and Reconceptualisation of Psychiatry« and *Shridar Sharma* (India) with »Professor Günter Ammon - Life and Contribution: A Tribute«. *Valery Krasnov* (Russia), manifested his highly esteem in a short contribution. The symposium was a dignified memorial for Günter Ammon and his creative power. The symposium finished with the lecture »Our Social Brain« given by *John Carleton* (USA). The lecturer mediated the connections and interdependences between neurophysics and social environment.

The congress was held in a warm atmosphere because of many encounters with colleagues from all countries. This was especially shown at the Farewell Banquet, a successfull closing ceremony. Vancouver was brought close to us in its historic and present charme by the cultural program implemented by the congress organizers.

Gertraud Reitz, Thomas Hessel (Munich)



Während des Symposiums zu Ehren Günter Ammons v.l.n.r.: Dr. med Bela Buda (Budapest), Vize-Präsident der WADP, Dr. phil. Gertraud Reitz (München), Vorsitzende des Vereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie, Prof. Dr. med. Shridhar Sharma (Delhi), Kommender Präsident der WASP, Prof. Dr. med. Mauricio Knobel, Vize-Präsident der WADP, Dr. phil Ilse Burbiel (München), Vorsitzende des deutschen Zweiges der WADP, Dipl. Psych. Maria Ammon (Berlin/München), Präsidentin der DAP, Prof. Dr. John Carleton (Santa Barbara), ehemaliger Präsident der WASP



Bei einem Bankett während des WASP-Kongrsses v.l.n.r.: Dr. phil. G. Reitz, Prof. Dr. med. Modest Kabanow (St. Petersburg), Präsident der WADP und Direktor des Bechterew-Instituts, Dr. phil. Ilse Burbiel, Prof. Dr. med. M. Knobel, Dipl. Psych. M. Ammon, Prof. Amnon Carmi (Haifa), Präsident der Internationalen Gesellschaft für Medizin und Recht, Frau Carmi (Haifa), Dr. med. B. Buda

Speech of Prof. Dr. Modest Kabanow, President of WADP: The Influence of the Conception of Dynamic Psychiatry of the G. Ammon School on the Development of Psychotherapy in Russia

Our contacts with Dr. *Günter Ammon,* founder of the German Academy for Psychanalysis (DAP) and the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), began already about 20 years ago, on the soil of the former GDR, where we became acquainted with each other at a symposium, organized by Dr. *Klaus Weise,* Professor of the Leipzig University, Chairman of the Department of Psychiatry at that University. Later on, a lively correspondende sprang up between us, and a meeting took place in Sankt-Petersburg at one of international conferences held by the V.M. Bekhterev Institute. Our regular meetings, which resulted in a close scientific collaboration with the German colleagues, commenced in March 1988, when a Russian (still Soviet at that time) delegation participated in the VIth Congress of the WADP in Munich. More than ten years elapsed since then, and our collaboration has taken new forms, connected with the penetration of the ideas of *G. Ammon* into those Russian institutions, where the practical implementation of the conception of rehabilitation is taking place. Its theoretico-methodological provisions, developed by the V.M. Bekhterev Institute (*M. Kabanov* 1969–1978), include, in their basis, the psychosocial aspects, namely various forms of psycho- and sociotherapy.

The principles of rehabilitation (specifically therapist-patient partnership, versatility of efforts, influences and measures, directed at different sides of patient's vital activity) were from the very first congenial to the conception of Dynamic Psychiatry. The past decade was wholly permeated with the intensifying interaction on a similar methodological basis between the scientists of the V.M. Bekhterev Institute and the German Academy for Psychoanalysis in Berlin and Munich with the model psychotherapeutic hospital Menterschwaige. An increase of number of joint research projects can be noted specifically concerning the ISTA technique, milieu therapy, a.o. These projects led to increased frequency of exchange by visits of specialists as well as of participation in various conferences in Germany and Russia, publications in the journals »Dynamic Psychiatry« (in Germany) and »The V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology« (Russia). The role of the monograph entitled »Dynamic Psychiatry« by *G. Ammon* (Sankt Petersburg, 1996), published in Russian for the first time, as well as of the Xth Congress of the WADP held in Sankt Petersburg at the end of 1994, in popularization of his ideas should be especially noted. The fact that after the untimely decease of Professor *Günter Ammon* at the beginning of September 1995, in accordance with his last will (as reported by his widow *Maria Ammon),* the honour to head the World Asscociation for Dynamic Psychiatry was proposed to a Russian scientist, is also indicative of strenghtening of our professional connections and deepening of mutual understanding which have transformed into friendship.

As is generally known, the essence of the *G. Ammon's* theory, which went beyond the framework of the classic teaching of *S. Freud,* is represented by the idea of the »social energy«, according to which the personal development is determined not by drives, but by the interpersonal relations and/or connections. The work with the sound, »constructive« human aspects stood for *Ammon* in the centre of this thinking. In *Ammon's* comprehension, a mental patient can stabilize his/her identity with the aid of various verbal (group therapy) and non-verbal methods of treatment, such as treatment by theatre, dance, painting, a.o. The circumstance that the methods of the psychoanalytically oriented therapy, developed by the *Ammon* school, were and are used by his pupils and followers in psychiatric hospital for treatment of psychotics, specifically for schizophrenia, is especially significant for Russian psychiatrists and psychotherapists. In our country, up to recent years, practically any attempt of postulating the importance of any forms of psychotherapy, especially psychoanalytical, lying within the framework of the conception of Dynamic Psychiatry, for the treatment of patients with endogenous psychoses, was turned down. Now the situation has changed. In high academic circles and even at the governmental level a new paradigm is being stressed, that is the importance of psychosocial aspects and their unconscious mechanisms in the development of the sciences of human nature, including psychiatry and psychotherapy. Practically all propositions of Dynamic Psychiatry »fit« into the

conception of rehabilitation of the mentally ill, and therefore it gains nowadays partisans and followers not only at psychiatric institutions of Sankt Petersburg or Moscow, but also in several other regions of Russia (the cities of Chelyabinsk, Nowgorod, Voronozh a.o.). The important contributions of the Federal Centre for Psychotherapy and Medical Psychology attached to the V.M. Bekhterev Institute and the Russian Psychotherapeutic Association to the dissemination of the ideas of *Ammon* also should be stressed. Not only specialists from the scientific centres of Sankt Petersburg and Moscow, but also practical therapists and psychologists, who work in the field of psychotherapy (including psychotherapy of psychoses), are coming for training to the Menterschwaige Hospital in Munich, where theoretical propositions of *Ammon* have been brilliantly realized (which, by the way, have been included in the recently published »Psychotherapeutic Encyclopaedia« compiled mainly by the scientists of our Institute under the editorship of Professor B. Karvasarsky.

The scientitsts from the V.M. Bekhterev Institute have visited also the German Academy for Psychoanalysis branch in the town of Paestum (Italy) with the purpose of familiarization with and training in the methods applied by our German colleagues. Since last year, a professor of the V.M. Bekhterev Institute takes a relevant course of training in the field of psychoanalytic psychotherapy in accordance with a programm which will enable him obtaining an international certificate. On the other side, German specialists in the field of milieu therapy participate directly in the work aimed at development of this form of psychosociotherapy at the V.M. Bekhterev Institute and other psychiatric institutions of Russia. In connection with the preparation for the XIIth Congress of the WADP to be held in Berlin in March 1999, new perspectives for collaboration of German and Russian specialists in the field of Dynamic Psychiatry are being opened.

Our today's meeting at this symposium is dedicated to the conception of Dynamic Psychiatry of *Ammon* who paid in his teaching very much attention to the ethical aspects of psychiatry and psychotherapy. The time after the decease of the great man will continue its course, but the understanding of the significance of his teaching will increase without doubt, and this not only in Germany or Russia, but in other countries as well.

Speech of Prof. Dr. Mauricio Knobel, Vice-Prädident of WADP: Günter Ammon, Pioneer fo Dynamic Psychiatry

It certainly is a great privilege to be present at a special session honoring *Günter Ammon,* one of the outstanding psychiatric personalities of our time. I personally assume this task as a reward for me and for all the colleagues here participating in this event because we do have a new opportunity to remind his contribution not only to psychiatry, but basically to

the whole field of mental health. We are exchanging the freshness of the theoretical advances that this man furnished us in order to think, practice and being a little bit more creative-everyone of us – in our practice, and later on, in our writings. Thus, we become also innovators in our daily practice and also known as authors who, based in *Ammon's* ideas, participate in re-defining *Dynamic Psychiatry* as a true way to consider and treat our fellow human beings in need of assistance because of disturbs that can affect anyone in the course of life. With these considerations I am sure that this symposium will justify our agreement that *Günter Ammon* deserves a special session in an International Congress of Social Psychiatry like this one.

I shall not indulge in describing or justifying his work as psychiatrist, a psychoanalyst and a true worker in Mental Health, but I do consider necessary to point out some of his ideas that did help building up a new concept of *Psychiatry.* A concept that is more accurate, more human, and more practical for this part of Medicine, so much neglected in medical practice, because its way of isolating itself, lack of a true clear scientific position in the now accepted concept of the human being as a bio-psycho-social totality, permanently interacting with other human beings and our circumstances, that makes life itself a fantastic endeavor and an everlasting adventure. All of this becomes very clear in *Ammon's* publications. I can not avoid mentioning his original book in »Dynamic Psychiatry« (*Ammon* 1980), his studies enlightening psychosomatic medicine (*Ammon* 1979), and his very important article on his concepts of »human structurology« (*Ammon* 1993). No doubt that his ideas stem from psychoanalysis. But he had the courage to disregard some psychoanalytic statements and, in its place, put some personal ideas that, as all clinicians do, later on are transformed in theoretical contributions based on clinical experience. I mean that we do work with people, patients or not, and we do not come out with feverish thoughts originated in our mind and put together in our writing seclusion, ignoring what is a hospital, a consulting place, and real people interacting with other real people who assumed the task of helping also real people. We can certainly say that Dynamic Psychiatry as *Ammon* presented to the scientific community is based on psychoanalysis, but a psychoanalysis that follows his truly creative outline. I learned that the »group« is the originator of *»Social Energy«,* and that such an energy is the true motor of constructing well being, in the sense of health in general and mental health in particular. Whenever we get together this energy appears, and the way we handle a group situation will influence everybody's »ego-structures« and »ego-functions«. Now, whenever I treat a patient or a group, and even when I teach or discusss with students and/or colleagues, I remind those concepts and try to make whatever situation arises, a more creative and friendly one. In treatment I can not forget now, the *»Symbiotic Complex«,* specially how this concept helps in the treatment of drug addicts adolescents (*Knobel* 1992), and of course in many other psychopathologies. *Ammon* was a creative contestant and no wonder he had to join other creators in the history of

science, both in our elogies and in others attacks not only to his ideas but to him directly as a person, a scientist, a practitioner and a leader of a very creative group. In my paper on *Ammon's* ideas on Psychoanalysis and Psychosomatic Medicine, I pointed out that only the wealth of his commented bibliography in his book on »Psychoanalysis and Psychosomatics« (*Ammon* 1979), may provoke envy among poor sectarians who seek refuge in their narrow little knowledge which they keep idealized within their closed institutions. (*Knobel* 1993).

Rudolf Ekstein, a great psychoanalyst of our time, recognizing his struggle, wrote about *Günter Ammon:* »He returned home with enthusiasm and passion, creating quite a few waves. He must often have felt isolated from his colleagues, who found him disturbing and difficult. Indeed, he was and is a disturbing person. He did not make it easy for himself, neither with his followers who were deeply dedicated to him, nor with the colleagues toward whom he must build a bridge of communication. He found resistance – like many before him – and stirred up ambivalences, although he would be the last to claim he was without such ambivalences himself« (*Ekstein* 1979). *Ammon* did not follow *Ekstein's* suggestion, but I think that he bestowed upon us this task. We must try to build the bridge between a true Dynamic Psychiatric and the day by day, year by year, growing understanding of the human being within Psychiatry. Mental health, community psychiatry, milieu therapy, human personality structure, the outstanding work of the Menterschwaige Mental Health Hospital, are the strong foundations of a »Dynamic Psychiatry« that won, deservingly, a point of reference in today's Social Psychiatry.

That is why, among other features and deeds, that *Günter Ammon* deserves a special session in this Congress of the Wolrd Association of Social Psychiatry.

Speech of Prof. Dr. Shridhar Sharma, President-Elect of WASP:
Günter Ammon – His life and contribution – a tribute

My first person to person contact with Dr. *Günter Ammon* was in Ranchi in December 1984, when he visited India. He was accompanied by members of Dynamic Psychiatry Group including Mrs. *Maria Ammon* and Dr. *Ilse Burbiel.* As Director, Central Institute of Psychiatry (CPI), Govt. of India, I organised one day joint conference, under the agies of Indian Branch of World Asscociation of Dynamic Psychiatry where we shared our experiences. This friendship grew more and more with passage of time. Ranchi is well known for its salubrious and pleasant climate and more than this, it has a renouned reputation of a major mental health care centre in India. It has a major tribal belt and an excellent social laboratory to work. Impressed with the setup at Ranchi, he sent some of his students for training there. After

this we met several times in India and abroad. He attended the World Congress of Social Psychiatry held at Delhi. What impressed me most about him was his concern for humanity and his sensitivity to high quality of care to the mentally sick, but even more than this was the impact of his eternal wisdom and his humanism which is amply reflected in his writings. He was always introspecting, which is manifested in many of his published work. In his writings he beautifully conveyed that quality of psychiatric practice hinges on basic elements of humanism and values. All of us who practice psychiatry, carry our values, professional standards, aims and goals through our experiences. The basic tenets of dynamic psychiatry which he founded are based on the twin concept of modernity and humanism. It is difficult to elaborate all the principles and concepts of his school of thought. However, some of the highlights of his contributions made by him, which interested me most are described.

I found that his theory was influenced by both *Freud*ian and Neo *Freud*ian schools of thought and were reshaped by interpersonal theories as practised in USA. His ideas evolved with passage of time. He was not detached from science while practising psychoanalysis. In psychiatric practice like other disciplines of medicine, the science sustains, and continually supplements our knowledge. However, it can not provide a total framework to grasp both normal and abnormal behaviour as manifested in different clinical conditions and in varied cultures. In Dynamic psychiatry, this lacunae is fulfilled by providing emphasis on human and compassionate aspects of medicine. If taught properly with quality and sensitivtiy, the principles of Dynamic psychiatry could be a continuing reminder to all those who are practising in medicine of its mission. In this respect *Ammon* was a messenger of humanism and holistic thinking. This aspect was recogniced earlier by his mentor, *Karl Menninger,* at Topeka, who realised that in dynamic psychiatry from a diagnostic view point, the psychic, psychosomatic and psychosocial aspects of the disturbance move on a complementary scale. Dynamic psychiatry is basically the 'understanding of Man'. Human beings as group beings have to be seen in social and cultural context. Dynamic psychiatry is an understanding psychiatry where efforts are made in realizem man as a personality in his own right and it is the responsibility of therapists to grasp this part. *Ammon* (1993) understood Man as multidimensional being with his psychic, physical and spiritual aspects is constantly striving for inner development. He believed that as a therapist we have to concentrate on patient as a human being, on his needs, wishes, feelings, aspirations and anxiety. In this context the therapeutic significance of the new paradigm is a consequence of his therapeutic optimism. He rightly said, »only he can heal, who believes in healing«. His contributions are very relevant in today's context. *Ammon*'s grasp of Eastern concept of mind whre he brought spiritual component in his writings bridgee the grap between the East and the Westen concept of mind and personality.

During my last visit to Munich at XI World Congress of Dynamic Psychiatry, I felt the ubiquitous presense of his ideas and spirit which he has

left in plenty not only in Germany but throughout the world. This significant symposium organised by my esteemed friend *Jack Carleton* has provided me an opportunity of paying my tributes to *Günter Ammon.*

Bericht über die Erfahrungen ungarischer Mitarbeiter der Dynamisch-Psychiatrischen Gesellschaft auf dem Gruppendynamischen Wochenende vom 29./30.11.1998 in München

Zwischen dem 27. und 30. November nahmen Mitglieder der ungarischen DPPE (Dynamisch-Psychiatrische und Psychologische Gesellschaft) in München an einem Gruppendynamischen Wochenende teil. Wir wurden von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) - vertreten durch das Münchner Lehr- und Forschungsinstitut - eingeladen. Unsere Gruppe wurde von Fr. Dr. Györgyi Körmendy geleitet, die selbst längere Zeit als Gastdozentin in der Klinik Menterschwaige verbracht hatte.

Ziele des Besuchs der ungarischen Gruppe waren die Sammlung von theoretischen und praktischen Erfahrungen, von Informationen über die neuen Forschungs- und Behandlungsmethoden der Dynamischen Psychiatrie sowie die Grundlagen für unsere zukünftige Zusammenarbeit zu schaffen. Ein Vertrag zwischen der ungarischen DPPE sowie der DAP ist in Vorbereitung. Hauptziel ist die Ausbildung der ungarischen DPPE-Mitglieder in Dynamischer Psychiatrie.

Aus den Erfahrungsberichten der ungarischen Gruppenmitglieder sollen einige wesentliche Aussagen sowie persönliche Eindrücke wiedergegeben werden:

Dr. Joseph Horvath fand es interessant, daß bei den Gastgebern fortlaufende methodenspezifische Kleingruppen existieren, die offen für die Aufnahme neuer Teilnehmer sind. Auch die Großgruppe arbeitet als eine freiwillig und sich spontan bildende Selbsterfahrungsgruppe, in der sich der Einzelne durch den Tanz ausdrücken kann.

Über die Erlebnisse in der Klinik Menterschwaige schreibt er: "Ein großes Positivum ist das Menschenwürdige .... Der bei uns überbetonten Arbeitstherapie gegenüber dienen hier neben den verschiedenen Kunsttherapiegruppen, die sogenannten Projektarbeiten mit ihrer reichen Symbolik, einem therapeutisch sinnvollen Ziel".

Fr. Horvath äußerte sich u.a. über die Erlebnisse in der Tanzgruppe: "Gefühle und Emotionen durch Tanz und Bewegung können zum Erleben regressiver Gefühle führen, die sonst nicht zugänglich sind".

Prof. Dr. Istvan Kappéter hatte zwei Überblicksarbeiten Ammons ausführlich studiert. Er hatte einige Zeit in der Klinik verbracht und half bei der Organisation unseres Besuchs.

Für Dr. János Fehér war es eine wichtige Erfahrung, daß "Musik auch für gruppenanalytische Studien geeignet ist".

Der Pädagoge Zoltán Tóth spricht in seinem Bericht über seine Tanzerlebnisse: »Tanzen hat Macht. Die tanzende Person ist nicht allein. Man kann sagen, daß die, die im Kreis sitzen, auch mittanzen. Die Zuschauer bewegen sich körperlich nicht oder nur kaum, aber durch die seelischen Bewegungen können sie mit dem Tanzenden identisch werden. So entwickelt sich eine Brücke zwischen Mensch und Mensch, ein unsichtbarer Faden verbindet die Teilnehmer«.

Mich selbst - Katharina Stöckert - hat von den Ammonschen Theorien die Bedeutung der Sozialenergie ergriffen. Erst jetzt, in München, wurde mir klar, was Sozialenergie sein kann: Von der sozialen Umgebung, vom sozialenergetischen Feld ausströmende Impulse und Kräfte vereinigen sich und können dadurch mit erhöhter Intensität die Öffnung des in seinem eigenen Gefängnis eingeschlossenen Menschen fördern. In der Arbeit der Malgruppe war es für mich verblüffend, wie die Mitglieder sich immer mehr öffneten. So wurde Verdrängtes bewußt gemacht, Unaussprechliches ohne Worte gesagt. Beim Versagen der Sprache als Ausdrucksmittel können diese unbewußten Mitteilungen eine Art von Neuschöpfung bedeuten. Später, in den Gruppensitzungen, konnten sich die nicht-verbalen Prozesse langsam in verbale Formen umsetzen«.

Fr. Horvath: »Wer zum ersten Mal die Klinik und das Institut betritt, wird nicht von einer starren, offiziellen Atmosphäre empfangen. Meinen persönlichen Eindrücken nach kann ich sagen, daß man sich heimisch fühlt. Jeder konnte sich selbst individuell zeigen«.

Fr. Stöckert: »Für mich war die ungezwungene und natürliche Zusammenarbeit mit den Münchner Kollegen und ihren Patienten berührend und besonders erlebnisreich«.

Neben den praktischen Erfahrungen erwarben wir neue beruflich-theoretische Erkenntnisse, die nach den Gruppensitzungen geführten Besprechungen, die interessanten Vorlesungen, die Vorträge und natürlich die angebotene Fachliteratur waren uns sehr wertvoll. Fr. Horváth selbst konnte erfahren, daß der Tanz dem Menschen die Möglichkeit bietet, seine schöpferischen Kräfte zu erleben.

Wir alle, die wir am Münchner Wochenende teilnehmen konnten, danken den deutschen Organisatoren und auch unserer Leiterin, Frau Dr. Györgyi Körmendy für das reichhaltige Programm und die schönen Erlebnisse. Auch im Namen der anderen DPPE-Mitglieder hoffen wir für die Zukunft auf eine weitere Zusammenarbeit mit dem Lehr- und Forschungsinstitut, der Klinik Menterschwaige und den Kollegen und Freunden in München.

Dipl.-Psych. Katharina Stöckert
Sopron, Ungarn

In Memoriam Dr. med. Alfred Doldinger

Wir trauern über den Verlust unseres Freundes *Alfred Doldinger,* der am 18.2.1999 wenige Tage nach seinem 75. Geburtstag verstorben ist.

Nach seinem Medizinstudium, das er 1951 beendete, übernahm er kurz nach seiner Hochzeit mit *Dorothee Doldinger* 1953 die Praxis des Schwiegervaters in seiner Heimatstadt Freiburg im Breisgau und führte diese bis zu seinem 68. Lebensjahr mit großem Engagement. Jederzeit, auch nachts und am Wochenende, stand er für seine Patienten zur Verfügung.

Wir lernten ihn 1979 beim Aufbau der Arbeits- und Studiengruppe der Deutschen Akademie für Psychoanalyse kennen. Er half durch seine guten Kontakte zur Ärztekammer und den Kollegen die Arbeits- und Studiengruppe in Freiburg zu verankern. Sein besonderes Interesse galt der Balintarbeit und der psychosomatischen Medizin. So wurde er bald zum Exekutivsekretär der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) gewählt und bekleidete diese Ämter jahrelang. Er war Gesellschafter der Trägergesellschaft der Dynamischen Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und im Beirat der Klinik vertreten. Er setzte sich stets für die Belange der Dynamischen Psychiatrie ein. Immer war er bereit durch persönlichen Einsatz, aber auch mit großzügigen Spenden die Arbeit der Dynamischen Psychiatrie zu unterstützen. Mit auf seine Initiative hin wurde die Gesellschaft zur Förderung der Dynamischen Psychiatrie, deren Vizepräsident er von Gründung der Gesellschaft bis zuletzt war, ins Leben gerufen.

Im Kreise seiner großen Familie, 3 Kinder und 10 Enkelkinder, beschloß er ein erfülltes Leben.

Wir danken *Alfred Doldinger* für seine Treue und seinen Einsatz für die Dynamische Psychiatrie.

Ankündigungen / Announcements

12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)/ XXVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.

Leitung: Modest M. Kabanov (Präsident der WADP) und
Maria Ammon (Präsidentin der DAP)
Thema: Schizophrene und Borderline-Störungen
Eine Herausforderung für Wissenschaft und Gesellschaft
Ort: Humbold-Universität Berlin
Zeit: 17.–21. März 1999
Information: Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. Gabriele von Bülow
Kantstraße 120–121, 10625 Berlin,
Tel. 030/3132698, Fax: 030/3136959,
E-mail: LFI Berlin@sol.com, Internet: http://www.dynpsych.de

1. Berliner Stressforschungstage 1999

Veranstalter: I.S.F. Institut für Stressforschung GmbH Berlin
Thema: Regulationsmedizin – Zukunft des Stress-Managements?
Vorsorge – Nachsorge - Forschung
Ort: Berliner Charite, Kongresszentrum Humboldt Universität, Berlin-Mitte
Zeit: 19.–20. März 1999
Information: Institut für Stressforschung GmbH (Tagung)
Chausseestraße 111, D-10115 Berlin
Tel. 030/28599029, Fax: 030/308788-10
E-mail: 101724.3707@compuserve.com

2. Symposium der APAM

Veranstalter: Akademie für patientenzentrierte Medizin e.V. APAM
Thema: Patientenkonzentrierte Konzepte in der praktischen Umsetzung
Ort: Hotel Seeschlößchen Dreibergen, Dreiberger Straße 21–23
26160 Bad Zwischenahn
Zeit: 20.–21.3.1999
Information: APAM e.V. Geschäftsstelle
z.Hd. Arnd Sensenschmidt
Stendorfer Straße 3, 27718 Ritterhude
Tel: 04292/816347, Fax: 04292/816329

Sommerakademie des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG)

Organisation:	Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG)
Ort:	Granada, Spanien
Zeit:	17.–21. Mai 1999
Information:	Sekretariat des DAGG, Frau J. Bohnhorst, Landaustraße 18, D-34121 Kassel Tel.: +49 - 1561 - 284567 Fax: +49 - 561 - 284418

108. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung:	Dipl. Psych. Maria Ammon
Ort:	Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit:	2.–12. Juni 1999
Information:	Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Tel.: 030 - 3132698, Fax: 030 - 3136959 LFI München, Goethestraße 54, 80336 München, Tel.: 089 - 539674, Fax 089 - 5328837

Symposium 1999: Visionen in der Psychotherapie

Veranstalter:	Beratungsstelle für Psychotherapie e.V., Berlin
Thema:	Visionen in der Psychotherapie. Die Geister, die ich rief... – Zusammenhänge von Sucht und Psychose
Ort:	Haus Steprath / NRW
Zeit:	11.–13. Juni 1999
Information:	Freie gemeinnützige Beratungsstelle für Psychotherapie e.V. Berliner Allee 32, 40212 Düsseldorf Tel.: 0211 / 8800099, Fax 8800097

30th Annual Meeting of The Society for Psychotherapy Research

Ort:	Braga, Portugal
Zeit:	16.–20. Juni 1999
Information:	e-mail. spr iep.uminho.pt, web site: http://www.uminho.pt./

2. Weltkongreß für Psychotherapie

Veranstalter: World Council for Psychotherapy (WCP)
Thema: Mythos – Traum – Wirklichkeit
Ort: Wien
Zeit: 4.–8. Juli 1999
Information: WCP Headoffice
Rosenbursenstraße 8/7/8, A-1010 Wien
Tel. 43/1/5120444, Fax: 43/15131729
E-mail: »WCP.office pop.magnet.at«

11th World Congress of Psychiatry

Chair: Prof. Norman Sartorius, M.D., Ph.D.
Title: Psychiatry on New Thresholds
Location: Congress Centrum Hamburg
Time: 6–11 August 1999
Information: Frau A. Baumann, Psychiatrische Klinik
Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
Tel. 0211/922-2003, Fax: 0211/922--2000
E-mail: baumanna@uni-duessseldorf.de

The 38th International Congress on Alcohol and Drug Dependence

Organization: The International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)
The Anton-Proksch Institute in Vienna (API)
Title: Dependence: Politics and Reality
Location: University Clinic AKH, Vienna, Austria
Date: August 15–20, 1999
Information: ICAA/CIPAT,
Case Postale 189, CH-1001 Lausanne, Switzer

9th Congress of the International Psychogeriatric Association

Title: Challenges for the New Millennium: Professional, Cultural and Regional Diversity
Location: Vancouver Trade- and Convention Centre
Vancouver British Columbia Canada
Date: August 15–20, 1999
Information: International Psychogeriatric Association
550 Frontage Road, Suite 2820, Northfield, IL. 60093 USA
Tel. 1+847-784-1701, Fax: 1+847-784-1705
E-mail: ipa ipa-online.org., Web: http.//www.ipa-online org

11the European Symposium in Group Analysis

Veranstalter: Group Analytic Society, London
Thema: Bridging – The Risks we take
Ort: Budapest
Zeit: 21.–26. August 1999
Information: COOPCONGRESS Budapest 5, P.O.Box 434
H-1371 Hungary, Tel. 0036-1-466-8172
Fax 466-9051, e-mail: coopcong@euroweb.hu

The 1999 World Congress of the World Federation for Mental Health

Title: Interfaces in Mental Health: Poverty, Quality of Life and Society
Location: Centro de Convenciones »Diego Portales«, Santiago – Chile
Date: Sept. 5–10, 1999
Informarion: Congres o Mundial de Salud Mental 1999
Casilla 160-C Concepcion Chile
Fax: 56-41-312799

2nd International Conference of the Synthesis between Psychopharmacotherapy and Psychotherapy

Veranstalter: European Psychiatric Association and the World Psychiatric Association
Thema: Integration of Psychopharmacotherapy and Psychotherapy
Ort: Genf
Zeit: 20.–23. Oktober 1999
Information: Kuoni Congress, 7 Rue de Berne, CH-1201 Geneva
Switzerland, Tel. 4122908155, Fax: 4122-9081835
e-mail: wpac@kuoni.ch

2. Wissenschaftliche Tagung der Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung

Veranstalter: Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung
Thema: »Wege und Bedingungen in der Psychotherapie«
Ort: Salzburg
Zeit: 5.11. – 6.11.1999
Information: Koordinationstelle für österreichische Psychotherapieforschung
c/o Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie
Vorstand: O.Univ.-Prof. Dr. M. Springer-Kremser
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, Seat and Office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin, Tel. (030) 3 13 28 93, Fax (089) 3 13 69 59, Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel, München (7%); Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)
Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, D-37079 Göttingen, Tel. 05 51 - 50 51 5-0, Fax 05 51 - 50 51 5 44
Umschlaggestaltung: Konturwerk, Rainald Schwarz, Jagdstraße 3, D-80639 München
Herausgeber/Editor: Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1, D-10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)
Buchbesprechungen/Book reviews: Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Rottenbucher Straße 36, D-81377 München
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Jägerwirtstraße 3, D-81373 München
Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, D-80799 München
Anzeigen/Advertising Manager: Renate Drechsler, Linprunstraße 7 D-80335 München (verantwortlich)
Abonnentenabteilung/Subscription Management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in Deutsch oder Englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.
In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.
Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 120,–, ÖS 880,–, SFr 108,– (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 95,–, ÖS 700,–, SFr 86,– (zzgl. Porto). Studenten DM 63,–, ÖS 480,–, SFr 59,– (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,–, ÖS 145,–, SFr 17,–. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

The authors's opinion does not necessarily reflect the opinons of the editiorial staff.
Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted German and English. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.
Generelly, only unpublished manscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.
With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.
Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 78, for WADP-members $ 62,–, for students 42,– (plus postage charge $ 8,–), per individual copy $ 13,–. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.