

Heilsame Erfahrungen
Biotop Mosbach:
Eine Gruppe als Wegbegleiter
durch psychotische Krisen

Lilla Sachse

Heilsame Erfahrungen

Biotop Mosbach:

Eine Gruppe als Wegbegleiter
durch psychotische Krisen

Mit einem Nachwort von Ursula Plog

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Sachse, Lilla: Heilsame Erfahrungen: Biotop Mosbach:
Eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychotische Krisen/
Lilla Sachse. – 1. Aufl. – Neumünster: Paranus-Verl., 1998,
ISBN 3-926200-26-X

Lilla Sachse

Heilsame Erfahrungen

**Biotop Mosbach: Eine Gruppe als Wegbegleiter
durch psychotische Krisen**

© Paranus Verlag, Die Brücke Neumünster e.V.,
Postfach 12 64, 24502 Neumünster

Lektorat: Irene Stratenwerth

Buchgestaltung: Henning Poersel

Herstellung: Druck & Verlag, die Brücke Neumünster e.V.

Inhalt

- 8 Einleitung

- 13 Erste Begegnungen mit einer Idee**
- 17 Gerümpelhalden fremdartiger Schönheit –
Alltag im Biotop
- 21 Eine Übergangsfamilie ermöglicht neue Erfahrungen –
theoretische Grundlagen

- 30 Der Anfang – eine Reise in die Berge**
- 33 Aufbruch, Reisepläne, Kofferpacken
- 37 Allein in der Hütte: Die Spannung steigt
- 40 Der Abstieg von den Bergen
- 44 Eine Affäre, zwei Notfälle

- 47 Die Gruppe – eine Geschichte in zehn Porträts**
- 47 Christian: Nur beim Trompetenspiel liebt er sich selbst
- 51 Elena: Rebellisch, verführerisch und gefährdet
- 54 Elvira: Schweigender Widerstand
- 57 Magda: Nach einem Roman des 19. Jahrhunderts
- 63 Leonard: Auf der Durchreise viel bewegt

- 65 Nora: Geborgene Einsamkeit
- 70 Katja: Heiter mit einer schweren Hypothek
- 74 Luise: Stets auf gepackten Koffern
- 79 Nicolas: Großes Herz und große Gesten
- 84 Hanna: Zwischen Liebe und Zweifeln
-
- 90 Psychodynamische Erkenntnisse
aus der Gruppenarbeit**
-
- 103 Das Biotop: Gemeinsam handeln
statt einseitig behandeln**
- 111 Einfallsreich und einfühlsam:
Krisenintervention in der Hand der Patienten
- 114 Begegnungen in der Krise: Drei Rollenspiele
- 124 Im Ernstfall geborgen: Drei Krisenprotokolle
-
- 149 Nachwort von Ursula Plog**
- 156 Glossar und Literatur
- 167 Über die Autorin

Einleitung

Ein Biotop ist ein Lebens- und Schutzraum für besonders bedrohte Pflanzen und Tiere. Das Biotop Mosbach ist ein Platz für besonders bedrohte Menschen. Wer dort Zuflucht sucht, ist gefährdet in doppelter Weise: Durch ein inneres Geschehen, das wir im Begriff Psychose zu fassen versuchen. Und durch die äußere Gewalt, die Menschen in solcher Not allzu oft widerfährt: Polizei, Psychiatrie, Zwang, Entmündigung, Kränkung.

In dem rosaroten Barockhaus, im Herzen einer historischen Fachwerkstadt, ist von solcher Dramatik wenig zu spüren. Die Besucher, die durch die fast immer offen stehende Tür ein- und ausgehen, die rauchend, schwatzend, Kaffee trinkend im Aufenthaltsraum sitzen, wirken so bunt gemischt, wie die Menschen, die auf dem nahegelegenen Marktplatz Gemüse einkaufen. Auffällig ist nur die entspannte Normalität, die freundliche Vertrautheit, mit der man hier einander begegnet.

Was in diesem Haus völlig unspektakulär und scheinbar beiläufig begonnen wurde, ist ein Stück real gewordene Utopie in der psychiatrischen Versorgungslandschaft und zugleich eine psychiatriepolitische Provokation: Ein Notfallhaus für Menschen in psychotischen Krisen, in dem vor allem »Laien« Dienst tun, die Experten aus eigener Erfahrung sind. In der Gesellschaft, auf dem Arbeitsmarkt sind viele von ihnen als chronisch krank, als unbrauchbar abgestempelt. Hier leisten sie einen unbezahlbaren Dienst am Nächsten. Sie wissen, wie es ist, wenn jemand seine Grenzen verliert, nur noch Angst hat, sich verfolgt fühlt, Nähe sucht und sie doch nicht ertragen kann, von einem Großartigkeitsrausch

beseelt ist, sich mutterseelenallein auf der Welt wähnt, nicht mehr ans Essen, Trinken und Schlafen denkt. Sie haben gelernt, wie wichtig manchmal die einfachsten Dinge sind: Eine Decke, ein ruhiger Raum, ein Kuscheltier, ein Glas Bier, eine klare Antwort, manchmal auch ein Medikament. »Die ganze Schwere der Krankheit wird hier entschärft«, sagt einer, der mehrmals als Krisenpatient in diesem Haus war und mehrmals als Krisenhelfer.

Dieses Konzept ist Idee und Lebenswerk der Psychiaterin Lilla Sachse, darin stecken Engagement, Phantasie und Mut ihrer Patientinnen und Patienten. Es realisiert auf sehr eigene und besondere Weise viele der Ideen und Forderungen, die in der Diskussion zwischen Selbsthilfebewegung und sozialpsychiatrischer Fachwelt in den letzten Jahren im Mittelpunkt standen. Etwa:

- Selbsthilfe und Empowerment als eine Kraft, die entsteht, wenn Menschen sich als Experten ihrer eigenen Erfahrung zu verstehen beginnen,
- die Forderung nach einem gleichberechtigten Dialog zwischen professionellen und »erfahrenen« Experten, wie er in den Psychose-Seminaren entwickelt wurde,
- die Idee des Soteria-Modelles, das einen schützenden und therapeutischen Raum für Menschen in psychotischen Krisen bietet,
- die Behandlungsvereinbarung als Möglichkeit, eine Krise möglichst selbstbestimmt zu durchleben,
- die Suche nach dem Sinn im Wahn, nach einer Wahrheit, die in der Psychose zur Sprache kommt.

Und dennoch erwarten wir, daß der vorliegende Bericht nicht nur auf großes Interesse stößt, sondern auch jede Menge Widerspruch provoziert. Denn Lilla Sachses Arbeit

liegt quer zu einigen, von Betroffenen, Angehörigen und sozialpsychiatrisch Tätigen in den letzten Jahren vielleicht schon zu einträchtig formulierten Positionen.

Psychose-Erfahrene haben gegen die Abstempelung ihrer außergewöhnlichen Erfahrungen als »krankhaft« gekämpft. Für Lilla Sachse aber ist der Begriff »Krankheit«, die Diagnose »Schizophrenie« Grundlage ihres therapeutischen Handelns. In ihrem psychotherapeutischen Konzept formuliert sie jedoch zugleich eine ermutigende Entwicklungschance, wie sie Psychosepatienten in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft nur selten finden.

Widerspruch erwarten wir auch von Mitgliedern der Angehörigen- und Elternbewegung, die für den »Freispruch der Familie« kämpfen, die zurecht nicht weiter schuldig gesprochen werden wollen für die Krankheit ihrer Kinder. Denn Lilla Sachses Konzept geht davon aus, daß »frühe Störungen«, vor allem in der Mutter-Kind-Beziehung, große Bedeutung bei der Entstehung von Psychosen haben. Doch gleichzeitig formuliert sie ein klares Angebot: Eine therapeutische »Übergangsfamilie« könnte Eltern davon entlasten, für ihre psychisch kranken Kinder allein zuständig zu sein.

Auch für psychiatrisch Tätige beinhaltet dieses Buch Irritation und Ermutigung zugleich. Denn Betroffene machen im Biotop, ehrenamtlich und selbstorganisiert, eine Arbeit, die nach Auffassung professioneller Helfer einen gut ausgestatteten, institutionellen Rahmen und eine langjährige Ausbildung erfordert und entsprechend zu entlohnen ist. Könnten Krankenversicherungen und kommunale Kostenträger das Biotop Mosbach demnächst als Billigmodell zur Senkung der Kosten im psychosozialen Bereich entdecken? Wer Lilla Sachses Bericht liest, wird bald erfahren, daß sich das Wagnis dieses Weges niemals von

oben herab sozialpolitisch verordnen ließe. Er wird in der Schilderung des langjährigen Gruppenprozesses vielmehr ein ganz anderes Plädoyer entdecken: Für eine liebevolle und sorgfältige therapeutische Fürsorge, die Geduld und Zeit hat, ohne rehabilitativen Druck zu arbeiten, auch für die scheinbar hoffnungslosen Fälle, die heute immer schneller als »chronisch unheilbar« abgestempelt und abgeschoben werden. Und ein Plädoyer für das Zusammenwirken und nicht gegeneinander Ausspielen von Professionalität und Selbsthilfe.

Lilla Sachse erzählt in diesem Buch von den Menschen, mit denen sie das Biotop aufgebaut hat. Viele ihrer Patientinnen und Patienten sind mit ihren Erfahrungen inzwischen selbstbewußt in die Öffentlichkeit getreten. Für dieses Buch, das von ihren ganz persönlichen Geschichten und Nöten erzählt, wurden jedoch alle Namen und persönlichen Daten geändert. Die Autorin schreibt über ihre Patientinnen und Patienten, wie sie auch mit ihnen spricht: Schonungslos und respektvoll, zugewandt und abgegrenzt, wütend, begeistert und immer humorvoll. Sie erzählt von Freude und Streit, von Liebe und Sex, von Einsamkeit und Gewalt, von Arbeit und Armut. Sie ist mitfühlende Chronistin von Lebens- und Leidensgeschichten, liebevolle Karikaturistin von Macken und Marotten, scharfe Kritikerin von Konsumhaltung und Resignation und sie ist immer auch Psychoanalytikerin. Dort, wo dieser Hintergrund ihre Sprache geprägt hat – vor allem in den zwei theoretischen Kapiteln in diesem Buch – ist sie für Laien nicht leicht zu verstehen. Doch hinter den Fachbegriffen und Fremdworten steht ein Erklärungsgebäude, das wir weder einfach übersetzen noch »weglassen« konnten oder wollten. Ein Glossar am Ende dieses Buches gibt deshalb Hinweise zum Verständnis der

wichtigsten Begriffe.

Dieses Buch ist Ergebnis eines langen Arbeits- und Entwicklungsprozesses. Es sollte veröffentlicht werden, wenn das Biotop Mosbach sich bewährt haben, seine Existenz jedenfalls halbwegs gesichert sein würde. Doch als das endlich erkämpft war, traf das Projekt ein neuer Schlag. Lilla Sachse muß ihre Praxis aus gesundheitlichen Gründen aufgeben. Inzwischen ist eine Nachfolgerin gefunden, die gemeinsam mit dem »Verein zur Hilfe psychisch Kranker« das Modell Biotop fortführt.

In dieser Situation haben wir uns entschlossen, dieses Buch in sehr kurzer Zeit und mit vereinten Kräften zu produzieren. Realisierbar wurde das durch die Bereitschaft vieler Menschen, dieses Vorhaben durch einen Arbeitseinsatz »außer der Reihe« zu unterstützen: Jürgen Blume (stellte das Glossar zusammen), Monika Neuer (übernahm die Schreibaarbeiten bei der Überarbeitung des Manuskriptes), Ursula Plog (schrieb das Nachwort), Henning Poersel (legte Sonderschichten für Satz und Belichtung ein) und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Druckerei der Brücke e.V. in Neumünster.

Wir wünschen uns, daß dieses Buch, das zum Bericht über ein Lebenswerk wurde, weitere Steine ins Rollen bringt. Denn es geht um den Aufbruch aus der bloßen Vermutung, daß ein besseres Leben möglich sei, auch für Menschen mit Psychosen.

April 1998

Irene Stratenwerth und Fritz Bremer

Erste Begegnungen mit einer Idee

Psychisch kranken Menschen bin ich bewußt erstmals im Rahmen eines Ferienjobs als Stationshilfe begegnet. Ich war dabei unbefangen, uninformiert und von unvoreingenommener Wahrnehmung. Ich wienerte den Wachsaal, wurde von den Kranken selten beachtet, aber auch nicht angefeindet. Ich hatte überwiegend im Akutbereich zu tun, so daß ich ganze Tage mit akut psychotischen Frauen verbracht habe. Ich erlebte Faszination, Befremdung und ein wenig Angst vor dem scheinbar Unverständlichen. In meiner Freizeit wurde mir gestattet, einzelne Krankenblätter zu lesen. Die Kranken wurden in blutleere, distanzierend versachlichende Worte eingehüllt - ein Paket dessen Verpackung der eigentliche Inhalt war. Die Frage nach dem Sinn ihrer psychotischen Symptome wurde weder gestellt noch erörtert.

Einzelne, meine eigentliche Aufgabe überschreitende Aufträge, wie ein Spaziergang mit einer schizophrenen Patientin im benachbarten Dorf, verliefen allerdings beängstigend stürmisch und hinterließen in mir das Gefühl völliger Überforderung. Dennoch schwand gegen Ende meines Aufenthaltes dort die Angst. Sie wurde von Interesse und dem Bedürfnis nach Verständnis der Hintergründe abgelöst. Nicht zuletzt unter dem Eindruck dieser flüchtigen und zugleich tiefgreifenden Begegnungen war der Weg zur psychiatrischen Facharztausbildung gebahnt.

Ich begann in einer Universitätsklinik mit langer elitärer Tradition der Schizophrenieforschung. Dort fand ich eine,

damals 1970, nicht mehr selbstverständliche Toleranz gegenüber den unterschiedlichen Strömungen in der psychiatrischen Lehre vor, wobei die biologische Psychiatrie bereits das Terrain wieder zu beherrschen begann. Meine psychoanalytische Ausbildung gestaltete ich um das zentrale Anliegen der psychotherapeutischen Behandlung früher Störungen.

Die Idee zur Erschaffung eines Behandlungsrahmens, wie er im Biotop entstanden ist, drängte sich mir bereits während meiner Arbeit 1975 bis 1976 in einem nordbadischen Psychiatrischen Landeskrankenhaus (PLK) auf. Dort habe ich nach beendeter Facharztausbildung eineinhalb Jahre als Stationsärztin die geschlossene Männeraufnahme eigenverantwortlich geleitet. Meine Erfahrungen dort waren beinahe durchweg entmutigend und bedrückend. Trotz innovativer Tendenzen bei jüngeren Ärzten herrschten ungebrochene konservative Haltungen in der Behandlung der Patienten und dem Umgang mit ihnen vor. Der Direktorenwechsel vertiefte, entgegen unserer Erwartung, die Kluft zwischen neuer und alter Ärztegeneration.

Als wesentliche Aspekte dieser negativen Erfahrung sind zu nennen:

1. Die Eskalation in der Aufnahmesituation, die häufig zu Zwangsmaßnahmen, wie Zwangsmedikation, Isolationszelle und Fixierung des Patienten führt.
2. Unangemessen hohe Medikamentendosen, die sich häufig nicht aus dem Krankheitsbild und dessen Bedrohlichkeit, sondern überwiegend aus den materiellen und praktischen Bedingungen ergeben (wie z. B. überfüllter Wachsaal und Personalmangel).
3. Die für diese Einrichtung sicher notwendige, für die

Entwicklung der Kranken allerdings äußerst nachteilige Abgabe der Ich-Funktionen, bis hin zur völligen Entmündigung, damit sie verwaltbar – handhabbar? – werden.

4. Ärztlich beratende Eingriffe in die Lebensentscheidungen der Patienten, die ausgesprochen entwicklungshemmend und degradierend sind. Dies betrifft besonders berufliche Weichenstellungen und Partnerschaftsfragen und ging noch vor nicht allzu langer Zeit bis hin zu Sterilisations-Empfehlungen.

Die damalige Arbeit hat mir trotz allem wertvolle Erfahrung in der Behandlung von Akutpsychosen vermittelt. Ich hatte bald sehr konkrete Vorstellungen davon, was im Umgang mit psychisch Kranken nicht geschehen sollte. Die Entwicklung eines Konzeptes von Behandlung und Zusammenarbeit, wie es heute im Biotop praktiziert wird, wuchs im Laufe der Jahre meiner Tätigkeit als niedergelassene Nervenärztin und Psychotherapeutin mit den Betroffenen. Ich mußte bald die Beobachtung machen, daß der rein psychotherapeutische Ansatz (unterstützt, wenn notwendig, durch medikamentöse Maßnahmen) häufig durch krankmachende Umgebungseinflüsse erschwert oder vereitelt wird: Wenn meine Patientinnen und Patienten weiterhin in ihrer Primärfamilie lebten oder in einer Nachfolgefamilie, die nach dem Vorbild der ersten gestaltet war. Diese Erfahrungen veranlaßten mich, eine entwicklungsgewährende bis -fördernde Umgebung als äußeren Rahmen für die inneren Vorgänge, die durch das therapeutischen Geschehen ausgelöst werden, zu schaffen.

Zum Zeitpunkt meiner Niederlassung im Jahre 1976 in Heidelberg hatte ich das Bedürfnis nach einer Alternative, aber kein klar strukturiertes Konzept. Die Bereitschaft der

Patienten, an der Entwicklung neuer Wege und Konzepte mitzuarbeiten, war damals begrenzt und eher zufällig. Ich als Therapeutin wurde nicht selten negativ oder positiv idealisiert, geliebt oder verteufelt, zum Objekt von Übertragungspsychosen gemacht, aber nicht als Verbündete gegen die Krankheit gesehen oder gar in Anspruch genommen. Die Idealisierung meiner Person führte also zu einer Verächtlichmachung meiner realen Kompetenz. Aus welchem Grunde auch immer, krankheitsbedingt oder durch das damalige Überangebot an Psychotherapien in Heidelberg, bestand bei den psychotischen Patienten eine enorme Bequemlichkeit und infantile Anspruchshaltung. Diese Patienten nutzten zwar die analytische Gruppentherapie für ihre persönliche Entwicklung, waren aber selten bereit, außerhalb der eigentlichen Therapiestunden füreinander da zu sein. Daß ein Krisenpatient bei Bedarf von seinen Gruppenmitgliedern aufgefangen werden würde, war in der Regel nicht zu erwarten.

Erst nach meinem Umzug in eine Kleinstadt traf ich auf psychosekranken Patientinnen und Patienten, die bereit waren, ihre Psychiatrieerfahrung in kreativer Weise zu nutzen und an einem patientengerechten Psychosebehandlungsmodell mitzuarbeiten. Unsere Entwicklungsarbeit fällt zeitlich zusammen mit der Entstehung einer psychiatrischen Selbsthilfebewegung in Deutschland. Mit dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen pflegen wir einen intensiven Erfahrungsaustausch.

Im Jahre 1994 bildete sich der »Verein zur Hilfe psychisch Kranker e.V.« vorwiegend auf die Initiative reiferer und stabilerer Patienten, die in der ersten Etappe auch die Funktionen des Vereinsvorstandes übernahmen. Der ursprüngliche Sinn der Vereinsgründung, Spenden und

Subventionen zu bekommen, erwies sich als eine quasi kindliche Illusion. Stattdessen konzentrierte sich die Mitarbeit der Vereinsmitglieder auf das gemeinsame Konzept, so daß eine enge Verflechtung zwischen den Funktionen des Vereins und den ärztlichen Aufgaben entstand.

Anfangs war der äußere Rahmen dafür nur eine erweiterte, mit Aufenthaltsräumen verbundene psychiatrische Arztpraxis. Dort hatten Patienten die Möglichkeit, in Krisen, vor oder nach ihrer Stunde, gegebenenfalls auch am Wochenende, in der reizarmen therapeutischen Umgebung zu verweilen. Aus diesem ersten Angebot hat sich mit der Zeit eine gemeinsame Lebenskultur gebildet, für die wir heute, nach insgesamt drei Umzügen, die optimale Form gefunden haben.

Gerümpelhalden fremdartiger Schönheit – Alltag im Biotop

Das Haus liegt im Kern einer Kleinstadt, zentral, aber in einem eher stillen, abgelegenen Gassenwinkel am Rande des Marktplatzes. Im ersten bis dritten Stock befindet sich unser Lebensraum, das Biotop, wobei der untere Stock den geräuschvolleren Aktivitäten und Begegnungen gewidmet ist. Hier ist der Sitz des »Vereins zur Hilfe psychisch Kranker« mit einem großen Gruppenraum, Küche, Balkon und Bad.

Im zweiten Stock herrscht eher Stille. Nur in einem Takt von fünfzig oder hundert Minuten belebt sich der kleine Vorraum durch Patienten, die zu ihrer Therapie kommen oder gehen. Neben dem Arztzimmer liegt das Notfallzim-

mer, in dem der Notfallpatient seine reizarme Umgebung vorfindet. Er kann sich dort für die Zeit der Krisenintervention gemütlich einrichten und selbst bestimmen, ob er alleine sein oder den turbulenteren Vereinsgruppenraum aufsuchen möchte.

In diesem Notfallzimmer ist alles vorhanden, was man bei unverhofftem Krisenausbruch an Grundversorgung benötigt: Hygieneartikel, Nachtkleidung, Wäsche zum Wechseln etc.

Unter dem Dach gibt es mehrere Schlafmöglichkeiten. Hier können die Mitglieder des Kriseninterventionsteams im Rahmen der Betreuung übernachten. Plant eine Gruppe ein sogenanntes Erlebniswochenende mit Wandern oder Theaterbesuch, kann dieses Dachgeschoß in eine Art Jugendherberge umgewandelt werden.

Die unteren Räume werden ausgiebig benutzt und dabei in Gerümpelhalden fremdartiger Schönheit verwandelt. Es gibt immer einen Märtyrer vom Dienst, der irgendwann die Belastung durch das Chaos nicht mehr aushält und das Aufräumen und Saubermachen auf sich nimmt. Die Räume wirken zeitweilig wie das Ambiente einer kinderreichen Familie in Abwesenheit der Mutter. Man kann frühstücken, vormittags die erste Runde Kummer loswerden, die morgendliche Stimmung mit anderen teilen und Tagesaktivitäten planen.

Einmal wöchentlich trifft sich die Kochgruppe zum gemeinsamen Mittagessen. Gleichsam nebenher wird Verwaltungsarbeit verrichtet, am Computer geübt, Behördenvorgänge erledigt. An einem anderen Tag wird Jazzgymnastik und Rückenschule angeboten. Alle Freizeitangebote werden von Patienten angeleitet. – Gesprächs- und Diskussionsrunden ohne Therapeuten ergeben sich häufig zufällig, wenn

der eine oder andere vorbeikommt, um sich nach den neuesten Ereignissen zu erkundigen oder Ärger loszuwerden.

Kinder fühlen sich bei uns im allgemeinen wohl. Sie fügen dem Chaos der oberen Regionen, d. h. auf Stühlen, Tischen, Regalen und Sofas, bunte Spielzeuglandschaften auf dem Fußboden hinzu. Junge Mütter werden von Gruppenmitgliedern und Vereinsangehörigen bemuttert. Vor allem wenn es sich um Frauen handelt, die ihrerseits in ihrer Kindheit wenig bewahrende Umwelt erlebt haben, trägt dies dazu bei, daß sie ihrerseits wenn nicht die »primäre« so eine geliebene Mütterlichkeit ihrem Baby entgegenbringen können.

Besonderer Beliebtheit erfreuen sich die selbstgemachten Mäusepersönlichkeiten durch unsere Mäusedesignerwerkstatt, die einmal pro Woche aktiv wird. Sie stellt eine kreative Variante und Alternative zu den sonst oft eintönigen und geisttötenden Industrietätigkeiten der Arbeitstherapien für psychisch Kranke dar. Die Herstellung der Mäuse ist eine fröhliche und anspruchsvolle Beschäftigung. Es wird dabei viel gelacht und erzählt. Jede Maus bekommt ihren eigenen Gesichtsausdruck und ihre besondere Kleidung. Die Mäuse werden aus Altkleidern und Stoffresten genäht. Jeden Monat werden Mäuse für etwa 400 bis 500 Mark hergestellt und verkauft, der Erlös fließt in die Vereinskasse.

Unser aller Liebling ist die Protomaus »Philip«. Trotz zahlreicher Bezugspersonen und Bewunderer wird ihm von uns allen in etwa dieselbe seelische Ausstattung angedichtet: Nämlich, daß er intelligent, kritisch, pffiffig, unsentimental und gerechtigkeitsliebend ist. Er entspricht in seinen Eigenschaften etwa dem schlaunen Diener aus der *Commedia dell' Arte*. Philip wird zu Prüfungen mitgenommen, falls ausnahmsweise stationäre Behandlung notwendig ist, so auch dorthin, läßt Unordnung verschwinden, bringt

dem Computer das Träumen bei, hypnotisiert Hunde und schließt tiefe Freundschaften mit kleinen Kindern.

Die Aktivitäten des Vereins haben sich in den letzten Jahren ständig erweitert. So wurde im Jahre 1997 mit einer sehr inhomogenen Gruppe von Vereinsmitgliedern eine einwöchige Ferienreise an die Ardèche in Südfrankreich organisiert. Bemerkenswert war die große Akzeptanz und der Zusammenhalt, die dazu führten, daß die Reise einschließlich der Kanufahrt in der Schlucht ohne Zwischenfälle außerordentlich gut verlief. Äußerst schwierige, sozial wenig angepaßte Psychotiker wurden von der Gruppe umsichtig und liebevoll kritisch auf einem Stand gehalten, der das Zusammenleben mit ihnen auf engstem Raum – in Zelten – nicht zur Belastung werden ließ. Die Psychotiker reagierten auf die veränderte Situation zunächst mit einer gewissen Beunruhigung, dann mit recht intensiven Glücksgefühlen, wobei diese Vielfalt der Reaktionen von der restlichen Gruppe sehr besonnen abgefangen wurde. Die Gruppe kehrte froh und ein wenig aufgedreht von der Reise zurück. Beziehungen haben sich gefestigt, das Interesse füreinander hat deutlich zugenommen.

Ich kann mir vorstellen, daß meine Schilderungen paradiesisch und zugleich realitätsfremd wirken. Der Eindruck ist nur bei oberflächlicher Betrachtung richtig. Es ist zweifellos unser Ziel, daß unser Zusammenleben von Akzeptanz, Toleranz und von einer basalen Zuneigung getragen sein sollte. Sicher geraten die Gruppen außerhalb des strengen therapeutischen Rahmens in Ausgelassenheitsstürme und kreative Blödeldialoge. Wir haben gerne miteinander Spaß und stellen bedauernd fest, daß die Anlässe zum Lachen in der äußeren Welt schwinden. Ich würde sagen, vor allem auch die Psychotiker stellen eine Menge an, richten dabei

aber erstaunlich wenig Schaden an. Gelegentlich bezeichnen sie sich selbst als die »Powenzbande« in Anlehnung an die Erzählung von Ernst Penzoldt, die inzwischen Allgemeingut der Vereinsmitglieder ist. Dieses Grundgefühl erlaubt eine Art kreatives Spielen, wie es Kindern im Rahmen einer bewahrenden Umwelt, in Anwesenheit einer hinreichend guten Mutter möglich wird. Im Gegensatz dazu aber steht die Arbeitsseite und Arbeitsatmosphäre, die im Biotop nur deshalb möglich ist, weil es den Patienten eine solche bewahrende Umwelt bietet.

Eine Übergangsfamilie ermöglicht neue Erfahrungen – theoretische Grundlagen

Das Biotop in seiner heutigen Form ist also auf der einen Seite ein Haus, in dem wir im Rahmen einer Übergangsfamilie, die neue emotionale Erfahrungen aufgrund überschaubarer emotionaler Strukturen bietet, zusammenleben. Zugleich ist es ein therapeutisches Konzept, das sich an den Grundprinzipien der Objektbeziehungstheorie orientiert. In Anlehnung an D.W. WINNICOTT ist das Biotop eine entwicklungsgewährende und entwicklungsfördernde Umgebung für psychisch Kranke, das den äußeren Rahmen für die inneren Vorgänge des therapeutischen Geschehens schafft. Dieser Rahmen stellt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Reizschutz und Anregung dar.

Bevor ich mit der Schilderung der Einzelheiten unseres Konzeptes und meiner Arbeitsmethode beginne, möchte ich einige theoretische Erläuterungen vorausschicken. Als Anhängerin der Objektbeziehungstheorie haben Arbeiten

VON MELANIE KLEIN, D.W. WINNICOTT und O. KERNBERG (alle Literaturangaben im Anhang) meine Grundhaltungen stark beeinflußt. WINNICOTT entwickelte den Begriff der primären Mütterlichkeit, der eine entscheidende Rolle in der Entwicklung der seelischen Gesundheit des Säuglings zugeschrieben wird. Diese primäre Mütterlichkeit entwickelt sich allmählich und wird zu einem Zustand erhöhter Sensibilität während und gegen Ende der Schwangerschaft. Er hält nach der Geburt des Kindes noch mehrere Wochen an. WINNICOTT vergleicht diesen Zustand mit einem Entrücktsein, einem Dissoziiertsein, oder auch einer Bewußtseinstrübung, sogar einer schizoiden Episode, in der ein Einzelaspekt der Persönlichkeit vorübergehend die Herrschaft übernimmt. Eine Mutter, die diesen Zustand schafft, bietet die Voraussetzung, daß die kindliche Konstitution hervortreten kann, daß Entwicklungsmöglichkeiten sich zu entfalten beginnen und daß das Kind Spontanbewegungen erleben und in diesen frühen Lebensphasen angemessene Empfindungen haben kann. Ein mütterliches »Versagen«, so meint WINNICOTT, ruft in dieser Phase der absoluten Abhängigkeit Phasen der Reaktion gegen diese Entwicklungsbehinderungen hervor und diese Reaktionen stören das Kind »im fortschreitenden Leben.« Ein Übermaß dieses kindlichen Reagierens erzeugt nicht einfach Enttäuschung, sondern enthält die Drohung des Nicht-Seins.

Zu der primären Mütterlichkeit gehört quasi als Lebensumgebung die bewahrende Umwelt, die dem Kind die Möglichkeit gibt, überhaupt zu sein, zu erleben und ein persönliches Ich aufzubauen, Triebe zu beherrschen und den zum Leben gehörenden Schwierigkeiten zu begegnen. Ohne die ausreichend gute anfängliche Fürsorge aus der Umwelt kann sich nach dieser Theorie niemals ein Selbst

entwickeln, das später dann, am Ende des Lebens die Kraft aufbringt, zu sterben.

Die psychotischen Erkrankungen gehen nach WINNICOTTS Theorie auf ein Umweltversagen in einem frühen Stadium der emotionalen Entwicklung des Individuums zurück. Er nennt die Psychosen »Umweltmangelkrankheiten«. In dieser Radikalität hat diese Theorie heute keinen Bestand mehr. Allerdings ist auch die These, daß Psychosen rein biologisch bedingt seien, weder bewiesen noch durchgängig stichhaltig. Meiner persönlichen Überzeugung nach treffen bei der Entstehung einer psychotischen Struktur immer mindestens zwei Faktoren zusammen: Eine individuelle, biologische oder genetische Disposition und eine frühe Störung in der Persönlichkeitsentwicklung, bei der die Bildung eines falschen Selbst zum Schutz des wahren Selbst dient. Für diese Menschen ist die psychotische Dekompensation oftmals die einzige Situation, in der das wahre Selbst die Führung übernimmt. – Die Konsequenzen dieser theoretischen Auffassung wirken sich in WINNICOTTS analytischem Konzept folgendermaßen aus: Das Milieu der Analyse reproduziert die Techniken der frühen und frühesten Bemutterung. Aufgrund seiner Zuverlässigkeit lädt es zur Regression ein. Die Regression eines Patienten ist eine organisierte Rückkehr in die frühe oder absolute Abhängigkeit. Der Patient und das Milieu verschmelzen zu der ursprünglichen Erfolgssituation des primären Narzißmus. Die Fortentwicklung vom primären Narzißmus beginnt dann aufs Neue, wobei das wahre Selbst nun fähig wird, Situationen des Umweltversagens zu begegnen, ohne Abwehrmechanismen aufzubauen, indem ein falsches Selbst das wahre Selbst beschützen muß. Die Behandlung der psychotischen Erkrankung besteht also darin, daß sich die Bereitstellung einer besonderen Umwelt

mit der Regression des Patienten verknüpft (bewahrende Umwelt). Das Fortschreiten von dieser Position aus benötigt entwicklungsfördernde Aspekte der Umwelt und des analytischen Umganges (entwicklungsfördernde Umwelt, Bereitstellung eines intermediären Raumes).

In der Praxis gäbe es nach WINNICOTT eine bestimmte Abfolge von Ereignissen in einer therapeutischen Situation:

1. Bereitstellung eines Milieus, das Vertrauen vermittelt.
2. Regression des Patienten in die Abhängigkeit mit einem angemessenen Gefühl für das Risiko.
3. Der Patient empfindet ein neues Selbstgefühl und das bisher verborgene Selbst wird dem Gesamt-Ich unterworfen. Die ins Stocken geratenen Prozesse können wieder in Gang kommen.
4. Die Situation des Umweltversagens wird wieder aufgetaut.
5. Aus der neuen Position der Ich-Stärke heraus wird Wut, die sich auf das Umweltversagen in der frühen Kindheit bezieht, in der Gegenwart verspürt und geäußert.
6. Der Patient kehrt aus der Regression und Abhängigkeit zurück und schreitet dann auf geordnete Weise zur Unabhängigkeit fort.
7. Es wird möglich, Triebbedürfnisse und Triebwünsche mit echter Vitalität und Kraft zu verwirklichen.

Diese etwas mechanistische Beschreibung läßt sich, stark modifiziert, in unserem Arbeitskonzept wiederfinden. Vor allem die Bereitstellung eines entsprechenden Milieus für die analytische Arbeit ist für mich eine äußerst einleuchtende und von unseren bisherigen Erfolgen bestätigte Forderung an die Therapie dieser besonderen Patienten-

gruppe.

Unter Berücksichtigung dieser therapeutischen Empfehlungen WINNICOTTS entspricht unser Biotop der von ihm beschriebenen, bewahrenden und entwicklungsfördernden Umwelt für Patienten, in dem für Prozesse der Kreativität und für Übertragungsphänomene ein intermediärer Raum zur Verfügung steht. Dieser intermediäre Raum ermöglicht die ungestörte Entwicklung des in der Therapie Erlernten, die übende Anwendung neu erworbener Ich-Funktion und ein kreatives Spielen. Außerdem dient er dazu, Psychosekranken, die im familiären Spannungsfeld zwangsläufig in eine unaufhaltsame Eskalation geraten, in der Krise eine Umgebung anzubieten, in der sie aktiv in Ruhe gelassen werden oder gemäß ihrer Störungen ein psychodynamisch begründetes Kommunikationsangebot erfahren. Der im unmittelbaren Lebensumfeld der Patienten kurz vor dem Ausbruch einer Psychose häufig stattfindende Wettlauf, wer zuerst ausflippt oder verrückt wird, wird damit vermieden.

Schon SEARLES (1964) hat diesen Wettlauf und seine fatalen Folgen beschrieben. Er weist darauf hin, daß der Psychotiker auf dem Weg in die psychotische Dekompensation versucht, die Primärobjekte oder deren Nachfolger (so auch den Therapeuten) verrückt zu machen.

Dabei begegnen sich zwei sehr ungleiche Parteien im Kampf: Die Omnipotenzvorstellungen des ohnmächtigen Patienten stehen der realen Macht des »Gesunden«, der Ärzte, der Institution gegenüber. Dabei muß der Patient immer verlieren, denn die andere Seite ist von einem gemeinsamen Ziel angetrieben – nämlich Ordnung, Rationalität und Kontrolle wiederherzustellen. Der Patient selbst zerstört in diesem Prozeß durch zunehmende Wahnbildung und Feind-

seligkeit die restliche zwischenmenschliche Solidarität. Er beginnt innerlich und äußerlich zu vereinsamen, wodurch seine Paranoia durch die Realität eingeholt wird.

Im Biotop werden psychotische Patienten in modifizierten analytischen Gruppentherapien behandelt. Wenn Patienten im Rahmen von Kriseninterventionen in unser Haus aufgenommen werden, leiste ich psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe. Die Betreuung wird von Gruppenmitgliedern in einer präzise durchorganisierten Form übernommen. Das Biotop ist Montag bis Freitag von 9.00 bis 22.00 Uhr ständig ärztlich besetzt. Am Wochenende sind wir Ärzte telefonisch erreichbar. Zu den ärztlichen Aufgaben gehört auch die Behandlung mit Psychopharmaka, allerdings in den geringstmöglichen Dosen. Die Patienten werden über Frühwarnsymptome ausführlich informiert. Viele besitzen inzwischen ein verlässliches inneres Alarmsystem, können ihre Situation am besten selbst einschätzen und in für sie bedrohlichen Zuständen um Medikation bitten.

Bevor ich eine längere Phase einer Gruppentherapie schildere, möchte ich einige behandlungstechnische Hinweise vorausschicken. Die aktuellen Beziehungen aller Beteiligten erzeugen fortlaufende Handlungsdialoge. Mit »Handlungsdialog« ist im psychotherapeutischen Rahmen eine szenische Interaktion gemeint, die neben der Verbalisierung ständig abläuft und als zusätzliche Quelle von Einsicht dient. In der psychotherapeutischen Arbeit mit sogenannten früh- bzw. ichgestörten Patienten beherrscht er nicht selten das therapeutische Geschehen. Von KLÜVER wird er als eine unter therapeutischen Bedingungen auftretende Form des Agierens und Mitagierens definiert, bei der die szenischen Angebote des Patienten den Therapeuten mit Erfolg dazu drängen, eine von dem Patienten bestimmte

Rolle (meist die des Primärobjektes) in der Reinszenierung seines infantilen Traumas zu übernehmen.

Der eigentliche Vorgang nimmt seinen Anfang bei dem Patienten, dessen Konfliktdruck sich in der Übertragung massiv gesteigert hat. Er liefert sozusagen den Konflikt, der über den Mechanismus der projektiven Identifizierung gelöst werden soll (ich benutze diesen Begriff wie ODGEN ihn 1988 definierte). Der Patient projiziert einen Teil seines Selbst (d. h. seinen aktuellen Konflikt) auf den Therapeuten und übt dabei einen so beträchtlichen emotionalen Druck aus, daß das Gegenüber nicht umhin kann, zu denken, zu fühlen und zu handeln, wie es der ihm vom Patienten zugeachten Rolle entspricht. In einem letzten Schritt werden die im Therapeuten evozierten und seiner Struktur gemäß verarbeiteten Gefühle vom Patienten reinternalisiert. Ein emotionales Lernen aus dem Handlungsdialog ist nur dann möglich, wenn die im Therapeuten mobilisierten Gefühle und deren Bearbeitung nicht identisch sind mit den dem Patienten bereits geläufigen Reaktionen, etwa den emotionalen Antworten des Primärobjektes Mutter.

Voraussetzung für eine kreative Arbeit mit Hilfe des Handlungsdialoges ist die Fähigkeit des Therapeuten, mit seinem Patienten natürlich zu sein (P. HEIMANN) und seine Bereitschaft, sich in den Konflikt des Patienten streckenweise involvieren zu lassen und vorübergehend mitzugieren, um dann die aus der gemeinsamen Inszenierung gewonnenen Erkenntnisse dem Patienten zu vermitteln, was zur Wiederaufnahme des Verbaldialoges führt. Der Patient bekommt dabei Gelegenheit »Neues am Objekt« zu erkennen (LOEWALD 1960).

Bei unserer Arbeit soll die Verwendung des Handlungsdi-

alogs nicht nur ein »vorübergehendes Aufgeben der Neutralität« des Therapeuten darstellen. Ich vertrete das Konzept einer beständigen Durchdringung beider Ebenen der therapeutischen Beziehung, der Reflexion, Verbalisierung und des Handlungsdialogs, wie von LACHAUER 1989 beschrieben. Die Gruppenmitglieder und ich stellen unser ergänzendes Ich beim Aufbau von Ich-Funktionen dem Konfliktpatienten zur Verfügung (LAMPÉL-DE-GROOT 1976). Konkordante und komplementäre Identifikationen laufen regelmäßig in diesen Prozessen ab, wodurch es nicht ausbleibt, daß auch der Therapeut unter den gleichen emotionalen Konfliktdruck gerät, wie derjenige, der für seine Lernprozesse den Mechanismus der projektiven Identifikation benutzt. Daraus ergibt sich die Chance, miteinander nicht psychotische Konfliktlösungen zu erarbeiten.

Es dürfte klar geworden sein, daß es sich bei dieser therapeutischen Arbeit nicht um die üblichen Gruppenkonzepte mit Gesamtgruppeneutungen handeln kann. Ich arbeite im Sinne einer Einzelanalyse in der Gruppe, wobei jedes Mitglied mehr oder minder therapeutische Funktionen für die anderen übernimmt. So werden die gesunden und kreativen Anteile eines jeden gefordert und bestätigt.

Für stabilere Patienten mit reiferen Ich-Funktionen und kreativen Bedürfnissen hält das Biotop die geeigneten Aktivitätsräume mit dem notwendigen Inventar bereit, so wie ein sorgfältig eingerichtetes Elternhaus. Die Therapiegruppen und die Vereinsmitglieder stellen quasi eine Übergangsfamilie dar. Tragende Elemente der therapeutischen Arbeit sind die Förderung der »therapeutischen Kapazitäten« der psychisch Kranken füreinander, wobei Omnipotenz-Ideen durch reale Kompetenz abgelöst werden. Hieraus ist das

Prinzip der Kriseninterventionsbetreuung durch die Patienten selbst hervorgegangen.

Ein Drittel der derzeit ca. 80 Vereinsmitglieder übt »therapeutische Funktionen« aus, sei es in Form von aktiver Teilnahme an Kriseninterventionen, sei es durch das Angebot von gesundheits- und kreativitätsfördernden Aktivitäten. Die einzelnen Kurse werden von stabilen Patienten geleitet und organisiert.

Der Anfang – eine Reise in die Berge

Ich möchte jetzt eine längere Phase einer Gruppentherapie beschreiben, die besonders intensiv, szenisch kraftvoll und für mich phasenweise sehr spannungsreich abgelaufen ist. Die Gruppe, die sich damals im zweiten Jahr der Therapie befand, wurde im Laufe der Zeit zu einem wichtigen Partner beim Aufbau des Patientenvereins und des Biotops. Ich schreibe über diese Gruppe auch deshalb, weil ich sie wegen ihrer Lebendigkeit, die von mir zeitweilig viel Kraft forderte, besonders mag. Ich bewundere sie für ihren Einsatz füreinander, wie er in einer traditionellen Großfamilie nicht erfolgreicher praktiziert werden könnte. Ich achte sie wegen ihres Kampfes gegen die allenthalben sie und unsere Gesellschaft bedrohende Resignation und gegen die zum Teil nachhaltig lähmenden Konsequenzen ihrer gravierenden Erkrankung. Die Mitglieder der Gruppe

bringen phasenweise ein Ungestüm auf, das mich aus meiner eigenen hin und wieder ausbrechenden Resignation herausreißen kann.

Ich nenne die Gruppenmitglieder bei ihren Vornamen, wie es in der Gruppe untereinander üblich ist. Sie duzen sich, während ich sie sieze. Sie nennen mich bei meinem Familiennamen ohne Dokortitel und siezen mich ebenfalls. Diese Regelung hat sich von selbst ergeben, wurde dann von allen als angemessen empfunden. Lediglich spaßeshalber haben einige anfangs vorgeschlagen, mich zu duzen und beim Vornamen zu nennen. Das Gros der Gruppe war dagegen und ich denke, daß dieses Benennungsabkommen seine Berechtigung hat, da es trotz aller Nähe und trotz partnerschaftlichen Denkens für die Gruppe wichtig ist, daß ich in meiner Funktion als Therapeutin nicht ganz annulliert werde.

Über die Lebens- und Krankheitsgeschichten der einzelnen Gruppenmitglieder und ihre Entwicklung im Biotop werde ich im Anschluß an diesen ersten Einblick in unser Gruppenleben berichten.

Die Gruppenmitglieder haben sich mit der Zeit angewöhnt, um 16 Uhr 45, pünktlich zu Gruppenbeginn, an die Tür zu poltern und durchzusetzen, daß die Gruppe vor ihnen, ganz gleich an welchem Punkte der Gruppenarbeit angelangt, sofort den Raum verlassen soll. Daraus entwickelte sich unter der Anführung von Nicolas ein fröhliches Ritual, in dessen Verlauf die vorangegangene Gruppe auf das Klopfen hin eilig ihre Sachen sammelt und ihre Plätze in einer demonstrativen Eile verläßt. (Es handelt sich dabei um eine Gruppe von ausschließlich depressiven Frauen, die immer wieder den Wunsch äußern, sich eines Tages so kraftvoll durchsetzen zu können, wie ihre Nachfolger).

Gegenseitige Hänseleien werden in Augenblicken intensiver Begegnung ausgetauscht: Wiedersehen, Aufeinandertreffen, wieder Fortgehen und den anderen unmittelbar danach vergessen. Sie vermitteln den Depressiven kurze Erlebnisse der Leichtigkeit und der Relativierung. Es entsteht vorübergehend ein intermediärer Raum, in dem kreatives Spielen möglich wird. Die Depressiven (die Mütter) und die Psychotiker (die Kinder) können sich dort spielerisch, ohne die Lasten der Verantwortung, begegnen. Sowohl diese als auch jene haben, aus unterschiedlichen Gründen, zu wenig davon in der Kindheit gehabt.

Die Plätze im Gruppenraum sind für längere Zeit fest verteilt. Zwei Frauen - Elvira und Luise - bleiben ständig am Rande der Gruppe und haben durch expressives Schweigen oder passive Selbstverweigerung eine besondere Bedeutung. Ich glaube, daß die Gruppe diese beiden schweigenden Unerreichbaren und Unbeweglichen braucht, um sich auf der einen Seite für sie hemdsärmelig zu engagieren, auf der anderen Seite, um Wut, Enttäuschung und Aggressionen zulassen und formulieren zu können.

Leonard liegt halb auf der Couch, hat manchmal sein Hündchen dabei, das auf dem Arm herumgetragen werden muß, zunächst alle beschnuppert, bestaunt, vielleicht auch ankläfft, um sich nach einer kurzen expansiven Zirkusdarstellung hinter Leonard auf die Couch zu legen und den Rest der Stunde zu verschlafen. Magda sitzt meist in einem sehr bequemen Sessel neben der Couch. Neben ihr Nora in einem gradlehnigen Stuhl sehr aufrecht, ohne sich anzulehnen, was sie mit ihren Wirbelsäulenproblemen erklärt. Anschließend die beiden Schweigsamen, Elvira und Luise, in relativ steifer Haltung. In einem sehr voluminösen Sessel mit bequemen Polstern und Armlehnen lümmelt sich Nicolas,

neben ihm Elena und Katja, die während der Sitzung nicht selten miteinander flüstern und sich gegenseitig necken. Ich sitze in meiner Ecke, nach hinten gelehnt und meist sehr entspannt. Christian, der körperlich Größte in der Gruppe, hat sich ausgerechnet das Kinderstühlchen genommen und sitzt am tiefsten, direkt neben mir.

Wenn ich zur Tür hereinkomme, haben alle ihre Plätze eingenommen und sich bequem eingerichtet. Fast jeder hat etwas zum Essen dabei, in Einkaufstüten und Körben, so daß wir sozusagen auf einem Hügel von Mitbringseln und Getränken thronen, die dem Raum etwas von einem Jahrmarkt verleihen. Alle haben ihre Tüten, Tassen, Gläser neben sich gestellt. Die Stimmung ist häufig entspannt und unternehmungslustig.

Aufbruch, Reisepläne, Kofferpacken

An einem solchen eher ausgelassenen Tag im Jahre 1992 sagte Leonard, er möchte die Gruppe mit einem Vorschlag eröffnen. Er sei zwar überzeugt, daß ich ihnen den Kopf abreißen würde, er wolle es aber trotzdem wagen. Sie hätten vor, zusammen über die Christi-Himmelfahrts-Woche auf eine Skihütte in Lech zu fahren, um zu wandern und sich näher kennenzulernen. Ich sagte: »Ja, warum nicht?« Von diesem Zeitpunkt beschäftigte die Reise nach Lech die Gruppe etwa im Sinne einer Reifeprüfung. Sobald Christian der Gruppe beitrug, wurde er auch in Bezug auf die Reise einverleibt, sein Auto verplant und seine Teilnahme als selbstverständlich vorausgesetzt. Allmählich zeichnete sich

das Ziel der Reise deutlicher ab. Die Gruppe wollte sich selbst und mir zeigen, wie sie mit schwierigen Situationen, mit zuviel Nähe und psychoseauslösenden Krisen ohne meine Anwesenheit zurechtkommen könnte. Sie wollten offensichtlich eine seelische Reifepfung ablegen in Bezug auf Ich-Funktion und Erwachsenen-Konflikte. Die Reise wurde dann über längere Zeit ständig besprochen, wobei es nicht selten um äußere Unwegsamkeiten wie mangelndes Fahrzeug, finanzielle Engpässe bei manchen Gruppenmitgliedern, störende Dienstpläne und die neue Arbeitsstelle von Christian ging.

Anfangs war es klar, daß alle die Reise mitmachen wollten. Etwa vier Wochen vor der Abfahrt begannen wir über die möglichen psychischen Konflikte, die dort auftauchen könnten, zu verhandeln. Ich habe jedes einzelne Gruppenmitglied nach seinen Ängsten gefragt. Nach den ersten übermütigen Aussagen, daß sie natürlich alle überhaupt keine Ängste hätten, kamen auch ernstzunehmende Bedenken auf. Luise sagte vier Wochen vor der Abfahrt, erst aus finanziellen Gründen, später wegen ihren Berührungsängsten die Reise ab. Zitat: »Das halte ich ohne meine Bude nicht aus.« Die Gruppe reagierte verstimmt. Elena hatte Schwierigkeiten, ihren Sohn unterzubringen, so daß sie beschloß, mit Katja, die keinen Urlaub von ihrer Arbeitsstelle bekam, erst am Feiertag nachzukommen. Zeitweilig schien es, als könnte auch Christian nicht mitfahren, da er eventuell von seiner neuen Arbeitsstelle keinen Urlaub bekommen würde, obwohl er sich auf die Gemeinschaft in der Hütte sehr freute. Blieben also Nicolas, Leonard, Nora und Magda. Letztere entwickelte angstvolle Phantasien, in welcher Weise sie dort psychotisch werden würde und äußerte, daß sie dann nicht wüßte, wie sie nach Hause käme. Darauf reagierte

die Restgruppe gelassen: »Wenn du psychotisch wirst, dann kümmern wir uns um dich. Du wirst sehen, wir können es besser als deine Angehörigen.«

Elvira, die zunächst ihre Teilnahme zusagte und uns eifrig versicherte, daß sie sich auf das Zusammensein mit der Gruppe sehr freute, versäumte in den drei Wochen vor der Abfahrt die Gruppenstunden und hinterließ uns keine Nachricht. Telefonate, Besuche in ihrem Dorf brachten keine Aufklärung über ihr Fortbleiben.

Vierzehn Tage vor der Abfahrt wurde Leonard manisch. Wie üblich eskalierten seine häuslichen Auseinandersetzungen, seine Trennungswünsche und die dazugehörigen Festhalteversuche seiner Frau ebenso. Zum Zeitpunkt der Abfahrt schien mir Nicolas am besten gerüstet.

Folgende Probleme konnten im Voraus intensiv besprochen werden:

1. Zu große Nähe, zu wenig Rückzugsmöglichkeiten. Ich empfahl der Gruppe, einen gemeinsamen Tages- und Nachtrhythmus zu entwickeln, soweit es in dieser kurzen Zeit möglich sein würde.
2. Unterschiedliche Lebensgewohnheiten, was Körperhygiene, Lautstärke und Essensgewohnheiten betrifft.
3. Mögliche erotische und sexuelle Verwicklungen, die sich bei Elena und Christian bereits abgezeichnet hatten. Auch Magda war eine Zeitlang heftig in Nicolas verliebt und hatte eine kurze Etappe von Liebeswahn auf ihn entwickelt.
4. Der Umgang mit Aggressionen schien erstaunlicherweise am allerwenigsten problematisch.

Ich gab Nicolas und Nora Notfallmedikationen mit schrift-

lichen Anweisungen: Im wesentlichen waren es Medikamente, die die Patienten für Krisen ohnehin Zuhause verfügbar hatten, so daß der Umgang mit ihnen bereits vertraut war. Nachdem die letzten praktischen Aufgaben wie Großeinkauf und Organisation des Transportes geregelt waren, zog die Gruppe los, ohne sich von mir zu verabschieden. Mit Elena und Katja hatte ich ausgemacht, daß beide in der ausgefallenen Gruppenstunde vor ihrer Abfahrt nochmals zu zweit zu mir kommen könnten. Elena bereitete noch am kommenden Wochenende und am Anfang der Woche eine Reihe von Schwierigkeiten. Sie war beinahe manisch, verhielt sich ihrem Mann und ihrer Mutter gegenüber aggressiv, wie stets zu solchen Zeiten, verschwieg, daß ich bei der Reise der Gruppe nicht anwesend sein würde. Mir wäre es lieb gewesen, sie hätte auf die Reise verzichtet, und ich wies sie in aller Deutlichkeit auf die Konflikte hin, die sie den anderen auf der Hütte bereiten würde, wenn sie vollends psychotisch dekompenzierte. Doch sie blieb meinen Argumenten gegenüber unbeugsam. Ich gab ihr also zwei Ampullen Decentan-Depot und hoffte im übrigen auf irgendein Wunder. Katja, die bei der zweiten Hälfte des Gespräches anwesend war, glaubte, Elena soweit unter Kontrolle halten zu können, daß ich sie, wenn auch nicht bedenkenlos, doch fahren lassen könnte. Katja sah in der Situation in Lech eine reizärmere Umgebung, als sie Zuhause gegeben war und äußerte die Überzeugung, daß die Angehörigen Elena unter Umgehung meiner ärztlichen Entscheidung ohnehin ins Psychiatrische Krankenhaus einweisen würden. Sie fügte noch hinzu, daß die vorausgefahrenen Gruppenmitglieder mehrmals angerufen hatten, unter anderem einmal mitten in der Nacht. Wie ausgelassene und losgelassene Schulkinder hätten sie erzählt und gelacht.

Allein in der Hütte: Die Spannung steigt

Am Montag nach Christi Himmelfahrt, nach Rückkehr von der Reise, bekam ich von Leonard im Namen der Gruppe einen Blumenstrauß überbracht. Ich vermutete, daß Dinge passiert seien, die auf diese Weise wiedergutmacht werden sollten. Doch die ersten zwei Tage der Woche verliefen ruhig. Es trafen keine Katastrophenbotschaften bei mir ein. Leonard berichtete zwar, daß Elena völlig manisch angekommen sei. Sie habe die drei Männer sexuell provoziert, der Reihe nach und gleichzeitig. Unter Nicolas' Kommando sei sie allerdings um 21 Uhr 30 ins Bett gegangen, nachdem sie ihre Medikation eingenommen und keinen Alkohol mehr getrunken habe. Christian, der die sexuelle Provokation zunächst als Ausdruck persönlichen Interesses gedeutet hatte, litt heftig unter seinen Liebesgefühlen, konnte sich aber bei den beiden Männern der Gruppe zu nächtllicher Stunde aussprechen. So war es ihnen gelungen, sich Elena gegenüber, trotz aller Provokation, therapeutisch zu verhalten. In dieser Situation zeigte sich bereits das Kriseninterventionspotential dieser Gruppe, die in Gegenwart eines dekompenzierten Psychotikers selbst sehr gesunde und erwachsene Verhaltensweisen an den Tag legen konnte.

Die nächste Gruppenstunde am Mittwoch verlief ebenfalls geordnet. Die Probleme, die in Lech aufgetaucht waren, wurden besprochen. Die Gruppe kam zu dem abschließenden Urteil, daß sie die Situation bewältigt, Elena vor einem Psychiatrieaufenthalt bewahrt hatten, und daß sie der Aufgabe so gut gewachsen gewesen seien, wie sie es selbst vermutet hatten. Von den Medikamenten hatten sie nur eine Flasche Decentan angebrochen, den Rest brachten

sie zurück.

Die kritischen Punkte wurden besprochen: Magdas Widerwille gegen Körperpflege und Elenas Art, dies zur Sprache zu bringen, die wohl sehr verletzend gewesen sein muß. Die beiden hatten sich inzwischen versöhnt und Magda war wieder guter Dinge. Im Übrigen meinten sie, die ersten Tage, bis zu Elenas Auftauchen, seien für alle Anwesenden eine richtige Erholung mit vielen Gesprächen und Blödeleien gewesen. Nicolas habe die anderen durch sein spätes Aufstehen und sein spätes Zu-Bett-Gehen etwas gestört, die anderen hatten sich jedoch damit arrangiert. Christian hatte manche durch seine Trompetenimprovisationen belästigt, die meisten mochten allerdings die Serenaden in den späten Abendstunden. Magda störte, wie gesagt durch körperliche Nachlässigkeit, was aber für die Dauer des Aufenthaltes korrigiert werden konnte.

Am zweiten Tag der Reise hatte Magda eine Art Koller. Sie bekam irrationale Ängste, daß sie sofort psychotisch werden würde und steigerte sich in einen angstvollen Erregungszustand hinein. Sie wandte sich an Nora und Nicolas, die sie sehr schnell entspannt und getröstet haben.

In den ersten Tagen hatten alle häufig in der Sonne gelegen, nachgedacht, Karten gespielt und sich relativ wenig bewegt. Donnerstag und Freitag war die Spannung extrem angestiegen, sei es durch Elenas Provokationen, sei es durch die mangelnden Rückzugsmöglichkeiten. Daraufhin besann sich die Gruppe auf den eigentlichen Grund ihrer Reise in die Berge und unternahm Gewaltmärsche und lange Wanderungen bis zur körperlichen Erschöpfung.

Wie nicht anders erwartet, löste Elenas Erscheinen auf der Hütte alle latenten und unter normalen Bedingungen verbalisierbaren Konflikte aus. Sie entfachte Rivalität zwi-

schen den Männern, induzierte, vor allem bei Christian, starkes sexuelles Verlangen, sowie seine übliche Angst, zurückgewiesen zu werden. Sie kam mit einer Über-Ich-Losigkeit an, die die Gruppe beinahe überfordert hätte. Die gesamte Gruppe mußte gemeinsam für Elena Über-Ich-Funktionen übernehmen, so daß sie recht autoritär mit ihr umgingen. Sie bekam Regeln bezüglich des Aufstehens und des Zubettgehens auferlegt. Gemeinsam bestanden sie auf Medikamenteneinnahme und verboten ihr, Alkohol zu trinken. In der Zeit mit Elena auf der Hütte tranken auch die übrigen Gruppenmitglieder kaum noch Alkohol.

Die Gruppe hat über den Aufenthalt teils sehr ernsthafte, teils spaßige Protokolle geführt, denen z. B. der Umgang mit dem Alkoholproblem und Elenas Dressur zu entnehmen sind. Übereinstimmend meinten alle, daß Elena trotz ihrer Manie nicht zu störend gewesen sei, daß sie alle aus der Situation mit ihr gelernt hätten, wobei es unter anderem darum ging, die Über-Ich-Problematik bei ihr und auch bei sich selbst klarer zu sehen und unter Kontrolle zu bekommen. Ebenso übereinstimmend hatten sie beschlossen, einen solchen Urlaub auf jeden Fall zu wiederholen, aber nicht in dieser Länge und nicht unter Hüttenbedingungen. Dem Protokoll entnahm ich, daß ich eins der Hauptthemen der ernststen, nächtlichen Gespräche war: Es ging um die Frage, was ich als Therapeutin für die Gruppe wohl wünsche, plane, beabsichtige. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß ich möchte, daß sie irgendwann ohne mich zurechtkommen könnten und später auch ohne einander.

Der Abstieg von den Bergen

Eine etwas turbulente, wenn auch nicht unerwartete Wendung nahm dann das Gruppengeschehen in der Woche darauf. Nachdem in der Rückkehrbesprechung klargestellt werden konnte, daß Elena nicht in Christian verliebt war, sondern in manischem Zustand ganz gerne irgendeinen Mann gehabt hätte, erfuhr ich am Montag von der aufgebrauchten Nora, daß Christian sich am Wochenende völlig unmöglich benommen hätte. Die ganze Gruppe hätte sich um Elena kümmern müssen, die gänzlich »ausgeflippt« sei, weil Christians Sexualverhalten abnorm und pervers sei. Nora konnte vor Empörung kaum sprechen. Sie hätten beschlossen, daß sie alle die Gruppe verlassen wollten, wenn Christian darin bleibe.

Im ersten Moment war ich fassungslos über diesen Sinneswandel. Dann bat ich Nora, zu erzählen, was sie von dem Wochenenddrama mitbekommen hatte. Unverhältnismäßig betroffen berichtete sie, daß Christian und Elena einen Tag zusammen verbracht, gekocht und nachts miteinander geschlafen hätten. Christian soll gesagt haben, Elena soll sich nichts daraus machen, daß sie ihm keinen Orgasmus bieten konnte. Auch ihm wäre es nicht um Liebe gegangen, er habe lediglich mit einer Frau schlafen wollen. Nach Austausch weiterer Verbalinjurien schmiß Elena Christian hinaus. Danach hätte Christian nochmals angerufen, wirres Zeug geredet und Drohungen ausgestoßen. Ich sagte zu Nora, daß die Gruppe auf keinen Fall aufgelöst werden, noch Christian »fliegen« würde, bevor wir nicht alle die Situation demokratisch durchgesprochen hätten. Auch ich wollte erst dann Stellung nehmen, wenn ich mir ein gesamtes, zusammenfassendes Bild hätte machen können.

Nora bat mich, mich um Elena zu kümmern. Sie schien depressiv, äußerte Schuldgefühle, wobei ich den Eindruck bekam, ihre Selbstanklage sollte eine Anklage durch die andere Seite gleichsam vorwegnehmen. Sie berichtete, daß ihr Ehemann über das Wochenende zu einer Kanufahrt verreist und das Kind bei einer Freundin untergebracht war. Sie habe sich sehr alleine gefühlt. Sie habe unbedingt mit einem Mann schlafen wollen. »Ich weiß, ich hätte nicht gerade den Christian nehmen sollen, der in mich verliebt ist und mir das auch gesagt hat. Ich hätte halt lieber mit dem Robert oder irgend einem anderen schlafen sollen, dem das nichts ausgemacht hätte.« Ich fragte sie, was nun eigentlich an der Geschichte so pervers sei. Sie antwortete, sie hätten einen sehr schönen Nachmittag zusammen verbracht, gemeinsam gekocht und gute Gespräche geführt. Dann habe sie Lust bekommen, mit ihm zu schlafen und er, Christian, hätte keinen Orgasmus bekommen, ganz gleich wie stark sie sich ins Zeug geworfen hätte. Sie habe darauf total gekränkt und aggressiv reagiert, da es für sie immer eine Niederlage sei, wenn sie es nicht schaffe, daß der Partner einen Orgasmus bekommt. Mit dem Geschrei und den Aggressionen habe sie selbst angefangen. Christian hätte gesagt, sie solle sich nicht soviel daraus machen, es sei auch nicht so furchtbar wichtig.

Sie habe ihn vor lauter Gekränktheit rausgeschmissen und ihn dann nochmals zu Hause angerufen, und ihn unter anderem, »perverses Schwein« genannt. Später in der Nacht hätte dann Christian seinerseits zurückgerufen und sich sehr aggressiv revanchiert, was sie aber jetzt ganz gut verstehen könnte. An dieser Stelle wirkte ihre Zerknirschtheit eher aufgesetzt, ebenso ihre Sorge um Christian. Sie bat mich, mich um Christian zu kümmern.

Inzwischen hatte Christian angerufen, für seinen Anruf eine administrative Angelegenheit vorgeschoben. Ich fragte, wie es ihm geht. Zögernd gab er zu, daß Elena ihn am Wochenende furchtbar verletzt habe und daß er jetzt einen »Hänger« habe. Aber er denke, daß er diesmal die Situation meistern könne, ohne psychotisch zu werden. Er wolle sich an Nora und Nicolas wenden.

In der darauffolgenden Mittwochssitzung, in der Elvira auch dabei war und lediglich erklärte, daß sie mit einer anderen Gruppe (Patientenclub) ebenfalls Urlaub gemacht und vergessen habe, uns Bescheid zu geben, wurde die Geschichte nochmals besprochen. Inzwischen war Elena depressiv, die Gruppe über ihre eigene Heftigkeit und Unsachlichkeit ziemlich bestürzt, bis hin zu der Idee, daß möglicherweise Progrome gegen Ausländer und Juden durch ähnlich falsch vermittelte Nachrichten und Ansichten entstehen könnten.

Die Gruppe ging ausführlich und mit sehr viel Gefühl auf die Problematik von Elena ein. Die Frauen fanden, daß Elenas Problem mit ihrem Äußeren und ihrer sexuellen Anziehungskraft in Zusammenhang stünde. Sie sei auf der einen Seite äußerlich attraktiv, zugleich meine sie, nichts anderes in die Waagschale werfen zu können, als diese Attraktivität, so daß sie dazu neige, mit diesen Gaben wenig sorgsam umzugehen. Elena entschuldigte sich bei Christian und beide einigten sich, auf Abstand zu gehen. Christian wirkte bedrückt aber sehr ruhig und sagte, daß es ihm erstmals passiert sei, daß er in einer Krisensituation Leute hatte, die er anrufen konnte und die sich um ihn gekümmert hätten. Das sei für ihn eine wichtigere Erfahrung gewesen als ein sexueller Erfolg.

Nora hatte einen für sie sehr untypischen Ausbruch: Sie fing an zu weinen und sagte, daß ihr, während sie in der Sonntagnacht den Schilderungen Elenas zugehört hatte, Christian wie ihr vergewaltigender Stiefvater vorgekommen wäre. Sie konnte nicht mehr klar denken, wollte nur noch verurteilen und vernichten. Sie weinte eine Weile und hielt es aus, im Beisein der Gruppe Schwäche zu zeigen. Dann sagte sie, daß sie, wann immer Frauen über Männer empört sind, blitzschnell und eigentlich völlig irrational die Partei der Frau ergreife und sich meistens mit ihrer Solidarität lächerlich mache, da die Frau, die sie in jene aggressive, feministische Stimmung versetzt habe, wie Elena neulich, wieder zu den Männern zurückkehre, nachdem sie sich durch Schimpftiraden entlastet habe. Zu Christian sagte sie: »Es tut mir leid, daß ich nur schlecht von Dir gedacht habe und diese Meinung auch weitergegeben habe.« Christian antwortete, daß er die Entwicklung der Situation, schon nachvollziehen könne. Dann sagte Nora zu den Männern der Gruppe, daß sie zu ihnen auch als Männer eigentlich Vertrauen habe, was allerdings daran läge, daß sie in keinen von ihnen verliebt sei.

Am Ende dieser Gruppenstunde war ich ziemlich erschöpft und nachdenklich und hatte den Eindruck, daß die Gruppe die wirkliche Krise bis zu dem Zeitpunkt aufgehoben hatte, als sie alle wieder zu Hause waren und ich ihnen wieder zur Verfügung stand. Sie hatte aber die Erfahrung gemacht, daß sie eine begrenzte Zeit alleine funktionieren konnte. Die Länge dieser Zeit ist von mehreren Faktoren abhängig, u. a. von dem Ausmaß der Belastung, die in dieser Situation extrem hoch war, von der Stabilität jedes einzelnen, d.h. inwieweit er co-therapeutische oder ergänzende Ich-Funktionen für instabilere Andere ausüben kann, sowie

von der momentanen Gruppenkohärenz, die in dieser Situation vorbildlich gut war.

Die aufgestauten Aggressionen, die Kränkungen, daß man sich hat ideologisch aufwiegeln lassen, bekamen dann die beiden Schweigenden unserer Gruppe zu spüren. Die Gruppenmitglieder fielen über Elvira her und warfen ihr unsolidarisches und unzuverlässiges Verhalten vor. Ich hatte den Eindruck, daß ihr Fehlen beim gemeinsamen Urlaub die Gruppe sehr getroffen hatte. Ich selbst war verärgert, da ich derzeit noch die behandelnde Ärztin Elviras war, und von ihr wochenlang keine Nachricht hatte. Ich schloß mich der Gruppenmeinung an, daß wir nach zwei Jahren intensivster Bemühungen um Elvira wohl einsehen müßten, daß wir ihr auf unsere Weise nicht helfen können und daß sie sich lieber dort behandeln lassen sollte, wo sie auch in den Patientenclub integriert ist. Die Clubpatienten schienen ihr in ihrer inneren Beweglichkeit und in ihren Freiheitsgraden nicht so überlegen zu sein, wie die Gruppe hier. Elvira beharrte ohne jede weitere Begründung darauf, daß sie sehr gerne in diese Gruppe gekommen sei und daß sie ihr wichtig sei.

Wir einigten uns darauf, daß Elvira bis zum Quartalsende in der Gruppe bleiben dürfe, aber nicht länger. Während die Gruppe eindeutig zu dem Gruppenausschluß stand, war ich selbst eher traurig und hätte die Entscheidung zurücknehmen wollen, was ich dann aber nicht tat.

Eine Affäre, zwei Notfälle

Im Anschluß an die Ereignisse in Lech haben wir Elena und Christian dringend nahegelegt, in der Gruppe keine Partner-

schaften mehr einzugehen. Beide stimmten zu und es kam, oberflächlich betrachtet, zu einer gewissen Distanzierung zwischen ihnen. Insgesamt drei Mal haben die beiden, der Gruppe und mir zum Trotz, quasi hinter unserem Rücken die Beziehung wieder aufgewärmt. Nach ca. vierzehn Tagen kam es jedesmal zu einem dramatischen Eklat, wobei Elena feststellte, daß sie Christian doch nicht liebe, ihn nicht ertragen könne. Christian seinerseits verfiel in eine gekränkte Weltschmerzstimmung. Spätestens dann wurden die Gruppe und ich informiert und in Anspruch genommen, um beider Krise abzufangen. Wir hatten alle Hände voll zu tun, Elena zu stabilisieren und Christian zu trösten.

Im Herbst '94 beschloß Elena sogar, von ihrem Mann wegzuziehen, ihr Kind aufzugeben und eine Ausbildung als Altenpflegerin anzugehen. Wir waren alle außerordentlich skeptisch. Christian, der sich selbstverständlich wieder, uns allen zum Trotz, mit Elena einließ, sagte triumphierend in der Gruppe, daß wir nicht immer recht haben müßten, daß Liebe doch auch eine Macht habe und ähnliche Plattitüden. Es war das erste Mal, daß ich mich ihm gegenüber gereizt fühlte. Elena stand gerade am Anfang ihrer Ausbildung. Sie hätte lernen und sich konzentrieren müssen, statt dessen führte sie fünfstündige nächtliche Telefonate mit Christian.

Wieder einmal strapazierte die Auseinandersetzung das Nervenkostüm der Gruppe über alle Maßen, wobei alle der Ansicht waren, daß Christian die Gruppe verlassen müsse. Elena stürzte bald aus ihrer Hochstimmung ab und bekam Schuldgefühle, unter anderem auch mir gegenüber. Schnell schlugen die Schuldgefühle in eine Depression um, mit der die Gruppe schlechter umgehen konnte als mit den manischen Ausschweifungen.

Auf ihren eigenen Wunsch hin brachten wir Elena schließlich in eine psychiatrische Klinik, obwohl unsere »Tagesklinik« damals bereits gut funktionierte und wir uns ihre Betreuung gerne zugemutet hätten. Statt dessen wurde nun Christian psychotisch, paranoid, reizbar, manisch überheblich, ließ sich ständig wie ein kleines Kind von allen bemuttern und verwöhnen, verlangte mehr und mehr, bis wir alle eine kaum beherrschbare Wut auf ihn empfanden.

Er wurde der Pilotpatient für unser Notfallzimmer. Er übernachtete in der Praxis, beklagte sich allerdings laufend über irgend etwas: Daß die Vorräte in der Küche aufgebraucht seien, daß er nachts nicht telefonieren könne etc. Er attackierte alle, provozierte mit seinen infantilen, großartigen Ansprüchen, hielt sich dann aber im letzten Augenblick zurück, bevor die Beziehung zu mir und zu den anderen Gruppenmitgliedern endgültig in die Brüche ging. Er hatte also einen Rest von kritischer Wahrnehmung behalten, die ihn davor schützte, diese für ihn tragenden Strukturen vor der endgültigen Zerstörung zu bewahren.

Damit hat er in seiner Entwicklung trotz aller scheinbaren Kreisbewegungen doch einen großen Schritt nach vorne gemacht. Er hat auch die Kränkungen, die auf seine kränkenden und überfordernden Verhaltensweisen folgten, einigermaßen gut verarbeitet, so daß er die Gruppe nicht verlassen mußte. Er hat allerdings damit mehrmals großartig gedroht. Ihm ging es vor allem um die Belastungsprobe: Ob unsere Kraft und vor allem meine Geduld ausreichen würden, die uns ohne Zweifel noch bevorstehenden, möglicherweise noch härteren Kampfmaßnahmen zu ertragen?

Die Gruppe – eine Geschichte in zehn Porträts

Christian: Nur beim Trompetenspiel liebt er sich selbst

Christian, 35jährig, unser Nachzügler, kam eineinhalb Jahre nach Gruppenbeginn hinzu. Er lebt in der benachbarten Universitätsstadt. Er arbeitete in einer Selbsthilfefirma für psychisch Kranke, die Umzüge und Haushaltsauflösungen organisiert und plante für die Zukunft eine Berufsausbildung im sozialen Bereich z. B. als Kranken- oder Altenpfleger.

Christian ist ein blonder Hüne mit enormen Kräften und einem anfangs nicht sehr gewinnenden, eher grobgeschnittenen Gesicht. Ich nahm ihn in die Gruppe auf, weil ich seinen Wunsch nach einer menschlichen Gemeinschaft sehr ernst nahm, auch wenn sein Auftreten anfangs von großphantastischer Selbstbespiegelung und irritierender Selbstüberschätzung geprägt war.

Seine Kindheit war desolat. Zwei überalte Eltern konnten mit dem Nachzügler nur in Form militärischer Kommandos und körperlicher Übergriffe umgehen. Er berichtet, daß sie ihn häufig schlugen, ohne die Maßnahmen je zu begründen. Christian war von Kindheit an auf der Suche nach Ersatzfamilien und Ersatzbeziehungen, die er sich bis zum heutigen Tage in stabiler Form nicht zu verschaffen vermochte. Der frühe Tod der Eltern ließ ihn völlig bindungslos zurück. Er begann nach schwankend engagierten Schuljahren ein Studium der Pädagogik und der Philosophie, arbeitete gleichzeitig für die Finanzierung seines Studiums

im Klinikumbereich, war von der Idee eines medizinischen Berufs besessen und nahm mehrere Anläufe, diesen Wunsch zu verwirklichen. Als mehrere Versuchen, dieses Ziel zu erreichen, mißlangen, war er einige Male psychotisch de-kompensiert, wobei nicht die Arbeit selbst, sondern seine Unfähigkeit, sich in zwischenmenschlichen Beziehungen zurechtzufinden der auslösende Faktor war.

Bei mir traf er mit massiven Beziehungsproblemen, einer beruflichen Niederlage (drei Jahre Aufenthalt in einer beschützenden Werkstatt) sowie einer großen zwischenmenschlichen Vereinsamung ein. Sein Trompetenspiel stellte den einzigen Bereich dar, in dem er sich selbst liebte. In der ersten Gruppenstunde überschüttete er uns mit einem nicht endenwollenden Redeschwall. Die Gruppe ließ ihn hundert Minuten lang berichten, da sie wohl seine Bedürftigkeit und die daraus resultierende Spannung sehr emphatisch aufgenommen hatte.

Christian hat sich monatelang in der Gruppe emotional ausgetobt. Er stand einige Male kurz vor dem Ausschluß aus der Gruppe: Die anderen Mitglieder wollten nichts mehr mit ihm zu tun haben.

Mehrmals war ich es, die auf seinem Bleiben beharrte, da ich für Christian keine Chance sah, wenn er die Gruppe unverrichteter Dinge verlassen würde, als Mensch ohne Bindungen, der immer wieder fallen gelassen wurde und nichts dagegen zu unternehmen vermochte.

Sein anfängliches Verhalten war eher überangepasst, manchmal ist das Wort »Klugscheißer« in Zusammenhang mit ihm gefallen. Die Männer begannen bald mit ihm zu rivalisieren, zumal er bei Elena mehr Erfolg zu haben schien, als z. B. Leonard. Anfangs belebte diese Rivalität die Gruppensituation, später begann sie diese zu komplizieren. Der

anfängliche Elan Christians, an der Gruppe teilzunehmen, ließ sehr rasch nach. Er argumentierte zunächst mit den hohen Fahrtkosten, mit unzähligen Terminen beim Roten Kreuz (dort war er seit Jahren aktives Mitglied), bei seiner Big Band, mit seinen Verpflichtungen seinen psychisch kranken Freunden gegenüber. Irgendwie war es aber klar, daß er noch nicht bereit war, an sich zu arbeiten.

Nach einem halben Jahr Gruppenzugehörigkeit schlug man ihm in der »Patientenfirma« vor, seinen sehnlichsten Wunsch, nämlich Altenpfleger zu werden, zu realisieren. Er wurde von der Patientenfirma an ein Altersheim »ausgeliehen«. Auch hier kam eine Zeit der Begeisterung, des hohen Einsatzes und der nervtötenden Berichte in der Gruppe über seine dortigen »tollen« Erfahrungen. Dann fing er an, über eine ältere Kollegin zu klagen, die ihn schikanierte. Ihretwegen hat er sich dann mehrmals krank schreiben lassen, was ich mißbilligte. Um die Geschichte kurz zu fassen, die Schwierigkeiten nahmen zu, Christian fühlte sich mehr und mehr unverstanden, zu wenig beachtet, zuviel kritisiert etc. Er spannte den Bogen so weit, daß er gekündigt und für die eigentliche Ausbildung nicht übernommen wurde. Beruflich blieb ihm der Weg zurück in die Patientenfirma.

Dies war die oberflächliche Facette seines Versagens, das sich auch in einer Auseinandersetzung zwischen uns beiden ausdrückte. Denn ich selbst bin überzeugt, daß Christian im Prinzip die Fähigkeit hätte, ein guter Altenpfleger zu werden, wenn er seine persönlichen Kränkbarkeiten und Anspruchshaltungen korrigieren würde.

Parallel zu dieser Geschichte verlief die sehr chaotische Beziehung zu Elena. Während der Bearbeitung dieser krisenreichen Etappe haben wir über die Psychodynamik von Christians Störung wichtiges erfahren. Psychodynamisch ge-

sehen dürfte für Christian bislang die Sexualität der einzige Bereich sein, auf dem er ein für ihn faßbares Erfolgserlebnis hat zustande bringen können. Er dachte offensichtlich, daß dies das einzige Gebiet sei, auf dem er auch etwas geben könne, ganz wie Elena. Dabei ist sein Einsatz für andere Menschen in stabilen Zeiten beachtlich.

Sein aggressives, rücksichtsloses, kindliches Agieren während der psychotischen Zeit reflektierte deutlich seine frühe Beziehung zu seiner Mutter. Wie bereits berichtet, waren Christians Eltern beide alt, als er zur Welt kam. Er fand eine ermüdete, erschöpfte Mutter vor, die durch das vitale Kind vom ersten Augenblick an völlig überfordert war. Die Mutter hat, anstatt die Arme zu öffnen, um das Kind aufzunehmen, die Arme ständig schützend um sich selbst legen müssen, als ob sie vom ersten Tag an gefürchtet hätte, von der Gier dieses Kindes verschlungen zu werden. Je mehr sich die Mutter von dem Kind zurückzog und auf ihre eigene Unversehrtheit bedacht war, um so mehr wuchs die Gier des Kindes, um so heftiger wurden dessen Attacken, das für ihn Lebensnotwendige mit Gewalt an sich zu reißen. Zugleich tauchten Vernichtungssängste auf, evoziert durch die unbewußte Phantasie, bei diesen zerstörerischen Attacken das Objekt zu vernichten, von dessen Existenz die eigene Existenz abhing. Aus dieser psychodynamischen Konstellation erklären sich wohl Christians Attacken auf Praxis, Gruppe, Verein und Therapeutin. Wir konnten uns verhalten wie wir wollten, wir konnten ihm das Gewünschte und Benötigte nicht zukommen lassen. Zugleich veranlaßte ihn die Angst, seine nährenden Substanz zu verlieren, immer wieder zu einem gewissen Einlenken im letzten Augenblick. Der letzte dieser Wiedergutmachungsakte war, daß Christian, jetzt stabilisiert und in den Arbeitsprozeß zurückge-

kehrt, in den Vereinsräumen einen Anschlag anbrachte, in dem er sich für die gute Betreuung durch Verein, Gruppe und mich offiziell bedankte und sich für sein unerträgliches Verhalten entschuldigte. Es machte mir ein wenig Sorgen, daß er sich in einem Anflug von Schuld und Reue derartig auslieferte und ich hoffte, daß die Beteiligten damit behutsam genug umgehen würden.

Elena: Rebellisch, verführerisch und gefährdet.

Elena, 33 Jahre alt, Mutter eines achtjährigen Sohnes, arbeitete zu Beginn der Therapie als Bürokraft im elterlichen Betrieb. Sie ist kleinwüchsig, wohlproportioniert, in gesunden Tagen etwas rundlich. Lange blonde Haare umgeben ein hübsches, aber wenig einprägsames Gesicht. Insgesamt hat sie eine intensive erotische Ausstrahlung, die eher herausfordernd und beunruhigend ist.

Im Anschluß an ihren ersten Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik entwickelte sie eine längere depressive Phase, die in einer psychosomatischen Klinik behandelt wurde. Seither nimmt sie an der Gruppentherapie teil.

Ihr Kindheitstrauma bezieht sich auf eine durchgehend als ablehnend erlebte Mutter, da sie als letztes Kind nicht mehr gewünscht wurde. Während die Schwester und der Bruder willkommen waren und sich nach Wünschen der Eltern entwickelten (akademische Berufe), hat Elena, so bald es ging, die Schule »geschmissen«, weil sie sich ausgiebig für Sport und Jungen interessierte. Sie machte eine rudimentäre kaufmännische Ausbildung im elterlichen Betrieb. Bevor sie erstmals psychotisch wurde, fühlte sie sich häufig

leer und gelangweilt. Ihre Ehe gab ihr keine Erfüllung, ihre Beziehung zu ihrem Sohn war von Pflichtvorstellung bestimmt, ließ in ihr keine positiven Gefühle für sich selbst entstehen.

Das zentrale Thema ihres Lebens bildet ihre sexuelle Attraktivität, die sie häufig auf die Probe stellen muß, weil sie selten die gewünschten frenetischen Begeisterungsausbrüche erntet, die sie für ihr Selbstwertgefühl bräuchte. Sicher fehlt in ihrer Entwicklung die ödipale Bestätigung durch den Vater, der selbst zu schwach und der Mutter nicht gewachsen, sich in einem Grabenkrieg mit seinen Brüdern um den Besitz des Betriebes verausgabte hatte. Die Einstellung der Familie zu Elena ist durchgängig entwertend. Ihr wird häufig vorgeworfen, daß sie dummes Zeug spricht und denkt, daß sie weder als Mutter noch als Hausfrau besonders fähig und durch die Psychiatrieaufenthalte verblödet sei und froh sein könne, eine solche untergeordnete Arbeit verrichten zu dürfen.

Elena verhält sich unter stärkerem emotionalen Druck genau so, wie man es ihr vorwirft, indem sie sozusagen die elterlichen Orakel pflichtschuldig erfüllt.

Wir haben mit ihr mehrere sich anbahnende manische Episoden auffangen können, wobei sie im Vorfeld tatsächlich dummes Zeug redete, wahllos alle Welt anrief, jeden Mann sexuell herausforderte, zuviel trank und die Gruppe und mich nachts mit Bagatellproblemen telefonisch belagerte. Mag diese Schilderung noch so unerfreulich klingen, so ist sie doch insgesamt durch ihre Bemühtheit, durch ihren Charme und Humor und auch durch ihre erotische Anziehungskraft ein ausgesprochen liebenswertes Wesen. Nicht selten spüre ich die Sorge, daß sie diese Eigenschaften durch allzu häufige psychotische Einbrüche und daraus

resultierende soziale Degradierung einbüßen könnte. Die Abstände, in denen sie zeitweise zwischen Größenphantasien und Kleinheitsgefühlen hin und her schwankt, sind erstaunlich kurz.

Unter eingehender psychodynamischer Betrachtung der Vorgeschichte, der persönlichen Verarbeitung der Kindheitstraumata sowie des Agierens Elenas in der Gruppe ergibt sich die Vorstellung, daß sie ein »falsches Selbst« auszubilden gezwungen war, um mit der elterlichen Ablehnung leben zu können. Dieses »falsche Selbst« ist das Bürgerliche, Angepaßte, etwas Intrigante, Unaufrichtige und zur Bequemlichkeit tendierende, das in der psychotischen Episode durch die Manifestation des sogenannten »wahren Selbst« abgelöst wird. Zu solchen Zeiten ist sie rebellisch, kämpferisch, expansiv, gewaltsam, verführerisch und bringt sich damit bedauerlicherweise selbst in Gefahr, so daß der Zustand, auch in ihrem eigenen Interesse von außen her beendet werden muß.

Ich habe Elena in guten Zeiten als recht dynamisch und lebendig erlebt. Auf der anderen Seite hat sie bedauerlicherweise wenig Durchhaltevermögen für ihre eigene Entwicklung. Allzu leicht läßt sie sich in ihren Vorhaben beirren, so daß sie ihre Entwicklung immer wieder an wesentlichen Stellen abbricht.

Als sie, nach der chaotischen und krisenhaften Episode, die sie mit Christian durchlebte, aus der Klinik entlassen wurde, stand sie zunächst vor einem Trümmerfeld. Sie kehrte reumütig in den elterlichen Betrieb zurück und nahm die Ehe mit dem ungeliebten Mann wieder auf. Es wird schwierig sein, mit ihr gemeinsam diese Niederlage zu ertragen und ein neues, einigermaßen sinnvolles Lebenskonzept zu erarbeiten. Leider ist sie im Kampf ge-

gen ihre krankmachenden Mechanismen keine besonders verlässliche Verbündete.

Elvira: Schweigender Widerstand

Elvira, 34 Jahre alt, ist Mutter von drei Kindern, geschieden, lebt in einem kleinen Ort, in unmittelbarer Nachbarschaft von Mutter und Schwester. Ich habe sie nach ihrem zweiten Psychatrieaufenthalt mit großen Hoffnungen in die Gruppentherapie aufgenommen. Äußerlich wirkt Elvira zehn Jahre älter als sie tatsächlich ist. Ihre ungepflegten, lieblos zusammengebundenen Haare, ihre gereizte, ausgetrocknete Haut und ihre inzwischen aus den Fugen geratene Figur machen sie ausgesprochen unattraktiv. Ich könnte mir allerdings vorstellen, daß dieselbe Frau, mit mehr Liebe und Sorgfalt mit ihrem Äußeren befaßt, von herber Schönheit sein könnte.

Sie ist das jüngste Kind eines hirnerkrankten Vaters (Kriegsbeschädigung) und einer Krankenschwester. Der Vater wurde Frührentner und war somit für Kinder und Haushalt zuständig. Er übernahm diese Rolle nur widerwillig. Die Mutter verdiente den Lebensunterhalt der Familie und mußte zusätzlich all die Aufgaben übernehmen, die der Vater in seiner gereizt mißmutigen Stimmung zurückwies. Lediglich mit seiner jüngsten Tochter, d. h. mit Elvira gab er sich ab, wenn auch nicht sehr kontinuierlich. Die beiden älteren Geschwister (+15, +11 Jahre) waren eigentlich schon aus dem Haus, als Elviras Kindheitsdrama seinen Höhepunkt erreichte.

Die Mutter ging mit ihr, so erinnert sie sich, ausschließlich aggressiv um. Jeder Anspruch des Kindes brachte sie

an die Grenze ihrer nervlichen Belastbarkeit. Elvira war unerwünscht und zu einem Zeitpunkt auf die Welt gekommen, als beide Eltern von der Alltagsbewältigung bereits resigniert und überfordert waren. Da der Vater mehr Zeit mit ihr verbrachte, entstand eine tiefe Bindung Elviras zu dem Vater, die stets dadurch bedroht war, daß der Vater unter massiven Stimmungsumschwüngen litt. Er entwickelte ständig eine grundlose Wut und eine massive körperliche Aggressivität, die sich sowohl gegen sich selbst als auch gegen das Kind richteten. Elvira mußte sich stets bemühen, die allenthalben ausbrechenden elterlichen Aggressionen nicht aktiv zu verstärken oder gar hervorzurufen.

Sie war intelligent, kam in der Schule im allgemeinen gut mit, war bis zur Mittleren Reife ziemlich erfolgreich. Dann erkrankte sie plötzlich für längere Zeit körperlich, fehlte in der Schule und entwickelte massive Versagensängste. Aus diesem Grunde beendete sie vorzeitig den Schulbesuch und ging in eine Fabrik arbeiten. Diese Arbeit war notwendig, um die Existenz der Familie mit zu sichern und diente ihr gleichzeitig dazu, den ständigen aggressiven Ausbrüchen beider Eltern zu entkommen.

In der Fabrik lernte sie ihren späteren Ehemann kennen, einen undifferenzierten, zu Jähzornsanfällen neigenden Mann, der im emotionalen Bereich ihr vertraute Verhältnisse schuf, da er in seinen Stimmungen genau so unberechenbar war wie der Vater. Der Ehe entstammen insgesamt drei Kinder, die in kurzen Abständen aufeinander folgten. Elvira ließ sich nach ihrem ersten psychotischen Zusammenbruch von ihrem Ehemann scheiden, wobei sie sich heute noch weigert, über die Inhalte der damaligen Psychose zu sprechen. Aus den mitgeteilten Bruchstücken kann ich mir zusammenreimen, daß es sich um einen Erlösungswahn

gehandelt haben könnte.

Nach ihrer Scheidung wurde Elvira von ihrer Restfamilie quasi in Besitz genommen. Man kaufte ihr eine Eigentumswohnung am Wohnort der Schwester. Äußerst ungünstige Verkehrsverhältnisse führten zu einer zunehmenden Isolation und einer wachsenden Abhängigkeit von Mutter und Schwester, die nachdrücklich begonnen haben, Elviras Leben zu strukturieren. Sie lebt weiter in jenem kleinen Dorf; ihre Kinder werden mit Hilfe einer Familienhelferin einigermaßen versorgt, wobei der Haushalt häufig bis Mittag unaufgeräumt ist, weil Elvira gerne im Bett liegen bleibt. Diese Art der Selbstverweigerung führt in ihrer Umgebung zu restriktiven Maßnahmen.

Anfangs habe ich gehofft, es könnte uns gelingen, Elvira durch das Gruppenleben etwas lebendiger, zugewandter und lebensfroher zu machen. Die Gruppe hat sich auf dieses wenig erfolversprechende Vorhaben gestürzt und ständig darum gekämpft, sie in die Aktivitäten außerhalb der Gruppe intensiv einzubeziehen. Manches hat sie angenommen, manches sogar offensichtlich genossen, wobei das Gelingen einer Aktivität bei ihr eher zufällig zu sein schien. In der Therapiegruppe selbst, d.h. in meiner Anwesenheit äußerte sich Elvira überhaupt nicht. Mein Versuch, dies als ein Übertragungsproblem zwischen uns beiden zu sehen und zu bearbeiten wurde von ihr boykottiert.

Eine Zeitlang bedeuteten ihr die Gruppenmitglieder wohl etwas wie eine Notgemeinschaft gegen eine böse dominierende Mutter, so wie ihre Mutter seinerzeit von ihr erlebt wurde. Zeitweilig schien sich diese psychodynamische Konstellation positiv auszuwirken, da Elvira sich außerhalb der Therapiesitzungen mit Gruppenmitgliedern intensiver und freudiger auseinandersetzte. Seitdem die Gruppe in der

zweiten Hälfte des zweiten Therapiejahres einen deutlichen Entwicklungssprung gemacht hatte, zog sich Elvira von der Gruppe zurück, fühlte sich jetzt wohl auch von den Übertragungsgeschwistern verlassen, die inzwischen sozusagen denselben Altersvorsprung hatten, wie seinerzeit ihre realen Geschwister.

Im Anschluß an die Reise nach Lech – in der Phase der Vorbereitung war Elvira unabgemeldet ferngeblieben – beschloß die Gruppe, die Zusammenarbeit mit Elvira zum Quartalsende zu beenden.

Magda: Nach einem Roman des 19. Jahrhunderts

Magda ist vierzig Jahre alt, wirkt aber phasenweise wie sechzig und manchmal knapp achtzehnjährig, so albern und kindlich kann sie sich aufführen. Sie macht sich bedauerlicherweise völlig unvoreteilhaft zurecht. Als Kopie ihrer schwernehmenden, vorwurfsvollen, lebensfeindlichen Mutter, mit der sie im gemeinsamen Haushalt lebt, kleidet sie sich in qualitativ hervorragende, aber völlig altbackene Kleidung. So verhält es sich auch mit ihren Gebärden, ihrer Mimik und ihrem Gang, die gleichsam von der Mutter für sie beide entworfen wurden. Die Sätze, die die Mutter Magda übermittelt, wenn sie beide eine Zeitlang auf engstem Raum miteinander verbringen, wirken wie einstudierte Passagen eines rührseligen Jahrhundertwende-Bühnenstückes.

Magdas schwärmerische Liebe gilt dem Vater, einem schwachen, eher nichtssagenden Mann, der aber stets versucht hat, mit der Tochter eine heimliche Allianz gegen die

auch von ihm abgelehnte Mutter zu bilden. Die gesunden Geschwister Magdas, eine ältere Schwester, inzwischen verheiratet mit drei Kindern, und ein älterer Bruder mit abgeschlossenem Germanistikstudium, tolerieren die schizophrene Schwester: die Schwester und der Schwager mit genervter Kontrolliertheit, der Bruder mit liebevollen Hänseleien, aber einer klaren Demonstration seiner Zugehörigkeit. Sie selbst hat sich im wesentlichen mit der Altbackenheit, der Sexualfeindlichkeit und Ängstlichkeit der Mutter identifiziert. Sie hat dieselben unzufriedenen Frauenhaltungen eingenommen, die ihre Mutter Frauenromanen des auslaufenden 19. Jahrhunderts entnommen und der Tochter in Form von männerfeindlichen Klischees aufgedrängt hat. Der Austausch zwischen den beiden Frauen beschränkte sich im wesentlichen auf Klagen über die Männer und über die weibliche Rolle.

Als Magda ihr Pharmaziestudium begann, wurde sie anlässlich einer ersten Verliebtheit von einem Liebeswahn befallen, psychiatrisch hospitalisiert und zunächst unter großem Nachdruck mit der Diagnose einer chronischen Schizophrenie in der psychiatrischen Universitätsklinik zur unheilbar Kranken ernannt. Man habe für sie dort stets ein Bett reserviert, sollen ihr die Ärzte bei der Entlassung freundlich versichert haben. Niemals mehr hat sie sich erneut in eine Liebesbeziehung eingelassen. Die weiteren Hospitalisierungen resultierten aus beruflichen und/oder familiären Konflikten. Der Kampf zwischen Mutter und Tochter steigerte sich im Laufe der Jahre zunehmend zu Vernichtungsattacken.

Magda kam zu mir mit einer bereits stark deformierten Persönlichkeit, die nicht ausschließlich das Produkt psychotischer Prozesse gewesen sein dürfte. Vielfache Anpas-

sungsvorgänge hatten ihr das Leben in der Gesellschaft und in der Primärfamilie ermöglicht, so daß sie eine Art Vielfachpersönlichkeit herausgebildet hat. Sie war auf der einen Seite ärztlichen Maßnahmen gegenüber devot, auf der anderen Seite trug sie einen massiven, kaum verschleierten Widerstand in sich, so daß alles Gesagte ungehindert durch sie hindurchfloß und nicht zur Kenntnis genommen wurde. Sie war bei unserer ersten Begegnung zum siebten Male stationär behandelt worden, hatte kaum Hoffnung, ließ sich gehen, sowohl äußerlich als auch sprachlich.

Ich fühlte mich im Bezug auf sie ebenso resigniert, wie sie sich wohl selbst erlebt haben mag. Dennoch entstand zwischen uns beiden bald ein liebevolles Geflachse, indem Magda mich häufig imitiert (dies scheint sie als gelungene Maßnahme in der Beziehung zu ihrer Mutter entdeckt und verwendet zu haben), während ich ihre altjüngferlichen Bestürztheitsanfälle ohne Schärfe zurückreflektiere. Im Laufe der Zeit wuchs aus diesem gegenseitigen Auf-den-Arm-Nehmen eine sehr tiefe und ernst zu nehmende Bindung. Das bedeutet allerdings nicht, daß sich Magda in Krisensituationen auf meine ärztliche Kompetenz verlassen würde.

Heute leidet ihre Mutter an der Alzheimerschen Krankheit. Ihre nun ungehemmte und überspitzte Aggressivität trifft vor allem Magda, die ihrerseits mörderische Aggressionen der Mutter gegenüber entwickelt. Die häusliche Situation, zwischen den beiden sehr alten Eltern ist für sie unerträglich und trostlos. Auch ihre unverdeckte ödipale Schwärmerei für den Vater läßt nach, da dieser alt geworden ist, Konflikte vermeidet und häufig die Partei seiner Frau ergreift, wohl weil er die Übermacht der vergleichsweise jungen dynamischen Magda fürchtet. So ist sie letztendlich in der Familie sehr allein und ungeschützt, wird häufig von

den Eltern angstvoll beobachtet, ob sie wieder krank werden würde. Diese Ängstlichkeit übernimmt Magda, indem sie auf jede Änderung der Medikation panisch reagiert.

Für Magda ist die Gruppe die einzige Insel des Friedens geworden, in der sie, trotz ihres verschrobeneren, altjüngferlichen Wesens, vom ersten Tag an willkommen war. Hier ist sie auf ihre bescheidene Weise aufgeblüht. Bei zeitweiliger Medikamentenfreiheit war Magda seit Beginn der Gruppentherapie nur zwei Mal in die Klinik gegangen, weil die Eskalationen zwischen ihr und der Mutter unerträglich geworden waren. Magda hatte einen Vergiftungswahn entwickelt, glaubte, daß sie zu Hause von ihrer Mutter umgebracht würde.

Die psychotische Episode dauerte sehr kurz, Magda produzierte dabei vorrangig Personenverkennungen, hielt alle möglichen Frauen für die Mutter, die sie mehrmals tätlich attackierte. Der stationäre Aufenthalt dauerte bedauerlich lange, da die Klinikärzte der Ansicht waren, daß sie sich zu Hause nicht restabilisieren könnte.

Im darauffolgenden Jahr klagte sie ständig über lähmende Müdigkeit und Antriebsschwäche am Morgen. Wir brachten diese Phänomene in Zusammenhang mit der recht hohen Leponexmedikation, die sie im PLK verordnet bekommen hatte. Lange Zeit zögerte ich, diese Medikation zu ändern, bis ich den Eindruck hatte, daß Magdas Arbeitsfähigkeit – sie hatte eine Teilzeitstelle im Pflegebereich – dadurch ernsthaft gefährdet war. Wir verabredeten eine vierwöchige Krankschreibung, in der wir die Reduktion und Umstellung der Medikation vornehmen wollten. Magda war selbstverständlich wieder äußerst ängstlich. Die Situation eskalierte zu Hause, da die Mutter immer dann zum Angriff übergeht, wenn sie ihre Tochter als schwach erlebt.

An einem Wochenende in meiner Abwesenheit wurde Magda von den Eltern ins PLK gebracht, ohne daß sie psychotisch war. Die Gruppenmitglieder berichteten, daß sie ihrerseits äußerst enttäuscht waren, daß Magda sich in der Notsituation nicht an sie gewandt hatte. Die übliche PLK-Maschinerie erfaßte Magda dann. Sie kam ängstlich erregt in der Klinik an und soll dort, zumindest nach Angaben der Ärzte psychotisch geworden sein. Nach mehreren Besuchen der Mitpatienten im PLK gewannen wir den Eindruck, daß Magda eine Übertragungspsychose auf einen Arzt entwickelt hatte, damit sie endlich im sexuellen Bereich wieder etwas erleben konnte. Dabei erinnerte ich mich, daß Magda während der stationären Aufenthalte immer zu sexuellen Acting-Outs neigte, daß sie sozusagen den geschützten Rahmen der Klinik dazu benutzte, ihre verdrängte Sexualität durch autoerotische Akte oder auch Verliebtheitspsychosen auszuleben.

Gleichsam als harte Strafe für ein kurzes Vergnügen dauerte der stationäre Aufenthalt sehr lange. Magda wurde, entgegen meines Wunsches, mit der doppelten Dosis von Leponex entlassen. Wir besprachen mit ihr alle Hintergründe der Vorkommnisse. Magda gab uns recht, meinte dann aber, sie würde sich nicht mehr trauen, das Leponex abzusetzen, da die Ärzte ihr eingeschärft hätten, daß dies die einzig denkbare Medikation für sie sei.

Die tiefere Einsicht, die wir in Magdas psychodynamische Gegebenheiten gewonnen haben, war also: Das Elternhaus war triebfeindlich und entwicklungshemmend, da sie ständige Attacken der rivalisierenden Mutter abwehren mußte. Auch sie mußte ein falsches Selbst entwickeln, um für die Mutter brauchbar zu sein, d. h. Magda mußte eine glücklose, mißratene weibliche Gestalt bleiben, um von der Mutter to-

leriert zu werden und das eigene Überleben zu sichern. Die Gruppe ist für Magda wie Ferien im Erlebnispark. Hier kann in Minimalansätzen, sehr gelegentlich das »wahre Selbst« die Führung übernehmen. Allerdings sind die Gefahren, die auf sie auf der Triebebene einwirken, zu wenig fremdkontrolliert. Sie selbst muß Entscheidungen fällen, inwieweit sie mitgeht. Das Psychiatrische Landeskrankenhaus hingegen ist für Magda offensichtlich eine riesengroße Gummizelle, in der sie sich austoben kann. Der äußere Rahmen bietet einen autoritären Schutz, so daß sie ihre Entscheidungen und Handlungen nicht mehr verantworten muß. Es ist nachvollziehbar, daß Magda hin und wieder den Wunsch hat, sich ihren Triebwünschen zu überlassen und anderen dafür die Verantwortung aufzubürden. Könnte man diese Zeit auf ein Minimum beschränken, folgte nicht eine lange Hospitalisierung und Überdosierung von Medikamenten, so könnten wir Magda einmal jährlich sozusagen in die »Ferien vom Ich« schicken. Leider sind die Konsequenzen mühevoll, die Nebenwirkungen der Medikamente nicht unbedenklich.

Leonard: Auf der Durchreise viel bewegt

Leonard – er ist wieder aufgebrochen, fernen Lebensräumen und -formen entgegen – war wohl die schillerndste und am schwersten faßbare Persönlichkeit der Gruppe. Ich kannte ihn einige Jahre zuvor als Patienten, mit insgesamt sieben stationären Aufenthalten im benachbarten psychiatrischen Landeskrankenhaus. Die stabilste Zeit, sein kontinuierlicher Einsatz fand während der von mir geschilderten Gruppentappe und der Aufbauphase des Vereins statt.

Zu seiner Kindheit ist zu berichten, daß er von seiner Mut-

ter eine symbiotische, grenzenlose Liebe erfuhr, die ihm zur Perpetuierung seiner kindlichen Größenphantasien verhalf. Im Gegensatz zu dieser alles gewährenden und ihn überhöhenden Liebe der Mutter waren die Äußerungen des Vaters stets kritisch und entwertend, sowohl ihm als auch seiner Beziehung zur Mutter gegenüber. Er vermittelte Leonard die Vorstellung, daß er als Mama-Kind für das Geschäftsleben ungeeignet sei. Der Vater, Besitzer eines kleinen Betriebes, hat diesen Besitz durch Fehlkalkulationen in den Bankrott geführt, als Leonard in die Adoleszenz kam.

Unter der Oberfläche eines bescheidenen und freundlichen, etwas koboldhaften Menschen, war Leonard hochmütig und anspruchsvoll. Er lebte das Leben eines Bohemiens, gab zuviel Geld aus und wurde, jeweils von einem Großartigkeitsrausch beseelt, insgesamt elf Mal manisch-psychotisch. Leonards Motto war: »Wer wagt, Gott Vorschriften zu machen?«.

Ich habe ihn im Anschluß an die wahrscheinlich fünfte psychotische Episode kennengelernt. Er kam hin und wieder, predigte Großartigkeiten, erfand ein neues Glaubenssystem, wovon er mich unbedingt überzeugen wollte, als sei dies die Bedingung dafür, daß ich ihm helfen darf. Medikamente nahm er vorerst nicht. Als die Gruppe sich zusammentat, sah er zunächst eine Chance darin, eine Art Sekte zu gründen. Dies war wohl das wichtigste Motiv, das ihn an die Gruppe band, in der er eine sehr positive Entwicklung durchmachte. Er predigte zwar, war aber dann bereit, von weiteren Indoktrinierungen Abstand zu nehmen, wenn er sah, daß die Gruppe ihn belächelte. Ansonsten genoß er erstmals in seinem Leben eine Gemeinschaft, die ähnlich verrückte Dinge erlebte wie er selbst, und sich seinen Verrücktheiten gegenüber tolerant-liebevoll verhielt. Dennoch

blieb er ein durchreisender Gast, der seinen Aufenthalt sehr intensiv gestaltete, einschließlich seiner Teilnahme an der Gründung des Vereins. Zeitweilig war er eine Hauptfigur, die emotional viel Nähe und ungewöhnliche Beziehungsvorstellungen vermittelte. Zu mir blieb seine Beziehung ein wenig herablassend, amüsiert, phasenweise war er allerdings auch ein wichtiger Verbündeter.

Mehr und mehr bekam Leonard den Gesichtsausdruck und die Sprechweise eines Gurus. Er schien wenig Emotionen an sich heranzulassen, betonte auch immer wieder, daß er sich heute kaum noch ärgere, daß er in eine höhere Entwicklungsstufe aufgestiegen sei als wir, die wir uns häufig emotionale Gefechte lieferten und uns ereiferten. Lediglich Christian gelang es hin und wieder, ihn aus der Fassung zu bringen oder zu einer schärferen Antwort zu verleiten, die er dann sofort bedauernd zurücknahm.

Für ihn war die Gründung des »Vereins zur Hilfe psychisch Kranker« ein rettender Schritt, da er sich hier in der Weise engagieren konnte, die ihm am ehesten lag. Er war jahrelang nur noch für kurze Momente psychotisch, in Form von Konzentrationsstörungen, Ideenflucht und angedeuteten Größenphantasien. Eine Hospitalisierung war nicht mehr nötig.

Durch Leonard nahm die Gruppe zumindest am Anfang eine etwas abenteuerliche Wendung. Er kam auf sehr rebellische Ideen, deren Durchführung er bis zum Ende konsequent betrieb. Nach getaner Arbeit, d. h. nach Gründung des Vereins, verschwand er in andere Lebensaufgaben hinein, und wir hatten die Phantasie, daß er seine künstlerischen Ambitionen, von denen er sehr viel sprach, endlich zu realisieren begann. Die tiefste Beziehung baute er zu Nicolas auf, ohne ihm die Hintergründe seines Lebens und seiner

Welt jemals mitzuteilen. So war und blieb er uns nah und zugleich fremd.

Nora: Geborgene Einsamkeit

Nora, zu Therapiebeginn 40 Jahre alt, stellt einen Ausnahmefall in unserer Gruppe dar, denn sie hatte nie eine Psychose. Sie leidet an einer schweren Borderline-Persönlichkeitsstörung und den Folgen einer ausgeprägten Suchtkrankheit, die zwischen dem 22. und 38. Lebensjahr ihr Leben beherrschte.

Noras traumatische Erlebnisse haben ihre Grundlage im Verhalten der Mutter, die ihre Tochter unumwunden abgelehnt, an Fremde verraten, symbolisch und tatsächlich fallen gelassen hat. Ihre heute noch bestehende Symptomatik, nämlich eine sehr beeinträchtigende Gangunsicherheit, drückt wohl die unbewußte Phantasie aus, daß die Erde (Mutter) sie nicht hat sicher tragen können und wollen. Der sexuelle Mißbrauch durch den Stiefvater ist ein weiterer traumatisierender Hintergrund ihrer, für eine Alkoholkrankheit typischen Lebensgeschichte.

Äußerlich ist Nora groß und sehr schlank. Ihre Bewegungen sind an guten Tagen trotz ihrer Körpergröße anmutig. Fühlt sie sich verunsichert oder zu einsam, so bekommt sie schwer definierbare Gangstörungen, so als ob der Boden unter ihren Füßen entchwände und nachgäbe. Ihr Bedürfnis nach Unabhängigkeit wirkt häufig schroff und zurückweisend. Es ist nicht leicht, die für sie lebensnotwendige Nähe mit ihr aufzubauen und vor allem auch durchzuhalten. Es ist ihr verhaßt, Hilferufe an die Umgebung zu senden. Ständig hat sie die Erinnerung präsent, daß sie ihrer Mutter mit Schwäche und Anlehnungsbedürfnis nicht kommen

konnte, ohne noch barscher als gewöhnlich zurückgewiesen zu werden. Also umgibt sie sich mit einer Atmosphäre forcierter Unabhängigkeit und Selbstgenügsamkeit, die sich in ihren Gesten und ihrer Zurechtmachung ausdrückt.

Ihr Gesicht ist schön: dunkle, tiefgründig leuchtende Augen, eine feine, angedeutet nach oben gebogene Nase, sinnliche Lippen, die durch eine Narbe nicht entstellt werden. Es zeigt eine sehr wechselnde Ausstrahlung von Wärme, Zugewandtheit und entspannter Freundlichkeit, kann aber auch ängstliche Verspanntheit oder Feindseligkeit ausdrücken. Eine tiefe vibrierende Stimme, die warm umfassen kann, ergänzen ihre sinnlich wärmende Ausstrahlung. Sie ist anziehend und irritierend zugleich, sowohl für Männer als auch für Frauen. Nach ihrem eigenen Lebenskonzept hat sie sich dazu entschlossen, sich lediglich auf sexuelle Beziehungen mit großem Abstand einzulassen, soweit sie Sexualität braucht.

Nora heiratete früh. Der Ehe entstammten zwei Söhne, jetzt 24 und 21 Jahre alt. Die Ehe war unglücklich, der Mann untreu und kriminell. Nora begann zu trinken, ließ sich nach einigen Jahren unerträglichen Leidens scheiden. Die Suchtkrankheit nahm dennoch bald bedrohliche Ausmaße an. Nora hat damals, so beurteilt sie es heute, alle Kraft daran gesetzt, sich zu Tode zu trinken, hat jahrelang keinen Augenblick der geistigen Klarheit mehr zugelassen.

Ihre zweite Ehe mit einem trockenen Alkoholiker stellte einen Selbstrettungsversuch dar. Mit seiner Hilfe wollte sie ebenfalls abstinent werden, ein Vorhaben, das allerdings in einer gemeinsamen Suchtentgleisung endete. Obwohl sie diesen Mann liebte, hat sie sich auch von ihm getrennt.

Nach 16 Jahren alkoholischer Exzesse ließ sie sich entziehen. Im Anschluß an den Entzug lebte sie in einer betreuten

Wohngemeinschaft. Heute bewohnt sie eine eigene Wohnung, lebt von ihrer Rente und verdient sich mit Putzstellen etwas Geld hinzu. Ihre Söhne leben in verschiedenen Großstädten. Die Tochter aus zweiter Ehe blieb zunächst beim Vater und ist heute in einer vertrauten Pflegefamilie untergebracht.

Noras Persönlichkeit beeindruckt auf der einen Seite durch große Souveränität und Reflektiertheit. Manchmal frage ich mich, woher sie ihre Sensibilität und Empathie hat, angesichts des sozialen Umfeldes, in dem sie aufwachsen und existieren mußte. Sie hilft gerne anderen Gruppenmitgliedern, manchmal zu engagiert und ist eine Muttergestalt für manche von ihnen geworden. Auf der anderen Seite stehen ihre enorme Verletzlichkeit und Unfähigkeit, selbst um Hilfe zu bitten und Hilfe anzunehmen. Sie braucht dringend aufrichtige und belastbare menschliche Zuneigung, kann dieses für sie lebensnotwendige Elixier allerdings nicht ohne Umwege annehmen. Besonders gerne kümmert sie sich um unzufriedene, von Männern enttäuschte, aufgebrauchte Frauen, läßt sich von ihnen in extreme feministische Positionen hineinmanövrieren, um dann erstaunt zu erleben, daß sie, von ihren aufwiegelnenden Gefährtinnen indoktriniert, ohne Bedenken wieder an die gemeinsam verurteilten Männer verraten wird. Dieser Vorgang wiederholt sich immer wieder. Nora lernt nur mühsam daraus.

Nora hat sich nachhaltig stabilisiert. Sie hat Augenblicke erlebt, in denen sie plötzlich eine tiefe Geborgenheit mit sich selbst in der Einsamkeit erfahren konnte. Der Mangel an bewahrender Umwelt, die Haßliebe zu einer destruktiven Mutter, die sie in den Alkoholismus trieb, wird von ihr allmählich aufgearbeitet. Einige sehr unerfreuliche Begegnungen mit der realen Mutter, die aus Noras unü-

berwindlicher Sehnsucht nach ihr resultierten, haben sie in deutliche, aber im wesentlichen konstruktive Krisen gestürzt. Ihre Beziehung zur Mutter hat sich allmählich gewandelt. Die frühere mißtrauische, Negatives erwartende Beziehung hat sich vorübergehend zu einer eher warmen Bindung zwischen einer erwachsenen Tochter und einer ihr ein wenig zugewandten Mutter hin verändert. Aus der ersehnten Nähe entstanden aber die zu erwartenden Enttäuschungen und Verletzungen, so daß Nora jetzt beginnt, ihre Sehnsüchte aufzugeben und zu der Mutter eine indifferente Beziehung zu pflegen.

In den stürmischen Zeiten der Vereinsgründung erlebte ich Nora als eine sehr belastbare, witzige, distanzierte Verbündete, die lediglich Schwierigkeiten hat, sich selbst anderen in Krisensituationen zu versagen – in Erinnerung an die eigene Sehnsucht nach Geborgenheit. Vor kurzem sagte sie allerdings, daß die Telefongespräche mit Christian, der sich häufig hilfeschend an sie gewandt hatte, sie völlig entleeren und erschöpfen würden. Ob wir nicht eine Idee hätten, wie wir die Krisenintervention bei Christian weniger anstrengend gestalten könnten. Die Gruppe hat sich geeinigt, daß Christian immer von zwei Mitgliedern zusammen betreut und stabilisiert werden sollte, da einer alleine sich sehr bald in Erschöpfung zurückzieht, um nicht in der ansteigenden Wut »auszuflippen«.

Bei der Verteilung der Funktionen für den Verein, die von den Patienten selbst ohne meine Hilfe und Anwesenheit geleistet wurde, nahm Nora zunächst keinen Posten an. Ich denke, es lag daran, daß sie sich nicht noch mehr übernehmen wollte. Im Laufe der Zeit ging sie darauf ein, das gemeinsame Kochen und die Instandhaltung des Notfallzimmers zu übernehmen. Sie macht es gerne und

hat umwerfend praktische und originelle Einfälle, was die Benutzbarkeit des Zimmers betrifft. Ich denke, daß Nora mehr und mehr in die Rolle der sich selbst und ihre Nächsten versorgenden Mutter hineinwachsen wird. Ich bin die einzige, von der Nora Geborgenheit und Entspannung anzunehmen bereit ist, was häufig schon durch ein kurzes Gespräch über unsere gemeinsame Aufgabe und meine Frage, ob sie nicht überfordert sei, gewährleistet ist. Nach einer Phase anstrengender Kriseninterventionen im Biotop stellte die Gruppe fest, daß Nora von überstrapaziert worden sei, daß sie sie alle bereitwillig in den letzten Monaten versorgt hatte, so daß sie jetzt eine »Müttergenesungskur« machen müsse. Nach längerem hin und her beschloß die Gruppe, Nora in das Thermalbad nach Baden Baden einzuladen, ihr dort das Schwimmen beizubringen und die Angst vorm Wasser zu nehmen. Hinterher wollten sie sie zu einem Essen ausführen. Der Ausflug soll wunderbar gelungen sein. Nora wurde von Leonard und Nicolas durch das Wasser getragen und fühlte sich dabei zum ersten Mal in ihrem Leben angstfrei.

Katja: Heiter mit einer schweren Hypothek

Katja, eine 35jährige Altenpflegerin, trägt einen kurzen Pagenschnitt, eine Brille und sportliche Kleider. Ihr Wesen ist herb, kritisch, unnahbar. Sie neigt zu kühl taktierenden Fragen und Haarspaltereien, vermeidet sentimentale Gefühlsannäherungen, spricht selten von sich, beschäftigt sich allerdings häufig sehr engagiert mit den Problemen anderer Gruppenmitglieder. Sie macht keinen großen Um-

stand aus Problemen, die pragmatisch zu lösen sind, auch wenn deren Gefühlshintergründe für den Betreffenden von großer Relevanz sind. Sie ist aus der Gruppe nicht wegzudenken, zugleich wirkt sie darin wie bei einem unbegrenzt langen Besuch, den sie jederzeit von sich aus unterbrechen könnte. Ich könnte mir durchaus vorstellen, daß sie eines Tages kommentarlos verschwindet und davon ausgeht, daß wir ihr Verschwinden ebenso kommentarlos zur Kenntnis nehmen. Ihre Heiterkeit ist manchmal beunruhigend und bedrückend. Sie entspricht nicht der im Hintergrund der Augen und des allzu ernstesten Blickes verborgenen Katastrophenstimmung. Am besten kommt man mit Katja aus, wenn man auf ihre Blödelei einsteigt, sich mit ihr gegenseitig anheizt, bis man aus der Blödelei nur noch mit Mühe aussteigen kann. Sie ist durchaus imstande, von einer Sekunde zur anderen jede Kumpelschaft abzuschneiden und mit einer schneidenden Kritik die Nähe zu vernichten.

Ihre Vorgeschichte ist wohl die dramatischste und eindeutigste. Sie und ihre Zwillingsschwester wurden einer psychisch schwer gestörten Mutter kurz nach der Geburt weggenommen und in ein Pflegeheim verbracht. So begann das Drama des ständigen Objektwechsels, was bei Katja eine Mischung aus früher Resignation und unterschiedlichen kindlichen Verführungstaktiken zur Folge hatte. So versucht Katja heute noch mit einem vordergründig sonnigen Wesen sich liebenswert zu machen, wobei unter dieser obersten Schicht ihrer Liebenswürdigkeit und Zugewandtheit sich eine tiefe, existenzbedrohliche Resignation verbirgt. Katja besorgt sich durch Humor, Verlässlichkeit und Mutterwitz einen Platz bei jedem gewünschten Objekt. Nebenher läuft wohl das Wissen, daß jedes Objekt verloren gehen wird und muß, daß sie auf dem Höhepunkt der Bindung sich

bereits um ein neues Objekt bemühen muß. Dieser ewige Kampf um Gleichzeitigkeit von Bindung und Loslassenmüssen läßt Katjas Beziehungen wenig haltbar und zufällig erscheinen.

Im Alter von sechs Jahren wurde Katja von ihrer Zwillingsschwester getrennt und kam in eine Pflegefamilie. In dieser Pflegefamilie fühlte sie sich lange Zeit recht gut aufgehoben, da die Gefühle übersichtlich und nicht bedrängend waren. Beide Pflegeeltern verhielten sich korrekt und hinreichend empathisch. Im Alter von 18 Jahren wurde Katja dazu gezwungen, sich mit der psychisch kranken Mutter zu konfrontieren. Zu welchem Zwecke diese Begegnung arrangiert wurde, ist heute nicht nachvollziehbar. Katja besuchte die Mutter im PLK, wo diese dauerhospitalisiert war. Sie war befremdet über das läppische, aufgeputzte und exaltierte Wesen der Mutter, so daß sie sich in einem Gemisch von Mitgefühl und Abscheu in großem Abstand von der Mutter hielt. Einige Zeit nach diesem Besuch der Tochter unternahm die Mutter einen vergeblichen Suizidversuch, der Katja zur Last gelegt wurde – warum auch immer.

Kurze Zeit später heiratete Katja einen sehr gut aussehenden, selbstgerechten und religiös fast sektiererisch engagierten Steuerberater, der sich ihr gegenüber von Anfang an besitzergreifend verhielt. Durch die Ehe wurden ihre Freiheiten in Bezug auf ihre Freundschaften, aber auch auf eine eigene religiöse Einstellung stark eingeschränkt. Der psychotische Ausbruch mag einen genetischen Schrittmacher gehabt haben, stand aber sicher auch mit ihrer Einnengung durch die Ansprüche des Partners in Zusammenhang. Im Rahmen der Psychose wollte Katja sich von ihm trennen, fühlte sich von Menschen und Dingen vollkommen unabhängig. Sie hatte sexuelle sowie religiöse Wahnvor-

stellungen. Über diese psychotischen Erlebnisse mag sich Katja noch nicht mitteilen.

Katja ist schwankend in der Gruppe engagiert. Von ihrer Lebenssituation und Struktur her würde ich sie derzeit als die Gesundeste bezeichnen. Ich bin jedesmal überrascht, wenn sie nach der durch Schichtarbeit erzwungenen Therapiepause wieder erscheint und durch Gesten, Mimik und verbale Interaktionen ihre Zugehörigkeit zur Gruppe demonstriert. Mit weiblichen Mitgliedern der Gruppe bildet sie wechselnde Allianzen, wobei ihre Beziehung zu Nora und Elena derzeit am intensivsten ist. Die Männer der Gruppe lehnt sie ab, möglicherweise weil jene in ihrer emotionalen Intensität für Katja zu verführerische Aspekte haben im Vergleich zu ihrem gutaussehenden, kühlen und wahrscheinlich wenig liebesfähigen Mann. Wie ihre Beziehung zu mir ist, kann ich nicht sicher sagen. Katja spricht mich selten persönlich an. Sie läßt mich quasi als ein Mitglied der Gruppe existieren, nimmt mir sozusagen nicht übel, daß es mich dort auch gibt. Vielleicht stelle ich für sie in der Übertragung eine der Heimpflegerinnen dar, die sie schlecht oder recht körperlich versorgten, aber nicht seelisch angenommen und verstanden haben. Ich versuche mich ihr vorsichtig zu nähern, unter ständiger Zuhilfenahme meiner Gegenübertragungsgefühle als Indikatoren für ihre Nähe-Distanz-Konflikte und gebe ihr gelegentlich diesbezügliche Interpretationen, die hin und wieder ankommen, meistens aber nicht. Sie lehnt mich wie gesagt nicht direkt ab, weiß eher mit mir wenig anzufangen im Gegensatz zu den Gruppenmitgliedern.

Eine massive Krise erlebte sie, als ihr unmittelbarer Vorgesetzter an der Arbeitsstelle psychische Schwierigkeiten hatte, sich zu Nachtzeiten telefonisch an sie wandte, von

ihr Hilfe und Ratschläge erwartete und zugleich forderte, daß Katja in der Arbeit ihm die Führungsposition abnehme. Katja beschloß, daß sie ihre Gesundheit durch ihren Einsatz am Arbeitsplatz nicht aufs Spiel setzen würde und ließ sich, sobald sich die Situation etwas stabilisiert hatte, für vierzehn Tage krankschreiben, da sich Schlafstörungen eingestellt hatten. Sie rückte ihre Arbeitsstelle ein wenig in den Hintergrund, gab einige wohltätige Engagements auf und beschloß, Verhütungsmaßnahmen beiseite zu lassen, um eventuell schwanger zu werden.

Wenn sie sich engagiert, tut sie das sehr gefühlvoll und sehr klug. Sie wirkt souverän und stets etwas distanziert, nicht nur von den Konflikten und Emotionen der anderen, sondern auch von ihren eigenen. Lediglich mit mir hat sie manchmal ein halb ernstes, halb spaßiges Wortgefecht, wobei sie ihre ambivalente Beziehung zu mir recht unverschleiert verbalisieren kann. Auf der einen Seite braucht sie meine Autorität, um sich in der Krankheit sicher zu fühlen, auf der anderen Seite fühlt sie sich so gesund, daß jegliche Intervention von meiner Seite in ihr Trotz evoziert. Sie genießt es, daß sie diese Ambivalenz ausleben darf und daß ich sie trotzdem sehr schätze, wobei sie hin und wieder die Absicht äußert, ihre Therapie aufzugeben, um sich selbst zu beweisen, daß sie nicht mehr krank werden kann. Anlässlich ihrer letzten, derartigen Ankündigung ist uns allerdings klar geworden, wie froh sie war, daß wir sie nicht gehen ließen. Bei ihrer Familienkonstellation und bei dem belastenden Beruf, den Katja ausübt, teile ich ihre Ansicht, daß sie vor einem psychotischen Rückfall gefeit sei, nicht.

Interessanter- und sehr passenderweise hat Katja an der Gründung des Vereins nicht teilgenommen. Obwohl die gesündeste und belastbarste in der Gruppe, traut sie es sich

nicht zu, oder will sie es sich nicht zumuten, so intensiv und so verfügbar für Kriseninterventionen zur Verfügung zu stehen. Ich denke, sie wäre auf der einen Seite sicher die Geeignetste, da sie sich aus der Empathie sehr schnell zurücknehmen kann. Andererseits hat sie im Prinzip recht, vor allem wenn sie davon ausgeht, daß sie die Kriseninterventionshilfe durch die Gruppe selbst nicht brauchen wird. Katjas gesunde Einstellung zu Fremdansprüchen zeigt sich u. a. in dieser Verweigerung. Nicolas schlug ihr zwar vor, sie könnte doch den Verein als sinnvolle Vereinigung von Menschen mit einem gemeinsamen Ziel sehen und unterstützen, so wie man »Greenpeace« unterstützt, aber Katja meinte, daß sie, wenn sie etwas tue, es dann mit Haut und Haaren tue, und Kriseninterventionen mit Haut und Haaren wolle sie nicht machen, schon gar nicht, wenn sie dazu verpflichtet sei. Sie möchte sozusagen ihre Entscheidungsfreiheit behalten, ob sie mitmacht oder nicht.

Luise: Stets auf gepackten Koffern

Luise, 35jährig, trägt eine konventionelle Dauerwellenfrisur, hat ein etwas unstrukturiertes Gesicht, in dem eine große Brille ihre hübschen Augen maskiert. Ihre Kleider könnten einem Restpostenkatalog entstammen. Selten mischt sich Luise ins Gruppengeschehen ein, meist erst nach mehrfacher nachdrücklicher Befragung, behutsam durch Leonard, gereizt und entnervt durch Katja. Als Antwort äußert sie meist paranoide Gedanken, z. B., daß man schon wieder Sachen über sie gesagt habe, auch hier in der Gruppe und vor allem draußen. Sie müsse sich ständig verteidigen. Unsere Versuche, diese paranoiden Gedanken zu konkretisieren, scheitern an ihrem augenblicklichen unwilligen

Rückzug. Dennoch kommt sie verlässlich und konsequent. Die Gruppe hängt an ihr, bemüht sich, sie mitzureißen, zu gemeinsamen Aktivitäten mehr oder minder nachdrücklich zu bewegen. Sie ziert sich, weigert sich, je nach Stimmung und Sonnenstand. Die wenigen Male, da sie außerhalb der Praxis Aktivitäten mitmachte, verhielt sie sich, im Gegensatz zu Elvira, ebenso zurückhaltend und scheu wie im therapeutischen Rahmen.

Aus ihrer Vorgeschichte wissen wir, daß ihre Mutter starb, als sie drei Jahre alt war. Zuvor muß eine tiefe symbiotische Bindung zwischen ihr und der Mutter bestanden haben. Danach wurden die Kinder, Luise und ihr zwei Jahre älterer Bruder, bis zur Neuheirat des Vaters in ein Kinderheim verbracht. Eine an sich liebevolle und einfühlsame Stiefmutter hatte bei Luise keine Chance, weil sie sich mit einer unaufhaltsam ödipalen Liebe auf den Vater gestürzt hatte. Sie blieb zu Hause, um in der Nähe des Vaters zu leben und die Beziehung zwischen der Stiefmutter und ihm kontrollieren zu können. Sie verdiente ihr Geld in einer Fabrik. Im Alter von 21 Jahren erkrankte sie an einer Lungentuberkulose, wurde zur Kur verschickt, wo sie den einzigen Liebespartner ihres Lebens kennenlernte. Jener war verheiratet und begann die übliche Kur-Romanze mit ihr. Luise wurde schwanger und kehrte ins Elternhaus zurück, gab das Kind in Obhut der Stiefmutter und ging selbst weiter in die Fabrik zur Arbeit. Im Zusammenhang mit der Fehlverarbeitung dieser Liebschaft und ihrer mißglückten Mutterschaft soll Luise erstmals psychotisch geworden sein und einen Liebeswahn entwickelt haben, der lange anhielt und eine ausgedehnte Hospitalisierung nach sich zog.

Nach diesem ersten psychotischen Zusammenbruch ist Luise nie mehr »in die Reihe gekommen«. Sie hat noch eine

Zeitlang episodisch in der Fabrik weitergearbeitet. Mit der Erziehung ihres Kindes fühlte sie sich gänzlich überfordert, so daß sie es in die Pflege der Stiefmutter, später die des Bruders und seiner Frau gab. Zwischen Luise und ihrem Kind besteht eine sich immer weiter distanzierende Beziehung, wobei Luise voll gekränkter Erwartung hin und wieder anruft oder einen Brief schickt, aber alle Aktivität zur Festigung der Beziehung von der Tochter einfordert. Inzwischen ist Luise mit der Legende behaftet, an einer chronischen Psychose zu leiden. Ich habe sie in den vier Jahren, die ich sie in unterschiedlichen Formen betreue bzw. behandle, niemals eindeutig psychotisch erlebt, aber sehr verschroben, eigenbrötlerisch, kontaktarm und äußerst schwierig im Umgang. Ihre beidseitige mittel- bis hochgradige Innenohrschwerhörigkeit tut das Übrige dazu, daß Luise sich bei den geringsten Belastungen entweder in ein einfaches Nichtverstehen flüchtet oder aber paranoide Beschuldigungen zwischen sich und den Kontaktsuchenden setzt.

Sie lebt inzwischen seit vier Jahren in einer beschützenden Wohngemeinschaft der Arbeiterwohlfahrt in unserer Stadt, versieht wöchentlich einige Stunden eine Putzstelle recht zuverlässig. Seit Beginn der Gruppentherapie konnte sie trotz Medikamentenreduktion stationäre Behandlungen vermeiden. Vor Beginn der Gruppentherapie lebte Luise auf gepackten Koffern, d. h. sie hatte stets eine Notausrüstung für eine ständig drohende stationäre Aufnahme, die jeweils auf ihren eigenen Wunsch hin geschah. Es bedurfte dazu keinerlei symptomatischer Verschlechterung oder einer sozialen Dekompensation. Wenn Luise sich überlastet fühlte, aus welchem Grunde auch immer, nahm sie ihren Koffer und ließ sich ins PLK einweisen. Mit der

Zeit gewöhnte sie sich an, den Sozialarbeitern Bescheid zu geben und sich in ein öffentliches Verkehrsmittel zu setzen, um im von ihr bevorzugten PLK aufzutauchen. Auf der Station war sie nicht anders, als in der Wohngemeinschaft, d.h. mißtrauisch, schweigsam, distanziert, unkooperativ und seltsam. Wahrscheinlich hat der Ortswechsel für Luise einen hohen symbolischen Wert, der im Zusammenhang mit ihrem Heimaufenthalt und dem Kuraufenthalt zu verstehen ist: Zwei Lebensetappen, in denen sich für Luise entscheidende emotionale Einschnitte ereigneten.

Psychodynamisch relevant dürfte für Luise sein, daß sie selbst den Zeitpunkt bestimmt, an dem sie sich für psychiatriereif hält und den Ortswechsel vornehmen will. Seit Beginn der Gruppentherapie erlebte sie eine gewisse Kontinuität, sowohl ihren Aufenthalt als auch ihren Arbeitsplatz betreffend. Nach wie vor wirkte sie etwas stumpf und unbetieilt, wobei ich mir vorstellen kann, daß sie hinter dieser kargen Fassade ein sehr reiches, intensives Innenleben hat, das durch die Gruppenereignisse neue Nahrung bekam, das sie aber nicht mit uns zu teilen bereit war.

Der Anlaß für Luisens vorübergehenden Rückzug aus der Gruppe läßt sich nicht ohne weiteres rekonstruieren. Erinnerlich ist mir nur, daß die letzte Stunde, in der sie anwesend war, unter starken emotionalen Auseinandersetzungen vor sich ging. Es ging um die Bedingungen der Teilnahme von Elvira an der Gruppe, wobei bei diesem Gespräch auf Wunsch der Gruppe ihre wichtigste Bezugsperson, nämlich die ältere Schwester anwesend war. Ich gab zum dritten Mal dem Wunsch der Gruppe nach, Elvira trotz destruktiven Agierens in der Gruppe zu belassen, wobei sie offiziell bereits einen anderen Arzt hatte.

Elvira setzte ihren Verbleib in der Gruppe durch, an ihrer

Stelle ist Luise gegangen, möglicherweise, weil eines der Gruppenmitglieder meinte, Luise würde ja auch nie etwas sagen, es sei da kein Unterschied zu Elvira zu erkennen. Meine wiederholten Anrufe bei Luise und Besuche der Gruppe wurden von ihr ohne größere emotionale Reaktionen zur Kenntnis genommen. Eine Zeitlang bestellte sie sich telefonisch Rezepte, womit sie eine gewisse Restzugehörigkeit demonstrierte. Den Berichten anderer entnahm ich, daß sie im Wesentlichen in ihrem Zimmer zurückgezogen lebte, den ganzen Tag vor dem Fernseher saß oder lag, Familienserien anschaute und eine Unmenge Zigaretten rauchte. Sie soll dabei in einer recht starren und unberührbaren Weise zufrieden gewirkt haben. Ich war im Zweifel, ob sie aus der Gruppe etwas mitgenommen hatte, außer der Erfahrung von Geduld und Toleranz, was bei ihrer Vorgeschichte ein bedeutsamer Gewinn sein dürfte, und hegte die Hoffnung, daß sie eine Form des inneren Rückzuges und damit des Reizschutzes erworben hatte, die für sie die höchstmögliche Entspannung brachte. Vielleicht würde sie auch eines Tages wieder in der Gruppe auftauchen, zu ihrem Fehlen nichts sagen, selbstverständlich ihren Platz wieder einnehmen, Zigaretten und Feuerzeug herausholen, wie ein Indianergott unentwegt vor sich hinrauchen und bei jeder direkt an sie gerichteten Rede verärgert zusammenschrecken.

Sie ist in der Tat wieder aufgetaucht, attraktiver denn je, und plant ihren Auszug aus der Wohngemeinschaft in eine eigene Wohnung. Die Beziehung zu ihrer Tochter hat sie inzwischen intensiviert, will mit ihr ein Zusammenleben wagen. Vielleicht war es für sie wichtig, von uns gehen und uns unverändert geduldig wieder finden zu können.

Nicolas: Großes Herz und große Gesten

Nicolas kam, nachdem ihn wiederholte manische Dekompensationen einer schizoaffektiven Psychose mehrmals in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus geführt hatten. Er haßt allen Zwang, er haßt Medikamente, er haßt Psychiater, er haßt Unfreiheit, liebt rasantes Autofahren, Abenteuer, Frauen, große Gesten, große Titel, große Sprüche und Tage, die erst nachmittags um vier beginnen. Er hat ein junges, gewinnendes Lächeln, eine Stirnglatze und eine schicke Brille. Insgesamt wirkt er männlich kompetent, selbst wenn er in kurzen Shorts und Jesuslatschen ankommt. Als ich die ersten Daten von ihm erfuhr und meinen ersten Eindruck von ihm zusammenfaßte, hielt ich eine Psychotherapie bei ihm für hoffnungslos. Sein aufdringlich sonniges Gemüt, seine Anspruchshaltung, stets »Mamas süßer kleiner Schatz« oder »Sonnenschein« zu sein, haben mich damals genervt. In den einführenden Einzelgesprächen habe ich ihn, zugegebenermaßen etwas gereizt gefragt, was er eigentlich in Beziehungen seinerseits einbringe, außer seinem sonnigen, unbedarften Gemüt. Er stand mir damals recht souverän Rede und Antwort unter dem Motto, ob das denn heute nicht auch etwas sei, was wir alle entbehrten. In einer späteren Besprechung gab er allerdings zu, daß die Frage nach seinem Beitrag ihn recht nachdenklich gestimmt hätte und für seine inzwischen sehr tragfähige Motivation für die Gruppenarbeit ausschlaggebend gewesen sei.

Seine familiäre Vorgeschichte ähnelt der fast aller frühgestörten Patienten, die in der Psychose maniforme Zustände entwickeln.

Er hatte und hat eine Mutter, die ihn als jüngsten Sohn uneingeschränkt liebte und kritiklos gewähren ließ. Seine

Mutter hat sich offensichtlich mit Lust der Familie geopfert und pflegte bis zu ihrem Tod, trotz schwerer diabetischer Erkrankung, lächelnd zu dienen. Nicolas ist an dieser mütterlichen Unbeugsamkeit resigniert und ließ sie in dem gemeinsamen Haushalt gewähren, so daß Nicolas sich nicht selbst versorgen mußte, obwohl er es ohne weiteres gekonnt hätte. Nicht zuletzt aus diesem Grunde ist niemals eine längere tragfähige Partnerschaft entstanden, trotz seiner sexuellen und sozialen Attraktivität. Sein Vater war ein in der Stadt angesehener selbstständiger Handwerker, der sich als Oberhaupt der Familie den nötigen Respekt u. a. dadurch erkämpfte, daß er die Leistungen seiner beiden Söhne, vor allem die von Nicolas, d.h. Mutters Liebling, niemals anzuerkennen bereit war. Jeder Handgriff, den Nicolas dem Vater zu Gefallen tat, wurde von diesem entwertend abgetan oder ungeduldig unterbrochen. Als der Vater unverhofft, ausgerechnet im Beisein des damals 25jährigen, einen Herzinfarkt erlitt, war Nicolas auf den Plan gerufen. Er hat nach seinen eigenen Angaben ca. eineinhalb Stunden lang Reanimationsversuche unternommen und dabei nicht wahrgenommen, daß sein Vater längst tot war. Im Anschluß an diese unerträgliche Niederlage ist er erstmals manisch geworden mit etwas paranoiden Beimengungen. Wenn er gelegentlich in der Gruppe überschwengliche, überdimensionale Rettungsaktionen für Gruppenmitglieder inszeniert, fühle ich mich an den tragischen Zusammenbruch seiner Größenphantasien in Bezug auf die Rettung des Vaters erinnert und versuche, seinen Aktivitäten realistische Dimensionen zu verleihen.

Er ist für alle da, je schwächer und hilfsbedürftiger, um so mehr haben sie einen festen Platz in seinem Herzen. Er sagt: »Ihr könnt mich jederzeit, auch mitten in der Nacht

anrufen«. Irgendwie fällt es mir schwer, nicht hinzuzufügen, daß Nicolas meist nicht erreichbar, weil außer Haus ist oder gerade schläft. Die seltenen Male, daß der Hilfesuchende ihn erreicht, ist Nicolas allerdings sofort hellwach, überstürzt hilfsbereit, überschüttet den Hilfesuchenden mit einer solchen Fülle an Hilfsmaßnahmen, daß daraus ein neuer Konflikt entstehen kann.

Nicolas war, wie schon gesagt, erstmals im Anschluß an den Herzinfarkt Tod seines Vater manisch geworden und mußte hospitalisiert werden. Zwei weitere Klinikaufenthalte haben ihn derartig gekränkt und verunsichert, daß er alles daran setzt, Wiederholungen dieser Art zu vermeiden. So entstand anfangs seine Therapiemotivation ausschließlich aus der Angst, in der Psychiatrie überwältigt, gefesselt und zwangsmediziert zu werden. In dieser Therapie und mit dem Aufbau der Gruppe ist Nicolas persönlich sehr nachgereift, hat es allerdings nicht geschafft, diese persönliche Nachreife in berufliche Erfolge umzusetzen. Die Scheinfirma, dessen Filialleiter er war, hat sich verkleinert, so daß Nicolas aus diesen schlecht durchschaubaren, am Rande der Legalität befindlichen Aktivitäten ungeschoren davongekommen ist. Von diesem Zeitpunkt an hat er sich in theoretische Erörterungen verwickelt, was er beruflich alles tun könnte. Sein Tagesrythmus hat sich weiterhin verschoben und desorganisiert. Phasenweise ist er nachts wach und schläft tagsüber. Er empfindet es offensichtlich zu wenig als Problem, als daß er ernsthaft etwas daran ändern wollte. Psychotisch ist er nicht mehr geworden, obwohl er noch gewisse, für ihn registrierbare Stimmungsschwankungen hat, die er allerdings selbst sehr gut unter Kontrolle hält. Sobald er eine gewisse Ideenflüchtigkeit und Neigung zu größenphantastischen Verzerrungen an sich wahrnimmt,

greift er zu seiner bewährten Nachtmedikation und schläft zwölf Stunden, so daß er auf diese Weise eine manische Eskalation abfangen kann. Insgesamt gesehen ist er mit seinem Leben nicht sonderlich unzufrieden, wobei die Belastung, daß er keine rechte Lebensaufgabe hat, unterschwellig mit zu den Stimmungsschwankungen zum Manischen hin beiträgt.

Die Arbeit an einem Lebenskonzept und seine zukünftigen Bestrebungen wurde durch die massive Erkrankung und Bettlägerigkeit seiner Mutter unterbrochen. Er lebte mit ihr in einem kleinen Häuschen, wurde bislang von ihr versorgt, wozu sie jetzt nicht mehr imstande war. Nicolas machte einen bescheidenen Altenpflegekurs mit und übernahm teilweise die Pflege seiner Mutter, was für ihn eine enorme Belastung darstellte. Auf der einen Seite war er gezwungen, seinen Tagesablauf nach den Bedürfnissen der Mutter zu strukturieren. Auf der anderen Seite konnte er insgesamt ein halbes Jahr lang nie länger als zwei Stunden das Haus verlassen.

Seine diversen Frauenbekanntschaften zogen sich von ihm zurück, da er nicht verfügbar war. Mehr noch als unter dem Zwang, ein regelmäßiges Leben zu führen, litt Nicolas an seiner Hilflosigkeit, die Leiden seiner Mutter nicht beenden zu können. Ich erlebte ihn extrem rückfallgefährdet – von der Problematik, nicht von seinem Zustand her gesehen. Wie bereits berichtet, war er erstmals psychotisch geworden, als er nach einer sehr langen Reanimation den Herzinfarkt seines Vaters nicht verhindern konnte. Sicher war die Problematik damals sehr viel brisanter, da er aufgrund ödipaler Kämpfe und entwertenden Niederlagen dem Vater gegenüber lange Jahre unbewußte Todeswünsche gehegt hatte. Insofern war sein Tod unter anderem auch

eine magische Einlösung dieser Todeswünsche, die er mit aller Gewalt verhindern mußte. Zu seiner Mutter bestand eine liebevolle, ausgeglichene Beziehung, insbesondere in den letzten Jahren. Es kam zu einer fast partnerschaftlichen Beziehung zwischen zwei erwachsenen Menschen.

Am Ende der Krankheit hat die Mutter tagelang gestöhnt und darum gebetet, daß ihre Leiden bald beendet würden. Nicolas blieb am Bett seiner Mutter und litt abermals, da er diese Leiden weder lindern noch beenden konnte. Um Weihnachten herum entnahm ich seiner Schilderung, daß seine Mutter vermutlich in nächster Zeit sterben würde. In der letzten Gruppenstunde vor den Weihnachtsferien erbot sich Christian, der bei uns noch als Notfallpatient wohnte, ohne noch ein Notfall zu sein, Nicolas nach Hause begleiten und ihn dort wohnend zu unterstützen, um ihn in der Sterbesituation der Mutter, praktisch und emotional beizustehen. Seine Absicht war redlich, hinzu kam, daß er an der Gruppe eine Menge wiedergutzumachen hatte und sich nach der Freundschaft von Nicolas sehnte, die durch sein früheres Verhalten ebenfalls lädiert war. Die ersten Tage muß Christians Anwesenheit einigermaßen hilfreich gewesen sein, obwohl er Nicolas in die Pflege viel hineinredete und den halbausgebildeten Altenpfleger in expansiver Weise herauskehrte. Kurze Zeit später begann er mit der sterbenden Mutter um Nicolas Gunst zu konkurrieren, was zu Spannungen und fluchtartiger Rückkehr Christians in die Praxis führte.

Die Mutter starb während der Feiertage, Nicolas war mit ihr alleine. Er warf sich vor, mit der Mutter in den letzten Tagen häufig ungeduldig gewesen zu sein, was ihn depressiv und weinerlich machte. Nach einer kurzen Verstimmung war er allerdings wieder stabil, konnte den Tod der Mutter

bejahen und mit der Trauerarbeit beginnen. Unser Ansinnen war, daß er jetzt den Posten des ersten Vorsitzenden übernehmen sollte, da er nun viele freie Kapazitäten hatte. Nach einigem Überlegen hat er abgelehnt, da er sich selbst als zu wenig zuverlässig empfindet.

Hanna: Zwischen Liebe und Zweifeln

Ein neues Mitglied, Hanna, hat unsere Gruppe außerordentlich bereichert. Die Vorphase, in der wir uns einige Male zum Einzelgespräch getroffen haben, ließ mich zweifeln, ob Hanna mit unserer sehr handfesten und gefühlsintensiven Arbeitsweise zurechtkommen würde. Sie hatte eine denkwürdige psychiatrische Vorgeschichte mit insgesamt fünf Hospitalisierungen, wobei sie meist hohe Medikamentendosen bekam und in der geschlossenen Abteilung viel zu lange aufbewahrt wurde. Sie kam zu mir, um eine Psychotherapie zu machen, war schon lange auf der Suche, wobei sie bislang keine psychoanalytische sondern mehr körpertherapeutische oder meditative Therapieformen erprobt hatte. Bemerkenswert war, daß sie jedesmal, wenn sie in eine Therapie einstieg, sozusagen augenblicklich psychotisch wurde.

Heute, nach über einem Jahr Aufenthalt in der Gruppe, verstehen wir etwas besser, wonach sie offenbar die vergangenen Jahre die therapeutische Landschaft sehnsüchtig und unfähig, Verschmelzungen zu vermeiden, abgesucht hatte. Damals jedoch äußerte ich ihr gegenüber meine Zweifel und empfahl ihr zunächst eine weitere Suche, weil ich sie verschroben und anspruchsvoll erlebte; ein erster Eindruck, den ich bald im Sinne des Versuches, die optimale

Objektdistanz zu wahren, interpretieren mußte. Nach drei Vorgesprächen haben wir uns freundlich verabschiedet, nicht zuletzt auch, weil ich mir Hanna in dieser Gruppe, in die sie altersmäßig und von der Diagnose her gut hineingepaßt hätte, nicht vorstellen konnte. Ein halbes Jahr später kam sie wieder und meinte, sie möchte die Gruppentherapie nun doch versuchen.

Hanna hat sich unverzüglich mit der Gruppe eingelassen und ist nicht sofort wieder psychotisch geworden. Sie wirkt über lange Strecken der Therapie, trotz intensiven emotionalen Einlassens stabil, hat hervorragende Kriseninterventionspraktiken für sich selbst entwickelt und wendet sich im Notfall entweder an mich, an Nora oder Nicolas. Sie ist mit ihrer Wärme, Originalität und Klugheit eine der zentralen Figuren in der Gruppe geworden. Ihre Frage, ob sie jemals liebesfähig werden könne, irritiert mich manchmal, da sie von allen Gruppenmitgliedern am meisten geben und auch in einer ungezierten, natürlichen Weise das für sie Notwendige besorgen kann. Sie wurde eines der Gründungsmitglieder des Patientenvereins und bietet Entspannungsübungen für eine ausgewählte, sehr kleine Gruppe von Patientinnen an.

Meine Beziehung zu Hanna ist nach den anfänglichen Widerständen sehr warm, ein wenig mütterlich, wobei -psychodynamisch gesehen - Hanna offenbar die symbiotische Mutter, nach der sie immer suchte, endlich gefunden hat. Mit Hilfe der Gruppe kann sie die Problematik der optimalen Objektdistanz offenbar hinreichend verlässlich regeln. Ich hoffe sehr, daß sie in dieser Entwicklung weitere Fortschritte macht.

Hanna ist das jüngere Kind einer kalten, in sie eindringenden, sie verwendenden Mutter, die das Kind wohl

niemals gespiegelt hatte, so daß es im wesentlichen nur zu der Innenausstattung des mütterlichen Selbst, am ehesten im Küchenbereich diente. Der schwache Vater war wohl weniger zurückweisend, bestrafend und entwertend. Sein Einfluß reichte allerdings bei weitem nicht aus, um in Hanna ein positives Introjekt aufzubauen und ein Gegengewicht gegen die mütterliche Ablehnung, die sich phasenweise wohl bis zum Haß gesteigert haben muß, zu bilden. Die Angst, niemals liebesfähig zu werden, mag wohl aus dieser frühen Entwicklungsphase herkommen. Hanna gibt sich unbewußt heute noch die Schuld daran, daß sie von der Mutter nicht geliebt wurde, zumal die Beziehung der Mutter zum Bruder ihr eine grundsätzliche Liebesfähigkeit demonstrierte.

Hanna studierte nach hervorragendem Abitur Biologie. Zum Anfang des Studiums verliebte sie sich erstmals, erlebte eine kurze leidenschaftliche Affäre und wurde dann von dem Freund wegen einer anderen Frau verlassen. An dieser Stelle wurde die kaum ausgebildete Vertrauensfähigkeit von Hanna wiederholt und entscheidend traumatisiert. Auf ihrer Suche nach symbiotischer Verschmelzung und daraus resultierenden Objektgier geriet sie in eine für sie bedrohliche Abhängigkeit, in der sie extrem verletzlich war und konsequenterweise auch verletzt wurde. Dies war Hannas einziger Versuch, sich mit ihrer Weiblichkeit anzufreunden und daraus eine gewisse Quelle der Lebensfreude zu machen. Im Rahmen der Trennung wurde sie erstmals psychotisch und bekam sofort die Etikette einer Schizophrenie.

Sie hat sich von den Männern endgültig abgewandt, hat aber auch nie eine Liebesbeziehung zu einer Frau gehabt. Sie pflegte gute Freundschaften mit Frauen, wobei ihr auch hier die Regelung des optimalen Abstandes zum Objekt nicht

immer gelang. Ganz gleich wer bislang Hanna gegenüber mütterliche Funktionen annahm, beschwor die Gefahr herauf, einen symbiotischen Sog auszuüben, den sie gleichsam automatisch mit einem psychotischen Zusammenbruch im Sinne einer augenblicklichen Verschmelzung beantwortete. Heute lebt Hanna mit einem langjährigen Freund in einer Art Wohngemeinschaft zusammen. Eine sexuelle Beziehung besteht nicht. Der Freund ist seinerseits etwas verschroben, eigenbrötlerisch, sozusagen ein nicht kranker Spinner, der es beruflich nie zu etwas gebracht hat. Aufgrund seines recht ungewöhnlichen Wesens ist ihm der psychotische Aspekt in Hannas Persönlichkeit nicht fremd. Er kann damit recht gut umgehen.

Bedauerlicherweise wurde Hanna beim zweiten Psychiatrieaufenthalt geraten, ihr Studium abzubrechen und landwirtschaftlich-technische Assistentin zu werden. In diesem Beruf arbeitet sie seit Jahren zuverlässig, im Sommer mit viel Freude, im Winter mit einer gewissen Langeweile und Überdruß. Sie liest viel, und hält eine Vielzahl von lockeren Freundschaften zu Frauen aufrecht. Sie hat im Alter von 42 Jahren immer noch nicht gelernt, sich sozusagen der Mutter zum Trotz etwas liebevoller zurechtzumachen. Sie trägt ihre graublonden Haare in einem einzigen Zopf geflochten. Ihre Gesichtshaut ist gereizt und spröde, wird von ihr wohl ohne viel Liebe und Sorgfalt mit Kernseife und Wasser geschrubbt – eine Art der Zuwendung, die ich mir dem Kind Hanna gegenüber durch die Mutter vorstelle. Ihre Kleidung ist in ihrer Unauffälligkeit kaum zu beschreiben.

Anfangs wirkte ihre Umgänglichkeit und ihr Verständnis gelegentlich ein bißchen kritiklos. In Identifikation mit dem Gruppenstil hat sie heute gelernt, gelegentlich wortstark und aggressiv ihre Meinung zu äußern, ohne anschließend

an Schuldgefühlen zusammenzubrechen. Sie hat sich allen weiblichen Mitgliedern der Gruppe stark zugewandt, sich zu ihrer Anwältin gemacht, wozu sie ihre herausragende Intelligenz befähigt. Damit gerät sie hin und wieder mit mir in Differenzen, die sie aber offenbar nicht ängstigen. Obwohl und gerade weil wir uns mögen, kann sie mich mit guten Gefühlen attackieren und in Frage stellen. Ich würde sagen, daß Hanna derzeit mit der Bearbeitung der Objektverwendung beschäftigt ist.

Als sie ihre Weihnachtsferien wieder einmal in einer –für sie eine symbiotische Verführung darstellenden – meditativen Gruppe verbracht hatte, entwickelte sie psychotische Wahrnehmungsstörungen und Überbedeutsamerlebnisse. Sie fuhr sofort nach Hause, suchte die Praxis auf und deponierte die ihr wichtigen Dinge im Notfallzimmer. In der darauffolgenden Gruppenstunde war sie sehr aufgeweicht und unsicher, verlangte Medikamente, wollte allerdings die Nacht nicht im Notfallzimmer verbringen. Am nächsten Morgen verfiel sie in einen kataton anmutenden Stupor, war kaum kommunikationsfähig, wurde allerdings von Nora den ganzen Tag zu Hause bei sich betreut. Häufige telefonische Kontakte mit mir ergaben eine gewisse Stabilisierung, vor allem für Nora, die mit dieser Aufgabe offensichtlich überfordert war. Freitag war noch einmal ein relativ verzweifelter Tag, an dem die Vereinsmitglieder Transporte organisierten und Hanna zu Hause besuchten. Am Samstag ging es Hanna schon besser, am Sonntag war sie zum Normalzustand zurückgekehrt und am Montag sagte sie mit einer tiefen Befriedigung, daß es ihr erstmals gelungen sei, eine Psychose »draußen« zu überstehen. Sie erzählte, daß sie uns alle gehaßt, uns nicht getraut und Angst hatte, die Welt sei untergegangen und sie sei alleine übrig geblieben.

Während der ganzen Zeit habe sie allerdings innerlich den Kontakt zu Nora behalten, was ihr wohl möglich machte, sich nicht endgültig an ihre psychotischen Selbststrettmeehanismen zu verlieren.

Hanna hat durch die gelungene Notfallbetreuung einen erstaunlichen Kraftzuwachs erfahren. In die nächste Gruppenstunde hat sie ihren Teddybären mitgebracht und als Dank an Nora weitergegeben, die in den letzten Monaten von den Gruppenmitgliedern ständig in Anspruch genommen worden war.

Psychodynamische Erkenntnisse aus der Gruppenarbeit

Fasse ich nun die tiefste Schicht psychodynamischer Erkenntnisse aus unserer viereinhalbjährigen Gruppenarbeit zusammen, so ergeben sich auffällige Übereinstimmungen, sowohl in der Krankheitsentstehung als auch bei deren jeweiligen aktuellen Auslösern. Die Reifungsprozesse, die durch die Therapie und das Biotop in Gang gebracht und unterstützt worden sind, haben sich bereits in den Einzelporträts abgezeichnet. Ihr Einfluß auf den Krankheitsverlauf und den Alltag des Betroffenen habe ich dort dargestellt. Ich möchte nun eine vorsichtige Bewertung folgen lassen.

Alle Gruppenmitglieder, außer Leonard und Nicolas, erlebten bereits in den ersten Lebensmonaten einen mehr oder minder bedeutsamen Mangel an Verfügbarkeit und Präsenz der Mutter, also eine »Privation« nach WINNICOTT'S Theorie. Die defizitäre Mutter-Kind-Beziehung hatte ihrerseits eine unterschiedliche Ausgestaltung, je nach dispositionellen Besonderheiten und Lebensumständen der daran Beteiligten. Die später schizophrene Erkrankten haben in überwiegender Mehrzahl Mütter gehabt, die ihnen wohl ab frühester Säuglingszeit massive Ohnmachtsgefühle und Verfolgungsängste vermittelt haben, während ein schwacher oder gar abwesender Vater gegen dieses frühe Trauma nichts zu unternehmen vermochte. Bei den später schizo-affektiv Erkrankten existierte fast immer eine symbiotisch umklammernde, narzistisch extrem aufwertende Mutter und ein aggressiv dominierender und rivalisierender

Vater, der die Mutter sehr früh in ihrer primären Mütterlichkeit zu irritieren verstand, sei es aus Eifersucht, sei es aus Angst vor Machtverlust. Das könnte im wesentlichen zu zwei Fixierungen geführt haben und damit auch zu zwei verschiedenen psychotischen Erkrankungen: Auf eine frühere in der paranoid-schizoiden Position und eine spätere, d. h. reifere, im Übergang zur depressiven Position, die aber bei keinem der Patienten wirklich erreicht und bearbeitet worden ist.

Die früheste Störung der Mutter-Kind-Interaktion dürfte wohl bei Elvira vorgelegen haben. Ihre Übertragungsgefühle weisen auf Vernichtungsängste durch ein übermächtiges Mutterobjekt hin. Sie hat zwar die Gruppenmitglieder als Solidargemeinschaft angenommen, ließ aber kein echtes Arbeitsbündnis aufkommen. Sie befand sich während der gesamten Therapiezeit in einer verdeckten Übertragungspsychose zu mir, wobei sie von der Erfahrung profitierte, daß ich ohne ihr Zutun nichts bewirken konnte, daß ich ihr gegenüber genau so ohnmächtig war, wie sie sich mit der Mutter und anfangs in der Therapie mit mir gefühlt hatte. Die Gruppenmitglieder ermöglichten ihr, relativ angstfrei zu operieren, so daß sie ihre psychotische Potenz in einer Übertragungspsychose auslebte und im Alltag auf einem reduzierten Niveau einigermaßen realitätsgerecht funktionieren konnte.

Hanna muß wohl, wenn auch für eine sehr kurze Zeit, eine Objektbeziehung primitivster Art erlebt haben, worin sie durch sehr wechselnde mütterliche Zuwendungen bedroht und irritiert war. Die sie verwendende, ausbeutende Mutter ermöglichte keine affektive Abstimmung. Sie war zeitweise für Hanna präsent, ließ sie aber immer wieder fallen. Der Umgang der beiden miteinander in der Gegenwart

weist dieselben Muster auf. Hanna stand bis vor kurzem »bei Fuß«, der Mutter zu dienen. Die Mutter bedient sich ihrer, fordert existenzbehahende Liebesbeweise, auf die Hanna sich nicht versteht, nicht verstehen kann, da die Primärbeziehung genau dieses immer hat vermissen lassen. Dadurch fühlt sie sich unwert und liebesunfähig, was sie dann in ihrem Wahnsystem immer wieder verarbeitet. Während sie sich damit aufreißt und foltert, ist die Mutter längst schon mit anderen Dingen beschäftigt. Hanna war zu sehr durch Vernichtungsängste bedroht, als daß sie hätte eine Wut entwickeln können, die ihr die Fähigkeit zur Herstellung der Objektdistanz vermittelt hätte. Sie nahm aus dieser Beziehung eine Symbiosesehnsucht und Verschmelzungsangst mit, die vor allem zu einer Unfähigkeit der Einrichtung der optimalen Objektdistanz geführt hatte. Taucht ein als Mutterersatz besetzbares Objekt auf, so stürzt sie sich symbiosewütig darauf, um in der Verschmelzung das Objekt gleichsam von innen kontrollieren zu können. In der Gruppe gelang es ihr mit Hilfe der Gruppenmitglieder, die ihr die Aufteilung ihrer Nähebedürfnisse ermöglichten, den symbiotischen Sog zu mir hin zu kontrollieren. Ihre Beziehung zu uns ist relativ ungefährlich und wächst langsam, von Belastungstest zu Belastungstest.

In der flüchtigen psychotischen Dekompensation im Januar des Jahres hatte sie uns allen gemeinsam mißtraut, uns ausgesperrt, zu den Toten des Weltunterganges hinzugerechnet, die sie alle verlassen haben, ohne sie zuvor gewarnt zu haben. In dieser Wahnvorstellung inszenierte sie sicher für einen Tag die Katastrophenstimmung ihrer Kindheit: Mutter geht, läßt mich sterben, ohne mich zuvor zu warnen oder darauf vorzubereiten. Damals überlebte die Mutter, während Hanna wohl seelisch starb. Nun überlebt

sie und wir sterben – die Schuldfrage wird diesmal konträr beantwortet. In dem ursprünglichen Lebenskonflikt gibt Hanna sich selbst die Schuld, nicht liebenswert zu sein, indem sie sich selbst als liebesunfähig verurteilt.

Katja hatte von Geburt an eine psychisch kranke Mutter, die für sie niemals zur Verfügung stand. Angesichts einer wahrscheinlichen genetischen Belastung in Bezug auf psychotische Erkrankungen ist ihre bisherige Entwicklung außerordentlich positiv. Von der Säuglingszeit an in Kinderheimen untergebracht, hat sie niemals Objekt Konstanz und bewahrende Umwelt erfahren, bis auf die Gemeinschaft mit der Zwillingschwester, die wohl das einzige stabilisierende Element ihrer Kindheit gewesen sein mag. Möglicherweise kam es zu einer gegenseitigen Spiegelung und Bemutterung, was eine Akzelleration der Entwicklung und relativ rigide Abwehrformationen schizoider Art nach sich zog. Katja ist für mich wie ein Grashalm, der durch Asphalt gewachsen ist. Sie hat eine sehr sensible Wahrnehmung für gefährdende und entgrenzende Situationen. Sie legt sich psychodynamisch berechtigte Einschränkungen auf, um stabil bleiben zu können. Man könnte sagen, sie lebt das ganze Jahr über in einem Wintergarten bei Temperaturen von zehn bis zwölf Grad. Ihr kühler Humor zieht die wenigen Menschen an, denen sie Begegnungen gestattet. Ihre Arbeitsstelle und ihre Partnerschaft bringen sie häufig an die Grenze der Verlässlichkeit ihrer Abwehrmechanismen. In diesen Beziehungen hat sie nur sehr begrenzte Möglichkeiten, die psychodynamisch relevanten Belastungen von sich aus zu kontrollieren. Während sie sich aus ihrer Arbeitsstelle allmählich entflechtet und ihren bisherigen hemmungslosen Einsatz in Frage stellt, ist sie dem Anspruch ihres Partners relativ ungeschützt ausgeliefert. In der Gruppe übt sie auf

der einen Seite die optimale Handhabung der Objektdistanz, vor allem in der Übertragung zu mir, auf der anderen Seite lernt sie eine Objektverwendung (nach WINNICOTT), wobei sie trotz religiös untermauerter Nächstenliebe-Parolen die Notwendigkeit spürt, Objekte für ihre emotionalen Bedürfnisse einzuspannen und dieser Notwendigkeit auch nachgibt. Die am Anfang der Therapie erhebliche Entaktualisierungsschwäche (d.h. sie braucht ungewöhnlich lange Zeit, vergleichsweise geringfügige Verletzungen ad acta zu legen) hat deutlich nachgelassen, wobei Katja bei aufrührenden Erlebnissen heute durchaus in der Lage ist, mich um eine Krankschreibung zu bitten, um die Summe der zu verarbeitenden Belastungen möglichst unter Kontrolle zu bekommen. Katjas Kinderwunsch weist auf eine unbewußte Symbiosesehnsucht hin, auf den Wunsch, ein abhängiges Objekt gänzlich zu besitzen und zu kontrollieren. Ich denke aber, daß Katjas Instinkt für bedrohliche Entwicklungen zu sehr ausgeprägt ist, als daß sie sich im Rahmen einer sie kaum beschützenden Partnerschaft auf dieses Risiko wirklich einlassen würde. Trotz intensivem bewußten Kinderwunsches wird sie seit über einem Jahr nicht schwanger.

Magdas wesentlicher Konfliktpartner ist ebenfalls eine zu wenig mütterliche, vielleicht sogar auf der Borderlineebene strukturierte Mutter. Sie hat ihre Tochter am Anfang lediglich als Selbstobjekt benutzt, sie für ihre abgespaltenen, verhaßten Selbstanteile als Container verwandt, unter anderem für ihre weibliche Identität. So konnte sie Magda hassen, indem sie ihren Selbsthaß gegen sie wendete und sie in Bezug auf ihren Männerhaß zur Verbündeten machte. Der Rettungsversuch eines schwachen, ängstlichen Vaters über eine ödipale Allianz konnte dieses Mutter-Tochter-Ar-

rangement nicht nachhaltig beeinträchtigen. Der Fortgang der gemeinsamen Geschichte führte zu einem einzigen Beziehungsdesaster, zu Liebeswahnepisoden und einer Kumulation von Beziehungskämpfen zwischen Mutter und Tochter, die heute in einen Vernichtungskampf eingemündet sind. Magda hat in mir und einigen Frauen der Gruppe Verbündete gewonnen, die ihr Nachhilfeunterricht in humorvollem und genußreichem weiblichen Dasein geben könnten, soweit sie ein Bedürfnis danach verspürt. Für eine Partnerschaft dürfte ihre Lebenszeit allerdings zu weit fortgeschritten sein. Wir können also nur auf eine Versöhnung mit den eigenen Gegebenheiten hinarbeiten.

Luise hat wohl, soweit dies zu beurteilen ist, am längsten eine hinreichend gute Mutter und damit eine bewahrende Umwelt zur Verfügung gehabt. Aufgrund der Psychopathologie und Psychodynamik ihrer Störung vermute ich, daß der symbiotische Zugriff einer Mutter, die in der frühesten Kindheit Luises bereits schwer krank war, bis zum Tode dieser Mutter nicht mehr gelockert wurde, so daß die Mutter starb, ohne Luise im geringsten von sich abgelöst zu haben. Damit konnte sie kein funktionierendes Haut-Ich («Moi peau» nach ANZIEU) und damit die Reizschutzfunktion für sich selbst in gesunder Weise entwickeln und übernehmen. Der Tod der Mutter hinterließ Luise mit einer riesigen, zur Außenwelt hin ungeschützten symbolischen Wunde. Luise leitete daraus und aus den noch folgenden Verletzungen ein unüberwindliches Mißtrauen gegen tiefere Bindungen ab. Der einzige Versuch, dieses Mißtrauen über Bord zu werfen und sich auf Sexualität einzulassen, endete desolat. Der Partner verschwand, ohne vorher Distanzierung zu ermöglichen, so unvermittelt, als ob er plötzlich verstorben wäre. Diesen zweiten Verlust beantwortete Luise durch einen fast

vollständigen Rückzug aus allen Objektbeziehungen. Sie lebt in Identifikation mit Fernsehgestalten, schafft sich gelegentlich Objekte im Rahmen paranoider Fehlinterpretationen, läßt aber eine reale Beziehung an ihren unüberwindlichen Verlustängsten scheitern. Eine Beziehungsäquivalenz undifferenziertester Art hielt sie zur Gesamtgruppe drei Jahre lang aufrecht, wobei sie die einzelnen Personen weder unterschied, noch mit einer differenzierteren emotionalen Antwort bedachte. Auch ich bildete dabei keine Ausnahme. Ihre Angst vor Verlust und Zurückweisung war unbeeinflusst geblieben. Dennoch hat sie sich in der Zeit mit uns verändert. Die paranoiden Eskalationen sind seltener und kürzer geworden und führten nicht zu Hospitalisierungen. Nach den in jüngster Zeit gelungenen Kriseninterventionen erscheint es wahrscheinlich, daß Luise die Gruppe, den Verein und die Praxis doch als ihr Zuhause betrachtet, da sie uns bei Verschlechterung ihres Zustandes umgehend aufsucht. Möglicherweise ist es für sie entscheidend gewesen, daß sie dieses Mal nicht verlassen wurde, wie es bislang immer geschah, sondern daß sie sich entfernen und bei Bedarf wieder zu uns zurückkehren und uns wieder vorfinden konnte, wie sie es hätte in der Phase der Individuation und Wiederannäherung mit der Mutter erleben müssen. Nach kurzer Pause ist Luise also wieder bei uns. Sie hat gelernt, sich rechtzeitig aus Kommunikationen zurückzuziehen, sich Begegnungen sehr sparsam und dosiert zuzumuten.

Elenas Entwicklung dürfte in Bezug auf die depressive Position die meisten Defizite aufweisen. Sie kann kaum Belastungen und Spannungen ertragen, ebensowenig Ambivalenzen. Bei jeder Konfliktzuspitzung reagiert Elena mit der Aufkündigung der Anpassung (mit der Aufgabe des falschen Selbst). Sie wird enthemmt, rücksichtslos und pseudoungel-

bunden, als ob sie die Entwicklung ohne jegliche Hilfe von außen meistern könnte. Sie verläßt und entwertet alle für sie bisher mehr oder minder bedeutsamen Objekte, wie Eltern, Ehemann, Kind, Therapiegruppe und Therapeutin. Allen zum Trotz sucht sie sich ein neues Sexualobjekt, auf das sie sich unaufhaltsam stürzt. Diese Bemächtigungen sind so gewalttätig, daß ein eher ich-schwaches Opfer keine Chance hat, dieser anfangs zumindest schmeichelhaften und überwältigenden Eroberung zu widerstehen. Da die expansiven Verhaltensweisen bald einen massiven Gegendruck der Umgebung provozieren, gelingt es ihr auch durch die manische Selbstüberschätzung nicht mehr, der Bedrohung durch die Umwelt zu begegnen. Die früheren Objekte, entwertet und gekränkt, verbünden sich zu einer Front, die ein externalisiertes Über-Ich repräsentieren und die sie zur erneuten Unterwerfung zu zwingen versuchen. Atmosphärisch erinnert die geballte Anklage an das Finale des ersten Aktes von Mozarts »Don Giovanni«. Allerdings fehlt die bei der Oper trotz aller Wut und Empörung vorhandene besänftigende Schönheit und Harmonie der Musik. In unserem Fall ist der Chor schrill und geifernd. Entweder wird Elena dann vollends psychotisch im Sinne einer Manie, die ihr nur ein kurzes Hochgefühl verleiht, das bald mit Verfolgungsängsten vergällt wird. Oder sie kippt unmittelbar in eine Depression um, in eine kalte, anklagende Lebensverweigerung, wobei die von ihr geäußerten Schuldgefühle im Sinne heruntergeleierter Bußgebete zur Besänftigung des in Rage geratenen Über-Ich-Komplots dienen sollen.

Die defizient durchlaufene depressive Position zeigt sich darin, daß Elena keine Reparationsversuche unternimmt, daß sie keinen Wunsch nach Wiedergutmachung hat, weder

an den Eltern, noch an dem Kind, noch an ihrer Gruppe. Es ist zu vermuten, daß Elena in ihrer frühen Entwicklung die primitive Objektbeziehung mit der Mutter verlassen und die sogenannte Objektverwendung (nach WINNICOTT), wenn auch defizient, erlernt hatte. Doch konnte sich ihre Fähigkeit zur Wiedergutmachung nicht entwickeln, möglicherweise weil das mütterliche Objekt ihre Wiedergutmachung nicht in Empfang nahm und unversöhnt blieb. Heute noch drückt die Mutter und die restliche Familie Elena gegenüber eine unversöhnliche Ablehnung aus, wenn sie ihre unlebendige Angepasstheit der Intervallzeit verlässt und in der submanischen Rebellion den Objekten Attacken zumutet. Auf der Übertragungsebene reinszeniert sie mit hoher Treffsicherheit ihren Urkonflikt.

Zunächst gewinnt sie Gruppenmitglieder und Therapeutin durch vernünftige Ansichten und Kooperation. Anfangs engagiert sie sich in der Krisenintervention bei Gruppenmitgliedern. Sobald der Konfliktdruck ansteigt, beginnt eine manische Befreiung von Über-Ich-Diktaten, die zu Verletzungen und Entwertung aller Objekte führt, einschließlich der Therapeutin. Mit einer erstaunlichen Sensibilität fand sie die verletzlichste Stelle der Gruppenkohärenz: Die Gruppe reagiert paranoid ängstlich auf Paarbildungen, was sie dazu benutzte, das Gruppenleben zu irritieren und die Therapeutin zu entmachten, denn das betreffende, sexuelle Objekt wurde unter anderem dazu benutzt, sich mit ihr gegen Gruppe und Therapie zu verbünden. Es sollte auch als Fluchtpunkt aus der langweilig gewordenen Ehe dienen. In der vorpsychotischen Enthemmungsphase schaffte sie sich Verwicklungen, denen sie sich bald nicht mehr gewachsen fühlte und deshalb in eine Depression flüchten mußte. Viermal gelang es ihr, Christian in einen sexuellen Rausch

hineinzumanövrieren, viermal ließ sie ihn in Kürze wieder fallen, weil er ihrem Anspruch doch nicht genügen konnte. Sie zeigte ihm gegenüber keine Reue oder auch nur Bedauern über die Krise, in die Christian durch sie geriet, auch nicht als er seine Ausbildung aufgeben mußte. Im Rahmen des Wiederholungszwanges brachte sie uns in die Situation, daß wir alle das Vertrauen und die Zuneigung zu ihr verloren, daß der Wunsch nach Beendigung der Beziehung auftauchte, da ihre Zerstörungsattacken auf die Gruppe unerträglich wurden.

Aufgrund der positiven Grundeinstellung der Gruppe zu ihr, der langen Geduld, mit der ihre Eskapaden toleriert worden sind, hat sie in dieser Gruppe eine ernsthafte Chance gehabt, die Objektverwendung mit gelungenen Reparationsversuchen zu erlernen. In ihrem Fall müssen wir von einem perfekt mißlungenen Handlungsdialog sprechen, da sie mit uns, unbewußt, den Urkonflikt eingerichtet und auf die Spitze getrieben hat. Wir, zumindest ich habe mitagiert, allerdings fast von Anfang an auch den Gegenübertragungaspekt wahrgenommen. Trotzdem sind wir nicht zu einer Korrektur gelangt, da der reale, nicht übertragungsbedingte Anteil ihres Agierens (im Sinne einer Charakterstörung) entflechtende Deutungen und damit Reaktionen, die gänzlich von denen der Primärobjekte unterschieden waren, von uns aus nicht zu leisten waren. Damit hat Elena nichts »Neues am Objekt« lernen können. Es wäre wichtig gewesen, sie von überflüssigen Klinikaufenthalten abzuhalten, zumal die Gruppe die erste Krisenintervention bei ihr erfolgreich durchgeführt hatte. Wir scheiterten an Elenas Wunsch, aus der durch ihre Manipulationen und Intrigen äußerst kompliziert gewordenen Lebenssituation in eine klinische Entlastung zu flüchten.

Leonard und Nicolas haben eine ähnliche Kindheit durchlebt, haben dieselbe Krankheit entwickelt und fühlen sich in einer undramatischen Weise voneinander angezogen. Sie sind von ihren Müttern in einer symbiotischen Omnipotenz festgehalten worden. Die Mutter erfüllte die Bedürfnisse und wohl auch die Phantasien des mit ihr vollständig verschmolzenen Kindes, indem sie ihm synchron zu jedem Wunsch das Gewünschte präsentierte. Eine Phase der entwicklungsfördernden Frustration fand nicht statt. Die beiden Söhne fühlten sich weit über die übliche Zeit hinaus durch die Verschmelzung mit der Mutter omnipotent. Die Grundlage für Größenphantasien und Größenwahn war damit geschaffen. Die väterlichen Attacken schufen bei beiden den Antipol von Kleinheitsgefühlen, aus denen sie sich relativ leicht mit Größenphantasien herausretten konnten. Beide verzichteten auf ernsthafte Versuche, sich eine reale, durch gründliche Ausbildung und persönliche Reifung erlangte Kompetenz zu schaffen. Beide arbeiteten nur kurz im erlernten Beruf, um bei der ersten schwerwiegenden Kränkung mit einer Manie zu reagieren. In der Übertragung zu mir erlebten sie jetzt eine völlig klare Trennung von Subjekt und Objekt und die Differenzierung der Kompetenzen, wobei im Rahmen der Gruppenarbeit beide sich ganz erheblichen Kompetenzzuwachs erkämpft haben. Diese im Rahmen der Kriseninterventionstätigkeit entstandene Kompetenz ist real, erlernbar und bedarf nicht eines Größen-Selbstes, um zu funktionieren.

Christians Säuglingsbeziehung war durch die Diskrepanz zwischen der kraftlosen, ängstlichen Mütterlichkeit seiner Mutter und seiner unbändigen Gier nach der guten, freigiebigen Brust beherrscht. Er versuchte durch destruktive Attacken diese Brust in seinen Besitz zu bringen. Die

daraus resultierenden massiven Ängste, das lebenswichtige Objekt zerstört zu haben, veranlaßten ihn zu überschießenden Schuldgefühlen und Reparationsakten. Sein erwachsenes Leben wird wohl von seinem Bedürfnis nach Wiedergutmachung beherrscht, wobei er sich durch sein altruistisches Engagement häufig in zwischenmenschliche Krisen hineinmanövriert. Seine beruflichen Ziele und privaten Beziehungen sind von dieser objektzentrierten Einstellung bestimmt. Obwohl er von seiner Stimmung und Antriebslage her gesehen eher submanisch überaktiv ist, zeigt seine Lebensweise und auch sein Abwehrsystem deutlich depressive Züge. Die Mutter wird wohl seine Wiedergutmachung konsequent eingefordert haben, ohne dadurch jemals versöhnt worden zu sein, so daß immer neue Versuche unternommen werden mußten, das klagende und anklagende mütterliche Objekt zu restabilisieren und für sich zu gewinnen. Christians Selbstwertssystem blieb äußerst labil, unter der hypomanischen Abwehr herrschen Kleinheitsvorstellungen vor. Jede Kränkung läßt diese Intervallstruktur einstürzen. Manische Allmachtsphantasien ermöglichen das Ungeschehenmachen der vermeintlichen Zerstörung des Mutterobjektes, nachdem Resignation in bezug auf die Wiedergutmachung aufgetaucht ist. In diesen manischen Episoden attackiert er erneut die Objekte, die ihm wichtig sind, so daß sie ihm als äußere Bedrohung und Verfolgung wieder entgegenkommen. So schafft er sich neue Notwendigkeiten für endlose Wiedergutmachungen. Die Endlosigkeit dieser Abläufe wurde in der manischen Dekompensation Christians deutlich. Bei uns erlebte er, daß wir uns von ihm nicht zerstören ließen, daß wir seine Wiedergutmachungsakte entgegennehmen und gelten lassen. So könnte in der Zukunft, bei konsequenter Fortführung

dieses Handlungsdialogs der *circulus vitiosus* durchbrochen werden.

Nora hat sich wohl am weitesten durch die Aufgaben der depressiven Position gekämpft. Ihre Geborgenheitssehnsüchte mündeten in einer Sucht, die sie heute erfolgreich bekämpft. Die Gruppe, die Therapeutin und den Praxisrahmen hat sie sehr langsam, gleichsam übervorsichtig als eine bewahrende Umwelt akzeptiert, ist allerdings stets bemüht, auch von uns nicht abhängig zu werden. Sie benutzt unseren bergenden Rahmen dazu, sich selbst eine gute Mutter zu werden. Manchmal gelingt es ihr lediglich in der Identifikation mit den von ihr bemutterten Gruppenmitgliedern, wie es andere Frauen bei den eigenen Kindern erleben. Manchmal gelingt ihr heute auch, sich dem Kind in sich selbst zuzuwenden, was allerdings nicht heißt, daß sie sich aus ihren wenigen, aber stabilen Objektbeziehungen zurückziehen muß. Sie möchte sich zwar emotional selbst versorgen können, auf niemand angewiesen sein, aber auf dieser sehr autonomen Ebene des Freude-aneinander-Habens gute Beziehungen erleben. Nora ist zur Zeit wohl die Stabilste und Belastbarste in der Gruppe, wodurch sie natürlich Gefahr läuft, daß sie in meiner Abwesenheit zur Kriseninterventionszentrale wird.

Das Biotop: Gemeinsam handeln statt einseitig behandeln

Bis zu den Auswirkungen der Gesundheitsreform mit drastischen Honorarkürzungen in unserem KV-Bereich (Kassenärztliche Vereinigung) wurde das Biotop ausschließlich durch meine ärztlichen Honorare finanziert. Eine Honorareinbuße zwischen 20–25 % im KV-Bereich Nordbaden ließ ab 1994 die Finanzierung der erweiterten Praxis ungewiß und schwierig erscheinen. Einige Monate lang stand ich also vor der Entscheidung, die Praxis auf die üblichen zwei Zimmer zu reduzieren und meinen Patienten ihr Zuhause wegzunehmen. Die Patienten reagierten betroffen und machten ihrerseits mehr oder minder durchführbare Vorschläge, wie sie sich an der Finanzierung der Praxis beteiligen könnten. Manche von diesen waren originell, manche einfach lieb und wohlmeinend. In dieser Zeit der Ungewißheit und Trauer entstand die Idee für die Gründung des Patientenvereins »Zur Hilfe psychisch Kranker e.V.«, der endgültig im Januar 1995 im Vereinsregister aufgenommen worden ist. Die Gründungsvorstandsmitglieder waren alle psychosekrank und gehörten überwiegend zu der von mir vorgestellten Gruppe. Neben dem Vereinsvorstand haben sich einige Patienten als Kursleiter benennen lassen, die die angebotenen Aktivitäten gestalten sollten. Etwa zwölf Vereinsmitglieder gehören zum Kriseninterventionsteam, über das noch ausführlicher berichtet werden soll.

Die Ziele des Vereins verstehen sich fast von selbst. Es

geht darum, arbeitslosen und/oder kontaktarmen Patienten ein warmes, kontaktförderndes Zuhause anzubieten, auch wenn sie nicht in meiner Behandlung stehen. Die Kriseninterventionen werden von den Vereinsmitgliedern organisiert und getragen, während Ärzte den medizinischen Teil übernehmen. Die Vereinsaktivitäten sollen außerdem eine gewisse Öffentlichkeitsarbeit leisten, und u. a. demonstrieren, wie gesund sich psychisch Kranke in einer nicht krankmachenden Umgebung fühlen und verhalten können. So haben sie mehrmals Ärzte und Selbsthilfevereine zu Informationsgesprächen und gemeinsamen Mahlzeiten eingeladen.

Dem Verein stehen z.Zt. nur sehr begrenzte Geldquellen zur Verfügung. Abgesehen von den Vereinsbeiträgen, die jährlich erhoben werden, werden 14tägig durch Flohmarktverkäufe kleinere Summen eingenommen. Unsere Mäusewerkstatt produziert pro Woche ca. zwei Stoffmäuse à 50 DM, die Nachfrage übersteigt das Angebot.

Die Krankenkassen, das Gesundheitsamt, das Ordnungsamt, die zum Informationsbesuch bei uns waren, stehen dem Modell positiv gegenüber, da sie durch Vermeidung oder zumindest Verkürzung von stationären Aufenthalten finanzielle Vorteile sehen. Wir konnten beweisen, daß ein Quartal Intensivbetreuung eines psychotischen Patienten in unserer Einrichtung etwa soviel kostet, wie drei Tage Aufenthalt in einem PLK - ein Argument, dem man sich kaum entziehen vermag, zumal für die ambulante Krisenintervention bei uns lediglich das Arzthonorar abgerechnet werden kann. Dennoch erhält das Biotop bzw. der Verein bis heute keinerlei Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln oder Krankenkassen. Die Finanzierung erfolgt mehr schlecht als recht durch die Erträge der Praxis, die Mitgliedsbeiträge

(mindesten 40,- DM jährlich) und sonstigen Einnahmen des Vereins (Mäusewerkstatt u.ä.).

Was unsere spezielle Gruppe betrifft, so hat sie sich an allen Praxisereignissen beteiligt, sie zum Teil produziert und nach kreativen Lösungen gesucht. Sie hat sich lautstark, aktiv, selbstbewußt, mit reifen Einstellungen an der Gründung des Vereins beteiligt. Sie hat Kritik in Empfang genommen, daraufhin neue Ideen produziert, von denen einige etwas zu phantastisch, einige aber auch produktiv waren. Die Gruppe ist nach dieser Zeit immer noch beinahe vollständig. Bei der Gründung des Patientenvereins und weiterer Ausgestaltung des Biotops hatten sich gerade die Mitglieder dieser Gruppe bis auf Christian und Elena, die zu sehr in ihre Liebesgeschichte verwickelt waren, stark und souverän beteiligt. Ohne die Initiative dieser Gruppe, ohne ihre Belastbarkeit und Verlässlichkeit wäre das meiste, das uns heute ermöglicht, auch für andere psychisch Kranke einen gesundheitsfördernden Rahmen und Kriseninterventionen anzubieten, nicht zustande gekommen.

Erst als die Vereinsarbeit gut lief, das Biotop seine Funktion übernahm und die allerdringendsten finanziellen Fragen noch nicht gelöst, aber doch geordnet angegangen waren, wurde einer nach dem anderen in irgendeiner Weise instabil. Elenas Rückfall und Klinikaufenthalt steht nicht mit der Gründung des Vereins in Zusammenhang, da sie im Wesentlichen so sehr mit ihren privaten Problemen zu tun hatte, daß sie die Vereinsgründung nur theoretisch mitbekam und sich dazu wohlwollend geäußert hatte. Christians kurze psychotische Episode und sein Status als Notfall hing sicher nicht mit einer Überforderung im oben genannten Sinne zusammen, weil auch er sich fast ausschließlich um seine Liebesbeziehung kümmerte. Er war

aber der erste, der die Kriseninterventionskapazität des neu gegründeten Vereins und die Vorzüge des Notfallzimmers ausprobiert und reichlich nutzte. Leonard war phasenweise etwas erschöpft, ideenflüchtig, wurde aber nicht krank. Er blieb stabil, zog sich aber häufiger zurück. Hanna hat sich sicher übernommen, so daß sie kurzfristig ebenfalls eine Notfallpatientin geworden ist, deren Krisenintervention exemplarisch gut vor sich gegangen ist. Nicolas war durch den Tod seiner Mutter labilisiert, hat aber dann die Gruppe und den Verein in Anspruch genommen, so daß auch er ohne Klinikaufenthalt zurechtgekommen ist.

Nach der ersten kämpferischen und starken Phase war dennoch eine deutliche Regression der Gruppenmitglieder, die an der Vereinsgründung beteiligt waren, wahrzunehmen. Sie wurden zwar nicht, wie üblich, psychotisch, aber zogen sich in passive Erwartungshaltungen zurück, rivalisierten kindlich, stritten, wurden wieder ein wenig die früheren spinatspuckenden Kinder, mit denen ich auch nach dem Aufenthalt in Lech soviel Ärger hatte. Immerwieder wollte einer seinen Job hinwerfen, aus der Praxis stürmen und beleidigt die Freundschaften kündigen. Phasenweise hatte ich den Eindruck, daß ich völlig alleine dastehe, daß der Verein einzig und allein mein Anliegen sei, was mich erschöpfte und gleichzeitig entmutigte. Immer im letzten Augenblick, wenn mir selbst die Luft ausging, riß sich einer aus der Regression heraus und stand mir dann sehr ermutigend zur Seite. Diese Phase dauerte von Oktober '94 bis Januar '95. Der Verein wechselte zwischen großmäuliger Kampfstimmung mit zum Teil unrealistischen Vorstellungen und Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit und Unzuverlässigkeit. Mir stellt sich die Frage, ob nach der ersten, sozusagen situativ bedingten emotionalen und strukturellen Progression nicht

alle Mitglieder zu einer gewissen Regression pathologischer, aber auch gesunder Art gekommen sind: pathologisch, weil sie mir in der Krisensituation die Ich-Funktion zuschoben und sich wieder wickeln und füttern lassen wollten; gesund, da wir ihren Rückzug aus der Überlastung auch im Sinne einer »Regression im Dienste des Ich« sehen können. Sie brauchten dies wohl, um sich von der Überforderung wieder zu erholen, damit sie in einer nächsten Phase ihre Funktionen etwas kreativer aber auch kontrollierter und weniger großphantastisch ausüben konnten.

Im allgemeinen Sprachgebrauch ist ein Biotop ein Platz, wo man das Wachstum der Lebewesen sich selbst überläßt, so daß Eigenregulationsmechanismen wieder einsetzen können. Diese Eigengesetzlichkeit, die weitestgehend auch das Grundprinzip unseres Zusammenlebens ist, setzt bestimmte Grundsätze voraus.

1. Interpretationen und Lösungsvorschläge der Patienten werden gleichrangig mit meinen Deutungen und meinen Überlegungen zur Situation behandelt.
2. Die Beurteilung des Krankheitszustandes und die Notwendigkeit der Medikation oder sonstigen Maßnahmen ist immer ein Ergebnis gemeinsamer Erörterungen.
3. Es gibt keine Zwangsmedikation, sondern den Versuch, den Betreffenden von der Notwendigkeit einer Medikamenteneinnahme zu überzeugen. Da die Gruppe mit einer psychotischen Dekompensation oder Symptomverschlechterung eines Mitpatienten unmittelbar belastet wird, leistet sie meist eine erfolgreichere Überzeugungsarbeit, als ich es aufgrund meiner ärztlichen Autorität könnte.

4. Solange die Gruppe funktioniert und meine persönliche Belastbarkeit ausreicht, gibt es keine Zwangseinweisungen oder sonstige Klinikunterbringungen, falls es von dem Patienten selbst nicht gewünscht wird. Dies bedeutet, daß die Krisenintervention primär von der Gruppe übernommen wird.
5. Kriseninterventionen durch Gruppenmitglieder haben immer Vorrang vor professioneller Hilfe, da sie für die Beteiligten Ich-Stärkung und realen Kompetenzzuwachs bringt. Das heißt, auch ich halte mich bis zum spätestmöglichen Zeitpunkt im Hintergrund.
6. Ich bin als Therapeut Gruppenmitglied mit speziellem Fachwissen und Erfahrung. Die Patienten sind Spezialisten für das psychotische Erleben und den optimalen Umgang damit. Aus dieser Gleichheit ergibt sich ein gegenseitiges Lernen, so daß ich z. B. mein medizinisches Wissen nicht für mich behalte, sondern konkrete Fragen bezüglich Krankheitsentstehung, medikamentöse Wirkung und Nebenwirkungen auch konkret beantworte, wenn alle Gruppenmitglieder interessiert sind.
7. Daraus resultiert, daß ich mein grundsätzliches Vetorecht so spät wie möglich einsetze. Das Biotop ist also ein Lebensraum, dessen Eigengesetzlichkeit neue Arten und neue Lebensräume hervorbringt. Selbstverständlich muß bei drohenden Katastrophen und negativen Entwicklungen trotzdem von außen eingegriffen werden, sonst hätte das Biotop lediglich experimentellen Charakter.
8. Aus dieser sehr demokratischen Zusammenarbeit der Gruppenmitglieder, Vereinsmitglieder und der Ärzte entsteht ein fluktuierendes, stets wachsendes Konzept des Biotops und der Kriseninterventionstätigkeit. Das heißt, daß wir ohne größere Verunsicherung der Beteiligten die

Resultate unserer Zusammenarbeit und unsere Reflektionen dazu verwenden, das Konzept stets zu optimieren und den personellen und sozialpolitischen Gegebenheiten anzupassen. Das Konzept bleibt auch auf die Dauer ein flexibles und jederzeit in Wandlung befindliches, was auf der einen Seite Anpassungsvorgänge an die z.Zt. sehr rasch wechselnden sozialen Gegebenheiten möglich macht, auf der anderen Seite auch die personelle Zusammenstellung der Therapiegruppen, des Vereins und des Kriseninterventionsteams berücksichtigt.

Unser Biotop bietet also entwicklungsfördernde Lebensumstände, (wie WINNICOTTS »bewahrende Umwelt«) angemessene, auch kreativitätfördernde Aufgaben und der Psychodynamik der Krisenauslösung entsprechende, verbale und situative Kriseninterventionen. Nora, Katja und Nicolas etwa sind inzwischen im Wesentlichen Mitarbeiter und wollen von sich aus keine therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne mehr. Wie in einem wirklichen Biotop sollten natürlich die voll entwickelten Exemplare in die Freiheit ausgesetzt werden, um die gewonnene Kraft, Überlebensfähigkeit etc. in der freien Wildbahn unter Beweis zu stellen.

Selbstverständlich wollen wir unsere Herangewachsenen nicht bei uns horten, sondern anderer beschädigter Brut eine Nachentwicklungschance bieten. Dieses Ziel unseres Biotops wird allerdings durch die gesellschaftliche Situation weitestgehend blockiert. Nicht nur psychisch Kranke sind langzeitarbeitslos, sondern inzwischen fast fünf Millionen Menschen in Deutschland. Einen Arbeitsplatz zu finden ist also eine fast unüberwindliche Schwelle. Wir kämpfen um jeden Freizeitjob, manchmal um vorübergehende Anstellungen und haben vor, eine sogenannte »Erledigungsfirma«

zu gründen. Solange sich die Arbeitsmarkt-Situation allerdings nicht grundlegend ändert, können unsere herangereiften, an sich ablösungsfähigen Patienten Dienst am Biotop selbst leisten. Die Kriseninterventionsbetreuungen werden inzwischen bei Bedarf mit einem Tagessatz im Sinne einer Aufwandsentschädigung entgolten.

Gerade psychisch Kranke in ungesicherten sozialen Situationen können aber auf die Dauer nicht nur ehrenamtlich tätig sein. Immer wieder gibt es Impulse zu Verselbständigung, die von Aggressionen und Kämpfen begleitet werden und von der Person und ihrer strukturellen Reife her durchaus realisierbar wären, aber »draußen« auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen. So kehren manche Patienten, inzwischen halbwüchsig oder psychisch erwachsen, nach einiger Zeit zu uns zurück und nehmen dann mehr oder minder den Status eines Mitarbeiters an. Auf diese Weise bleiben wenigstens ihre Ziele und Inhalte unangetastet, auch wenn die Finanzierung ihrer Arbeit durch den Verein keine nennenswerte Hilfe schafft.

Einfallsreich und einfühlsam: Krisenintervention in der Hand der Patienten

Ausführlicher berichten möchte ich über die Kriseninterventionstätigkeit im Rahmen des Biotops. Der Beitrag unseres Kriseninterventionsteams zur Verhütung stationärer Aufenthalte ist beeindruckend: Etwa 80 % der psychisch Kranken, die fast alle bereits mehrmals hospitalisiert waren, können ohne Psychiatricaufenthalte behandelt werden.

Unentbehrlich dabei ist die Einfühlsamkeit, die positive Verwertung eigener Psychoseerfahrungen und auch die bemerkenswerte Einsatzfreudigkeit des Kriseninterventionsteams. Die meisten der 11–13 Mitglieder dieses Teams sind oder waren selbst psychosekrank. Zur Zeit arbeiten außerdem zwei im medizinischen Bereich tätige Frauen mit Depressionen und eine Borderline-Patientin mit.

Die Verhinderung stationärer Aufenthalte nicht nur bei Psychotikern wird mit viel Elan und persönlichem Einsatz betrieben. Ich brauche nicht ausdrücklich zu betonen, was diese Tätigkeit an Kompetenzzuwachs und Selbstwertgefühl für Patienten bedeutet, die aufgrund ihrer Krankheit entweder berentet oder auf dem jetzigen, katastrophalen Arbeitsmarkt nicht mehr zu vermitteln sind. Sie sind sozusagen nicht für den Arbeitsmarkt brauchbar, sind aber für den Verein und füreinander unentbehrlich geworden und bringen hohe, zum Teil sehr kreative Leistungen hervor, was vor allem manischen Abwehrstrategien durch Selbstwertinflationen deutlich entgegenwirkt. Auch ältere depressive Patientinnen erleben eine Umorientierung, eine sogenannte neue zweite Karriere, wobei die zu betreuenden Kinder jetzt nicht die eigenen, sondern kränkere Patienten als sie selbst, sind. Ich denke, daß das Kriseninterventionsteam von dieser Aufgabe fast noch mehr profitiert, als das Objekt der Krisenintervention, nämlich der dekompenzierte Patient. Das Erlebnis, über die eigene Krankheit besondere Erfahrungen, Begabungen, Fertigkeiten und Einsichten gewonnen zu haben, die man zugunsten anderer verwenden kann, ermöglicht eine gewisse Versöhnung mit dem eigenen Lebensverlauf. Das Kriseninterventionsteam wird durch Seminare und regelmäßige Sitzungen auf seine Aufgabe vorbereitet. In zwei Doppelstunden wurde

die psychiatrische Krankheitslehre, Ätiologie und Differenzialdiagnose in vereinfachter und allgemeinverständlicher Form vermittelt. Eine Doppelstunde wurde der medikamentösen Behandlung gewidmet, wobei wir uns auf die Krankheitsbilder beschränkt haben, die derzeit bei den Vereinspatienten vorkommen und Kriseninterventionen notwendig machen könnten. Das Team erhielt von mir die entsprechenden Skripte über diese Stunden.

Alle Vereinsmitglieder, die in der Zukunft eine außerstationäre Krisenintervention benötigen könnten, bekommen eine Karteikarte, auf der wichtige Merkmale des akuten Krankheitsbildes, die zu verabreichenden Akutmedikamente und die deseskalierenden oder sonstwie empfehlenswerten Verhaltensweisen notiert sind. Persönliche Wünsche des potentiellen Krisenpatienten werden in einem gesonderten Gespräch mit ihm geklärt. Zum Beispiel:

1. Möchte sich der Betreffende lieber im Notfallzimmer oder im Gruppenraum aufhalten?
2. Wer ist der bevorzugte Ansprechpartner im Team?
3. Die erwünschte Zuwendungsform (Bemutterung, spürbare Präsenz oder distanzierte Anwesenheit)
4. Welche Nahrung und Getränke werden in dieser Zeit gewünscht?
5. Welche Außenkontakte sind zuzulassen, welche abzulehnen?

Dem Kriseninterventionsteam wurde Blutdruckmessen und Pulszählen beigebracht, und es ist über die wichtigsten Herz-Kreislauf-Komplikationen aufgeklärt worden. Es besitzt einen Notfall-Medikamentenschrank, in dem alle auf der Karteikarte vermerkten (vorgesehenen) Medikamente

einsortiert sind. Im Notfallzimmer ist u. a. das Notwendigste für die Hygiene, wie Zahnbürste, Zahnpasta, Duschmittel, Nachthemden, Unterwäsche zum Wechseln vorhanden, falls jemand unverhofft in die Krise gerät, ohne sich zu Hause vorbereiten zu können. Unter dem Dach sind mehrere Schlafmöglichkeiten, so daß das Betreuungsteam ebenfalls bequem übernachten kann. Aufgrund der bisherigen Erfahrung sollen immer zwei Betreuer im Haus sein. In der Küche befinden sich einige Lebensmittel. Die diesbezüglichen Wünsche aller potentiellen Krisenpatienten sind sich überraschend ähnlich und beinhalten im wesentlichen Kindernahrung wie Nudeln, Milchreis, Pudding, Schokolade, Honig etc.

Besonders hilfreich für das Team und für mich sind Rollenspiele, bei denen der Krisenpatient sich selbst in akutem Krankheitszustand spielt und das Kriseninterventionsteam zwingt, aufgrund der eigenen Erfahrung und der theoretischen Kenntnisse mit der Situation umzugehen. Die anschließende Besprechung ermöglicht dem Kriseninterventionspatienten Fehlverhalten und Fehlinterpretation des Teams zu korrigieren. Ich persönlich erlebe dieses Agieren als eine einmalige Chance, von Patienten vorbehaltlose Informationen zu bekommen, wie man ihnen in der Krise angemessen begegnen und ihnen ohne Zwang die notwendige Medikation verabreichen kann. Einige Protokolle solcher Rollenspiele werden im folgenden dokumentiert.

Begegnungen in der Krise - drei Rollenspiele

Christian

Christian spielt die Psychose eines Bekannten, die aber dann nach unserer Beobachtung seiner eigenen Psychose entspricht.

Christian kommt unruhig, gespannt, feindselig, mißtrauisch und zugleich anklammernd zur Praxis. Nora und Pia nehmen ihn in Empfang. Christian redet unentwegt, produziert wahnhaftige Inhalte, z. B. daß er vom israelischen Geheimdienst verfolgt würde. Wahnwahrnehmungen folgen, indem er das rote Halsband des anwesenden Hundes als ein Signal für sich wertet, daß er auch hier nicht sicher sei. Seine Angst steigert sich, er schwitzt, wird immer unruhiger, woraufhin Nora hinuntergeht und die Eingangstür schließt. Zurückkommend sagt sie ihm, daß jetzt niemand mehr eindringen könne.

Christian beruhigt sich etwas. Ist dann abwechselnd aufgedreht, gereizt oder aggressiv oder aber auch anlehnungsbedürftig. Leider denkt niemand daran, daß er zu Trinken und zu Essen haben müßte, daß er möglicherweise lange nichts mehr zu sich genommen hat. Nicolas kritisiert später, daß zuviel Lärm in dem Raum war, daß das Radio lief und unterschiedliche Quellen der akustischen Reize ihn wohl auch durcheinandergebracht hätten. Allerdings gelingt es dem Interventionsteam Christian sozusagen auf die Couch zu zwingen, so daß er aus seinen wahnhaften Vorstellungen heraus und zu einer gewissen Ruhe kommt und weder gereizt noch aggressiv weiterdiskutiert.

Fazit der Besprechung: Es ist grundsätzlich wichtig mit

dem Betroffenen nicht über seine Wahnvorstellungen zu diskutieren. Das könnte ihn weiter in Rage bringen, aggressiver machen und ihn dazu veranlassen, z.B. die Praxis und die Betreuer selbst als Verfolger oder mit den Verfolgern verbündet zu erleben. Bemerkenswert geschickt ist hier der Einfall, daß Nora die Tür abschließt und damit die Verfolger ausschließt. Damit dokumentiert sie, daß Christian sich unter Verbündeten befindet, was ihn allmählich entspannt. In seinen Disputen und Beleidigungen stellt er dieses Faktum noch einmal auf die Probe, aber es folgen mehr und mehr halbherzige Attacken, weil das ruhige gefaßte Verhalten des Teams ihn überzeugt, daß die akute Gefahr vorbei sei. Hier wird wohl das im Protokoll vermerkte Medikament verabreichbar.

Nicolas Einwand, daß bei einem sehr erregten Patienten, der auch Wahnwahrnehmungen hat, auf äußersten Reizschutz- und auf Reizarmut zu achten sei, ist enorm wichtig. Nach Möglichkeit sollten unter den Betreuern keine Gespräche, Dispute etc. stattfinden. Stille Beschäftigungen, wie Stricken oder Zeichnen, also Tätigkeiten, die Geborgenheit und Gelassenheit ausdrücken, aber nicht aufdrängen, können hilfreich sein.

Bei manischen Patienten ist unbedingt auf die Basisbedürfnisse wie essen, trinken, schlafen zu achten. Unbedingt den Autoschlüssel abnehmen, bemerkt zum Schluß Nicolas.

Hanna

Hanna kommt nach Anruf des Kriseninterventionsteams, das sich lange Sorgen um sie gemacht hatte. Sie wirkt eckig, marionettenhaft, ausgesprochen blass, grüßt nicht und glei-

tet sofort zu Boden, als hätte sie keine Kraft mehr zu stehen. Pia will ihr Tee reichen und sie dazu bringen, sich auf das Sofa zu legen. Es wird deutlich, daß Hanna nicht alleine gelassen werden will, so daß zwei Helfer, Pia und Renate sie mit in die Küche nehmen, um Tee zu kochen und sie dabei zu haben. Erneut gleitet Hanna zu Boden. Die beiden versuchen sie unter den Armen zu nehmen und sie zum Sofa zurück zu bringen, wo sich Hanna in Embryostellung einkuschelt und sich gegen die Außenwelt verschließt. Ab diesem Zeitpunkt sagt sie nichts mehr, strahlt steigende Spannung aus, die die Betreuer spüren.

Frage von Christian: Wenn ich diese Spannung nun spüre, woher weiß ich, daß dies nicht meine eigene ist? Antwort des Teams: Christian soll sich ablösen lassen von einem anderen Betreuer. Empfindet dieser dieselbe Spannung, so ist sie sicher eine Art Gegenübertragung, durch die er Hannas Zustand wahrnimmt. Wenn der andere Betreuer ganz gelassen und ungerührt bleibt, können wir davon ausgehen, daß es mit großer Wahrscheinlichkeit zum größten Teil Christians eigener Gefühlszustand ist.

Hanna zieht sich immer weiter zurück, dreht den Rücken zum Raum, seufzt gelegentlich, nimmt allerdings keinen Kontakt auf, auch nicht, als man ihr den Tee bringen will. Eine gewisse Ratlosigkeit herrscht im Raum. Die beiden Betreuer fangen an zu diskutieren, was nun zu tun sei. Die bevorzugte Bezugsperson Nicolas wird angerufen, da es jetzt wohl darum gehen wird, Hanna Medikamente »anzudrehen«. Nicolas kommt. Er ist außerordentlich lieb, einhüllend, aber auch etwas grenzenüberschreitend. Als er den Tee bringt, dreht sich Hanna blitzschnell um und schlägt ihm das Glas aus der Hand. Nicolas ist verblüfft, ratlos und ist der Ansicht, daß jetzt Medikamente dran wären. Also versucht er jetzt in

derselben allzu lieben Art ihr die Medikamente aufzudrängen. Hanna wirkt wieder sehr aggressiv. Nicolas setzt sich an das Fußende und wartet.

Die Krisenhelfer wenden sich an mich. Ich sage, jetzt wäre wohl die Zeit gekommen, dem »Kind« Grenzen zu setzen, weil es ohne Grenzen offenbar zuviel Angst hat. Ich gehe zu Hanna und sage: »So Kleine, jetzt kommt eine Spritze dran und wir hören mit dem Quatsch auf«. Hanna gibt nach, bekommt also die Spritze und die Besprechung geht los. Hanna sagt, daß sie in dem Spiel ziemlich echt gewesen sei, daß sie die Gefühle ihrer Psychose ganz authentisch erlebt habe, daß sie die Spannung spürte, die sie dann spürt, wenn sie kataton wird, und daß sie sehr glücklich sei, daß sie auf Kommando wieder rausgehen konnte. »Das für mich beeindruckende und heilsame war, daß ich mich in jedem Augenblick wie in der Psychose fühlte und gleichzeitig in jedem Augenblick wußte, ich spiele und ich kann sofort abbrechen«, schreibt Hanna später über diese Übung, »ich denke, daß mir dieses tiefe Empfinden im Spiel sehr geholfen hat, nun in der letzten Psychose nicht kataton zu werden, sondern immer wieder zu versuchen, mich so weit wie möglich zu öffnen.«

Zu unserem Vorgehen sagt Hanna im anschließenden Gespräch, daß es teilweise ganz gut, teilweise allerdings auch gravierend falsch gewesen sei. Gut war es, daß man sie die ganze Zeit nicht allein gelassen hatte, obwohl sie um Nähe und Geborgenheit nicht bitten konnte und eher einen sehr zurückweisenden, aggressiven Eindruck gemacht hatte. Gut sei auch gewesen, ihr Tee etc. anzubieten. Nicht gut sei, wenn man ihr den Körperkontakt zu übergreifend und die Grenzen nicht achtend anbietet, in dem Sinne, daß der Betreuer eine eigene Vorstellung hat wie man sie anfassen

müßte und es dann tut, ohne darauf zu achten, ob es so paßt oder nicht. Pia ist sehr gerade und entschlossen auf sie zugegangen, hat ihr Gesicht Hannas Gesicht genähert, was eine Mischung von Annäherung und Attacke dargestellt hatte. Ich empfehle daraufhin, sich vielleicht von der Seite zu nähern, eine Art offenen Halbkreis bildend mit dem berührenden Arm und dem eigenen Körper, so daß der Berührte jederzeit, ohne aufgehalten zu werden, die Flucht ergreifen könnte. Hanna bestätigt dies und meint: Körperkontakt, Anwesenheit sei in dieser Wahnsinnsangst, die sie erlebt, zwar enorm wichtig, sie dürfe aber nicht eine neue Gefährdung, eine neue Überrumpelung und Überwältigung darstellen. Ich sage, manchmal ist es ganz gut, nicht die Haut, sondern das Hosenbein oder sogar den Schuh zu berühren, um Nähe mit Grenze zu signalisieren. Hanna bejaht das.

Hannas Kritik an Nicolas: Er versucht mit einer äußersten Liebenswürdigkeit die aggressiven Impulse von Hanna zu unterwandern. Er ist zu lieb, zu lange lieb, zu unbedacht lieb, zu einem Zeitpunkt, als eigentlich Grenzen notwendig wären. Interpretation für das Team: Hinter jedem äußerst aggressiven Psychotiker steckt ein terrorisiertes Kind, das seinerseits Angst hat. Ihm seine Angst und Aggressivität durch allzu liebes Verhalten zu nehmen, könnte neue Ängste produzieren. Irgendwann ist es an der Zeit, in einer liebevoll humorvollen Weise, ohne eigene Gegenaggression die notwendig gewordenen Grenzen anzubieten, also z. B.: »Nun hör mal mit dem Blödsinn auf, jetzt gibt es Medikamente«.

Fazit: Hinter der Aggression des Schizophrenen steht immer Angst, Todesangst, Verfolgungsangst und eine extreme Ungeborgenheit, d. h. also, er sucht lebensrettende Nähe, die ihn aber gleichzeitig mit Ich-Verlust (durch Verschmelzung) bedroht. Seine Nähe-Distanzproblematik ist also

keineswegs dadurch gelöst, daß er selbst jetzt im Moment Nähe bräuchte. Der einzig erträgliche Zustand wäre also, daß das Objekt verfügbar für Nähe, aber daß es ihm selbst, dem Schizophrenen, überlassen bleibt, in welcher Form, welcher Intensität und welche Länge diese Nähe gut tut und wann wieder Abstand, Grenzen und Rückzug nötig sind. Es ist eine sehr schwierige Aufgabe, dieses genau zu spüren. Die einzige Quelle für Informationen, sich richtig zu verhalten, ist der Patient selbst. Wenn er uns zurückstößt, signalisiert er, daß die aktuellen aktiven Näheangebote zu weit gegangen sind, was aber nicht heißt, daß das Objekt sich nun endgültig zurückziehen soll und ihn durch Objektlosigkeit in einen gleichermaßen vernichtenden Ich-Zusammenbruch treiben sollte.

Es ist ungeheuer wichtig!, daß das Team versucht, den Kranken in diesem Moment so weit wie möglich wahrzunehmen. Daher ist jede andere Aktivität wie Radio, Fernsehen, Musik etc., die Aufmerksamkeit und Einfühlsamkeit gleichzeitig beanspruchen, auszuschalten. Am besten setzt man sich ganz entspannt in einen Sessel neben den zu Betreuenden und läßt alle Absichten, Überlegungen etc. beiseite. Der Betreuer muß sozusagen ganz Wahrnehmung und Erleben werden, etwas, was wir in den kommenden Stunden üben. Da der Patient mit dem Team nicht spricht, befindet es sich in der Situation einer Mutter mit einem vorsprachlichen Kind. Meiner Ansicht nach bedeutet es keine Katastrophe, wenn man nicht rechthaberisch auf seinem Verhalten besteht und diese Nähe- Distanzproblematik ein- zweimal falsch interpretiert. Wichtig wäre, daß das Team bei den aktiven Reaktionen des Patienten mit seinen Näheangeboten einfach aufhört und ihm nicht z.B. Zuwendung, Grenzen oder sonstwas aufdrängt, nur weil

es irgend ein Konzept erlernt hatte. Wünschenswert wäre, wenn es uns am Ende des Seminars gelänge, das Wissen, was wir erarbeitet haben zwar im Kopf zu besitzen, aber sozusagen nach hinten fallen zu lassen, so daß selbst dieses Schema nur als grundlegende Information benutzt wird, aber nicht als Ersatz dafür dient, den Patienten wirklich wahrzunehmen und zu erfahren.

Hanna fügte noch hinzu, daß sie nicht in das Notfallzimmer nach oben gelegt werden wollte. Allerdings hätte sie eine wärmende Decke vermisst, was sie deutlich in ihrer Embryohaltung zum Ausdruck gebracht hätte. Sie meint, frieren seelischer Art sei bei psychotischen Patienten entschieden häufiger als Hitzegefühle. Man sollte also grundsätzlich für Wärme sorgen, da es viel leichter ist, die Decke abzuwerfen als sich eine irgendwo im Haus zu besorgen, wenn man in diesem Zustand ist. (Empfehlung meinerseits: In dem Gruppenraum soll immer eine sehr warme Kuscheldecke bereitliegen, die man dem Notfallpatienten über die Füße legen kann).

Katharina

Es geht um die Psychose von Katharina, die sich in einem Aggressions- und Erregungszustand befindet, seit Wochen schlafgestört ist, so daß wir sie z. T. schon als Kriseninterventions-Patientin zu stabilisieren versucht haben. Kränkende Situationen bei der Arbeitssuche, sowie die Aussicht, nach England in eine fremdsprachige Umgebung verpflanzt zu werden, haben wohl zu dieser Eskalation geführt. Katharina selbst ist nicht da, sie ist auf ihren eigenen Wunsch hin lieber nach Hause gefahren und will weder das Notfallzimmer,

noch das Kriseninterventionsteam zunächst in Anspruch nehmen.

Ich übernehme Katharinas Rolle und fasse in diesem Rollenspiel wesentliche Elemente ihrer psychotischen Dekompensation zusammen, so wie sie mir im Laufe der gemeinsamen Jahre begegnet sind. Daß ich die Rolle der Patientin spiele, ergibt einige Besonderheiten, u. a. auch das eher zaghafte Handeln und Reagieren des Teams. Aufgrund der irritierenden Besonderheiten, die Katharina im psychotischen Zustand liefert, erscheint es mir trotzdem dringend notwendig, das Krisenteam mit diesen Besonderheiten vertraut zu machen, zumal es sein könnte, daß Katharina am Wochenende als Notfall doch in der Praxis erscheint. Im folgenden werde ich also jetzt in der Ich-Form bleiben, meine aber mich in der Rolle von Katharina.

Ich komme recht aufgeregt zur Tür herein, schaue provozierend um mich, fasse Gegenstände am Tisch an, schaue den Anwesenden fragend, auch forschend ins Gesicht. Ich bemängele dann den Zustand des Raumes, gehe auf Frau Sachsens Rock, der als Schnittmuster auf dem Tisch liegt, zu, meine, daß er mir ganz gut stehen könnte, daß ich diesen haben möchte. Ich schimpfe, als dies nicht gewährt wird, bezichtige die Besitzerin einer Pseudo-Opferhaltung, errege mich über Falschheiten und Lügen, spreche aggressiv die Anwesenden auf Not und Umweltprobleme an, unterstelle ihnen, daß sie sich um diese Dinge überhaupt nicht kümmern. Ich erblicke Essen auf dem Tisch und meine, wie man essen könne, wenn doch in der Welt soviele Kinder verhungern würden, beschimpfe die anderen als egoistische Bande. Ich lande dann bei der Gottesproblematik, wobei ich mich selbst als festglaubend und daher auch etwas angedeutet wundertätig einschätze. Allmählich entsteht die Stimmung,

daß ich mich für den einzigen rechtschaffenen Menschen halte, daß ich den anderen ihren Altruismus nicht abnehme, daß ich alles in Frage stelle und in einer sehr persönlichen Weise attackiere, wobei diese Attacken nicht irrational genug sind, um sofort einem Wahnsystem zugesprochen zu werden. Die Angriffe sind auf der einen Seite wahllos gegen jeden Anwesenden, andererseits aber von einer gewissen paranoiden Einfühlsamkeit, so daß derjenige der gemeint ist, sich irgendwie auch betroffen fühlen muß.

Immer wieder sage ich, daß ich nicht vereinnahmend und zänkisch bin, einige Male rufe ich ziellos in den Raum: nein, nein, nein! Ich beschimpfe Hanna, die vor der Tür sitzt und mir den Weg versperrt. Die Gruppe ist gelähmt, unternimmt nichts, ich bin schon auf der Straße und keiner ist mir gefolgt. Ich kehre dann nochmals mit der später hinzugetretenen Nora ins Vereinszimmer zurück, sozusagen um den anderen eine neue Chance zu geben. Ich attackiere weiter, unterstelle den Leuten Verlogenheit, Pharisäertum und pseudosoziale Einstellungen, werte ihre Lippenbekenntnisse samt und sonders ab. Die einzige Reaktion des Kriseninterventionsteams ist, sich heftigst und seinerseits aggressiv bis ratlos zu rechtfertigen, woraus ein multipersoneller Disput entsteht. Es geschieht nichts. Irgendwann sagt jemand, ob sie vielleicht nicht doch mal Medikation bräuchte. Ich (Katharina) weigere mich sehr energisch, Gudrun bietet mir eine Spritze an, eingedenk der Situation, daß Gudrun als Notfall auch von mir betreut worden ist. Ich bin einen Augenblick ambivalent, lege mich dann auf das Sofa, attackiere nur noch halbherzig weiter. Plötzlich sage ich, daß ich unruhig bin und Angst habe. Auch an diesem Punkt herrscht Ratlosigkeit vor, bis jemand meint, daß man jetzt endlich die Spritze geben müßte. Ich weigere mich, will

mich weder vereinnahmen noch fremdbestimmen lassen. Resignation im Raum. Wir geben das Spiel auf, ohne eine Lösung gefunden zu haben.

Nachbesprechung:

Das besondere an der Situation mit Katharina ist, daß sie oberflächlich betrachtet nicht besonders krank wirkt. In psychotherapeutischen Gesprächen ist es uns auch gelungen herauszuarbeiten, daß Katharina, wenn sie psychotisch ist, im Prinzip nichts Ausgedachtes und vollkommen an den Haaren Herbeigezogenes produziert. Es ist, wie wenn sie liegengebliebene Kommunikationsanteile, Kritiken und Aggressionen in diesem besonderen Rahmen endlich vermitteln könnte, was ihr sonst bei ihrer Friedfertigkeit nicht gelingen will. Hier ist besonders deutlich, daß »das wahre Selbst« von Katharina widerspenstig, rebellisch und eigenwillig ist und nur im Rahmen der Psychose zu Wort kommen kann. Daher fällt es auch so schwer, ihre Anwürfe nicht zu beachten, ihre Aggressionen nicht in sich hineinzu lassen und sich nicht betroffen zu fühlen. Sie ist einfach nicht verrückt genug, um als krank erkannt zu werden. Die Gruppe reagiert betroffen, diskutiert und rechtfertigt sich, anstatt Katharina als ein verängstigtes, hilfebedürftiges Kind zu sehen, was sie unter dieser aggressiv-verzweifelten Stimmung auch ist. So unterbleibt jede Maßnahme, wie z. B. Essen und Trinken anbieten, beruhigen, entspannen, ihr für die Zukunft Mithilfe für die Lösung der von ihr angesprochenen, allgemein sehr wichtigen Menschheitsprobleme anzubieten. Die eigene Betroffenheit macht also das Kriseninterventionsteam unfähig, in der ihm sonst zur Verfügung stehenden reflektierten Art und Weise mit dem Konflikt umzugehen. Ich denke, daß wir das Spiel mit Katharina zusammen wiederholen müssen. Da sie sich nun im

Rahmen dieser Unruhe eine Menge Selbstbestimmung und eigene Entscheidungen erkämpft hat, kann sie inzwischen zur Ruhe und »Normalität« zurückkehren. In der Gruppe ist sie schon sehr »vernünftig«, hört sich die Berichte über ihre Verhaltensweisen an, findet es allerdings in Ordnung, sich mal abgrenzend und ablehnend zu verhalten. Ein Lösungsvorschlag wäre, nach Integrationsmöglichkeiten ihrer kritischen und rebellischen Anteile zu suchen, auch im Intervall.

Im Ernstfall geborgen: Drei Krisenprotokolle

1. Hanna

Kriseninterventionsprotokoll bei Hanna durch Nora

vom 24.4.-28.4.1996

Bereits in der Gruppe geht es Hanna nicht sehr gut. Wir sprechen ausführlich darüber. Hannas Zustand ändert sich dadurch nicht. Sie bekommt eine Spritze von Frau Dr. Sachse (eine Ampulle Ciatyl-Z-Akuphase). Sie ißt dann etwas mit Katharina in der Praxisküche. Die beiden holen Sprudel. Katharina begleitet Hanna nach Hause. Hanna erledigt drei Telefongespräche. Katharina hilft ihr aufzuräumen und fährt dann gegen 21 Uhr nach Hause. Hanna berichtet, daß sie, ohne sich zu bewegen bis nach Mitternacht im Schaukelstuhl saß und dann zu Bett ging.

Am nächsten Morgen um 10 Uhr ruft Katharina an. Hanna gehe es nicht gut. Sie beschließen, daß Hanna als Notfall in die Vereinsräume kommen muß. Die Fahrgelegenheit wird organisiert. Gerd kommt und holt in Begleitung von Nora Hanna ab. Zuvor hat Nora versucht, Nicolas zu erreichen, dann bei ihm auf den Anrufbeantworter gesprochen. Nicolas ruft sehr bald zurück. Als Gerd und Nora bei Hanna vor der Tür stehen, öffnet diese nach einer etwas längeren Wartezeit, weint und sagt, daß noch jemand vom Verein angerufen hätte. Noras größte Angst war, daß Hanna nicht mit in die Vereinsräume ginge. Nachdem sie länger geweint hatte, entschließt sich Hanna doch mitzugehen. In den Vereinsräumen ist Pia mit ihrem Hund. Die Gymnastikgruppe und deren Leiter sind gerade dabei ihr wöchentliches Training abzuhalten. Das Kriseninterventionsteam setzt sich mit Hanna auf den Balkon, Nora macht das Bett im Notfallzimmer bereit, Hanna legt sich hin. Nicolas kommt. Hanna ist wieder in den Vereinsraum hinuntergekommen und ist ständig dabei, Sprudel zu trinken. Nicolas besorgt zwei Kisten Sprudel, bleibt noch eine Zeitlang da und sie reden. Hanna weint öfter, aber spricht mit dem Kriseninterventionsteam.

Frau Dr. Sachse ruft gegen Abend an, erkundigt sich wie es Hanna geht und verordnet nochmals Medikamente. Dr. H. hat Sprechstunde und kümmert sich um die Spritze. Hanna kommt ans Telefon und spricht mit Frau Dr. Sachse, will allerdings vorerst keine weiteren Medikamente. Das Kriseninterventionsteam bespricht mit ihr die Notwendigkeit der Medikamente und nach einem längeren ausführlichen Gespräch ist dann Hanna einverstanden. Sie legt sich danach im Notfallzimmer ins Bett und fühlt sich nach ihren eigenen Angaben ziemlich gut. Plötzlich fällt ihr ein, daß

sie doch lieber nach Weinsberg ins PLK möchte. Ein Einfall, der schwer nachzufühlen ist, da Hanna absolut gegen jede stationäre Aufnahme ist. Dieser Zustand geht allerdings relativ schnell vorbei. Pia, Nora und zeitweilig auch Hanna sitzen im Vereinsraum, Hanna geht bald wieder ins Bett. Pia und Nora bleiben noch auf und reden. Nora schläft oben im »Aquarium«, Pia mit ihrem Hund unten im Vereinsraum. Bevor sie schlafen gehen, sehen sie nochmal nach Hanna, die sich im Bett ganz gut fühlt. Sie sagt, als Nora zur Tür reinkommt, dachte sie, es sei schon Morgen. Es war aber erst kurz vor 24 Uhr. Die Nacht über sei sie ganz ruhig gelegen, war aber wach.

Freitag, 26. 4.

Nora muß von 7 Uhr 30 bis 9 Uhr 30 Uhr nach Hause gehen. Pia ist wach geworden, von Hanna hört man noch nichts. Sigi kommt zum Telefondienst, Tina und Gerd kommen zur Ablösung und kurze Zeit später steht Hanna auf. Sie will nichts essen, nur Sprudel trinken. Nach kurzem Gespräch geht sie wieder nach oben ins Notfallzimmer und legt sich hin. Pia, Gerd und der Hund gehen spazieren. Nora geht einkaufen und kocht. Nachmittags löst Sabine den Telefondienst ab. Pia und Sabine betreuen nun Hanna. Brigitte B. kommt mit eiskalter Himbeermilch, die dann Hanna auch zu sich nimmt. Es schmeckt ihr gut. Um 22 Uhr 30 gehen alle bis auf Nora, die auch diese Nacht Hanna betreut. Beide haben sehr gut geschlafen.

Samstag, 27. 4.

Bald nach Nora steht auch Hanna auf. Auch Gerd kommt früh, sie frühstücken zusammen. Hanna duscht und zieht frische Wäsche von Nora an. Nach dem Frühstück legt sie

sich wieder nach oben ins Notfallzimmer. Die anderen sitzen im Vereinsraum, wo sie in wechselnder Besetzung, teils mit Hanna, teils ohne Hanna Dienst tun, sich unterhalten. Christian kommt, er fährt, um Hannas Post zu holen. Nora holt ein türkisches Gericht für alle. Christian geht bald wieder, Nora wäscht die Pflanzen in der Praxis ab. Hanna hat sich wieder hingelegt. Am frühen Nachmittag gehen sie Eis holen, Hanna geht mit, verläßt also erstmals wieder die Praxis. Sie sitzen auf dem Marktplatz vor dem Rathaus. Katja kommt mit ihrem Hund vorbei, setzt sich dazu. Sie gehen dann alle wieder in die Praxis. Katja hat Hanna ein selbstgemachtes Fensterbild mitgebracht. Sie spielt Gitarre und singt zusammen mit Hanna. Bleibt bis 20 Uhr. Hanna und Nora essen etwas, Hanna geht ungefähr um 21 Uhr ins Bett. Nora bleibt noch unten und macht Gymnastik. Sabine ruft an, erkundigt sich. Nora geht gegen 22 Uhr nach oben, schaut nochmals nach Hanna, die noch einmal zur Toilette will. Es geht ihr ganz gut, sie ist aber ziemlich erschöpft. Beide schlafen sehr gut.

Sonntag, 28.4.

Nora steht um 7 Uhr 30 Uhr auf und trinkt Kaffee. Hannas Freund ruft um 8 Uhr an. Da diese noch schläft, ruft er um 10 Uhr erneut an. Ein älterer Patient kommt, sie frühstücken zu dritt. Hanna wäscht ihre Haare. Nach dem Frühstück spült sie Geschirr, legt sich dann wieder hin. Nicolas und einige andere Mitglieder des Interventionsteams rufen an und erkundigen sich. Hanna kommt wieder herunter und sie richten das Mittagessen. Christian erscheint mit Katja, Sabine bringt Kuchen, geht bald wieder. Miliza kommt mit einem Erdbeerkuchen und geht auch bald wieder. Peter, der Freund von Hanna kommt, so daß Christian, Katja und

Nora Eis essen und Spaziergehen können. Für Hanna ist es zunächst sehr schön, daß ihr Freund da ist, aber er löst bald alte Verhaltensmuster und Gedanken aus, so daß sie ihm den Schlüssel zu ihrer Wohnung gibt, damit er dort übernachten kann. Hanna wird immer unruhiger, telefoniert dann mit ihrer Chefin, versucht nochmals, sich auszuruhen, kommt wieder herunter. Christian und Katja sind am gehen, Nora ist noch da.

Als die Praxis ruhig geworden ist, Nora mit Hanna alleine bleibt, beruhigt sie sich wieder, schläft die Nacht gut, so daß Montag früh die Krise bereits behoben ist. Einige Tage später kann Hanna wieder arbeiten gehen.

Normalerweise wurde Hanna in diesem Zustand ins PLK Weinsberg verbracht, wo sie unter hohen Medikamentendosen mehrere Monate für ihre Heilung gebraucht haben soll. Es läßt sich bei ihr sehr schwer entscheiden, inwieweit es die Krankheit, inwieweit die Medikamenteneinwirkung und der Einfluß der reizüberflutenden Wachsaalatmosphäre die Länge des Aufenthaltes verursachten.

Hannas Bericht:

Nach der Gruppe weiß ich, daß es gut für mich ist, abends noch etwas zu essen. Ich merke aber auch, daß ich nicht die Kraft hätte, noch für mich Essen zu richten. In der Praxis gibt es noch Essen, sogar auch Fleisch. Ich esse zusammen mit Katharina. Das tut mir sehr gut. Ich weiß auch, daß ich nicht mehr viel Sprudel zu Hause habe. Da ich sehr durstig bin, ist es wichtig, Sprudel zu holen. Wir kaufen zusammen

acht Flaschen Sprudel für mich.

Katharina kommt mit in die Wohnung. Sie sieht, daß nicht aufgeräumt ist. Ich telefoniere noch mit drei Menschen, um berufliche Dinge zu klären (nicht einfach zu verschwinden.) Katharina fängt an, in der Küche Geschirr zu spülen, bezieht mich aber mit ein. Gegen 21 Uhr geht Katharina. Sie will fahren, ehe es dunkel ist. Danach sitze ich bis nach Mitternacht im Schaukelstuhl, ohne sonst etwas zu tun und gehe dann zu Bett, wo ich die Nacht über wach liege.

Erst am Morgen sind die paranoiden Gedanken da. Ich beginne, sie aufzuschreiben. Ich würde gerne Katharina anrufen, denke dann, daß es zu früh ist. Sie soll ausschlafen. Ich frühstücke und schreibe während des Frühstücks wieder paranoide Gedanken auf die Rückseite eines Briefumschlages. Da ruft Katharina an. Das Gespräch tut gut, aber dann werde ich wieder verrückt. Irgendwann sind die Gedanken da, daß sich niemand um mich kümmern wird, daß nun keiner mehr anrufen wird, daß nun keiner mehr nach mir schauen wird. Bis ich dann wieder zu mir komme und mir sage, ich kann etwas tun. Ich rufe beim Verein an. G. meldet sich. Mir scheint, als ob er auf meinen Anruf gewartet hätte. Er wirkt fröhlich. Meine Paranoia: Ich denke, er denkt: »Endlich kommt sie von ihrem Hochmut runter«. Ich weine. Aber es kommt auch wieder ein klarer Moment: Ich muß prüfen. Ich weise G. darauf hin, daß er mich wohl immer als »strahlende« fröhliche Hanna kennt. Da ich nun den Eindruck habe, ihm gehts glänzend, prüfe ich auch das nach und frage: »Aber G., es stimmt doch, daß Du mir erzählt hast, Du mußt Tavor nehmen.« Er bejaht und sagt, daß er im Augenblick lernt, zu vertrauen. Auch ich will lernen zu vertrauen.

G. sagt mir auch, daß Nora und Gerd kommen werden,

um mich in die Praxis zu holen. Wir beenden das Gespräch. Ich bin völlig aufgelöst. In dem Augenblick läutet es. Ich öffne heulend die Tür. Nora und Gerd kommen die Treppe hoch. Ich lasse mich bereden, mit in die Praxis zu kommen – bedingt, nur bis zum Abend. Ich nehme folgendes mit: ca. sieben Flaschen Sprudel, Spaghetti, das blaue Tuch, das mir Ingrid und Simone geschenkt haben, meine homöopathischen Tabletten und die Traueranzeige der Familie F.

Im Auto schließe ich meist die Augen. Ich kann das Außen nicht sehen. Ich lasse mich einfach fahren. Gerd fährt uns direkt vors Haus. Auch das ist gut, weil ich keine Wanderung durch die Stadt ertragen hätte. Im Haus sind unter anderem meinen folgenden engen Betreuer, Pia und Hündin Jenny. G. kommt mir entgegen und wir umarmen uns. Die Löwenmäulchen auf dem Balkon irritieren mich. Sind sie dafür da, daß ich sie pflanzen soll, und warum fehlen zwei Töpfchen?

Pia kümmert sich später ums Spaghettikochen, auch da bin ich miteinbezogen. Wir essen dann im Wohnzimmer. Nora zeigt mir »mein« Zimmer. Zunächst war ich der Ansicht, daß ich das Notfallzimmer nicht brauche. Als ich dann das frisch blaßlila bezogene, aufgeschlagene Bett sehe, bin ich dankbar. Auch zu Hause ist das Bett der Rückzugsort, wo ich mich von allem abschirmen kann.

Das Notfallzimmer wird in der Zeit, wo ich in der Praxis bin, zu meinem Zufluchtsort, wenn ich mich zurückziehen will. Das blaue Bild mit dem Hai stelle ich mir irgendwann aus dem Eckle auf den Schrank. Blau tut mir gut, der Hai tut mir gut, und so ist die »große Mutter« auch da. (Gemeint ist Frau Dr. Sachse, deren Unterwasser-Fotografien im Haus an den Wänden hängen. Anm. der Hg.) Ich betrachte auch den Schrank, den Isolde einmal mit Bauernmalerei bemalt

hat. Die Blumen auf der einen Seite sind nicht so kräftig gemalt wie auf der anderen. Ich interpretiere nichts hinein, sondern genieße die Ausstrahlung des Schrankes, und daß Isolde die Künstlerin war. Ich erfreue mich auch an den wunderschönen großen rosa Trichterblüten der Topfpflanze auf dem Fenstersims. Zuerst nehme ich sie gespiegelt im Spiegel der Kommode wahr.

Am Donnerstag nachmittag, als außer mir nur Nora, Pia und Jenny da sind, spüre ich wie ich »zurückfalle« (ich weiß nicht, wie ich den Zustand ausdrücken soll). Ich beginne mit Wasserfarben zu malen und Krickelkrackel mit rotem Buntstift. Ich habe keine Struktur mehr, ich kann keine Struktur mehr zu Papier bringen. Frau Sachse ruft an. Ich denke, ich bin nun sehr in mich zurückgezogen. Sie erzählt, daß ich noch eine zusätzliche Dosis Spritze brauche. Ich nehme alles nicht so recht auf, aber das: »Sonst komme ich, und das wollen sie doch bestimmt nicht.« Ich kapiere für mich und sage: »Ich habe kapiert.« Ich muß mich wieder öffnen und darf Nora und Pia nicht hängenlassen. Ich muß erzählen, so gut es mir eben möglich ist, was in mir vorgeht. Ich schaue auch auf die Uhr und denke, es ist noch nicht Zeit für ein Medikament. Aber ich falle wieder zurück. Ich denke, ich muß nach Weinsberg (psychiatrische Klinik) und sage das dann auch zu Dr. H. (ein Arzt, der die Praxis mit Frau Dr. Sachse teilt, Anm. der Hrsg.), als es darum geht, daß er mir die Spritze gibt.

Für mich ist das stille Dasein von Dr. H. im Haus bis Freitagabend auch heilsam. Er ist da, und wir haben doch nichts miteinander zu tun.

Die Spritze gibt er mir, ohne mit mir zu diskutieren, obwohl ich sagte, ich will nach Weinsberg. Freitag abend, ehe Dr. H. geht, denke ich, ich muß etwas sagen. Ich schaue zu

ihm ins Büro rein und sage, daß Frau Sachse meine Ärztin sei, daß ich es aber gut fand, daß er damals im Winter zu mir nach Hause gekommen ist. Ich merke, wie sich sein Gesicht in meinen Augen verändert, und ich gehe schnell wieder.

Von Donnerstag bis Samstag morgen habe ich die Kleidung an, in der ich gekommen bin. Außer der Strickjacke ziehe ich nichts aus, auch dann nicht, wenn ich mich tags und nachts in Bett kuschle.

Am Freitag nachmittag ist wieder Malzeit. Ich suche nach einer Struktur und ich erinnere mich, daß Kinder immer ein Haus malen. Ich beginne mit Bunststiften ein Haus zu malen. Als für mich Unruhe entsteht, da noch Patienten mit Problemen im Raum sind, male ich feste Stützmauern.

Nachher male ich ein abstraktes Bild. Neben Pia und Jenny sind Sabine M., noch eine Patientin von Dr. H. und dann noch Frank da.

Ich schütze mich. Ich darf ja verrückt sein. Ich bin ein Notfall. Ich singe mein Lieblingslied. »Immer soll die Sonne scheinen, immer soll der Himmel blau sein, immer soll Mutter da sein und immer auch ich.« Die gemalte Sonne bekommt eine dunkle Brille. Auch ich muß in der Psychose oft meine Augen schützen, weil ich dann meine, zu viel zu sehen.

Am Freitag esse ich fast nicht (nur eine Banane und etwas von einem Apfel, den mir Pia brachte). Die kalte Himbeermilch, die Brigitte abends bringt, tut mir sehr, sehr wohl. (In meiner ersten Psychose verlangte ich einmal eiskalte Milch, obwohl ich eigentlich keine Milch pur mag. Und so war jetzt diese Milch mit Himbeeren ein großes Geschenk.)

Obwohl ich psychotisch bin, denke ich diesmal noch an andere Menschen, die mich mögen und sich Sorgen machen

könnten. Ich rufe Ursel an, um ihr mitzuteilen, daß ich im Verein in der Praxis bin. Durch die Auskunft lasse ich mir Ingrids und Simonés Telefonnummer und die Nummer von Bärbel geben, die weiß, daß es mir nicht gut geht. Auch die rufe ich an.

Ich selbst und Nora verhindern, daß ich meine Mutter anrufe. Das war enorm wichtig! Als ich wieder zu Hause bin, kann ich meiner Mutter abgeschwächt erklären, was mit mir war und wie gut ich betreut wurde. Sie hat nun auch die Nummer vom Verein, falls sie sich mal große Sorgen um mich macht. Sollte ich wieder ein Notfall werden, beachtet bitte, daß ihr unbedingt verhindert, daß ich meine Mutter anrufe. Das ist für uns beide kritisch.

Die Angst, die Leute im Haus, wo ich wohne, könnten komische Gedanken kriegen, wenn zwar das Auto da ist, aber die Zeitungen nicht in die Wohnung geholt werden, beseitigt Christian, indem er zu mir nach Hause fährt und meine Post holt.

Am Samstag nachmittag verlasse ich zusammen mit Nora zum ersten Mal die Praxis, um Eis zu holen. Die Menschen sind »dunkel« für mich. Es ist schön, daß Katja uns trifft und auch in die Praxis kommt.

Ich habe fast nichts über meine Gefühle geschrieben. Auch in meinem Notfallzimmer habe ich viel geweint. Vieles kam an die Oberfläche, aber nun ist es auch wieder verschwunden.

Die Betreuung von mir ging weiter, auch nachdem Gerd mich am Montag wieder nach Hause gebracht hat. Nicolas holt mich am Mittwoch in die Praxis. Anneliese begleitet mich, als ich ein Hähnchen holen will. Ich weiß nicht, ob ich den Gang und das Warten ohne ihr Dasein durchgestanden hätte. Auch in der Gaststätte mußte ich mir immer wieder

sagen: Diese Frau, die das Hähnchen richtet, tut nur ihre Arbeit.

Nicolas bringt mich auch wieder nach Hause. Am Donnerstag bringt er mir Sprudel, Bananen und Butter. Samstags sorgt Tina für mich, indem sie für mich einkauft und dann etwas mit mir zusammen ißt.

Pia hat ein Bild mit einem Auge und einer Träne gemalt. Sie erklärt mir später, daß sie damit meine Situation ausdrücken wollte. Ich glaube es entstand da, als ich meine Struktur verloren hatte. Das letzte Bild, das ich gemalt habe, ist ein Baum. Nora fällt auf, daß er dicke Äste hat, aber keine Wurzeln. Ich protestiere, ich habe ihm doch Wurzeln gemalt. Für mich bedeutsam und seltsam, auch beim Malen war, daß der Baum nicht auf dem Papier endet.

Als Dank für Euch alle und in besonderen für meine engen Betreuer Nora, Pia und Hund Jenny, möchte ich schreiben: Es müssen nicht Engel mit Flügeln sein, die Engel ...«

2. Krisenintervention bei Magda durch Hanna

In Magdas Lebenssituation hat sich Wesentliches geändert. Der Vater starb Anfang dieses Jahres. Magdas Bruder übernahm die Betreuung und wurde uns zum Verbündeten, vor allem gegen unnötige stationäre Aufnahmen, die vom Vater erzwungen worden waren. Magda hat keine spürbare Trauerarbeit geleistet. Hin und wieder kamen etwas sentimental eingefärbte Floskeln wie, »wenn Papa das im Himmel jetzt sehen würde« etc., aber im Wesentlichen ist Magda aufgeblüht, kümmert sich entschieden stärker um

ihr Aussehen, fragt die Gruppe, wie sie ihre Frisur und ihre Kleidung ändern könnte, um weniger altjüngferlich auszusehen. Gegen den Wunsch beider Geschwister und auch gegen ärztlichen Rat bestand Magda darauf, die Betreuung ihrer geistig immer stärker verfallenden Mutter zu übernehmen. Möglicherweise liegt es an den lange Jahre gehegten Todeswünschen gegen diese Mutter, daß Magda jetzt alles daran setzen möchte, die Mutter zu ertragen und am Leben zu erhalten, offensichtlich auf Kosten ihrer eigenen Gesundheit.

Unsere Aufgabe ist damit ganz klar definiert: Wir müssen ihr bei dieser kaum zu leistenden Arbeit jede seelische Unterstützung und äußere Erleichterung zukommen lassen. Im Gegensatz zu früher allerdings wendet sich Magda jetzt in Krisensituationen doch direkt an uns und besteht nicht mehr auf Klinikaufenthalt, wenn sie von Wellen von Unsicherheit und Verwirrung überrannt wird. Die täglichen Streitigkeiten und Provokationen zwischen Mutter und Tochter gehen weiter, wobei ich den Eindruck gewinne, daß die Abhängigkeit der Mutter von Magda allmählich stärker wird, als Magdas Abhängigkeit von ihr. Möglicherweise gibt dieses Machtgefühl über die Mutter und die tägliche Überwindung eigener destruktiver Phantasien und rachsüchtiger Impulse Magda ein sehr positives Lebensgefühl. Ihre Verunsicherung drückt sich immer noch durch Medikamentenprobleme aus. Obschon sie sehr genaue Pläne für die Einnahme ihrer Medikation hat, gerät sie immer wieder durcheinander. Man kann das so interpretieren, daß sie sich diese Verunsicherung immer wieder selber verschafft, um dann betreuungsbedürftig zu werden.

Das Zusammenleben mit der Mutter ist so nervtötend und anspruchsvoll, daß Magda häufig an die Grenze ihrer

Belastbarkeit gerät. Anstatt sich dann zurückzuziehen und Betreuungspersonen aus dem sozial-psychiatrischen Dienst zur Hilfe zu holen, kann sie nur einen eigenen Zusammenbruch inszenieren. Der folgende Bericht schildert die Situation, in der Magda zum ersten Mal bereit war, vom Kriseninterventionsteam und ihrer eigenen Gruppe in einer schwierigen Lage Hilfe anzunehmen. Besonders deutlich wird darin Hannas Einfühlungsvermögen für die gemeinsame, äußerst gespannte und schwierige Situation, in der sie letztendlich zwei Patientinnen hatte. Die Verwirrtheit und Angst der Mutter war wohl der Schrittmacher der Krise, so daß Hanna sich stark auch um die Belange der Mutter kümmern mußte.

Kriseninterventionsprotokoll von Hanna bei Magda

Samstag 22.6.

Zwischen acht und halb neun Uhr klingelt bei mir das Telefon. Ich werde dadurch geweckt, Magda meldet sich. Es ginge ihr nicht gut. Sie bräuchte einen Arzt. Ich sage ihr, daß ich in ca. einer halben Stunde bei ihr sein werde. Ich spreche telefonisch mit Nora und vereinbare mit ihr, sie um zehn Uhr im Verein anzurufen. Ich spreche auf Nicolas Anrufbeantworter. Dann beginne ich wie üblich den Morgen und bin gegen neun Uhr bei Magda. Es ging ihr schon Freitagnachmittag nicht gut und ihre Mutter macht ihr Vorwürfe, daß sie da nicht einen Arzt aufgesucht hatte. Abends kommt sie durcheinander, weil die Tagesmedikation noch in ihrem Medikamentenschächtelchen war. Sie kann in der

Nacht nicht schlafen, liegt nur grübelnd im Bett. Sie weiß, daß der Notarzt sie nach Wiesloch einweisen würde, da er ihre Krankengeschichte nicht kennt. Sie weiß, daß ihr kein Neurologe oder sonstiger Arzt helfen kann. Sie will für eine Woche in die Johannesanstalten. Ich mache ihr klar, daß das jetzt am Wochenende nicht zu regeln ist. Magda liegt auf der Liege in Vaters Arbeitszimmer, hält meine Hand und erzählt. Ihre Mutter sitzt auf einem Stuhl und redet ab und zu dazwischen. Die Mutter erregt sich, wenn Magdas Hand etwas stärker zittert, weil Magda aufgeregt ist.

Um zehn Uhr rufe ich Nora an. Auch Magda spricht mit ihr. Nora empfiehlt mir, mit Magda zusammen deren Medikamente aufzuschreiben, da Magda unruhig wird, wenn es Unsicherheiten bezüglich ihrer Medikamente gibt. Magda selbst dirigiert mich, wie ich das Tableau für morgens, mittags, abends und nachts anlegen soll, diktiert mir die Medikamente und erklärt, wofür sie sind. Lithiumpräparat, etwas gegen Zittern, Antidepressivum und das viermalige Tavor.

Magda möchte nicht ruhen, sondern erzählen. Ich habe meine Malsachen dabei und male nun nebenbei eine Postkarte, sitzend an Papas Schreibtisch.

Es taucht das Problem auf, was mittags gekocht werden soll. Magda hatte am Vortag vergessen, Suppengemüse zu kaufen. Ich merke, daß Sehnsucht nach so einer Suppe besteht, vor allem bei ihrer Mutter, und nicht nach einer »Päcklesuppe«. Ich beschließe einkaufen zu gehen. So kann ich auch etwas für mich besorgen, Magda gibt mir die Anweisungen und Geld.

Nachdem ich zurückkomme, kocht die Mutter dann die Suppe. Zusammen haben sie und Magda während ich fort war Pudding gekocht. Wir essen gemeinsam. Das anschlie-

ßende Geschirrspülen will Magda alleine mit ihrer Mutter erledigen. Ich lege mich aufs Sofa und darf mich in eine Decke einkuscheln. Auch Magda und ihre Mutter ruhen dann. Nachmittags telefoniere ich wieder mit Nora. Die Frau, die oben im Haus wohnt, macht einen Besuch bei Magda und ihrer Mutter. Ich überrede Magda, doch eine kleine Runde mit mir spazieren zu gehen. Sie unterhält sich im Treppenhaus mit der Besitzerin des Hauses, die dort putzt. Sie hat ein Augenleiden. Unterwegs unterhält sich Magda mit einer Nachbarin, die auch ihre Probleme kennt, aber Magda auch Mut macht. Nach dem Spaziergang meint Magda, es ginge ihr besser. Die Frau vom Haus ist noch da. Es ist ca. 17 Uhr. Ich beschließe, eine Weile nach Hause zu gehen und verspreche um 20 Uhr nochmals zu kommen.

Zu Hause rufe ich Nicolas' Anrufbeantworter an. Ich telefoniere nochmal mit Nora. Erreiche auch Katja, die mir versichert, daß am Wochenende in den Johannesanstalten auch kein psychiatrischer Arzt anwesend ist und im Notfall oft auch ein Nichtpsychiater kommt. Ich kann das dann auch Magda noch mitteilen. Von Christian erhalte ich die Telefonnummer von Dr. H.

Nicolas ruft mich an und wir vereinbaren, daß er sich am Sonntag um Magda kümmern wird, da ich sehr erschöpft bin.

Ehe ich wieder zu Magda fahre, rufe ich Dr. H. an. Er ist da. Ich schildere ihm die Situation. Ich sage, daß es nicht gut ist, wenn ich zu Magda sage, »Du nimmst jetzt dieses Medikament«, sondern, daß dies ein Arzt sagen muß. Wir beschließen eine halbe bis eine Rohypnol und ein bis fünf mg Haldol, wenn ich es für notwendig erachte. Dr. H. gibt mir auch die Telefonnummer von dort, wo er später am Abend sein wird.

Punkt 20 Uhr bin ich wieder bei Magda und ihrer Mutter. Den beiden wäre es nun wohl doch lieb, ich würde über Nacht bleiben. Ich zögere die Entscheidung hinaus. Wir telefonieren mit Dr. H. Er spricht mit Magda und dann nochmal mit mir. Er meint, daß Magda die Nachtmedikation auch schon vor 22 Uhr nehmen könnte. Auch Magdas Mutter merkt, daß ich sehr erschöpft bin und so darf ich mich wieder im Wohnzimmer aufs Sofa legen, während die beiden im Arbeitszimmer fernsehen. Ich spüre, daß ich unmöglich in diesem Haus die Nacht verbringen kann, daß ich nicht schlafen könnte. Magda will ihre Medikamente nicht früher nehmen. Sie kann erst schlafen gehen wenn es dunkel wird (deshalb liebt sie den Winter). Um halb zehn Uhr ruft wie abgesprochen, Nicolas an. Magdas Mutter will ans Telefon gehen. Ich sage, daß es Nicolas sein wird, und so läßt sie mich ans Telefon. Sie geht wieder zu Magda in den Fernsehraum. Nicolas meint, ich müsse nun einfach härter auftreten. Magda müsse nun die Medikamente nehmen. Ich teile ihm mit, daß ich ihr die halbe bis eine Rohypnol geben werde und der Ansicht bin, daß sie kein Haldol braucht. Dann geht alles relativ schnell. Magda ist der Ansicht, ihre Mutter müsse jetzt ins Bett. Ich mache ihr klar, daß auch sie jetzt ins Bett muß. Sie geht ins Bad und kommt im Nachthemd wieder. Zu ihren gerichteten Medikamenten will ich ihr zunächst nur eine halbe Rohypnol geben, sie nimmt aber dann schnell auch die andere Hälfte und schluckt diese auch. »Aber Dr. H. hat doch von noch einem Medikament gesprochen!« Also viertele ich ihre 10 mg Haldoltablette und sie erhält also noch 2,5 mg Haldol. Ihre Mutter beginnt nun auch, sich auszuziehen. Ich spüre, daß es für beide wichtig sein könnte, die Türe abzuschließen und so verabschiede ich mich ganz schnell und gehe und hoffe, daß das Tavor,

die Rohypnol und das Reden mit Dr. H. wirken werden.

Am Sonntag morgen rufe ich Magda an und erfahre, daß ich nicht die Erste bin, sondern Nicolas schon angerufen hat. Magda macht einen guten Eindruck. Sie sagt: »Der Montag rückt näher«. Sie hat nicht lange, aber tief geschlafen.

Abends rufe ich nochmal an und erfahre, daß Nicolas nachmittags bei ihr war. Wir vereinbaren, daß ich sie montags mit in die Praxis nehme. Als ich sie am Montag morgen anrufe, erfahre ich, daß sie die Arzthelferin noch nicht erreicht hat, daß es ihrer Mutter schlecht ginge und sie auf den Anruf deren Ärztin wartet. Als ich später nochmals anrufe, erfahre ich, daß die Ärztin nachmittags kommen wird und Magda bis dahin ihre Mutter nicht allein lassen wird.

Zusatz: Magda wäre gerne in die Johannesanstalten gegangen, ohne sich Gedanken zu machen, was dann mit ihrer Mutter ist. – Magda weigert sich, mit in die Praxis zu gehen, auch nicht für ein paar Stunden. In der Praxis ist kein Arzt. Selbst die Mutter merkt, daß es Magda im Laufe der Zeit meines Daseins besser geht.

3. Camilla

In diesem letzten Protokoll geht es um die Kriseninterventionsbetreuung bei einer jüngeren Patientin, die nicht der bisher ausführlich beschriebenen Gruppe angehört, sondern der Gruppe der jüngeren Psychotiker.

Camilla entstammt einer wohlhabenden bürgerlichen Familie, sie ist die ältere von zwei Töchtern. Bereits ihre ersten Kindheitserinnerungen beziehen sich auf Streitig-

keiten und Handgreiflichkeiten zwischen den Eltern, die sich scheiden ließen, als Camilla fünf Jahre alt wurde. Unter diesen Bedingungen existierte selbstverständlich keine bewahrende Umwelt und keine entwicklungsfördernde Zuwendung zu den Kindern. Beide Eltern dominierten, jeder auf seine persönliche, strukturgemäße und jedenfalls eindeutige Art, so daß die Kinder Statisten waren. Meine Vorstellung von Camillas frühesten Kinderjahren beinhaltet chaotisch aufgewühlte, emotional außerordentlich erregte Situationen, in denen Camilla zwischen den Eltern steht, schlichtend oder ratlos oder lediglich vor Schrecken gelähmt. Frühe Ohnmachtsgefühle und Verfolgungsängste waren die Konsequenz, da die Eltern offensichtlich nichts außer gegenseitiger Kränkungen und Destruktionen im Sinn hatten.

Obschon die Ehe aufgelöst wurde, blieben die beiden Kriegsgegner aneinander gekettet, stritten sich über Geld und Erziehungsmaßnahmen, während ihnen die Kinder entglitten, zunächst in eine frühe, von der Notwendigkeit diktierte Unabhängigkeit, später in die Drogenszene, in Zuhälterkreise. Während die Schwester den Eltern mit dieser Verkommenheit ihren eigenen Untergang präsentierte, ohne die gewünschten Schuldgefühle erzeugen zu können, raffte sich Camilla auf und trat der Kommunistischen Partei Deutschlands bei, war Bader-Meinhoff-Sympathisantin, arbeitete aktiv bei Amnesty International mit. Sie wurde mehr und mehr isoliert, zu einer Einzelkämpferin und Einzelgängerin, da die Gruppierungen, zu denen sie gehörte, sich entweder politisch eines besseren besonnen haben oder ins Gefängnis gewandert sind. Sie hält allerdings an ihrer politischen Identität fest, beschäftigt sich fast ausschließlich mit sozialen und politischen Fragen, leidet sehr persönlich

an ihrer Ohnmacht angesichts der Kriege, der Hungersnöte und der Situation in der Dritten Welt. Im Rahmen ihres politischen Engagements neigte sie zu Radikalisierungen, zu Intoleranz und militanten Einstellungen, nahm an verbotenen Demonstrationen teil, wobei sie sich hartnäckig und furchtlos der Polizeigewalt entgegensetzte.

Wann ihre überwertigen Ideen ein psychotisches Ausmaß anzunehmen begannen, ist nicht ohne weiteres feststellbar. Bei näherer Kenntnis ihrer Krankheit habe ich den Eindruck, daß die Psychose einer Ohnmacht entstammt, diese Ideen, die ihr lebenswichtig erscheinen und ihre Identität ausmachen, nicht verwirklichen zu können. Mit dem Machtzuwachs, den sie über psychotische Erhöhungen erlebt, erlebt sie auch massive Verfolgungsängste, wobei ihre Verfolger sowohl politischer Natur sind, als auch kriminellen Kreisen entstammen. So kommen wahlweise des Nachts politische Gegner und Zuhälter, rasseln unter ihrem Fenster mit Ketten und verursachen ihr eine Todesangst, an die sie sich in ihren gesunden Tagen kaum noch erinnern kann. Insgesamt vier stationäre Aufnahmen wurden wegen der Psychosen nötig, wobei sie unter der Diagnose einer schizoaffektiven Psychose mit hohen Dosen von Leponex mediziert wurde. Im Anschluß an den letzten stationären Aufenthalt im PLK bekam sie eine Betreuung in Bezug auf Vermögen, Aufenthalt und Behandlung, wobei die Mutter die Betreuung übernahm. Camilla haßt jeglichen Zwang, so daß diese Betreuung für sie eine massive Entwertung und Kränkung bedeutet hatte.

Nach ihrem letzten PLK-Aufenthalt tauchte sie bei mir auf und wollte psychotherapeutisch behandelt werden. Sie wurde in die Gruppe der jüngeren Psychotiker aufgenommen, wobei sie sofort begann, die Gruppenmitglieder

zu beherrschen, vermutlich in der Art und Weise, wie ihre Mutter mit ihr in der Kindheit umgegangen war. Kritik und Zurückweisung gegenüber war sie allerdings stabil und zugänglich, so daß sie ihr Verhalten zumindest vorübergehend korrigieren konnte. Ich habe sehr gehofft, daß Camilla ihre politischen und weltverbesserischen Ideen in das Vereinsleben hineinkanalieren könnte, so daß damit ein Teil ihrer Ohnmachtsgefühle in reale Kompetenz umgewandelt werden könnte. Diese Hoffnung erfüllte sich bald. Sie wurde, wenn auch nur vorübergehend, zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt und zeichnete sich durch Engagement und Tüchtigkeit aus. In diesem ersten Jahr der Therapie ist es uns gelungen, die Pflegschaft aufzuheben und eine massive Reduktion der Medikamente zu erarbeiten. In dieser Zeit war Camilla unabhängig, stark, kritisch und kämpferisch.

Eine besondere Belastung bedeutet für sie ihre Partnerschaft mit einem Alkoholiker, der seine sozialen Probleme und deren Lösung sehr stark auf Camilla delegierte, was genau ihren sonstigen Haltungen und Strebungen entspricht. Dadurch erhält die Beziehung eine ausgesprochen einseitige Gestaltung, so daß Camilla im Wesentlichen erneut die Ungeborgenheit ihrer Kindheit vorfindet. Zu mir besteht eine überwiegend partnerschaftliche Beziehung, wie unter Kampfgenossen, die allerdings eine deutliche Mutterübertragung verdeckt, wobei Camilla von sich aus versucht, ihren symbiotischen Wünschen nicht zu sehr nachzugeben. So finden ihre kindlichen Wünsche mehr auf der Scherzebene statt, wir kommunizieren gelegentlich über ein Übergangsobjekt, eine in unserer Werkstatt gefertigte Maus, der Camilla den Namen gab, sie mit Charaktereigenschaften versah und entzückende Geschichten über sie schrieb.

Camilla wurde, möglicherweise unter dem Druck der Entscheidung, ihren Freund zu verlassen, psychotisch. Sie war zu der Einsicht gekommen, ihm nicht helfen zu können, solange er selbst nicht zum Alkoholentzug bereit war. Es könnte sich dabei um Wiederholung der in der Kindheit erlebten Ohnmacht handeln, den streitenden Eltern keinen Frieden verschaffen zu können. Hiervon wollte sie sich in der psychotischen Aufkündigung von Rücksichtnahme und Idealismus befreien. In dieser Situation wurde die Mutterübertragung außerordentlich deutlich. Sie suchte körperliche Nähe und Anlehnung. Eines Abends rief sie vom ersten zum zweiten Stock hinauf: »Mammi, kommst Du endlich nach unten?« Ich antwortete ihr, ohne nachzudenken: »Ich komme sofort.« Ich ging dann hinunter in den Vereinsraum. Camilla schaute mich an und sagte: »Mammi, du wirkst aber sehr müde.« Sie strich mir über das Haar und fragte mich, ob sie mir etwas zu trinken bringen könnte. Ich sagte ihr, daß ich jetzt gerne nach Hause ginge, dann meinte sie: »Dann bringe ich Dich an die Tür.«

Diese kurze Regression in eine psychotische Übertragung war schon am nächsten Tag behoben. Beim nächsten Telefongespräch redete sie mich mit meinem Familiennamen an und gab kontrollierte Auskünfte über die Wirkung der Medikation und die Ereignisse der Nacht.

Die Krisenintervention von Camilla dauerte länger als sonst, nämlich insgesamt 14 Tage, wobei sie nur zeitweilig in der Praxis war und nur einige Male im Notfallzimmer übernachtete. In dieser Phase kam es einmal zu einer Situation, in der sowohl Renate als auch Camilla in einer kritischen Situation waren. Einer von beiden blieb nicht anderes übrig, als in das »gesunde« Lager überzuwechseln.

Kriseninterventionsprotokolle von Christian und Hanna

Freitag, 11.10.

Bin gegen 16 Uhr 30 in der Praxis angekommen. Es waren Camilla mit Freund da, sowie Renate. Nora hatte mich angerufen und bat, mich um Renate zu kümmern. Erst da habe ich dann entdeckt, daß nicht Renate, sondern Camilla der Notfall ist. Camilla machte auf mich einen stark psychotischen Eindruck. Als nächstes gebe ich ihr 17 Uhr 30 eine Notfallmedikation, Camilla will aber mit ihrem Freund heimfahren, da sie sich bei ihm offensichtlich wohler fühlt. Camilla gibt an, daß sie von uns gefoltert würde. Ich fahre sie gegen 18 Uhr nach Hause. Ihr Freund kommt mit ihr und der Medikation ganz gut zurecht.« (Christian)

»Wie vereinbart hole ich Nora nach 19 Uhr ab in die Praxis. Ich habe mein Notfallrucksäcke dabei um im Notfall auch zusammen mit Nora und Renate in der Praxis zu übernachten. Ich erfahre, daß Camilla ein Notfall ist. Ich verstehe nicht alles von dem Kuddelmuddel, das auch damit entstand, weil kein »Betreuer« für Renate da war. Aber Marlies, die Dienst hatte, war da und später kam Christian. Mir geht es gut. Ich habe bis 17 Uhr gearbeitet und anschließend am Tai-Chi-Kurs teilgenommen, was mir sehr gut tat. In der Praxis machte mich tief betroffen, als ich von Christian erfuhr, daß Camilla meint, hier gefoltert zu werden und meinte, sie und ihr Freund wären die einzigen, die noch auf der Welt sind. Und ich erfahre, daß nun auch der Freund nicht schlafen kann. Mein spontaner Gedanke: ich müßte

zu ihr fahren. Nora meint dann, Camilla hat von Christian die Medikamente und sie wird schlafen. Wir sollten sie jetzt lassen. Mein Körper meldet sich auch. Ich habe Hunger. Das ist jetzt wichtig. Essen. Und Renate hat vorgesorgt. Sie hat für's Abendessen Käse, Wurst, Brot und Gurken eingekauft. Wir richten das Abendbrot und essen gemeinsam. Später kommt noch Birgit. Irgendwann werde ich sehr müde. Ich gehe. Christian, Nora und Renate werden die Nacht in der Praxis verbringen. Zu Hause ist Stille und Geborgenheit, ich spüre und bete, daß die Nacht für Camilla gut ist. Ich spüre auch, daß es für uns alle wichtig ist, daß Camilla am Samstag in die Praxis kommt. (Ihre Mutter will kommen). Ich kann loslassen und vertrauen und schlafe dann tief, wache aber morgens bald auf.

Samstag, 12. 10.

Ich hole ein paar Sachen zum Frühstück und fahre in die Praxis. Ich klinge. Christian macht auf. Renate und Nora sitzen im »Wohnzimmer« und machen einen sehr verschlafenen Eindruck. Ich erfahre, daß Camilla doch in die Praxis kommen und Christian sie abholen wird. Ich bin so froh. Wir richten das Frühstück und Camilla und Christian sind zum Frühstück auch da. Von Renate läßt sich Camilla ein Brötchen schmieren. Es fällt mir schwer nun zu beschreiben, wie sich Camilla verhält und was mich berührt. Ich selbst spüre nur: sie ist unsere Camilla. Renate, unser ursprünglicher »Notfall« ist nun unweigerlich in der Rolle eines Kristeninterventionshelfers. Ich gehe dann in die Bücherei, um meine geliehenen Bücher zurückzugeben und kaufe Gemüse für's Mittagessen ein. Nora bringt Camilla ins Notfallzimmer und gemeinsam suchen sie ein

Kuscheltier zum Mitnehmen aus. Irgendwann nehme ich meine Malsachen mit nach oben. Schaue kurz zu Camilla hinein, die anscheinend schläft und male oben.

Dann kommt Nora und fragt nach dem Gemüse aus meinem Korb. Sie fängt an, die Karotten zu putzen und zu schnippeln. Ich komme dann und putze und schnipple die Kartoffeln. Dann kommt Renate und putzt und schnippelt den Lauch. Wir kochen einen Gemüsesuppeneintopf. Zum gemeinsamen Essen kommt dann auch Camilla. Die untere Haustüre wurde abgeschlossen, da wir uns so sicherer fühlen, daß Camilla nicht plötzlich verschwunden ist. Ruth kam auch und aß etwas von unserer Suppe. Wir verbringen den Nachmittag gemeinsam im Wohnzimmer. Camilla, die ein T-Shirt ohne Ärmel anhatte, hat inzwischen einen kuscheligen Pullover von Renate an. Camilla hat »aktive« Phasen und Ruhephasen.

Stichpunkte: »Arbeit« am Computer.

Vorlesen aus einem Nahostkonfliktbuch.

Hilfe in der Küche.

Als ihr die Musik, die Renate spielen läßt, nicht gefällt, entscheidet sie sich für die Platte von Bettina Wegener, den »Schreihals«.

Als das Renate nicht gefällt und R. Claidermann drankommen soll, sagt sie, noch ein Lied für Hanna und mich: »Sind so kleine Hände ...« Bettina Wegener ist auch eine »Freundin« von mir und ich kenne und liebe dieses Lied. Camilla wählt die richtige Stelle auf der Platte und wir singen dazu: »... Leute ohne Rückgrat haben wir genug.« Dann sage ich, so und jetzt ist Schluß, und Camilla stoppt die Platte und dann kommt der für alle beruhigende R. Claidermann dran.

Camilla zitiert Martin Niemöller und schreibt den Spruch

auch auf, malt ihn später aus. Schon freitags hatte Camilla ihr Tagebuch dabei und Renate daraus vorgelesen. Sie hat es auch am Samstag dabei und wir alle dürfen darin lesen. Sie macht auch weitere Eintragungen. Lustig für uns alle ist, als Christian, der es kann, uns allen den Blutdruck mißt. Etwa ab 16 Uhr drängelt Camilla, daß sie nach Hause will. Sie akzeptiert es, als Christian sagt, daß ihr Freund sicher noch einiges zu erledigen hat. Später meint sie dann, daß Maria (Gruppenmitglied) sie nun ja heimbringen könnte. Sie befragt uns. Sie telefoniert auch mit ihrem Freund. Zwischendurch fragt sie jeden einzelnen von uns: »Muß ich nach Wiesloch?« Gegen 18 Uhr fährt Maria Camilla heim. Auch Renate, die vorhatte schon Samstag abend heimzufahren, geht. Nora möchte auch heim. Sie will am Sonntag für sich alleine sein. Unser treuer Christian bleibt die Nacht alleine in der Praxis. Ich verspreche ihm, am Morgen zum Frühstück zu kommen.

Klaus (Gruppenmitglied) hat am Abend, kurz ehe Camilla ging, angerufen. Christian ist besorgt, daß Klaus beleidigt sein könnte. Ich konnte nachmittags mit Hilfe von Christians Baby-Shampoo meine Haare waschen. In der Nacht schlafe ich lange nicht ein. Aber irgendwann schlafe ich kurz, aber tief. Werde lange, ehe die 6-Uhr-Glocken läuten, wach, stehe aber erst gegen 7 Uhr 30 auf.

Sonntag, 13. 10.

Komme gegen 9 Uhr in die Praxis. Es riecht nach Kaffee. Christian duscht noch, während die Eier kochen und dann frühstücken wir beide. Gerd kommt und bleibt eine Weile. Christian telefoniert mit Klaus und will ihm klarmachen, daß er nicht beleidigt sein muß. Christian telefoniert mit

Camillas Freund. Camilla wird wahrscheinlich von ihm und einem Bekannten gebracht werden, so daß Christian sie nicht holen muß. Frau Sachse ruft an. Sie hat vorher auch mit Camilla und Renate telefoniert. Christian guckt die »Sendung mit der Maus« an. Ich übe im Flur Tai-Chi-Übungen. Christian schnippelt ein Würstchen in die Suppe, macht diese warm und serviert uns beiden das Mittagessen. Als wir fast fertig sind mit Essen, kommen Camilla, Jenny, Clemens und Camillas Freund.

Im Ort ist ein Fest und Blasmusik dringt zum Fenster rein, was – wie wir in der Nachbesprechung feststellen – die Herstellung einer reizarmen Umgebung erheblich behindert. (Hanna)

Hier endet das Protokoll. Camilla war am nächsten Morgen soweit wieder hergestellt, daß wir ihrem Drängen, nach Hause zu ihrem Freund zu gehen, nachgeben konnten. Es schien ihr absolut wichtig, wieder in die Rolle der Betreuenden und Fürsorglichen zurückzukehren, da sie die Krisenintervention als eine Entmachtung erlebt hatte. Daß sie sich dadurch bedroht fühlte, hatte sie auch wahnhaft geäußert – in der Vorstellung, sie würde auch hier gefoltert werden. Sie war immer noch nicht ganz stabil, ihre Rückkehr in die Partnerschaft eher eine Überbeanspruchung als eine hilfreiche Unterstützung. Wir haben sie dennoch nach Hause gehen lassen, weil Camilla auf jeden Zwang feindselig reagierte. So konnte sie bei Verschlechterung ihres Zustandes die Krisenintervention wieder freiwillig in Anspruch nehmen, was sie auch zu tun versprach.

Ein Biotop ist kein Idyll

Ein Nachwort von Ursula Plog

Die Chance, ein Nachwort zu schreiben, nutze ich, um nicht nur im Staunen und der Bewunderung über die vorgelegte Arbeit zu verharren. Vielmehr greife ich einige Gedanken und Bilder heraus und stelle dar, was mir ergänzend, auch kritisch, eingefallen ist. Insofern hat mich dieser Text sehr angeregt: Weil er viele Bilder auslöst, das eigene Denken öffnet, unmittelbar ins Gespräch zieht.

»Im allgemeinen Sprachgebrauch ist ein Biotop ein Platz, wo man das Wachstum der Lebewesen sich selbst überläßt, so daß Eigenregulationsmechanismen wieder einsetzen können [...] Das Biotop ist also ein Lebensraum, dessen Eigengesetzlichkeit neue Arten und neue Lebensräume hervorbringt. Selbstverständlich muß bei drohenden Katastrophen und negativen Entwicklungen eingegriffen werden, sonst hätte das Biotop lediglich experimentellen Charakter.«

Mit dieser Beschreibung kennzeichnet Lilla Sachse den Ort, an dem die von ihr betreuten Menschen heilsame Erfahrungen machen. In der Tat, Biotope sind keine Idylle. Auch bei diesem Biotop handelt es sich nicht um eine mit Wein und Rosen, Aprikosen und Spalierobst umwachsenen Villa, in der es warm und kuschelig zugeht. Das Biotop, um das es hier geht, hat sehr eigene Charakteristika. Das Haus steht in einer Kleinstadt. Es ist vom Markt her zu sehen, ohne Heimlichkeit und Verborgenheit. Das bedeutet, daß dieses Haus Mutmaßungen, Ausgrenzungen, Verwünschungen, Anschuldigungen nicht nötig hat, sondern öffentliche Wahr-

nehmung und Diskussionen zuläßt, mit einer Klarheit, die auch durch das Arzt-Schild gewährleistet ist. Deutlich wird dennoch, daß die Öffentlichkeit sich zu dem Haus, dem Verein, seinen Mitgliedern und zu der Ärztin distanz verhält. Dieses Verhalten ist vielleicht nicht als distanziert im Sinne einer Abwehr zu verstehen, aber eine gewisse Bedrückung um die Tatsache, daß der Abstand zwischen drinnen und draußen groß ist, wird spürbar.

Von besonderer Bedeutung ist die Gestaltung der Räume. So gibt es einen Raum fürs Leben, für Kontakte, für geordnete und ungeordnete Gesellung. Dann gibt es – gut räumlich getrennt – Behandlungszimmer, die Schutz brauchen, und das wird respektiert. Ein wichtiger Raum ist das Notfallzimmer, das nicht nur für Notfälle gedacht ist, sondern auch für das ganz normale Bedürfnis nach Rückzug und Alleinsein. Daß dieser Rückzug seinen selbstverständlichen Raum hat, den man ohne »Entschuldigung« aufsuchen darf, wenn es einem zu flirrig wird, wenn man die Vielzahl der Reize nicht mehr geordnet bekommt, weist auf die große Sorgfalt hin, mit der auf die Bedürfnisse der immer wieder von psychotischem Erleben bedrohten Menschen eingegangen wird. Diese Gründlichkeit und Zugewandtheit drücken sich auch darin aus, daß für den Fall der Krise und Übernachtung die gewünschten Lieblingsessen bereitstehen. Hier werden Räume und Beziehungen mit großer Ernsthaftigkeit und Bezogenheit gestaltet. Es sind besondere Räume, die zu Offenheit, Gelassenheit, Leichtigkeit, Entwicklung einladen.

Kinder gehen ein und aus. Im Text werden ihre Besuche nicht ganz einhellig dargestellt. Auf der einen Seite sind sie willkommen, auf der anderen Seite bedarf es immer eines Märtyrers, um das Chaos wieder aufzuräumen. Ich halte den

Aufenthalt von Kindern in Räumen, die für psychose-erfahrene Erwachsene konzipiert sind, für sehr bedenkenswert. Ich erinnere mich an lange Diskussionen im »Treffpunkt Waldstraße«, einer Kontakt- und Beratungsstelle in Berlin-Moabit, deren Ergebnis die Einrichtung spezieller Kinder-Räume unter der Leitung von Lilo und Jürgen Fuchs war. Und ich spreche von den Erfahrungen in der Tagesklinik, in der ich arbeite, wo jedes Mal, wenn wir junge Katzen oder Kaninchen haben, Kinder hereinfluten, die den Erwachsenen auch etwas wegnehmen, sie im schlimmsten Fall an den Rand spielen. Nach meiner Beurteilung hängt das mit der spezifischen Ökologie der Räume zusammen. Wenn Kinder offene Räume entdecken, streunen sie rein, usurpieren sie, entziehen sich der Verantwortung, lassen sich schwer begrenzen. Sie brauchen Erwachsene, die ihnen entgegentreten, einen Rahmen geben, Spielregeln aufstellen, zum Einhalten der Regeln anhalten und Verantwortung einklagen. Die innere Bewegung, die dadurch entsteht, ist der offenen und gelassenen Dynamik, die für die Orte Psychose-Erfahrener gewünscht ist, in gewissen Punkten gefährdend entgegengesetzt. Meine Überlegung dazu ist: Ob es nicht eine Aufgabe für die Gruppe der Psychose-Erfahrenen oder ein oder zwei ihrer Mitglieder sein könnte, regelmäßig in der Woche etwas mit den Kindern zu tun? Schularbeiten, Märchen-erfinden, Umgebung erkundschaften... Auch solche Betätigungen sind Beziehungen, müssen wachsen. Gleichzeitig ist die Intention wichtig: Wie können solche Begegnungen und Beziehungen aussehen? Mir ist eine Erwachsene immer Modell geblieben, die uns Kinder bei unseren »freien« Theaterspiel durch Innehalten, Konfrontierung, Strukturierung zu wirklicher Freiheit – und zu der Einnahme von Eintrittsgeldern verholfen hat. Aber auch

da stößt man wieder auf die Frage der unterschiedlichen Bedürfnisse und Begegnungsmuster. Ein Biotop kann nicht für alle da sein.

Ein Biotop ist nicht planbar. Nicht das Arbeiten und Lernen steht im Vordergrund. In dem Bericht spielt vielmehr der Aspekt des Wachsens eine große Rolle: Es wird ange-regt und wachsen gelassen. Gelassenheit und Entwicklung sind Begriffe, die zur Kennzeichnung dieses Biotopes von großer Bedeutung sind, gewissermaßen wichtige Zutaten zu dem Sumpf, in dem diese Blumen wachsen. Diese nicht sorgenfrei getragene Gelassenheit ist unter anderem Aus-druck eines Mangels an Geld, an Personal. Aber an erster Stelle ist sie Ausdruck des Mutes und der großen Sorgfalt Lilla Sachses. Das Biotop ist nicht sich selbst überlassen: Katastrophen werden abgewendet, Medikamente werden gegeben, es wird diskutiert, gelernt, gearbeitet. Der vorgelegte Bericht ist eine Anregung zum Anlegen von Biotopen und auch eine Anweisung, wie man sie schützt.

Etwas anderes habe ich noch herausgepickt, das mir nachdenkenswert ist: Das verwendete Bild der Großfamilie. Die Schweizer Bergbauern oder die indonesischen Reisbauern, die sich über die Grenzen der Familien hinweg im Dorf bei den Ernten helfen, gelten den Selbsthilfegruppen heute noch als Vorbild. Es sind eben gerade nicht die Familien, auch nicht die Großfamilien, die die anstehenden Aufgaben bewältigen, sondern es sind Gruppen, die Selbsthilfegruppen im Spezialfall. Es ist verständlich, daß aus dem theo-retischen Konzept, nach dem die Arbeit von Lilla Sachse ausgerichtet ist, dem Bild der Familie eine grundlegende Bedeutung zukommt. Das mütterliche Halten, die Rückkehr des kranken Menschen in sehr frühe Erfahrungswelten, so daß sein Selbst sich neu gestalten und entwickeln kann, das

Heranwachsen eines neuen psychischen Selbstverständnisses sind Bilder, die an die Familien-Metapher gebunden sind.

Dennoch, denke ich, eignet sich die Metapher nicht, um die Aktivitäten der Psycho-Erfahrenen im Biotop zu fassen. Solange es sich um die therapeutische Arbeit handelt, ist der theoretische Rahmen relevant. Irgendwann aber, möglicherweise beginnend mit der Reise, wahrscheinlich schon früher, beginnt der Aufbruch, findet die Lösung von der Familie statt, beginnt die Wandlung in eine Selbsthilfegruppe. Dafür spricht die Behandlung des Themas Sexualität. In Großfamilien sind sexuelle Grenzübertritte nicht so reif zu klären wie in dieser Gruppe und meist nur unter der Überschrift Mißbrauch zu bearbeiten. In Großfamilien kann zwar einerseits niemand ausgeschlossen werden, andererseits gewährleistet man den familiären Zusammenhalt nur durch Tabuisierung. Auch die Thematik des Gebens und Nehmens und Habens und Lassens wird in dieser Gruppe anders gehandhabt als gemeinhin in Großfamilien, in denen die Organisierung des Erbens eine große Rolle spielt. In dieser Gruppe Psychoseerfahrener helfen sich die Mitglieder gegenseitig und entwickeln ihre Selbsthilfepotentiale: Sie geben, sie nehmen, sie teilen. Die Gruppenmitglieder sind füreinander Bereicherung. In Großfamilien bedeutet jedes Geschwister eine Schmälerung oder gar Gefährdung der eigenen Subsistenzmittel. In Dithmarschen gab es Erbstreitigkeiten, bei denen jüngeren von älteren Geschwistern in der Wiege in die Fontanelle gestoßen wurde, um sie vom Erbe auszuschließen. Mit diesem drastischen Beispiel möchte ich darauf hinweisen, daß die Projektionsfläche »Großfamilie« die Gefahr birgt, eine Idylle zu entwerfen und die spezifischen Bedrohungen auszublenden. Die

Ablösung von der Familie und das Hineinwachsen in familienunabhängige Gruppen ermöglicht Selbsthilfe. Das ist in dem beschriebenen Beispiel geschehen.

Das Werden einer Gruppe, das Wachsen zu einer Selbsthilfegruppe will mir als große Leistung erscheinen. Die Veränderung der Beziehungen der Gruppenmitglieder zu der Therapeutin ist ebenfalls ein Indiz dafür, daß eben diese Leistung geglückt ist. Anfangs ist sie Therapeutin in der von ihr gestalteten und verantworteten, entwicklungsgewährenden und entwicklungsfördernden Umgebung. Die Beziehung zu den Gruppenmitgliedern bleibt distanz und »objektiv«. Erst als die Gruppe sich selbst vertrauen kann, erst als sie gegen den Zweifel der Therapeutin ein Mitglied ausschließt, ist die Kohäsion der Gruppe so groß, daß sich die Beziehung ändert. Die Therapeutin gibt viel Verantwortung, Bestimmung und reale Macht an die Gruppe ab, ohne daß Angst und Schuld entstehen. Vielmehr entwickeln sich gleichberechtigte, partnerschaftliche Beziehungen, in denen ärztliches Wissen als Expertenwissen eine Bedeutung hat, in denen gleichzeitig Lilla Sachse sich auch unabhängig anderen Aufgaben widmen kann. Was mir als Detail, aber dennoch unbedingt wichtig erscheint, ist daß in Notfall- und Krisensituationen immer zwei Gruppenmitglieder anwesend sind. So wird das helfende Wissen geteilt, so wird auch die Identität gefördert und geschützt. Die für diese Gruppe haltende Therapeutin tritt in die Rolle der Ärztin zurück, die auf Anruf kommt.

Man wünscht sich, daß dieser Bericht nicht nur Staunen und Bewunderung auslöst, sondern ähnliche Initiativen anregt, die die Kreativität Lilla Sachses und der Gruppe Psychose-Erfahrener als Anregung aufgreifen. Vielleicht ist das auch ein Anstoß für den Paranus-Verlag: Andere Projekte,

die rund um das Biotop »Einzelniederlassung« entstehen, zu sammeln und vorzustellen. Diese Anregung ist mir deshalb wichtig, weil aus der Schilderung dieses Projektes deutlich wird, daß die Initiatoren solcher Arbeit nicht alleine bleiben sollten. Auch sie brauchen, um in der Sprache des Berichtes zu bleiben, ein Biotop.

Ursula Plog arbeitet als klinische Psychologin/Psychotherapeutin in Berlin-Reinickendorf, wo sie die Arbeit der Tageskliniken koordiniert. Sie ist Mitherausgeberin der Zeitschrift »die Psychotherapeutin« und Autorin zahlreicher Fachveröffentlichungen, u. a.: Klaus Dörner/Ursula Plog: Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1978, Neuaufl. 1996.

Wichtig ist ihr die Mitarbeit im Ausschuß für Aus-, Fort- und Weiterbildung in der DGSP.

Glossar

Die meisten der folgenden Begriffe aus dem Spektrum der Psychologie, Psychoanalyse und Psychiatrie werden von Vertretern unterschiedlicher »Schulen« jeweils etwas unterschiedlich aufgefaßt. Die folgenden Begriffs-Erklärungen orientieren sich an dem theoretischen Hintergrund (u. a. MELANIE KLEIN, O. KERNBERG, s. Literaturverzeichnis), der Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit der Autorin ist.

Abwehr: Operationen/Handlungen, die eine Gefährdung der Integrität eines Menschen verhindern. Richtet sich gegen Triebe und Triebwünsche und läuft überwiegend unbewußt ab.

akut: das unmittelbare Auftreten von Krankheitssymptomen.

Akzeleration: Entwicklungsbeschleunigung.

Borderline: Persönlichkeitsstörung, die häufig mit Suchtphänomenen und autoaggressivem Verhalten (Selbstverletzungen) verbunden ist. Beziehungen zu anderen Menschen werden stark polarisiert zwischen Haß und überschwenglicher Liebe erlebt und immer wieder abgebrochen. Flüchtige psychotische Dekompensationen können auftreten, im Vergleich zur Schizophrenie besteht aber größere Distanz zu den Wahnideen. Die Bezeichnung Borderline (Grenzlinie) stammt aus einer veralteten Definition des Krankheitsbildes als »Grenzfall« zwischen Psychose und Neurose.

Circulus vitiosus: Zirkelschluß, Teufelskreis.

Dekompensation, (psychotische): Offenbarwerden einer latenten Störung durch den Wegfall einer Ausgleichsfunktion.

depressive Position: Phase in der frühkindlichen Entwicklung. Nach MELANIE KLEIN folgt sie auf die → paranoide Position, kann etwa um den 4. Monat einsetzen. Das Kind erfaßt die Mutter als ganzes Objekt und hat Angst vor deren Verlust und/oder Zerstörung. Die depressive Position wird überwunden, wenn das geliebte Objekt auf eine stabile

und beruhigende Weise verinnerlicht wird.
dissoziiert: aufgelöst, getrennt.

Fixierung: a) Die Libido heftet sich stark an bestimmte Personen, Vorstellungen oder Entwicklungsstufen und deren Abwehrformationen. b) Körperliche Anbindung von psychisch Kranken zur Ruhigstellung.

Gegenübertragung: Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Analytikers auf die Person des Analysanden und ganz besonders auf dessen → Übertragung.

Handlungsdiallog: siehe Seite 27 f.

Haut-Ich: Das Erleben der eigenen Haut als bewußt erlebte Grenze zur Außenwelt (einschließlich zur Mutter hin), ebenfalls ein Ergebnis der normalen frühkindlichen Entwicklung, als Zeichen der zunehmenden Distanzierung vom Primärobjekt, das jetzt als vom Kind getrenntes Ganzes wahrgenommen wird.

Hospitalisierung, Hospitalismus: Seelische und körperliche Störungen und Schäden durch lange Anstaltsaufenthalte.

Hypomanie: Leichte Form der Manie, gehobene, heitere Stimmungslage, Lebhaftigkeit, unter Umständen im Wechsel mit leicht depressiven Stimmungen, wobei die Person in der Regel noch für andere Menschen erreichbar ist.

Ich-Funktion/Ich: Bei Freud der zentrale Kern der Persönlichkeit. Sie dient der Realitätskontrolle, ist das individuelle Steuerungszentrum aller emotionalen Impulse, Gedanken, Handlungen und Wahrnehmungen und Mittler zwischen Individuum und Realität, sowie zwischen Es und Über-Ich.

Ich-Schwäche: Mangelhafte Impulskontrolle, Angsttoleranz und Sublimierungsfähigkeit. Das schwache Ich bevorzugt als Abwehr Spaltungsmechanismen anstelle von Verdrängung.

Identifikation, konkordante, komplementäre, projektive Identifizierung: Psychologischer Vorgang, durch den ein Subjekt einen Aspekt, eine Eigenschaft, ein Attribut des Anderen übernimmt und sich vollständig oder teilweise nach dessen Vorbild zu gestalten versucht. Dies kann in verschiedenen Formen vor sich gehen: konkordant = übereinstimmend/ komplementär = ergänzend/ projektiv = übertragen auf andere.

Individuation: Prozeß der Selbstwerdung der Menschen, in dessen Verlauf sich das Bewußtsein der eigenen Individualität bzw. der Unterschiedenheit von anderen zunehmend verfestigt.

intermediär: in der Mitte liegend, ein Zwischenglied bildend.

Introjekt, Introjektion, introjizieren: Das Subjekt läßt in seinen Phantasien Objekte und diesen Objekten innewohnende Qualitäten von »außen« nach »innen« gelangen. Qualitäten anderer Menschen (z. B. Fürsorglichkeit der Mutter) werden verinnerlicht und im eigenen Leben nachgelebt.

Krisenintervention: kurzfristiges Eingreifen in eine akute Krankheits-situation mit dem Ziel, Schlimmeres zu verhindern.

Manie, manisch: »Abnorm«, d.h. unverhältnismäßig heiterer Gemütszu-stand, mit Enthemmung, Triebsteigerung, Selbstüberschätzung bis zum Größenwahn. → Hypomanie.

Manipulation: Bewußter und gezielter Einfluß auf Menschen ohne deren Wissen und oft gegen deren Willen.

Narzißmus, primärer, sekundärer: Eigenliebe. Der Narzißmus bezeichnet einen frühen Zustand, in dem das Kind sich selbst mit seiner ganzen Libido besetzt.

Objekt: Das Objekt dient als Gegenstand des Triebes, der Liebe des wahr-nehmenden Subjektes.

Objektdistanz, Objektkonstanz, Objektverwendung: Verschiedene Formen des Umganges mit dem Objekt.

Ödipuskomplex, ödipal: Bezeichnet nach FREUD im Rahmen eines be-stimmten Entwicklungsabschnittes vom 2. – 6. Lebensjahr die Gesamt-heit der Wünsche des Kindes gegenüber seinen Eltern. Todeswunsch gegenüber dem Rivalen (der Person gleichen Geschlechts) und sexuel-ler Wunsch gegenüber der Person des entgegengesetzten Geschlechts. Der Begriff hat in den letzten Jahrzehnten seine zentrale Bedeutung etwas eingebüßt.

Omnipotenz: Allmacht, absolute (Vor-) Machtstellung.

Paranoia: Verfolgungswahn. FREUD faßt unter Paranoia neben dem Ver-folgungswahn auch die Erotomanie, den Eifersuchtswahn und den Größenwahn.

paranoide Position: Nach MELANIE KLEIN eine bestimmte Modalität der Objektbeziehungen, die für die ersten vier Monate der kindlichen Entwicklung spezifisch ist. Aggressive Triebe koexistieren von vornherein mit den libidinösen Trieben und sind in dieser Phase besonders stark. Das Objekt ist ein Partialobjekt (z.B. mütterliche Brust) und in zwei Teile gespalten, den guten und den bösen. Vorherrschende psychische Prozesse sind Introjektion und Projektion, heftige Verfolgungs- und Zerstörungsangst vor dem bösen Objekt.

Primärobjekt: Das erste Objekt in der frühesten Phase der Persönlichkeitsentwicklung, das Schrittmacherfunktionen für deren Aufgaben innehat (meist, nicht immer, die Mutter).

Projektion, projizieren: Verschiebung und Lokalisierung eines psychologischen Tatbestandes nach außen, d.h. vom Subjekt zum Objekt. Im psychoanalytischen Sinne eine Operation, durch die das Subjekt Qualitäten, Gefühle, Wünsche, »Objekte«, die es verkennt oder in sich ablehnt, aus sich ausschließt und in einem Anderen, einer Person oder Sache, lokalisiert.

Psychodynamik, psychodynamisch: Gesamtheit der innerseelischen Energieimpulse.

Regression: In einem psychischen Entwicklungsvorgang bezeichnet man ein Zurück von einem bereits erreichten Punkt zu einem vor diesem gelegenen Punkt als Regression. Regression bedeutet die Rückkehr des Subjekts zu Etappen, die in seiner Entwicklung bereits überschritten sind.

schizoid: Persönlichkeitsmerkmale bei früher Entwicklungsstörung, die auf den Außenstehenden als ungesellig, introvertiert, gefühllos, abstrakt denkend wirken, bestimmt durch 1) den Versuch, das Selbst und die eigene Identität durch Rückzug vor Beziehungen zu schützen, 2) damit verbunden der Versuch, sich von Beziehungen unabhängig zu machen, 3) Spaltungsvorgänge.

schizoide Verfassung: gesunde Variante, Rückzug von der Außenwelt im Dienste kreativer und schöpferischer Aktivitäten.

Schizophrenie, schizophren: Von EUGEN BLEULER zuerst entwickelter Begriff. Bezeichnet eine Gruppe von Psychosen. Merkmale: Zerfahrenheit des Denkens, Handelns und der Affektivität, Ablösung von der Realität mit Rückzug auf sich selbst und Vorherrschaft eines Innenlebens, das den

Phantasieproduktionen preisgegeben ist (Autismus), eine mehr oder weniger intensive, sehr verschieden systematisierte Wahnaktivität.
Selbstobjekt: Ein Objekt, das ausschließlich dazu dient, die seelische Integration des Subjekts zu gewährleisten.

Trieb, Triebbedürfnisse, Triebwünsche: Nach Freud ist die Quelle eines Triebes ein körperlicher Reiz (Spannungszustand); sein Ziel ist die Aufhebung des an der Triebquelle herrschenden Spannungszustandes. Am Objekt oder dank diesem kann der Trieb sein Ziel erreichen.

Über-Ich: Nach FREUD eine Instanz der Persönlichkeit. Ihre Rolle ist vergleichbar mit der eines Richters/Zensors des Ich. Funktionen des Über-Ich sind Gewissen, Selbstbeobachtung und Idealbildung. In der klassischen Psychoanalyse ist das Über-Ich das Erbe des Ödipuskomplexes. Es bildet sich durch Verinnerlichung der elterlichen Verbote und Forderungen. Manche Psychoanalytiker (MELANIE KLEIN, GLOVER, SPITZ) setzen die Bildung des Über-Ich früher an.

Übertragung: Vorgang, durch den die unbewussten Wünsche an bestimmten Objekten im Rahmen eines bestimmten Beziehungstypus aktualisiert werden. Es handelt sich dabei um die Wiederholung infantiler Vorbilder, die mit einem besonderen Gefühl von Aktualität erlebt werden. Die Übertragung wird klassisch als das Feld angesehen, auf dem sich die Problematik einer psychoanalytischen Behandlung abspielt. Kurz gesagt: Übertragung ist doppelte Verschiebung – zeitlich (aus der Kindheit in die Gegenwart) und örtlich (vom Kindheitsobjekt zum Gegenstandsobjekt, z. B. auf den Analytiker).

Übertragungspsychose: Sonderform der Übertragung, die in der Behandlung psychotischer und Borderline-Patienten auftreten kann, inhaltlich nicht grundsätzlich unterschieden von der neurotischen Übertragung. Während der Neurotiker seinem Übertragungswunsch Widerstand leistet oder in verhüllter Form darstellt, kann er beim Psychotiker in Gestalt einer wahnhaften Überzeugung Ausdruck finden.

Literatur

- ANZIEU, D.: *Le Moi-peau*. NRP sa. 9, 1974.
- BATESON, G. u. a.: *Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie*. Suhrkamp, Frankfurt/M 1969.
- BALINT, M.: *The Regressed Patient and his Analysis*. In: *Psychiatry* 23, 1960
- DERS.: *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Klett, Stuttgart 1970.
- BENEDETTI, G.: *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1945.
- DERS.: *Analogien zwischen Kinderpsychotherapie und Psychotherapie mit regredierten schizophrenen Erwachsenen*. In: *Acta paedopsychiatrica* 29, 1961.
- DERS.: *Übertragung und Schizophrenietherapie*. In: *Schweizerisches Archiv für Neur., Neurochir. und Psychiat.*, 1963.
- DERS.: *Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen*. In: *Psychotherapie und medizinische Psychologie* 14, 1964.
- DERS.: *Die Handhabung der Regression in der individ. Psychotherapie schizophrener Psychosen*. In: *Psychotherapie, Psychosomatik*, 13, 1965.
- DERS.: *Todeslandschaften der Seele*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1994.
- BION, W. R.: *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften*. Klett, Stuttgart 1959.
- BOWLBY, J.: *Maternal care and mental health*. World Health Organisation, Genf 1952.
- DERS.: *Über das Wesen der Mutter-Kind-Beziehung*. In: *Psyche* 13, 1959.
- DERS.: *Bindung*. Kindler, München 1975.
- BOYER, L. B., GIOVACCHINI, L.: *Die psychoanalytische Behandlung Schizophrener*. Kindler, München 1976.
- DAVIS, M. und D. WOLLBRIDGE: *Eine Einführung in das Werk von D. W. Winnicott*. Klett-Cotta, Stuttgart 1981.

- FAIRBAIRN, W.R.D.: A revised psychopathology of the psychoses and neuroses. In: IJPA 22.
- FINZEN, A. (Hg.): Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. R. Piper, München 1974.
- HEIMANN, P.: Certain functions of introjection and projection in early infancy. 1943/44. In: M. Klein u. a. (Hg.): Developments in Psycho-Analysis. Hogarth Press, London 1952.
- DERS.: Bemerkungen zur Gegenübertragung. In: Psyche 18, 1960.
- DERS.: Über die Notwendigkeit für den Analytiker, mit seinen Patienten natürlich zu sein. In: S. Drews u. a. (Hg.): Alexander Mitscherlich zu Ehren. Suhrkamp, Frankfurt/M 1978.
- JACOBSON, E.: Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp, Frankfurt/M 1973.
- DERS.: Zur psychoanalytischen Theorie der Affekte. In: Jacobson, E.: Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Suhrkamp, Frankfurt/M 1977.
- JASPERS, K.: Psychopathologie. Springer, Heidelberg/Berlin 1913, 7. Aufl., 1937.
- KERNBERG, O.: Gegenübertragung. In: O. Kernberg: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp, Frankfurt/M 1978.
- DERS.: Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart 1989.
- KHAN, M.R.: Ego Distorsion, Cumulative Trauma and the Role of the Reconstruction in the Analytic Situation. In: Int. Jb. Psycho-Anal., Bd. 45, 1964.
- KLEIN, M.: Frühstadien des Ödipuskomplexes. S. Fischer, Frankfurt/M 1991².
- DIES.: Eine Kinderentwicklung. In: Imago, Bd. VII, 1921.
- DIES.: Erwachsenenpsychologie im Lichte der Kinderanalyse. Vortragskurs, gehalten in London 1927.
- DIES.: Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. In: Int. Zeitschr. Für PsA. Bd. XVI, 1930.
- DIES.: Notes on some Schizoid Mechanism. In: Intern. J. of Psychoan. 27, 1946.
- DIES.: Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In: Das

- Seelenleben des Kleinkindes. Klett, Stuttgart 1962.
- DIES.: Die Psychoanalyse des Kindes. Reinhardt, München/Basel 1971.
- DIES. und J. RIVIERE: Seelische Urkonflikte – Liebe, Haß und Schuldgefühl. Kindler, München 1973.
- KLÜVER, R.: Agieren und Mitagieren. In: Psyche 9, 37. Jg., 1983.
- KULENKAMPFF, A.: Möglichkeiten und Grenzen der Mitarbeit von Laien in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: Lauter, H. und J.-E. Meyer (Hg.): Der psychiatrisch Kranke und die Gesellschaft. G. Thieme, Stuttgart 1972.
- LACHAUER, R.: Der »Handlungsdialog« im therapeutischen Prozeß. In: Psyche 44, 1990.
- LAING, R.D.: The Divided Self. Tavistock, London 1959.
- LAMPL-DE-FROOT, J.: Personal experience with psychoanalytic technique and theory during the last half century. In: Psa. Study Child, 31, 1976.
- LEUSCHNER, W.: Psychiatrische Anstalten – ein institutionalisiertes Abwehrsystem. In: Psychiatrische Praxis 12, 1985.
- LIDZ, TH.: Family Settings that Produce Schizophrenic Offspring. In: Problématique de la psychose. Eds. P. Doucet et C. Laurin, Excerpta Medica, Amsterdam 1969.
- LOEWALD, H.W.: On the therapeutic action of psychoanalysis. In: Int. J. Psycho-Anal. 41, 1960.
- MAHLER, M.S., PINE, F. und A. BERGMANN: Die psychische Geburt des Menschen. S. Fischer, Frankfurt/M 1978.
- DERS.: Symbiose und Individuation. Bd I: Psychosen im frühen Kindesalter. Klett-Cotta, Stuttgart 1979.
- MENTZOS, S.: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Suhrkamp, Frankfurt/M 1976, 1989.
- DERS.: Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.
- DERS.: Psychose und Konflikt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.
- DERS.: Drei therapeutische Settings in der psychoanalytischen Psychotherapie psychotischer Patienten. In: Forum der Psychoanalyse 2.
- MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, H.: Frühe Objektbeziehung und künstlerische Produktion. In: Jb. d. Psychoanalyse., Bd. 3, 1964.
- DERS.: Die Wirkung der frühen Erfahrung. Klett, Stuttgart 1975.

- NAVRATIL, L.: Schizophrenie und Kunst. 4. Aufl., München 1972.
- OGDEN, T.H.: Die projektive Identifikation. In: Forum Psychoanal. 4, 1988.
 DERS.: Frühe Formen des Erlebens, Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1995.
- RACAMIER, P.-C.: Die Schizophrenen. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1982.
- RACKER, H.: Übertragung und Gegenübertragung. Reinhardt, München/Basel 1978.
- ROBERTSON, J. und J. BOWLBY: Responses of young children to separation from their mothers. *Courr. Cent. Int. Enf.*, Bd. 2, 1952.
- ROSEN, J.N.: Psychotherapie der Psychosen. Hippokrates, Stuttgart 1962.
- ROSENFELD, H.: Bemerkungen zur Theorie und Praxis der psychoanalytischen Schizophreniebehandlung. In: Benedetti G. und C. Müller (Hg.): 2. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie. Zürich 1959, Karger, Basel/New York 1960.
- SANDLER, J.: On the Concept of the Superego. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 15, 1960.
 DERS.: The background of safety. In: *Int. Jb. Psycho-Anal.*, Bd. 41, 1960; dt. Übers.: Sicherheitsgefühl und Wahrnehmungsvorgang. In: *Psyche*, Bd. 15.
 DERS.: The role of affects in psychoanalytic Theory, physiology, emotion and psychosomatic illness. A Ciba Foundation Symposium, London 1972.
 DERS.: Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. In: *Psyche* 30, 1976.
- SEARLES, H.F.: The nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia. Intern. Universities Press, 1960.
 DERS.: Phasen der Wechselbeziehung zwischen Patient u. Therapeut bei der Psychotherapie der chronischen Schizophrenie. In: *Psyche* 18, 1964.
 DERS.: Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. Kindler, München 1974.
- SECHEHAYE, M.A.: La réalisation symbolique. Nouvelle méthode de psychothérapie appliquée. *supp.* 12, Huber, Bern 1947.
- SEGAL, H.: Introduction of the Work of Melanie Klein. Heinemann, London 1964.

SPITZ, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. Klett, Stuttgart 1956.

DERS.: Nein und Ja. – Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Klett, Stuttgart 1959.

DERS.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Klett, Stuttgart 1960.

DERS.: Das Leben und der Dialog. In: Psyche 26, 1972.

DERS.: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett-Cotta, Stuttgart 1980.

SULLIVAN, H.S.: Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. S. Fischer, Frankfurt/M 1980.

WINNICOTT, D.W.: Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytic set-up. In: Collected Papers, Basic Books, New York 1954.

DERS.: The depressiv position in normal emotion development. In: British Journal of Medical Psychology 28, 1955.

DERS.: On Transference. In: Int. Jb. Psycho-Anal., Bd. 37, 1956.

DERS.: Collected papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis. Tavistock, London 1958.

DERS.: The Theory of the Parent-Infant-Relationship. In: Int. Jb. Psycho-Anal., Bd. 41, 1960.

DERS.: Primäre Mütterlichkeit. Psyche, Bd. 14, 1960/61.

DERS.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Psyche, Bd. 23, 1969.

DERS.: Psychoses and Child Care. In: Brit. J. Med. Psychol. 26, 1973.

DERS.: Familie und individuelle Entwicklung. S. Fischer, Frankfurt/M 1984.

DERS.: Aggression. Versagen der Umwelt und anti-soziale Tendenzen. Klett-Cotta, Stuttgart 1988.

DERS.: Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart 1987.

DERS.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. In: Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung, S. Fischer, Frankfurt/M 1988.

DERS.: Babys und ihre Mütter. Klett-Cotta, Stuttgart 1990.

Über die Autorin

1942 in Ungarn geboren. 1956 anlässlich des ungarischen Aufstandes das Land verlassen. Oberschule und Abitur, Salem, am Bodensee. Studium der Medizin in Freiburg und Wien, Staatsexamen 1968. 1970 bis 1974 Facharztausbildung in Heidelberg. Psychoanalytische Ausbildung von 1971 bis 1976. 1974 bis 1976 an der Psychiatrischen Landeslinik Wiesloch. Niederlassung als Psychiaterin und Psychoanalytikerin 1976 in Heidelberg. Seit 1984 Praxis Mosbach, seit 1994 Einrichtung des Biotops, seit 1975 (Gründungs-)Mitglied der Arbeitsgruppe »Gruppentherapie mit Schizophrenen«.



Dozentin bei der Arbeitsgemeinschaft für überregionale Weiterbildung in analytischer Psychosen-Therapie. Dozentin für den Themenbereich »Frühe Störungen« beim »Südwestdeutschen Arbeitskreis für Psychotherapie« e.V.

BRÜCKENSCHLAG

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie · Literatur · Kunst

