Gemeinschaft und psychische Krankheit[1]

■ **D. Hell**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Zur Bedeutung von Gemeinschaft und psychischem Kranksein

Lassen Sie mich zunächst versuchen, auf die Weisheit der Sprache zu achten, um dem Zusammenhang von Gemeinschaft und Kranksein nachzugehen. Ich beginne mit der Herkunft des Wortes *Gemeinschaft.* Es leitet sich vom Wortstamm «gemein» ab. Gemein ist aber doppelsinnig. Es bedeutet sowohl im positiven Sinne «mehreren zukommend», «gemeinsam» wie auch im abwertenden Sinn «gewöhnlich», «alltäglich». Damit steckt im Wort Gemeinschaft bereits die Möglichkeit, das gemeinsame Zusammenleben hoch oder tief einzuschätzen, es entweder als wechselseitige Beziehung zu schätzen oder, was vielen gemein ist, als gewöhnlich bzw. gemein oder wertlos zu taxieren. Aus der positiven Bedeutung von gemein – oder lateinisch communis – hat sich die Gemeinde oder die Kommune entwickelt, aus der negativen Beurteilung der Gemeinplatz oder die Gemeinheit.

Die Gemeinschaft ist das, was Menschen miteinander teilen. Es kann Ausdruck emotionaler Verbundenheit und Vertrautheit sein. Es kann aber auch als Verpflichtung und als Druck wahrgenommen werden.

In einer Zeit, die den Individualismus hoch hält und den Wert des Menschen als Einzelnen betont, läuft die Gemeinschaft Gefahr, eher im negativen Sinne als das Allgemeine und Gewöhnliche oder als das nur Verpflichtende abqualifiziert zu werden. Das Verbindliche und Gemeinnützige der Gemeinschaft droht dann zur gemeinen Sache zu werden, die den Einzelnen behindert statt fördert.

Während die Gemeinschaft auf emotionaler Bindung und Vertrauen beruht, basiert die Gesellschaft auf Nützlichkeitserwägungen. Die Gemeinschaft wird auch in den Sozialwissenschaften durchwegs als zwischenmenschliche Beziehung gesehen, die emotionalen, persönlichen, beständigen und solidarischen Charakter hat und Vertrauen voraussetzt. Demgegenüber wird die Gesellschaft – entsprechend der sprachlichen Herkunft als Gesellenschaft – als ein Verbund von Menschen gesehen, der durch Nützlichkeitserwägungen zusammengehalten wird und rationalen, vertraglichen und eher vorübergehenden Charakter hat. Die meisten Sozialwissenschaftler – von Tönnies und Weber bis hin zu Habermas und Sennett – stimmen darin überein, dass die gemeinschaftliche Organisationsform die ursprünglichere ist und erst in der Moderne mit Ausbreitung von Industrialisierung und Kapitalismus zunehmend von einer marktwirtschaftlich orientierten Gesellschaft verdrängt worden ist. Trotzdem ist die Sehnsucht nach einer emotional getragenen, vertrauensvollen und solidarischen Gemeinschaft nie gewichen.

In psychologischer Hinsicht steht für die Gemeinschaft prototypisch die Mutter–Kind-Beziehung, wie sie in der westlichen Kultur tausendfach in Maria mit dem Jesuskind abgebildet worden ist. Noch in der Psychoanalyse wird die Mutter–Kind-Beziehung als Keimzelle einer Gemeinschaft mit dem höchsten Wert bedacht. Das Gegenbild stellen die Wüstenväter dar, die sich wie Antonius der Dorfgemeinschaft entziehen und sich einsam in die Wüste zurückziehen, um sich dort im kargsten Umfeld selber zu verwirklichen. Es ist wohl kein Zufall, dass heute in der stärker individualisierten modernen Gesellschaft das Interesse an den Wüstenvätern eine unerhörte Renaissance erfährt, während Maria mit dem Kind – vom New Age unbeachtet – in den traditionellen Kirchen zurückgelassen wird.

Auch die psychisch Kranken sind vom Einstellungswechsel zur Gemeinschaft betroffen. *Krank* meint vom sprachlichen Wortsinn her zunächst einmal schwach, ohnmächtig, schlecht und gering. Damit lässt sich krank leicht in Beziehung bringen zum abwertenden Wortsinn des Gemeinen: krank ist dann gleichbedeutend mit nichtswertig, gewöhnlich. Insbesondere die psychische Erkrankung lässt sich als «gemeine» Erkrankung auffassen, die sozial nichts Wertvolles darstellt und abschätzig behandelt werden kann. Diese Einschätzung kann sich besonders verbreiten, wenn die Gemeinschaft als positiver Wert an Bedeutung verliert und das rationale Nützlichkeitsdenken einer Gesellschaft sich durchsetzt. Kranksein ist dann gesellschaftlich nur insofern interessant, als es einen wirtschaftlichen Faktor darstellt, der einerseits als Verlust an Arbeitskräften zu Buche schlägt, andererseits als Investitionsmöglichkeit in ein Behandlungssystem genutzt werden kann.

Aber haben die Kranken, ob psychisch oder körperlich krank, nicht mehr verdient? Ist Krankheit nur ein Funktionsmangel, eine Behinderung der Autonomie, die im Überlebenskampf zum Nachteil gereicht und deshalb nicht gemeinschaftlich behandelt, sondern nur individuell bekämpft werden soll? Besonders heikel wird die Einschätzung einer Erkrankung als gemeine, gewöhnliche Sache, wenn diese Einschätzung das seelische Erleben trifft. Dann wird das Seelische zum Rummelplatz des medizinischen Handels, zum Tauschgeschäft, das wie jedes Geschäft besonders gewinnträchtig sein muss.

Wie aber sollen Störungen behandelt werden, die viel mit Einsamkeit – also dem Fehlen von Gemeinschaft – zu tun haben? Psychische Erkrankungen lassen sich nicht nur als isolierte Störungen verstehen. So ist Einsamkeit ein Risikofaktor, der zu einer Depression beitragen kann. Einsamkeit erhöht auch die Suizidgefahr. Einsamkeit verschlechtert ferner die Prognose von Angststörungen und psychotischen Leidensformen. Einsamkeit führt auch zu alltäglichem Unglück, das keine diagnostischen Kriterien erfüllt und das Leben betroffener Menschen dennoch grau und schwer macht.

Hier stossen rationale und gesellschaftlich sanktionierte Behandlungsmethoden an ihre Grenzen. Einsamkeit lässt sich nicht einfach dadurch bekämpfen, dass Menschen Organisationen oder Behandlungsgruppen zugewiesen werden, damit sie nicht mehr allein sind. Denn das Zusammensein im selben Raume, das Teilnehmen an einer Gesellschaft ist keine Garantie dafür, sich nicht mehr einsam zu fühlen. Im Gegenteil kann das Gefühl der Einsamkeit in einer Gesellschaft, die keine Gemeinschaft bildet, noch verstärkt werden. Umgekehrt ist es möglich, ganz allein für sich zu sein, ohne sich einsam zu fühlen, wenn man sich z.B. mit abwesenden Menschen verbunden weiss. Deshalb ist es für psychisch Kranke und für psychisch gefährdete Menschen so wichtig, eine Beziehung zu einem Menschen – sei es ein Angehöriger, ein Freund, ein Therapeut usw. – zu haben, die nicht in einer gesellschaftlichen Beziehung aufgeht, sondern einer gemeinschaftlichen Verbundenheit entspricht.

Gemeinschaft lässt sich aber nicht erzwingen. Gemeinschaft kann nur durch Angebote gefördert werden, die keinen Zwangscharakter haben, sondern auf personaler Gleichstellung beruhen.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Daniel Hell
Psychiatrische Universitätsklinik
Lenggstrasse 31
Postfach 68
CH-8029 Zürich

1 Gekürzte Fassung eines Referats vom 7. Juni 2001, gehalten in der Wasserkirche Zürich (VEG).

Die Gemeinschaft in der Geschichte der Psychiatrie

Die Geschichte der Psychiatrie kennt viele, allzu viele Beispiele dafür, dass von psychisch Kranken gegen ihren Willen erwartet wurde, an einer institutionellen Gemeinschaftsbildung teilzunehmen, die keiner wirklichen Gemeinschaft – im Sinne einer personalen, gleichgestellten Beziehung – entsprach. Die Entstehung der Psychiatrie zu einem Zeitpunkt, als sich in Europa die bisher gemeinschaftsorientierte Kultur zu einer Vertragsgesellschaft entwickelte, führte auch zur unglückseligen Vermischung von Gesellschafts- und Gemeinschaftsanliegen. So wurden psychisch Kranke zunächst gesellschaftlich ausgeschlossen und vom Alltagsleben ausgegrenzt, um sie dann in abgeschlossenen Institutionen gemeinschaftsfähig zu machen.

Konsequenterweise waren die ersten psychiatrischen Anstalten im 19. Jahrhundert (bis weit ins 20. Jahrhundert hinein) nach aussen hin von Mauern abgeschlossen. Sie lagen häufig gemeindefern, schon örtlich für Besucher und Angehörige schwer erreichbar und bildeten innerlich eine hermetisch abgeschlossene Gesellschaft. Auch Angehörige wurden von der Behandlung fern gehalten und konnten die Patienten höchstens für kurze Zeit in einem speziellen Besuchssaal sehen. Die internierten Patientinnen und Patienten mussten sich einem Eintrittsbad unterziehen, d.h. sich nackt ausziehen, die Kleider abgeben und nach dem Bad saubere Anstaltskleidung überziehen. Dieses Aufnahmeritual hatte den Charakter einer Unterwerfung in ein Behandlungssystem, das zwar gut gemeint sein mochte, aber dem hospitalisierten Kranken in aller Deutlichkeit klar machte, dass er eine ihm zugewiesene Rolle einzunehmen hatte und individuelle Abweichungen wenn nicht als Krankheitssymptom, so doch als Nährboden der Erkrankung angesehen wurden. In solchen «totalen Institutionen», um den Begriff von Goffmann zu gebrauchen, war es für Insassen wie Pflegende schwer, einen eigenen individuellen Weg zu finden, der eine Gemeinschaftsbildung jenseits der verordneten Rollenstruktur erlaubte.

Glücklicherweise kennt die Geschichte der Psychiatrie auch den umgekehrten Versuch, psychisch Kranke als Individuen ernst zu nehmen und ihnen eine Gemeinschaftsform anzubieten, die es erlaubt, ihre krankheitsbedingte Entfremdung zu durchbrechen und ihnen trotzdem den nötigen Schutz zu geben. Eine solche Gemeinschaft setzt voraus, dass die Beziehung nicht einseitig ist, sondern aus einem wechselseitigen Geben und Nehmen besteht. Dieses Ideal versucht die «therapeutische Gemeinschaft» zu verwirklichen, in der die therapeutischen Mitarbeiter nicht nur diejenigen sind, die zu geben suchen, sondern sich auch als Tätige verstehen, die von psychisch Kranken Herausforderung, Anregung und emotionale Zuwendung erhalten. Ein solches therapeutisches Tun und Tunlassen setzt voraus, dass der psychisch Kranke nicht nur als Opfer einer Störung gesehen wird, sondern auch als Person, die ein Problem hat, das sich in der Gemeinschaft zeigt, aber auch in der Gemeinschaft verstanden und z.T. gelöst werden kann.

Störungs- versus Beziehungsmodell

Vereinfacht und überzeichnet lassen sich zwei Grundhaltungen gegenüber psychisch Kranken beschreiben: Die erste Grundhaltung geht davon aus, dass die psychische Störung als geistige oder körperliche Störung – oder neudeutsch: als Mind- oder Brain-Disorder – zu behandeln ist. Dabei kann Geist und Gehirn, Mind und Brain auch gleichgesetzt werden. Die psychische Störung wird dann als Gehirnstörung verstanden. Ein solches Verständnis psychischer Störungen lässt die Behandlung weitgehend zu einer Technik werden, die am einzelnen Menschen (und an seinem Hirn) vollzogen und mit Medikamenten oder Verhaltensmassnahmen durchgeführt wird. Dieses Modell herrscht heute in der akademischen Psychiatrie vor.

Das zweite Konzept sieht die psychische Erkrankung nicht als isoliertes Phänomen des Gehirns. Es geht von einem seelischen Erleben aus, das zwar individuell ist, aber eine Sprach- und Kulturgemeinschaft voraussetzt, um es in seiner Entwicklung zu verstehen. Nach diesem Modell hat in der Behandlung die zwischenmenschliche Beziehung den grössten Stellenwert, weil das Erleben eines Menschen nur im Erleben eines anderen Menschen Anteilnahme und Verständnis finden kann. Konsequenterweise ist in der therapeutischen Arbeit, die sich auf das Beziehungsmodell stützt, das Verhältnis von Leidendem und Therapeuten eher symmetrisch oder partnerschaftlich ausgerichtet. Es ist für diesen Ansatz von grösster Bedeutung, dass beide – Patient/Patientin und Therapeut/Therapeutin – eine gemeinsame Sprache reden und sich gegenseitig verstehen. Nur so kann ein seelisches Erleben, das durch Not und Leiden geprägt ist, eine lindernde Akzeptanz finden, und nur so kann der Selbstentfremdung, die jedes unverstandene Leid mit sich bringt, entgegengewirkt werden. Die Gefahr einer solchen therapeutischen Beziehungsarbeit liegt in der Möglichkeit der Grenzüberschreitung. Grenzüberschreitung meint ein Vorgehen, welches die seelische und körperliche Integrität des Gegenübers in Frage stellt oder gar durchbricht. Auch in eine therapeutische Beziehung können sich bekanntlich Normen und Zwänge einschleichen, die einem heilsamen Verstandenwerden entgegenwirken oder ein solches gar nur manipulativ um eines materiellen oder emotionalen Gewinns willen vorgeben.

Im Gegensatz zum Beziehungsmodell ist das Verhältnis zwischen hilfesuchendem Patienten und wissendem Experten im früher genannten Störungsmodell oft asymmetrisch und hierarchisch. Wo ein Patient als Kunde und ein Therapeut als Anbieter eines Heilverfahrens zusammentreffen, kann sich eine Gemeinschaftsbildung im engeren Sinne des Wortes nur ausserhalb des eigentlichen Geschäftsvorganges ereignen. Die Gefahr dieses Modells liegt darin, dass die Geborgenheits- und Gemeinschaftswünsche, die Kranke im besonderen Masse haben, im sterilen Verhältnis von Anbieter und Benutzer nicht Beachtung finden. Wenn aber die Gemeinschaftsbedürfnisse nicht in einer therapeutischen Beziehung aufgehoben werden, können sie zu weiteren technischen Eingriffen Anlass geben, weil auf diese Weise wenigstens der Kontakt zum Behandlungssystem aufrecht erhalten werden kann.

Gemeinschaft ohne Gemeinde?

In den letzten Jahren hat sich die Landschaft der psychiatrischen Behandlung stark verändert. Anstelle vielfältiger Versuche, in psychiatrischen Institutionen therapeutische Gemeinschaften einzurichten, ist eine Bewegung getreten, die Gemeinschaftsbildungen ausserhalb psychiatrischer Institutionen für die psychiatrischen Kranken nützen möchte. So haben sich viele private Vereinigungen gebildet, die auch mit staatlichen Subventionsgeldern alternative Lebens-, Wohn- und Arbeitshilfen für psychisch kranke Menschen anbieten. Die psychiatrischen Institutionen selbst haben sich gegenüber den Wohngemeinden geöffnet und versuchen nun, dezentral und gemeindenahe ihre Hilfe anzubieten. Aber das Wunschbild einer tragenden Gemeinde, in die sich die Psychiatrie mit ihren vielfältigen Angeboten einbetten kann, hat Risse bekommen. Die Stadtkreise eines heutigen Bevölkerungszentrums, wie auch viele stadtnahe Gemeinden, sind nicht mehr durch einen engen Zusammenhalt der Bürgerinnen und Bürger charakterisiert, sondern bilden Agglomerate von Schlaf- und Arbeitsstätten, die mit Konsum- und Freizeitangeboten angereichert sind. Das soziale und nachbarschaftliche Leben findet in den Nischen dieser Agglomerationen statt. Die Konstanz der Beziehungsmuster vor Ort nimmt ab, wie auch der Arbeitsplatz immer weniger auf Dauer angelegt ist. Häufige Wohnortswechsel und projektorientierte Anstellungen ersetzen tendenziell die Verwurzelung in der Gemeinde.

Diese gesamtgesellschaftliche Entwicklung führt zum einen zu einem Verlust an Vertrautheit und Sicherheit am Wohn- und Arbeitsplatz. Statt Beständigkeit und Treue sind Flexibilität und Anpassungsfähigkeit gefragt. Die grössere individuelle Freiheit und die gewachsene soziale Ungebundenheit gehen mit einer Art «seelischen Deregulierung» einher, die vielen Menschen zu schaffen macht. Zum anderen nimmt in der Moderne die Vereinzelung der Menschen zu. Wer mit der Individualisierung weiter Lebensbereiche nicht zurecht kommt, läuft Gefahr, isoliert zu werden und in krisenhafter Not auf sich selbst gestellt zu sein.

Diese Darstellung der modernen Situation mag der Kürze wegen überzeichnet sein. Zweifelsohne hat sich aber die heutige Psychiatrie auf stark veränderte Lebensbedingungen ihrer Kranken einzustellen. Sie kann nicht mehr davon ausgehen, dass die enthospitalisierten Menschen – um diesen unschönen Ausdruck zu gebrauchen – von

einer tragenden Gemeinde oder von stabilen Familienverhältnissen aufgefangen werden. Um den Betroffenen eine gewisse Lebensbasis zu bieten, sind vielmehr dezentrale entwicklungsfördernde Institutionen und soziale Netzwerke neu zu schaffen. Das ist aber leichter gesagt als getan. Denn der Kostendruck in einer auf kurzfristigen Erfolg angelegten Gesellschaft lässt zwar eine zeitlich limitierte Akutbehandlung zu, erschwert aber den Aufbau langfristig enorm wichtiger Behandlungs- und Betreuungsnetze. Zwar darf auch in Zukunft mit engagierten Personen, Familien und Trägervereinen gerechnet werden. Aber diese einzelnen Hilfestellungen benötigen die Unterstützung einer leicht erreichbaren und anhaltend kooperativen institutionellen Psychiatrie.

Je mehr die soziale Desintegration fortschreitet, desto wichtiger wird es für psychisch Kranke und Angehörige, dass sich die Psychiatrie wieder auf den Wert der Gemeinschaft besinnt und beziehungsorientiert denkt und arbeitet. Dazu ist es auch nötig, eine Sprache zu finden, die nicht nur von Funktionsstörungen des Gehirns handelt, sondern auch das seelische Erleben der Betroffenen (und Mitbetroffenen) und ihre Beziehungssituation mitbeinhaltet. Ich glaube nicht, dass die Psychiatrie diese grosse Aufgabe allein bewältigen kann. Sie braucht die Hilfe von aussen, von psychisch Kranken, von Angehörigen und von engagierten öffentlich und privat tätigen Personen, welche die personalen Bedürfnisse der betroffenen Menschen wieder in den Vordergrund rücken.

"Transitional subject" in two cases of psychotherapy of schizophrenia[1]

■ **K. Hitomi**

Department of Neuropsychiatry, Kinki University School of Medicine, Osaka (J)

Summary

The psychotherapeutic approach to schizophrenia in this article is based on the theories of Benedetti. The attempted psychotherapy is paying particular attention to transitivism and appersonation as well as to the key experience of the transitional subject that develops in communicative psychopathology.

Keywords: Bleuler school; schizophrenia; transitional subject; communicative psychopathology

Introduction

My direct contact with the theories of schizophrenia of the Bleuler school began when I found a thesis coauthored by Scharfetter and Benedetti [1] in the Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, while I visited Burghölzli during the wintersemester of 1980. I have since introduced to Japan the theories of the Bleuler school concerning schizophrenia, which were scarcely known in Japan at that time. For 20 years, I have considered this a mission in my life [2–4].

Psychopathology in Japan, which had historically been strongly influenced by German medicine, particularly the Heidelberg school, has had a speculative and philosophical inclination and been particularly indifferent to therapeutic approaches to schizophrenia. I was attracted to the Bleuler school because its approach to psychopathology was consistently linked to therapeutics. The present decline in interest in psychotherapeutic approaches in research on schizophrenia in Japan is regrettable and may be a global tendency. Should we idly overlook this situation, knowing that it is never to the advantage of the patients?

According to Benedetti [5], the psychotherapy for schizophrenia is not one of various psychotherapies. Patients are spokespersons of its existence, and healthy individuals experience the human situation more deeply through basic forms of pathological *"conditio humana"* in patients. Psychotherapy for schizophrenia does not stand on the same plane as biological psychiatry nor is it affected by progress in the latter. Here, I would like to describe Benedetti's concept of transitional subject and emphasise the effectiveness of his psychotherapeutic approach to schizophrenia.

Benedetti's theories

Benedetti [6] attempts to bring about the split world of schizophrenia in a dialogical relationship by personally involving the split rather than objectively viewing the symptoms of splitting. He always affirms psychopathic experience, enters the morbid world, and tries to understand its symbols. A kind of communicative psychopathology is thus developed. What cannot be directly understood by reason becomes comprehensible through appersonation and transitivism, and the nonsymmetry between patient and physician is sublated in the experience of duality. Whether one has a psychotherapeutic attitude or not is equivalent to whether one is ready to convert transitivism and appersonation, which Bleuler described as classic psychopathic symptoms, into archaic communication forms through one's own fantasy and association or not.

Benedetti [7, 8] called the psychopathology in which the patient's autism becomes autism of the patient and the therapist and progresses to generation of the self "progressive psychopathology". The transitional subject emerges in this psychopathology, and it bears the development of the dialogical space of dualised psychopathy. The transitional subject is something that may be called a "phantasmic subject". It is not the same as the personality of the therapist or the patient but emerges from both. It springs from appersonation and transitivism. By the terms of psychological mechanisms, it arises from transference and countertransference, from identification and counteridentification, and from introjection and projection.

Case reports

The first case is a woman in her mid-thirties. After the onset in adolescence, she maintained an autistic attitude, exhibited strong negativism over a prolonged period, and was extremely difficult to make contact with. She manifested emotions only when she was affected by morbid experiences. There had not been any changes noted over more than 10 years despite various medications. The therapy began as the therapist handed her a cute doll about 40 cm long. We decided to use the doll because a doll was used in the report by Sechehaye [9] and because we attempted to become more closely involved in the morbid world of the patient by using the doll, which is a typical example of Winnicott's transitional object [10].

Correspondence:
Prof. Kazuhiko Hitomi, MD
Department of Neuropsychiatry
Kinki University School of Medicine
Ohno-Higashi, Osaka-Sayama
Osaka 589-8511
Japan

1 This is a digest of the chairman's lecture given at the 21st Annual Meeting of the Japanese Society of Psychopathology held in Osaka in September, 1998. The full text of the lecture was published in the Japanese Journal of Psychopathology 1998;19:223–32.