

NEU-BEELTERN VON SCHIZOPHREN

Jacqui Schiff

Einleitung

Diese Behandlungsmethode wurde von Morris und Jacqui Schiff, die beide als Sozialarbeiter psychiatrisch arbeiten, entwickelt. Sie entstand aus dem Bemühen, auf die Bedürfnisse schizophrener Patienten zu antworten. Die Patienten nahmen in einer sehr aktiven und enthusiastischen Weise an der Planung und kritischen Beurteilung der Methoden teil; „Transactional Analysis Seminar“ in Washington D.C. gab viel Unterstützung und Rückhalt.

Behandlungssituation

Die Familie

Im Dezember 1966 bestand die Schiff'sche Familie aus Moe, Jacqui und ihren drei Jungen im Alter von 7,9 und 11. Zwei junge erwachsene schizophrene Patienten, beide regrediert und akut gestört, wurden mit der versuchsweisen Absicht, die Regression innerhalb einer Familienstruktur zu unterstützen, in die Familie aufgenommen. Die Besserung der beiden ersten Patienten war dramatisch und es gab innerhalb von einigen Monaten viele Anfragen, diese Methode mit anderen Patienten zu versuchen. Insgesamt hat die Familie 35 Patienten geholfen, dazu gehören die 16, die gegenwärtig dort wohnen.

Die Familie lebt auf 3 Morgen Land in einem Wohngebiet der oberen Mittelklasse in Fredericksburg, Va. (15000 Einwohner). Der Ort weiß von der Familie und die Patientenkinder haben, so oft wie es machbar scheint, wechselseitige Beziehungen mit der Gemeinde. Behörden und Organisationen innerhalb des Gebietes haben das Programm sehr unterstützt. Kritik kam von einzelnen Menschen, die durch die Möglichkeit, daß akut gestörte Psychotiker in größerer Zahl in der Gemeinde leben, beunruhigt wurden.

Das große Haus mit sechs Schlafzimmern läßt sich nicht von anderen Häusern in dem Gebiet unterscheiden. Hilfskräfte sind ein Koch und ein junger Mann, der den Haushalt „leitet“, wenn die Eltern nicht da sind. Moe Schiff hat eine Vollzeitpraxis in Fredericksburg und Frau Schiff praktiziert an zwei Tagen in der Woche im Distrikt von Columbia. Die Kinder gehen, wenn möglich, in die Schule oder arbeiten. Von den Kindern, die

am Tage zu Hause bleiben, wird erwartet, daß sie im Haushalt und im Garten helfen und von den älteren Kindern (regrediertes Alter), daß sie sich um die jüngeren kümmern.

Jedem Kind gegenüber wird sich verpflichtet, es nicht zurückzuweisen und seine Probleme anzugehen. Neuankömmlinge werden aufgefordert, Beziehungen zu ihren früheren Familien aufzugeben und ihre Energie in die Bildung von neuen Primärbeziehungen einzusetzen. Die Erfahrung zeigt, daß sogar die äußerst ernsthaft gestörten schizophrenen Patienten diesen Vertrag verstehen und eingehen können.

Es gibt noch zwei andere Familien, die mit Erfolg unter Benutzung dieser Technik Schizophrene neu-beeltern. Hochwürden Thomas Faulkner und seine Frau aus Fredericksburg haben ein schizophrene Kind aufgenommen und Herr und Frau John Christy haben eine Familie ähnlich der Schiff'schen Familie gegründet und haben zur Zeit vier junge Menschen bei sich. Das „Psychiatric Rehabilitation Project“ wurde 1968 als eine gemeinnützige Organisation gegründet, um kleine Einheiten, die diese Methode benutzen, zu gründen und zu unterstützen.

Natürliche Eltern

Die natürlichen Eltern werden, sofern sie Beziehungen zu den Patienten haben, aufgefordert, den jungen Menschen in die neue Familie abzugeben. Es wurde erwiesen, daß in bestimmten Fällen die Erlaubnis, neue Eltern anzunehmen und in der Familienumgebung gesund zu werden, wesentlich ist. Wir erklären der Familie, daß sie den Patienten so abgeben, als ob er dem Geburtsjahr nach ein viel jüngeres Kind sei und für eine Adoption hergegeben wird: ihnen wird auch mitgeteilt, daß die Patienten in den meisten Fällen, wenn sie gesund sind, nicht wieder in die natürliche Familie zurückkehren. Sie werden aufgefordert, dem Patienten zu erklären, daß sie ihn auf Dauer hergeben und ihm klar zu sagen, daß die Schiffs jetzt seine Eltern sind. Bis jetzt haben alle Eltern, die aufgefordert wurden, dies zu tun, es geschafft, dieser Anforderung nachzukommen; es scheint möglich, daß dies ein Anzeichen für einen Mangel an Tiefe und Bedeutung der Beziehungen in der Struktur der natürlichen Familie schizophrener Patienten ist.

Es werden soviel Daten als möglich aus der Vergangenheit erhoben, sofern sie sich auf die Störungen in der natürlichen Familie beziehen. Beim Erheben der Vergangenheitsdaten benutzen wir folgende Fragen:

1. Welcher Elternteil gab dem Kind das ursprüngliche Skript?
2. Gibt es irgend einen Grund, daß der andere Elternteil für die Skriptbildung nicht da war?
3. Wie haben die Eltern dem Kind mitgeteilt, daß es nicht O.k. war?
4. Wie wurde ihm kommuniziert, daß die Bedürfnisse der Eltern Vorrang vor den Bedürfnissen der Kinder in dieser Familie hatten?
5. In welcher Weise waren die Eltern unzulänglich, mit der Welt fertig zu werden?
6. Inwieweit waren sie im Hinblick auf die Erziehung zur Disziplin unzulänglich?
7. Warum fürchtet sich der Patient vor dem Vater?

Da die natürlichen Eltern wahrscheinlich keine verlässlichen Quellen für Informationen über sich selbst oder den Patienten sind, müssen die meisten der obengenannten Vergangenheitsdaten in einer klinischen Auswertung erhoben werden. Es ist deshalb nützlich, daß der Therapeut den Patienten und seine Familie zwei oder dreimal, bevor dieser in die Familie aufgenommen wird, sieht, oder daß die Erhebung der obigen Fragen durch die überweisende Behörde erfolgt.

I Neu-Beeltern

Das kleine Kind kommt in die Familie. Es ist kein gesundes, fröhliches Kind. Als es jünger war, hat es in großem Maße gelitten; obwohl es kämpft, diese Erfahrung loszuwerden, erzählen ihm Stimmen aus der Vergangenheit, daß es nicht in Ordnung ist, und daß das Schlechte immer da ist. Krankhafte Gefühle von Wut und Furcht überwältigen es vor Vertrauen oder vor Hoffen auf Hilfe. Es gibt seltsame und verwirrende Empfindungen und Bedürfnisse; sie sind physisch und unwiderstehlich und sie zwingen es, sich auf unannehmbare Verhaltensweisen einzulassen. Es gibt tiefe und wütende Verwirrung, die noch übler wird, sobald es notwendig wird, zu denken.

Das Kind hat eine Mutter. Sie versteht die seltsamen Sinnesempfindungen und antwortet auf die physischen Bedürfnisse. Sie streichelt und schaukelt es, sie füttert und badet es. Wenn sie weggegangen ist, fühlt es sich tot oder „nicht lebendig“; wenn sie da ist, kann es manchmal der Krankheit entkommen und sich ganzheitlich und beglücklich fühlen.

Sie teilt ihm wichtige Dinge mit:

„Du bist ein Junge-ein schöner Junge.“
„Du bist nicht schlecht. Du bist ein guter Junge.“
„Vergiß all diese häßlichen Dinge. Du bist jetzt mein Kind. Vergiß alles, mit Ausnahme von dem, was ich Dir sage.“
„Ich liebe Dich.“

Die Botschaften sind einfach, da ein Baby nicht viel versteht. Es weiß aber, daß die Botschaften richtig sind und daß seine Bedürfnisse erfüllt werden. Es weiß, daß es die verrückte Stimme aus der Vergangenheit für eine wirkliche Mutter aufgeben kann. Es erlebt manchen Konflikt, da die verrückte Stimme die Forderungen, die Drohungen und die schlechten Botschaften eskaliert – es hat aber nicht die Absicht, für diese Botschaften die wirkliche Mutter aufzugeben.

Auch nicht für irgend etwas anderes. Sie ist das Wichtigste in der ganzen Welt. Es darf nichts, das diese Beziehung zu ihr bedroht, zugelassen werden. Es ist ein großes Baby und vielleicht für ein kleines Kind sehr aufgeweckt, es wird aber nicht fähig sein, sein Erwachsenen-Ich im Hinblick auf Dinge, die sein Bedürfnis nach Bemutterung betreffen, mit Energie zu besetzen: Die Dringlichkeit dieses Bedürfnisses darf nicht unterschätzt werden; es könnte jeden töten, den es als Bedrohung im Sinne von Trennung erfährt oder der sein Recht auf Befriedigung seiner Bedürfnisse in Frage stellt.

Die Mutter sorgt für das Kind. Es muß gefüttert und saubergehalten werden. Es darf ihm nicht erlaubt werden, sich selbst zu verletzen oder verletzt zu werden. Es darf andere nicht verletzen. Sie muß wissen, daß sie für ihn sorgen kann und daß sein Bedürfnis nach ihr Schutz ist: „Ich fürchte Dich nicht. Du brauchst mich zu sehr, um mich zu verletzen.“ -ist das, was sie ihm sagt, wenn es sie bedroht-und sie geht nicht weg: „Ich will mich um Dich kümmern.“ Sie füttert es, wenn notwendig mit Gewalt. Sie macht, daß es sie beachtet. Manchmal braucht sie Hilfe, um für es zu sorgen, aber sie ist immer da und sie hat die Leitung. Kinder, für die gesorgt wird, deren Probleme gelöst werden können und die sicher sind, daß sie geliebt werden, wachsen heran, um gesund zu sein.

Es gibt einen Vater. Väter sind größer, stärker und lauter als Mütter. Irgendwo in der Tiefe ist das Baby voller Furcht vor dem Vater-am Anfang ist

das jedoch nicht so wichtig. Der Vater sorgt für Dinge, wenn die Mutter nicht da ist; manche Dinge, die sie tut, tut er ebenso und vielleicht spielt er auch mehr.

‘Das Kind wird sich seiner jedoch zuerst in seiner Beziehung zur Mutter bewußt. Er stellt Anforderungen an diese, die manchmal denen, die das Kind an sie stellt, vorgehen. Er gerät mit ihr in Auseinandersetzungen und sagt und tut Dinge, die sonst niemand anderer sagen darf oder tun darf. Er schützt die Mutter vor ihrem seltsamen, übergroßen Baby und er hat die Macht, Dinge, die das Kind betreffen, zu tun und er trifft auch Entscheidungen im Hinblick auf das Kind. Und er hat eine sexuelle Beziehung zur Mutter, die merkwürdig und überwältigend ist. „Sie ist Deine Mutter und meine Frau“, sagt er zu dem Kind. „Du sollst nicht so handeln, als ob sie Deine Frau ist.“

Der Vater wird auf andere Weise bedeutsam. Er geht heraus in die Welt und er teilt dem Kind mit, wie es dort ist und welche Dinge die Menschen dort tun. Der Sohn beobachtet seinen Vater, mißt seine Erfolge und seine Mißerfolge und findet heraus, wie man Probleme löst.

Der Vater sagt seinen Kindern, was zu tun und wie es zu tun ist. Es gibt dort so viele Dinge zu lernen - Werkzeuge benutzen, Auto fahren, mit Polizisten reden und mit Geld umgehen - und all dies kann eigentlich nur der Vater vermitteln.

Das wichtigste, das sein Vater tut, ist seine eigene Männlichkeit seinen Söhnen mitzuteilen. Er sagt ihnen, was von Männern erwartet wird und welcher Art von Mann sie sein sollen; die Söhne wissen dann, daß sie diese Informationen benutzen können, um die Welt mit Vertrauen in ihre eigene Zulänglichkeit und Integrität anzugehen.

Wenn das Kind älter ist, muß es Disziplin lernen. Es weiß nicht, daß er größer ist als seine Eltern; es fürchtet sich sehr vor ihrer Mißbilligung. Auch wenn es sich übel beträgt, wird es nachgeben, um Streicheln von Ihnen zu bekommen. Verbote sollten bestimmt und prägnant sein: „Hör damit auf!“, „Du sollst Menschen nicht schlagen!“, „Es ist falsch, Lügen zu erzählen.“ Das Kind muß bestraft werden, wenn es widersteht, sich wichtige Botschaften zu verinnerlichen. Es ist in Ordnung, einem Kind einen Klaps zu geben oder es zu schlagen -aber das Problem muß gelöst und das Kind, bevor es allein gelassen wird, wieder ge-

streichelt werden. Auf keinen Fall darf bei ihm das Gefühl, schuldig zu sein, entstehen. „Wenn Du etwas Schlechtes tust, werde ich Dich strafen, damit Du aufhörst, es zu tun. Du brauchst Dich nicht selbst zu bestrafen.“

Das Kind hat eine Vergangenheit und manchmal fühlt es sich an dieser Vergangenheit schuldig: „Du warst für schlechtes Verhalten nicht verantwortlich, bevor Du ein Wertesystem, das dieses verbietet, verinnerlicht hast.“ Es lebt in einer Welt, die Übereinstimmung mit Erwartungen, die in Konflikt mit seinen Bedürfnissen stehen, verlangt. „Die Welt ist in Ordnung. Du mußt groß werden und lernen, in ihr zu leben.“ Und immer, jeden Tag: „Du bist wundervoll - schön -, Du wirst heranwachsen, um ein richtiger Mann zu sein und ein glückliches Leben zu führen.“

Eltern

Eltern, die diese Technik benutzen, müssen miteinander verheiratet sein; die Familienstruktur muß real und auf Dauer angelegt sein. Sie müssen eine Menge über Kinder in allen Alters- und Entwicklungsstufen wissen - besonders aber über kleine Kinder. Es scheint ratsam, daß sie gereifte Menschen sind, die mit Erfolg eigene Kinder bis zur Adoleszenz aufgezogen haben.

Ein großer Teil des Prozesses macht es erforderlich, daß die Eltern intimen physischen Kontakt mit den schizophrenen Kindern aufnehmen-daß sie sie berühren und daß sie selbst berührt werden, daß sie sich behaglich fühlen im Hinblick auf den Anblick, das Gefühl und die Funktion ihrer eigenen Körper und derer ihrer Kinder. Sie müssen fähig sein, freimütig und behaglich ihrer eigenen Sexualität und der ihrer überentwickelten Jugendlichen, ins Gesicht zu schauen. Sie müssen in der Lage sein, die Kinder aufs Klo zu setzen und mit Spucken, Blut und Erbrechen umzugehen, ohne daran Anstoß zu nehmen oder sich abzuwenden.

Eltern lehren ihren Kindern Werte und dies ist dringend wichtig für die strukturlhungrigen Schizophrenen. Die Eltern müssen für sich selbst gut begründete Werte haben und Vertrauen in ihr Recht, diese Werte in der Form von Erwartungen zu kommunizieren: „Ich bin ein Jude. Ich wünsche, daß meine Kinder Juden sind und Juden heiraten.“ „Du sollst nicht quängeln. Ich kann Quängeln nicht ausstehen und Du tust es besser nicht noch einmal!“ „Homosexualität ist falsch. Sie ist unnatürlich und die Menschen, die sich auf sie einlassen, sind unglücklich und schämen

sich.“ Beeltern muß nicht unflexibel sein, aber bestimmt und beständig sein. es muß alle wichtigen Fragen moralischen und ethischen Verhaltens abdecken und die Eltern müssen in wichtigen Themen übereinstimmen.

Schizophrene sind im Hinblick auf sexuelle Rollen konstant verwirrt; die Eltern müssen deshalb ihre sexuelle Identität in Beziehung auf die Familie sauber definieren. (Zum Beispiel ist die Mutter verantwortlich für Nahrung, Sauberkeitserziehung, Haushaltsführung usw. Der Vater kümmert sich um Geld, er plant die Arbeit außerhalb des Hauses und hält die Disziplin aufrecht. Zwischen den Eltern besteht eine gegenseitige Beziehung; sie unterstützen einander im Hinblick auf ihre eigenen Bedürfnisse und sie teilen sich die Arbeit beim Erfüllen der Bedürfnisse der Kinder.)

Die Umwelt

Kinder wachsen gesund heran, wenn sie in einer gesunden Umwelt leben. Infolge dessen wird die Familie mit minimaler Anpassung an die Pathologie strukturiert. Uns besuchende Fachkollegen sind immer erstaunt über das Fehlen von „verrücktem Verhalten“, „monotonen Affekten“ und „In sich zurückgezogen sein“. Verrücktes Verhalten (im Unterschied zu regrediertem Verhalten) wird nicht erlaubt und die Kinder lernen schnell, was sie tun können und womit sie nicht davon kommen. Unangemessenes Verhalten wird bestraft. Monotoner Affekt ist auf Zuwendungs-Hunger zurückzuführen und verschwindet schnell, wenn Berührungs-Streicheln erhältlich ist. In-sich-zurückziehen dient zwei Funktionen: Es dient als eine Verteidigung gegen regressive Bedürfnisse, die niemand erfüllen will, und oft ist es in Übereinstimmung mit dem Skript (häufig ist es eine Folge von Klinik-Erfahrungen mit Absonderung, die benutzt wird, um unangemessenes Verhalten zu kontrollieren). Alle diese Probleme können innerhalb von Tagen abgestellt werden.

Kindern wird beigebracht, daß das Haus ein Ort ist, um sich mitzuteilen, um zu lieben, zu vertrauen, zu arbeiten und zu spielen. Probleme werden gelöst. Gefühle werden ausgedrückt und mit ihnen wird sich befaßt. Es wird erwartet, daß die Familienmitglieder aufrichtig und offen miteinander umgehen. Zu jeder Zeit kann einer fragen „Was denkst Du?“ und erwartet eine direkte Antwort. Es gibt keine Geheimnisse; jeder hat teil an der Verantwortung, zu wissen, was bei den anderen geschieht und sich darum zu kümmern. Es gibt Intensität und Drama. Jeden Tag geschehen für Menschen wichtige und bedeutsame

Dinge. Kinder kommen gut voran. Gäste berichten, daß sie die Wirkung der unverteidigten Gefühle fühlen können, wenn sie in das Haus kommen. Intimität ist eine wichtige Erwartung des Haushaltes und es ist für jeden schwierig, dieser Erwartung zu widerstehen.

Es gibt keinen Verlust an Struktur, wenn ein Kind gesundet. Wenn es heranwächst, geht es erfolgreich mit mehr Erwartungen um und hat mehr Privilegien. Es entscheidet dann eines Tages, es ist erwachsen und bereit, das Haus zu verlassen. Dann wird es ein „großes Kind“. Es kommt zu der Familiengruppe. Es hat immer noch Verpflichtungen gegenüber der Familie und die Familie ist weiterhin ihm gegenüber verpflichtet. Herangewachsene Kinder sind die Quelle gewaltiger Befriedigung für die Eltern; sie sind eine große Hilfe für die jüngeren Geschwister. Das Kind, das bereit ist, das Haus zu verlassen, kann die Welt ausprobieren, während es mit oder in der Nähe von Brüdern und Schwestern lebt, die Unterstützung und Struktur anbieten. Wenn es in Schwierigkeiten gerät, kann es nach Hause kommen.

Schizophrenie

Allgemeine Bemerkungen

In Beziehung auf diese Behandlung wird Schizophrenie als eine geistige Störung beschrieben, die sich aus spezifischen Arten mangelhafter Beelterung herleitet. Wir nehmen an, daß die mangelhafte Beelterung während der Entwicklungsphase erfolgte, in der das Kind einen Eltern-Ich Zustand verinnerlichte, der Fehlwahrnehmungen verursachte. Der schizophrene Patient versucht, sein Denken und seine Gefühle um diese Fehlwahrnehmungen herum zu strukturieren. Wenn Streß dies zu schwierig macht, kommt es zu einer akuten Episode, die eine Regression mit sich bringt.

Ich-Zustände

Das Eltern-Ich des schizophrenen Patienten ist verrückt. Zu dem Zeitpunkt, als es verinnerlicht wurde, wurde es vom Kindheits- und vom Erwachsenen-Ich mit spezifischen Merkmalen, die das Kindheits-Ich bedrohen, wahrgenommen. Das Eltern-Ich bietet dem Kindheits-Ich keine angemessene Fürsorge und keinen angemessenen Schutz, obwohl im Austausch für spezifische Arten der Übereinstimmung beides möglicherweise gegeben wird; das Eltern-Ich bezeichnet das Freie Kind beständig als nicht-O.k. Das Kindheits-Ich wird ursprünglich durch Dro-

hungen, daß der Rest der Welt auch nicht-O.k. ist, kontrolliert; das Eltern-Ich benennt bestimmte, nur vom ihm selbst verstehbare Drohungen, um damit Schutz gegen Übereinstimmung gegenüber irrationalen Erwartungen einzutauschen.

Das Erwachsenen-Ich ist fehlinformiert, da spezifische Informationen in einem frühen Alter fehlwahrgenommen oder falsch verstanden wurden und keine Berichtigung erfolgte. Im allgemeinen wurde die Fehlinformation entweder direkt oder indirekt durch das Eltern-Ich geliefert; häufig erfolgte keine Berichtigung, da Eltern-Ich Verbote gegen weitere Informationen gesehen wurden (z.B. im Hinblick auf Religion oder Sex) oder weil das Ereignis, das der Erfahrung vorausging, nicht auf andere Weise erlebt wurde (ein Beispiel ist der kleine Junge, der nur von einem sadistischen und sexuell abwegigen Vater geschlagen wurde).

Das Freie Kind ist das biologische Kind und es muß mit Energie besetzt werden, um eine Verpflichtung, gesund zu werden, zu motivieren. Dieses Freie Kind ist krank, es fühlt sich abwechselnd erschreckt und wütend; es weiß, daß es krank ist; es kann überzeugt werden, nach einer Lösung zu suchen, wenn eine angeboten wird. Dieser Ich-Zustand muß aktiviert und so oft wie möglich gestreichelt werden, besonders in der Anfangsperiode der Regression. Mit großer Wahrscheinlichkeit reagiert es auf EL-K Berührungstreicheln - und dies trotz der Verbote gegen die Annahme derartiger Zuwendung. Während der Behandlung muß dieser Ich-Zustand in beachtlichem Maße im Hinblick auf die Energiebesetzung unterstützt werden; es kann unschätzbare Information liefern, wie spezifische Probleme gelöst werden können. Der Zustand des Freien Kindes ist das beste Anzeichen für die Wirkung der Behandlung.

Beispiel: Ein heranwachsender Junge mit einem ernsthaften Asthma-Anfall versucht, die Störung zu bearbeiten. Als er ER — ER gefragt wird, worüber er sich aufregt, würgt er heraus „Ich kann nicht denken“. Wenn man ihn EL — FK fragt, sagt er „Vater muß auf mich böse werden und mir sagen, daß ich nicht länger Mutter's Baby sein kann!“ Sobald der Vater sich damit befaßt, bessert sich das Atmen bemerkenswert.

Vorsicht: Das Freie Kind kann manchmal die pathologische Lösung eines Problems empfehlen, eine Lösung, die benutzt wurde, als das Problem das erste Mal erlebt wurde. Der Therapeut schützt sich dagegen, indem er die Dinge

mit seinem eigenen Eltern-Ich überprüft („Das scheint mir nicht richtig - ich möchte es nicht tun wollen!“); er drängt das Freie Kind, eine andere Lösung zu finden.

Das Freie Kind wird häufig ermutigt, an seine Fähigkeit zu glauben, Probleme lösen und einen Arbeitsplan für das Erwachsenen-Ich (und den Therapeuten) aufstellen zu können; es braucht die wiederholte Versicherung, daß Probleme gelöst werden können. Es ist wichtig, sich zu erinnern, daß dies ein Kindheits-Ich-Zustand ist, der in regelmäßigen Abständen Zuwendung braucht, daß es geringe Aufnahmefähigkeit für sich verzögernde Befriedigung, ein instabiles Gedächtnis, eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und eine geringe Frustrationstoleranz hat. Darüber hinaus ist es ein krankes Kind und wahrscheinlich voll Furcht, unglücklich und leicht verletzt oder bedroht. Negative Zuwendung für das Kranksein muß vermieden werden, obwohl es für spezifisches „Mißverhalten“ angenommen werden kann. Beispiel: „Mir tut es leid, daß Du Dich so unglücklich fühlst; ich weiß, daß Du Dich fürchtest; jedoch ist es falsch, Menschen „Nigger“ zu nennen und das wird Dir Unannehmlichkeiten bringen“ .

Die Pathologie wird aufrecht erhalten, da das Eltern-Ich das Freie Kind überzeugt hat, daß es nicht in Ordnung und die Welt ein bedrohlicher Platz ist. Diese Einstellung bleibt in dem Kindheits-Ich, lange nachdem das verrückte Eltern-Ich verschwunden ist, erhalten oder teilweise erhalten. Oft erinnert sich das Kindheits-Ich nicht daran, woher es diese Information erhalten hat (obwohl dies immer mit der Zeit herausgearbeitet werden kann); es handelt aber spontan aufgrund dieser Information, wenn die Situation es ergibt. Er braucht eine Menge Zuwendung und viel korrigierende Erfahrung, bevor dieser Glaube geändert wird. Das Kindheits-Ich muß getrennt vom Erwachsenen-Ich korrigiert werden; sonst läßt eine plötzliche Energiebesetzung des Kindheits-Ichs im Zeitpunkt von Streß oder bei einer Krise dieses der Pathologie ausgesetzt. Nützlich ist ein häufiges Überprüfen der Ich-Zustände, indem man den Patienten während der Behandlungssituation veranlaßt, diese einen nach dem anderen zu aktivieren.

Das Angepaßte Kindheits-Ich ist der Ich-Zustand, der anstrebt, sich an die Eltern-Ich Forderungen anzupassen. Im schizophrenen Patienten gibt es immer ein sich fügendes Angepaßtes Kindheits-Ich, das versucht, sich an die Erwartungen anzu-

passen. Dieser Ich-Zustand wird im allgemeinen durch das Freie Kind aktiviert, das auf diese Weise versucht, Zuwendung zu erhalten oder sich gegen negative Zuwendung (Rückweisung, Kastrierung oder andere Bestrafung) zu schützen. Wenn der Patient kränker wird, wird dieser Ich-Zustand von dem wütenden Freien Kind, das die Energiebesetzung kontrolliert, benutzt, um pathologisch auszuagieren; die kranken Handlungen jedoch werden immer von dem Eltern-Ich vorgeschrieben und durch das Kindheits-Ich zum Extrem ausgeführt.

Beispiele: Ein kleiner Junge im Alter von 3 Jahren biß seine Schwester häufig. Sein Vater sagte ihm „Wenn Du jemanden verletzen mußt, dann versuch, Dich selbst zuerst zu verletzen“. Der Junge nagte an seinen Fingern, bis sie wund waren und wurde selbstmörderisch. Ein Mädchen, dessen Mutter häufig Dinge wie „Ich werde so frustriert, daß ich einfach schreien könnte!“ sagte, fing an, in der Kirche, Schule und bei gesellschaftlichen Ereignissen zu schreien.

Beinahe immer wurde der schizophrene Patient von seinen Eltern programmiert, sich in-sich-zurückziehen. Zum Beispiel: „Wenn Du nichts nettes sagen kannst, sei ruhig“.

Andere AK-Zustände entwickeln sich folgendermaßen: Das Freie Kind fantasiert, in einem Versuch, dem verrückten Eltern-Ich zu entkommen, ein anderes Eltern-Ich. Dies kann Gott, ein Therapeut, ein Pfarrer oder irgend eine verfügbare Eltern-Figur sein. Dann wird, basierend auf der Phantasie, ein neues Angepaßtes Kindheits-Ich entwickelt. In manchen Fällen kann es sein, daß diese sekundären Kindheits-Ich-Zustände sehr gut entwickelt werden: Die klassische gespaltene Persönlichkeit. Diese Angepaßten Kindheits-Ich Zustände können von dem Freien Kind dargestellt werden, sie sind aber dem Erwachsenen-Ich oder auch untereinander nicht bekannt. Sie sollten durch den Therapeuten identifiziert werden, da das Erwachsenen-Ich wenig oder keine Bewußtheit von ihrem Verhalten hat; man sollte, wenn Gedächtnislücken auftreten, vermuten, daß derartige AKs vorhanden sind.

Der EL -K-Dialog in einem schizophrenen Patienten, der akut erregt ist, kann zwischen dem Elter-Ich und mehreren Kindheits-Ich-Zuständen, die in schneller Folge aktiviert werden, ablaufen. Ein Therapeut, der wachsam ihnen gegenüber ist und sehr vertraut mit der Geschichte des Patienten, ist üblicherweise in der Lage,

die verschiedenen angepaßten Zustände zu unterscheiden. Es ist wichtig, sicher zu sein, daß beide, das Erwachsenen-Ich und das Freie Kind bei der Verinnerlichung des neuen Eltern-Ichs über die Ereignisse völlig informiert sind, um gegen die Schaffung eines neuen verzerrten Angepaßten Kindheits-Ichs während des Prozesses des Neu-Beelterns vorzubeugen. Dies könnte das Aufblühen des Freien Kindes beeinträchtigen.

Dadurch, daß man den Patienten dazu bekommt, Angepaßte Kindheits-Ich-Zustände aufzugeben, wird seine Verantwortung für das mit-Energiebesetzen und seine Fähigkeit, die Energiebesetzung zu kontrollieren, verstärkt. Die meisten Patienten neigen dazu, sich selbst gegen die Aufgabe dieser Ich-Zustände zu schützen, die oft als funktionaler als das Freie Kind wahrgenommen und zum Lösen von Problemen benutzt werden. Beispiel: „Sie ist tapfer und ich bin so ein Feigling!“ Antwort: „Du hast sie geschaffen und sie ist ein Teil von Dir-so kannst Du lernen, auch tapfer zu sein.“

In einer Neu-Beelterungsbeziehung kann die in das neue Eltern-Ich eingesetzte Energie auch benutzt werden, um die Energiebesetzung zu konfrontieren und zu blockieren. Beispiel: „Wenn Du so handelst, handelst Du nicht wie mein Kind.“

Verschiedene Arten der Schizophrenie

Wir finden bestimmte Faktoren und Methoden speziell anwendbar bei verschiedenen Arten der Schizophrenie.

Paranoia ist durch ein Kindheits-Ich charakterisiert, das sich spezifisch vor Verstümmelung und Kastrierung sowie vor Immobilisierung fürchtet. Das Kind sieht sich selbst als einen Feigling, indem es glaubt, daß es keine natürliche Neigung fühlen würde, um sich selbst vor der Kastrierung zu schützen. Es beschreibt sich selbst in einer Situation möglicher Kastrierung als „weiche Knie bekommend“, „nichtstehend“, „zu erschreckt, um sich zu bewegen“. Typisches Verhalten für das Kindheits-Ich ist es, zu versuchen, die Furcht zu überspielen, indem es die Energiebesetzung eines Angepaßten Kindheits-Ichs mit pathologischer Wut erlebt, die es der Furcht vorzieht. Da die Wut ohne Erwachsenen-Ich motiviert wird (typisch mit AK-Ich-Zuständen) und da keine Einschätzung der Gefahr erfolgt (da die Furcht ausgeschlossen wird), ist dies üblicherweise gegenüber dem auslösenden Ereignis unangemessen.

Ein zu früher Versuch, in der Behandlung die Furcht vor der Kastration zu konfrontieren, kann einen katatonischen Zustand auslösen (die Immobilisierung, die der Patient beschreibt). Man sollte es üblicherweise nicht versuchen, ehe nicht einige Zeit nach der Regression vergangen ist und der Patient gesunde selbstbeschützende Mechanismen zeigt.

Es scheint äußerst wirksam, die Furcht direkt zu konfrontieren; der Patient kann üblicherweise die Konfrontation in seiner Phantasie planen. Beispiel: Der Patient sitzt nackt festgebunden auf einem Stuhl. Der Eltern-Teil, von dem er befürchtet, kastriert zu werden (es kann dies jeder von ihnen sein), nähert sich ihm; er hält in bedrohlicher Weise ein Messer. Der Patient wird ermutigt, die volle Wirkung seiner Furcht zu erfahren. Ihm wird dann, wenn notwendig, geholfen, sein Entsetzen auszunutzen, um einer gesunden selbstbeschützenden Antwort Energie zuzuführen. Das Ziel dieser Methode ist nicht, dem Patienten zu versichern, daß er nicht kastriert wird; das Ziel ist vielmehr, ihm seinen Protest und seinen Unwillen anschaulich zu machen, sich der Kastration oder sexuellen Verstümmelung zu unterwerfen.

Katatoniker sind in ihrer Dynamik den Paranoiden ähnlich, außer daß sie in ein Stadium des Ungeborensens regredieren und darauf warten erneut geboren zu werden. Ein einfühlsamer Therapeut, besonders wenn er weiß, was die Regression ausgelöst hat, kann dem Patienten Ermutigung gegenüber der erschreckenden Welt anbieten und dann die Geburt des Babys ausagieren. Dieses Ausagieren muß ein Gefühl des Fallens einschließen, und daß das Kind einen Klaps bekommt und schreit, sowie daß es von einer fürsorglichen Mutter in der Welt begrüßt wird, die dann das Baby füttert. Üblicherweise schläft es danach ein.

Es ist notwendig darauf hinzuweisen, daß die Wirkung der Neugeburt des katatonischen Patienten von der Verfügbarkeit einer fürsorglichen Mutter auf lange Sicht abhängt.

Wir haben nur zwei Hebephrene gehabt; jedoch stimmt die pathologische Dynamik bei beiden überein. Das zugrundeliegende Problem ist Wut, die mörderisch ist. Die Patienten erfahren die Wut als immer gegenwärtig; sie benutzen als Verteidigung ein Anheben ihrer Stimmung, in dem Bestreben, das Ausagieren der Gefühle zu vermeiden. Infolge dessen sind sie immer „in Rage“

oder „mehr in Rage“ (zum Nachteil des Erwachsenen-Ichs). Es gibt zwei AK-Zustände. In dem einen ist die Dynamik ähnlich der eines Paranoiden, indem Furcht überspielt und mit Wut reagiert wird. Der andere ist „nett und süß“. Das Kindheits-Ich hat nicht die Erlaubnis, wütend zu sein und glaubt, Wut kann nur als Verrücktheit ausgedrückt werden. Der Aktivierung des wütenden Angepaßten Kindheits-Ichs geht üblicherweise eine deutliche Anhebung der Stimmung, wahrhaftes Denken und Phantasieren sowie geistige Verwirrung voraus. Jedoch wird all dies möglicherweise durch das nette und süße Angepaßte Kindheits-Ich verdeckt, das damit beschäftigt ist, nachdrücklich nett und süß oder albern zu sein; infolge dessen ist es wahrscheinlich, daß die anderen Anzeichen dafür, daß gleich etwas geschehen wird, unbemerkt bleiben.

Die Wutepisoden erscheinen nach außen krampfartig und bilden für andere eine Gefahr. Nach der Episode soll man den Patienten veranlassen, über seine Wut zu sprechen; für einen kurzen Zeitraum ist er fähig, dies zu tun. Man kann den Patienten in der Verantwortung für die Energiebesetzung der AK-Zustände halten; man muß jedoch für angemessene Entladungsmöglichkeiten, in denen er seine Wut ausdrücken kann, sorgen, damit sich die Tötungswahrscheinlichkeit nicht aufbaut. Es gibt im Anfang der Behandlungen Zeiten, in denen der Patient das Bedürfnis hat, die Wut in einer physisch gewalttätigen Art auszuagieren; er kann jedoch diese Ereignisse vorplanen, so daß die unter kontrollierten Bedingungen geschehen können. Üblicherweise wird eine derartige Episode in einer Gruppe durchgearbeitet, in der der Patient, wenn notwendig, durch die anderen Gruppenmitglieder festgehalten werden kann.

Zur Zeit denken wir über zwei Nebenthemen nach. Die hebephrenen Wahnvorstellungen treten als spezifisches Bemühen auf, das Kindheits-Ich von dem Aufstauen der Wut abzulenken; diese Wahnvorstellungen sind in Inhalt und Qualität ausgeprägt verschieden von anderen schizophrenen Wahnvorstellungen. Ein zweites Gebiet, das uns interessiert, ist die Frage, wo die Wut gespeichert und wie sie mit Energie versehen wird. Unsere beiden Patienten haben herausgefunden, daß dem EL-ER-K Modell etwas fehlt, um ihre Dynamik zu beschreiben.

Selektion

Es scheint, daß eine der bedeutsameren Denkstörungen in der Schizophrenie das Ergebnis ei-

nes Problems ist, Antworten zu selektieren oder von Ängsten, unfähig zu sein, angemessen zu selektieren. Manche pathologische Verhaltensweise bewegt sich um diese Schwierigkeit herum.

Es gibt Zeiten, in denen der Patient sich durch Stimuli bombardiert und unfähig fühlt, selektiv wahrzunehmen; dies ist für manche Reizbarkeit verantwortlich und für Probleme wie Geräuschempfindlichkeit und Verwirrenheit, auch für die Vermeidung gesellschaftlicher Treffen, menschenüberfüllter Plätze wie z.B. Geschäftsstraßen und Kaufhäuser und von Gruppen. Der Patient fürchtet sich, sich als ein Ergebnis impulsiver Selektion von Stimuli, in Verhaltensweisen zu verwirklichen. Die meisten Schizophrenen haben als Folge dieses Problems Mißbilligung erfahren und sie vermeiden Situationen, wo dies geschehen kann. Es ist wichtig, das Kritisieren derartigen Verhaltens als „verrücktes Handeln“ zu unterlassen, um dem Patienten zu helfen, über alternative Verhaltensweisen für das nächste Mal nachzudenken. Man kann im allgemeinen den Patienten, der Selektionsverwirrtheit fürchtet, überzeugen, sich in die bedrohende Erfahrung hineinzubegeben, wenn er sich des schützenden Beelterns sicher ist und vorhat, derartiges Beeltern anzunehmen. Beispiel: „Wenn du einkaufen gehst, bleib bei Joan und laß sie für dich sorgen.“

Die Selektionsstörung kommt häufig vor, wenn Abwehrmechanismen benutzt werden. Zum Beispiel kann die Verdrängung einer spezifischen Gefühlsantwort in einer Situation Betäubung, Schläfrigkeit, Gedächtnisverlust und eine Unfähigkeit, positive oder negative Gefühle zu erfahren, zur Folge haben - und dies solange, bis die ursprünglichen Gefühle erfahren oder vermindert wurden. Auch wird gerne Wut, die ursprünglich für eine bestimmte Situation spezifisch ist, im Hinblick auf die ganze Umgebung und auch das Selbst verallgemeinert. So ist Selbstverstümmelung häufig nicht masochistisch; sondern sie geschieht, da das Selbst das am meisten verfügbare Hilfsmittel ist, um Gefühle zu ventilieren, und die Technik des Selektieren nicht wirksam wird.

Die Folgen der Probleme bezüglich Selektion und Entscheidung sind auf der Seite des Patienten beträchtlich; dies ist ein Aspekt der Pathologie, den wir noch erforschen. Es scheint, daß er diagnostisch in verschiedenen Gruppierungen verschiedenartig auftritt; er könnte ein sehr wesentliches Unterscheidungsmerkmal bei der Bestimmung der Art der Pathologie eines bestimmten Patienten sein.

Die Behandlung des Problems ist komplex; sie geht weit über die Neu-Beelterungs-Situation hinaus. Dem Patienten wird beigebracht, nur geringe Abwehrmechanismen aufrechtzuerhalten und Energiebesetzung als einen hauptsächlichen Schutzmechanismus zu benutzen. Er muß die Furcht vor Selektionsproblemen überwinden; sie tendiert dazu, seine Fähigkeit zu lähmen, mit den Situationen umzugehen. Man kann ihm beibringen, gesellschaftliche Einrichtungen so zu benutzen, daß er Zeit für die Energiebesetzung des Erwachsenen-Ichs in mit Streß verbundenen Verhältnissen gewinnt; Krisen müssen vermieden werden, bis er geübt genug ist, in Reaktion auf eine Bedrohung sein Erwachsenen-ich schnell zu aktivieren. Wenn er mehr Vertrauen erwirbt, wird der Patient auch motiviert sein, gesunde Weisen herauszufinden, um mit diesem Problem umzugehen; bis er dies tut, wird er von einer externen Struktur abhängig sein, in der die Anforderungen nach Selektion durch elterliche Einschärfung vermindert werden.

Es gibt gewichtige Beziehungen zwischen dem Selektionsproblem und dem Auftreten von Eltern-Ich-Trübungen. Viele Schizophrene neigen dazu, ein überstarkes Eltern-Ich als eine ausgleichende Struktur zu benutzen, um sich gegen diese Schwierigkeit zu schützen; obwohl es unwahrscheinlich ist, daß Trübung nach der Neu-Beelterung auftritt (wir kennen keinen Fall derartigen Auftretens), benötigt der Patient Hilfe, um übermäßigen Gebrauch des alten Eltern-Ichs als eine Möglichkeit, dem Selektionsstreß zu entgehen, zu vermeiden. In gewisser wichtiger Weise stehen Selektionsschwierigkeiten in Verbindung mit der Kreativität und Ausdruckskraft, die für in hohem Grade schizophrene Patienten charakteristisch erscheinen; man hat beobachtet, daß Patienten sich weigern, direkt mit dem Problem umzugehen, in dem Glauben, daß sie einen beachtlichen Verlust erleiden, wenn sie es tun: infolgedessen unternehmen wir derzeit nichts, um dieses Problem zu „heilen“, wir konzentrieren uns darauf, Mittel herauszufinden, durch die der Patient mehr bewußt sein und diese Bewußtheit als eine schutzgebende Technik benutzen kann.

Regression

Die Regression tritt gewöhnlich plötzlich auf (für einen Zeitraum von weniger als eine Woche) und sie wird durch Aufforderung durch das Kindheits-Ich herbeigeführt. (Therapeuten, die schizophre-

ne ambulant behandeln, müssen sich dieser Gefahr bewußt sein, wenn sie den Patienten ermuntern, sich in Übereinstimmung mit diesem Gegenskript „gut“ zu benehmen.) Gewöhnlich verlangt dies vom Kindheits-Ich, eine elterliche Skript-Einschärfung zu verletzen.*

Beispiel: Eine Patientin erzählte dem Therapeuten, daß sie ihre Mutter beobachtete, die sich sexuell mit einem Tier beschäftigte; damit verletzte sie die Einschärfung der Mutter: „Sprich nicht über mich!“ Das Kindheits-Ich wird dann von Furcht vor Bestrafung durch das Eltern-Ich erfüllt und die Regression ist ein Versuch, der Strafe zu entgehen.

Das Entkommen führt zurück in eine angenehme Zeit innerhalb der Entwicklungserfahrung. Ein Patient, der von seiner Mutter während der analen Phase zurückgewiesen wurde, wird wahrscheinlich in ein orales Stadium regredieren. Dies widerspricht Theorien, die besagen, daß die Regressionen in die Zeit des Traumas zurückführt.

Auf die Regression folgt eine Periode, die wir als „der Ruhetag“ beschreiben. Wenn das Neu-Beeltern in dieser Periode beginnt, ist die Prognose wesentlich günstiger. (Alle Patienten, die wir am Beginn der Regression in unser Haus aufnahmen, wurden erfolgreich neu-beeltert). Dann gibt es eine Periode von einigen bis mehreren Wochen, in der sich der Patient ganz behaglich fühlt, wenn die regressiven Bedürfnisse erfüllt und regressive Empfindungen erklärt werden. Diese Zeit wird benutzt, um die Beziehungen zu den neuen Eltern zu festigen, das Erwachsenen-Ich zu entrüben, genügend historische Informationen vom Patienten zu bekommen, um das bevorstehende Neu-Durchspielen pathologischer Abschnitte zu planen, Transaktionsanalyse zu lehren und Ich-Zustände zu identifizieren. Es ist relativ leicht, den Patienten während dieser Zeit dazu zu bekommen, das verrückte Eltern-Ich zu unterdrücken.

Wenn der Patient in einer Klinik untergebracht war, wird es Schwierigkeiten geben. Er wird die Ruhetag-Periode als eine Zeit der Furcht und Verwirrung erlebt haben; wahrscheinlich hat er von Wärtern und Krankenschwestern viele Nicht-in-Ordnung-Botschaften erhalten und dies in

einer Zeit, in der er sehr verwundbar und beeinflusbar war. Für seine Empfindungen wird er keine Erklärungen gehabt haben. Die regressiven Bedürfnisse werden als Pathologie wahrgenommen worden sein; seine Erfahrung wird wahrscheinlich ähnlich zu der eines in einem Krankenhaus liegenden Babys oder kleinen Kindes gewesen sein - was Symptome der Depression zur Folge hatte. Das Ergebnis wird aufgrund der Angst und Verwirrung noch mehr Trübung sein und das verrückte Eltern-Ich wird entweder mit Energie besetzt werden oder kunstvoll ausgearbeitetes Vermeidungsverhalten wird sich entwickelt haben. Wahrscheinlich wird sich eine Fixierung auf eine dramatische Periode ergeben haben oder aber der Patient ist durch eine regressive Entwicklungsphase ohne angemessene Auflösung hindurch gegangen. Diese Patienten durchlaufen häufig in der Neu-Beelterungs-Situation nicht aufeinander folgende Regressionsphasen; die Behandlung ist langsamer und für den Therapeuten verwickelter. Unsere drei Mißerfolge gehören zu dieser Kategorie. Jedoch können auch die meisten dieser Patienten eine wirkungsvolle Neu-Beelterung erleben.

Nach dem „Ruhetag“ wird der Patient in den meisten Entwicklungsphasen ein für einen gestörten Jugendlichen typisches Verhalten zeigen. Es ist wesentlich, daß dieses Verhalten, bevor der Patient in ein neues Stadium eintritt, aufgelöst wird.

Die Regression wird als ein Versuch wahrgenommen, frühe Kindheitsstörungen in Richtung auf eine gesunde Auflösung zu bearbeiten; sie wird in dem Patienten unterstützt und ermutigt; ihm wird häufig immer wieder versichert, daß er die Fähigkeit hat, Probleme auf sinnvolle Weise lösen zu können.

Orale Phase

Der Patient, der fähig ist, seine Empfindungen während dieser Phase zu beschreiben, weist auf unübliche Empfindungen des oralen Bereiches hin. Zu den Verhaltensweisen, die ein Bedürfnis nach Flaschenfütterung anzeigen, gehören: saugen, sabbern, in der Nase bohren, Zähne knirschen, häufiger Stuhlgang, übermäßiger oder verminderter Appetit, Magenknurren, schaukeln und sich selbst streicheln. Eine Zahnungsphase, zu der Zahnfleischempfindlichkeit gehört, wie auch der Drang nach knuspriger Nahrung (Brezeln, Biskuits), erfordert normalerweise kein Fla-

*Kurz gesagt besteht das Gegenskript aus „guten“ Vorschriften der Eltern. Während das Skript die krankheitsserregenden enthält, die normalerweise stärker und furchtbarer sind.

schenfüttern; wenn jedoch Eßstörungen auftreten, wird die Nahrung für den Patienten gemahlen; er wird damit gefüttert oder er wird künstlich ernährt. Das Patientenkind wird während dieser Phase viel gestreichelt, da es nur geringe Streichelreserven hat. Es muß sowohl beim Füttern als auch zu anderen Zeiten im Arm gehalten und geschaukelt werden.

Krabbelphase

Für die Entwicklung gesunder Motivation ist eine Phase unentbehrlich, zu der Krabbeln, zufälliges oder scheinbar zweckloses Spielen und Erforschung der Umgebung gehört. Während dieser Periode kann der Patient gereizt sein und es mag schwierig sein, für ihn zu sorgen, da er ständige Aufmerksamkeit braucht, nicht kooperativ sein kann und oft negativistisch ist. Trotz allem muß er viel gestreichelt werden; Er muß viel physisch versorgt werden und er sollte nicht diszipliniert werden, obwohl man ihm »nein« sagen kann: normalerweise antwortet er auf einfache Anordnungen, die mit schwach erhobener Stimme gegeben werden.

Anale Phase

Diese Phase wird durch eine Reihe von Dingen charakterisiert: Verstopfung oder Durchfall, Schmierern mit Exkrementen, Darmleerung oder Urinieren an unüblichen Plätzen, Interesse an Gerüchen, Masturbieren, Gewinnsucht, Hamstern, Wutausbrüche, Aufmerksamkeit fordern oder zurückweisen, Streicheln, Jammern sowie eine Bandbreite an aufreizenden Verhaltensweisen, die darauf abgestellt sind, Grenzen auszuprobieren, Verantwortung zu vermeiden und Aufmerksamkeit wachzuhalten. Das Patientenkind braucht weiterhin Berührungstreicheln und beständige Überwachung. Es ist immer noch sehr wichtig, daß der Patient mehr positive als negative Zuwendung erfährt; jedoch werden in dieser Periode Strukturen und Disziplin eingeführt und sinnvolle Erwartungen zum Ausdruck gebracht. Die Auflösung dieser Periode erfolgt häufig im Durcharbeiten von bestimmten Verhaltensweisen, die nicht annehmbar sind und aufgegeben werden; das Ziel dieser Arbeit ist, die Wut der Mutter aufzulösen und Zuwendung zu erhalten. Die erfolgreiche Durcharbeitung dieser Phase zeigt sich im Aufhören der Verstopfung oder des Durchfalls. Versucht man, diese Phase mit dem Erwachsenen-Ich durcharbeiten, wird

nichts gewonnen; das Erwachsenen-Ich scheint beinahe vollständig ohne Kontakt mit der gesamten analen Situation zu sein und spielt bei der Lösung keine feststellbare Rolle.

Ödipale Phase

Im Vergleich zu früheren Phasen findet sich in der ödipalen Phase mehr Regression; jedoch scheint für die gesunde Beendigung der Regression die erfolgreiche Auflösung dieser Phase (und des analen Stadiums) im Verlauf der Regression wesentlich zu sein. Viele komplexe Probleme werden in diesem Zeitraum erlebt; zu ihnen gehören Konkurrenzfähigkeit, Kastrationsängste, sexuelle Phantasien und häufige Fehlwahrnehmungen. Das Denken und die Phantasien des Patientenkindes sollten beständig überwacht, unübliches Verhalten gegenüber jedem Elternteil sorgfältig erforscht und jedem Anzeichen von Verdrängung sofort entgegengetreten werden (da all diese Dinge Pathologie auslösen werden). Der Patient benötigt häufige Definition seiner sexuellen Identität (er wird häufig in beiläufigen Gesprächen als »Junge« identifiziert und seine Rollen und Aktivitäten werden entsprechend differenziert); ihm muß auch seine sexuelle Zulänglichkeit immer wieder versichert werden. Die erfolgreiche Beendigung dieser Phase beinhaltet auch den Beginn eines sexuellen Skripts («wenn du einmal erwachsen bist, wirst du auch eine eigene Familie haben») Klare Grenzen werden im Hinblick auf sexuelle Impulse gegenüber den Eltern gesetzt. Es können in diesem Stadium auch homosexuelle Neigungen entstehen; man kann sie als Anzeichen für Kastrationsängste oder für andere Hindernisse einer erfolgreichen Auflösung dieser Phase betrachten. Streicheln wird fortgesetzt - es ist jedoch wichtig, daß das Streicheln aus dem Eltern-Ich Zustand erfolgt.

Latenzphase

Wenn die vorhergehenden Phasen erfolgreich aufgelöst wurden, wird dies eine ziemlich leichte Zeit werden, in der das Patientenkind für neue Skript-Anweisungen sehr empfänglich ist. Abweichende Gedanken und Impulse kommen häufig vor und werden normalerweise verbalisiert; sie können in der Regel durch Enttötung des Erwachsenen-Ichs und durch elterliche Einschärfungen berichtigt werden. Wahrscheinlich kommen auch Anfälle von Hypochondrie und Ängste im Hinblick auf tätliche

Angriffe und Tod sowie viele Gefühle der Unzulänglichkeit vor. Der Einsatz des Erwachsenen-Ichs zum Problemlösen ist ein elementares Ziel dieser Phase; das Patientenkind erlebt viel Frustration wenn sein Erwachsenen-Ich nicht funktional oder zu unentwickelt ist, um mit Situationen umzugehen.

In dieser Zeit beginnt der neue Eltern-Ich Zustand - anscheinend, um das Erwachsenen-Ich zu unterstützen - mit Energie besetzt zu sein (die Energiebesetzung ist sehr stark vom Kindheits-Ich motiviert). Man sollte es am Anfang sorgfältig beobachten und ihm nicht übermäßig vertrauen, da es in einer Zeit verinnerlicht wurde, in der Fehlwahrnehmungen auftraten. Wenn Probleme sichtbar werden, können sie sogleich behoben werden - sie müssen allerdings in allen drei Ich-Zuständen richtiggestellt werden. In dieser Phase muß das Patientenkind sein neues Eltern-Ich ausprobieren; so muß man ihm Gelegenheiten bieten, seine Reaktionen gegenüber Verantwortung zu erproben. Es wird in den meisten Tätigkeitsbereichen deutliche Verbesserungen geben; jedoch benötigt das Patientenkind weiterhin Kontrollen und Struktur; man kann nicht unterstellen, daß es gesund ist.

Es ist wichtig, daß der Patient nicht »über-beelert« wird; andererseits ist es wichtig, daß das Kindheits-Ich viel Unterstützung erhält und daß weiterhin verbales Streicheln und Berührungstreicheln gegeben wird (allerdings sehr reduziert vom Elternteil des anderen Geschlechts). Oft besteht die Neigung, das neue Eltern-Ich übermäßig mit Energie zu besetzen; dies scheint uns für einen Patienten, der die Brauchbarkeit und Wirksamkeit dieses neuen Ich-Zustands erforscht, normal. Vergleichbares Verhalten kann man auch bei nicht-schizophrenen Kindern im Latenzalter, besonders im letzten Teil dieses Stadiums, beobachten.

Gelegenheiten für eine klare sexuelle Identifikation sind notwendig. So werden Aktivitäten, die die sexuelle Differenzierung des Patienten ermöglichen, gefördert und für Handlungen, die dem Geschlecht des Kindes nicht angemessen sind, wird negative Zuwendung gegeben. Beispiel: » Nein, du darfst nicht stricken lernen. Jungen tun das nicht! «

Adoleszenzphase

In dieser Phase tritt wahrscheinlich die frühere Pathologie wieder auf - allerdings üblicherweise

auf einer wesentlich niedrigeren Ebene als früher. ,Dem Patientenkind wird mit geringster Einbuße des verbesserten Funktionierens geholfen, die Probleme zu lösen. In der Regel werden die Beziehungen zu jedem Elternteil eingehend überprüft. Diese Beziehungen sind durch Episoden von Unverträglichkeit gekennzeichnet, die manchmal durch Nachgeben und manchmal durch Ausbrüche von Wut aufgelöst werden. Eine gewisse Widerspenstigkeit ist für diese Periode charakteristisch und viel Energie wird gebraucht, um Probleme im Hinblick auf angemessenes und unangemessenes Äußern von Wut zu lösen.

Das Patientenkind wird während dieser Phase auf die Entlassung aus dem Haus vorbereitet; dies geschieht, wenn der Grad der Pathologie im Kindheits-Ich es erlaubt, die Geborgenheit der Wohnung zu verlassen. Es wird am besten durch Vorbereitung auf das College, durch eine Berufsausbildung, eine Arbeit oder eine andere für einen jungen Erwachsenen passende Rolle erleichtert.

Sonstige Überlegungen

Skript Anweisungen

Obwohl beim Geben von Skript Anweisungen beide Elternteile beteiligt sind, wird vom Patienten einer von beiden als primär für diese Funktion ausgewählt. Er verinnerlicht von diesem Elternteil mehr Eltern-Ich und braucht von ihm mehr Skript. (In dieser Wahl mag ein genetisches Entwicklungselement stecken). Wenn der Elternteil, von dem das Skript benötigt wird, aus irgend einem Grund nicht verfügbar ist, kann dies zur Pathologie beitragen. Es ist wichtig, daß bei jeder bedeutsameren Transaktion mit dem Kindheits-Ich überprüft wird, welcher Elternteil das Skript geben soll. Im Hinblick auf diese Entscheidung haben wir keine pathologischen Anzeichen beobachtet; das Kindheits-Ich scheint immer zu wissen, was es von wem benötigt.

Einleiten einer Psychose

In vielen Fällen, wenn ein Problem durchgearbeitet werden muß, wird das Kindheits-Ich des Patienten ermutigt, zu diesem Zweck eine Situation zu planen. Dies geschieht üblicherweise in einer Gruppe, in der das Ausagieren kontrolliert werden kann. Das Patientenkind wird ermuntert: » Tu, was du tun

mußt «. Die Psychose wird dann aufgedeckt, oft ausagiert und die Gruppe geht direkt mit dem wahnhaften Kindheits-Ich um. Es ist wesentlich, daß diese Situationen durch berichtigende Skript Anweisungen an das Kindheits-Ich beschlossen werden.

Transaktionen

Eltern von Schizophrenen müssen an die Selektionsschwierigkeit und die Konkretheit des Denkens, die diese Krankheit kennzeichnen, denken. Verbale Transaktionen müssen deutlich und spezifisch sein. Beispiel: Einem Jungen, der dafür bestraft wurde, daß er seine Schwester schlug, wurde gesagt » du darfst sie nicht noch einmal anrühren! «; er hatte darauf große Schwierigkeiten, sie durch Berührung zu streicheln und zu helfen, sie festzuhalten,- und dies solange, bis diese Einschärfung wieder aufgehoben wurde. Da das schizophrene Kind sehr Skript-gebunden ist, haben Mißverständnisse gegenüber präzisen Erwartungen eine verstärkte Bedeutung; das Kind kann sich häufig nicht selbst gegen sie verteidigen.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt als dieser Artikel geschrieben wurde, sind 14 junge Menschen erfolgreich neu-beelert worden; es ist nicht zu erwarten, daß einer von ihnen noch einmal eine Psychose erleben wird. Voll Vertrauen arbeiten sie, gehen in die Schule, heiraten und gründen Familien. Sie werden von anderen als attraktive, liebenswerte Menschen wahrgenommen, die fähig sind, Streicheln anzunehmen und zu geben; sie erwarten, mit Erfolg mit der Welt umzugehen.

Anmerkung

Wir lernen hier nicht nur, wie man eine geeignete Einstellung und eine passende Umgebung bereitstellt, um Schizophrene zu heilen, sondern es werden auch neue Dinge enthüllt, wenn die Pathologie entfällt. Diese neuen Dinge sind von beachtenswertem klinischen Interesse. Sie können darüber hinaus bereits jetzt benutzt werden, um in dem Prozeß des Neu-Beelterns spezielle Punkte therapeutischen Vorgehens deutlich zu machen.

Es ist lehrreich, hier Federn's Pioniererfahrung zu bedenken (ich bin in der glücklichen Lage, einen Nachdruck seiner Originalartikel über dieses

Thema zu besitzen.) Er besuchte seine Patientin das erste Mal in der Klinik » und erreichte letztendlich ihre Übertragung durch Freundlichkeit. « Er schreibt weiter:

» Ich versprach ihr, sie aus der Klinik herauszuholen und vergaß auch nicht Schokolade. Man erreicht eine gute Übertragung bei Psychotikern leicht, wenn man ihre Regressionen auf die orale Stufe benutzt. Meine Frau stimmte zu und sobald als möglich nahmen wir seine Patientin in unser Haus auf. Wir tolerierten ihre emotionalen Ausbrüche. Ich kannte ihre Vergangenheit und die darunter liegenden Konflikte und half ihr, sie zu überwinden. Im Laufe der nächsten zwei Jahre erlaubte ich ihr nicht, nach Hause zu ihrer Familie zurückzugehen sie fuhr stundenlang mit meiner Frau in einem Wagen, wobei sie die Fahrt oftmals unterbrach, um unbegrenzte Mengen von Süßigkeiten zu essen, sie wurde normal, heiratete zweimal und erfüllte ihre Pflichten. «

Die folgenden Beiträge sind drei autobiographische Berichte. Sie sind geschrieben von neu-beelerten Menschen, deren Namen der Herausgeber kennt; sie ziehen es jedoch vor, im Bulletin anonym zu bleiben. Der erste Beitrag wurde von einem Mann, die beiden anderen von Frauen geschrieben. »Vater « und » Mutter « sind natürlich Herr und Frau Schiff.

E.B.

(Aus TAB 8, Juli 1969 S. 45-63)