

**J.W. Winnicott (1963): Die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter,  
in: ders.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Gießen 2006, S. 285 – 302**

Seit dem Beginn dieses Jahrhunderts haben die Versuche, die Psychiatrie aus der Stagnation zu retten, zugenommen, und als die Psychiater versuchten, die Versorgung und Behandlung psychisch Kranker von mechanischer Verwahrung auf menschliche und humane Methoden umzustellen, hatten sie große Aufgaben zu erfüllen. Dann kam die Anwendung der dynamischen Psychologie auf die Psychiatrie. Für Psychoanalytiker und jene, die auf der Grundlage der dynamischen Psychologie arbeiten – zu dieser Kategorie gehören viele Sozialarbeiter – ist die *Psychologie* der psychischen Erkrankung von Interesse. Es ist meine Aufgabe, diese Verbindung zwischen psychischer Erkrankung und den Stadien der emotionalen Entwicklung des Individuums herzustellen, und ich werde mich daran machen, ohne in der Lage zu sein, schlüssige Beweise für die Einzelheiten meiner These anzubieten.

Zunächst muß ich Sie daran erinnern, wie der Psychiater psychische Störungen klassifiziert. Ich werde mit den psychisch-geistigen Störungen, die aus physischen Anomalien des Gehirns entstehen, das der elektronische Apparat ist, von dem die psychischen Funktionen abhängig sind, summarisch verfahren. Der Apparat kann vielerlei Schäden haben: ererbte, angeborene, durch Infektionskrankheiten entstandene, auf einem Tumor beruhende, oder durch degenerative Prozesse wie Arteriosklerose hervorgerufene. Auch bestimmte physische Störungen, wie Myxoedem und ein mit der Menopause verbundenes Ungleichgewicht der Hormone, beeinflussen den elektronischen Apparat. Wir müssen diese Überlegungen beiseite lassen, obwohl sie wichtig sind, um zu dem Bereich der psychischen Störung zu kommen, der eine Frage

**Zum AK2: Denken in Teams**

In diesem Vortrag, den der britische Psychoanalytiker Donald W. Winnicott 1963 vor SozialarbeiterInnen gehalten hat, stellt er die (größenteils bis heute) gültigen Diagnosekriterien der Psychiatrie vor und versucht darzustellen, was sie für SozialarbeiterInnen bedeuten, welche Folgen bestimmte Diagnosen für die Psychodynamik der sozialarbeiterischen Beziehung haben.

<sup>1</sup> Vortrag vor der Vereinigung der Sozialarbeiter in London; veröffentlicht durch diese 1963 in *New Thinking for Changing Needs* [Neues Denken für sich wandelnde Bedürfnisse; d. U.]

der Psychologie, der dynamischen Psychologie, der emotionalen Unreife ist.

Ich muß auch voraussetzen, daß Sie die Wirkung körperlicher Krankheiten und drohender körperlicher Erkrankungen auf psychische Zustände kennen. Es beeinflusst ganz gewiß die Psyche eines Menschen, wenn er Krebs oder eine Herzkrankheit hat. Nur die Psychologie dieser Wirkungen kann uns hier und jetzt bekümmern. Eine Klassifikation beginnt also mit diesen drei Kategorien:

- a) Erkrankungen des Gehirns mit darauffolgender psychischer Störung;
- b) körperliche Krankheiten, die psychische Haltungen beeinflussen;
- c) psychische Störungen im eigentlichen Sinn, d. h. Störungen, die nicht von Erkrankungen des Gehirns und anderen körperlichen Krankheiten abhängig sind.

Von hier aus beginnen wir, die psychischen Störungen in Psychoneurose und Psychose einzuteilen. Sie werden nicht vornehmlich schließen, daß psychoneurotische Personen notwendigerweise weniger krank sind als psychonische. Hier müssen wir das Wort »krank« untersuchen. Lassen Sie mich die Definition meines verstorbenen Freundes John Rickman benutzen: »Psychische Krankheit besteht darin, daß man niemanden finden kann, der einen ausstehen kann.« Das heißt: Die Gesellschaft leistet ihren Beitrag zur Bedeutung des Wortes »krank«, und es ist sicher äußerst schwierig, mit psychoneurotischen Menschen zusammen zu leben. Aber sie sind gewöhnlich nicht offiziell als geisteskrank zu erklären. Auf diese Schwierigkeit werde ich noch zurückkommen.

Gesundheit ist emotionale Reife, emotionale Reife des einzelnen Menschen. Die Psychoneurose hängt mit dem Zustand der Person im Kleinkindalter zusammen, mit dem, was die Familie an positiver oder negativer Umwelt zu schaffen fähig war, mit der Art, wie die Latenzperiode die im Individuum wirksamen Spannungen verhärtet oder gemildert hat, und mit der Art, wie in den verschiedenen Stadien der Adoleszenz die Triebveränderungen und neue Organisation der Abwehrmechanismen gegen jene Angst wieder

zusammengefügt werden, die als Prägung in der frühen Kindheit des Individuums zustande gekommen ist.

Psychoneurose ist der Ausdruck, mit dem man die Krankheit von Menschen bezeichnet, die im Stadium des Ödipuskomplexes krank geworden sind, in dem Stadium, in dem Beziehungen zwischen drei ganzen Personen erlebt werden. Die aus diesen Beziehungen entstehenden Konflikte haben zu Abwehrmaßnahmen geführt, die, wenn sie relativ stark werden, die Bezeichnung Psychoneurose rechtfertigen. Diese Abwehrmaßnahmen hat man aufgezählt und klar definiert. Offensichtlich hängt die Art, wie sie sich aufbauen und sich verfestigen, in gewissem, vielleicht in hohem Maß von der Vorgeschichte des Individuums vor seiner Ankunft im Stadium der Dreiecksbeziehungen zwischen ganzen Personen ab.

Zur Psychoneurose gehört Verdrängung und das verdrängte Unbewußte, welches ein besonderer Aspekt des Unbewußten ist. Während das Unbewußte allgemein der Vorratskeller der reichsten Bereiche des Selbst eines Menschen ist, ist das verdrängte Unbewußte der Behälter, in dem (mit großem Aufwand in bezug auf die seelische Ökonomie) das aufbewahrt wird, was unerträglich ist und was das Individuum nicht als Teil des Selbst und seines persönlichen Erlebens annehmen kann. Das eigentliche Unbewußte kann man in Träumen erreichen; es trägt grundlegend zu allen bedeutungsvollen Erlebnissen des Einzelmenschen bei; im Gegensatz dazu steht das verdrängte Unbewußte nicht frei zum Gebrauch zur Verfügung; es erscheint nur als Bedrohung oder als eine Quelle der Reaktionsbildung (z. B. Sentimentalität, die auf verdrängten Haß hinweist). Dies alles ist der Stoff der dynamischen Psychologie. Die Verdrängung gehört genauso zur Psychoneurose wie die Persönlichkeitspaltung zur Psychose gehört.

Psychoneurotische Erkrankungen können wirklich sehr schwer sein. Außerdem bringt diese Art von Krankheit den Sozialarbeiter zur Verzweiflung, weil das verdrängte Unbewußte die Domäne des Psychoanalytikers ist. Im Gegensatz dazu bieten die Bereiche der Krankheit, die man Psychose oder Wahnsinn nennt, dem Sozialarbeiter mehr Wirkungsmöglichkeiten, wie ich versuchen werde zu zeigen, weil solche Störungen dem Psychoanalytiker weniger

Wirkungsmöglichkeiten bieten, wenn er nicht in geeigneten Augenblicken aus seiner Rolle heraustritt und selbst Sozialarbeiter wird. (Dieses Thema wird sich allmählich weiterentwickeln, während ich fortfahre.) Wie ich gesagt habe, hat in der Psychoneurose eine der Abwehrformen mit Regression zu tun. Der kranke Mensch hat sich, wie man feststellt, von der genitalen Sexualität und von den Dreiecksbeziehungen wie zwischen ganzen Menschen zurückgezogen und bestimmte Positionen eingenommen, die zu seinem Leben vor dem Stadium der Hierero- oder Homosexualität in der interpersonalen Beziehung gehören. In gewissem Maß sind die Fixierungspunkte die Punkte, die in dieser regressiven Abwehr benützt werden, von guten und bösen Erfahrungen in früheren Entwicklungsstadien des Individuums abhängig, natürlich auch von den entsprechenden guten und schlechten Umweltfaktoren in diesen Stadien.

Die Psychose kann man als eine Krankheit ansehen, die mehr mit den Erlebnissen der früheren Phasen zu tun hat als mit den Spannungen auf der Stufe der interpersonalen Beziehungen, welche zu verdrängender Abwehr führen. Im Extremfall hat es gar keinen wirklichen Ödipuskomplex gegeben, weil das Individuum so sehr in einer früheren Entwicklungsphase befangen war, daß echte, ausgewachsene Dreiecksbeziehungen nie verwirklicht worden sind.

Natürlich kann man Fälle finden, an denen sich eine Mischung aus Normalität in bezug auf den Ödipuskomplex und Psychose in bezug auf das Steckengebliebensein in einer Frühphase der emotionalen Entwicklung demonstrieren läßt. Diese Mischformen brauchen uns aber hier nicht zu beschäftigen, wo wir versuchen, ein extrem komplexes Thema mit einfachen Worten zu beschreiben.

Die Psychoneurose gehört also zu den Abwehrmechanismen, die sich um die Ängste und Konflikte relativ normaler Menschen herum aufgebaut haben, d. h. von Menschen, die auf jeden Fall bis zum Stadium des Ödipuskomplexes gekommen sind. In einer psychoanalytischen Behandlung macht es der Analytiker möglich, daß die Quantität der Verdrängung abnimmt, und am Ende der Behandlung kommen die interpersonalen Beziehungen vollständig zum Ausdruck und werden vollständiger erlebt, und die prägenitale Komponente der Sexualität nimmt ab.

Alle übrigen psychischen Krankheiten (außer der Psychoneurose) gehören zum Aufbau der Persönlichkeit im Säuglingsalter und in der frühesten Kindheit, zusammen mit der Umweltversorgung, die in ihrer Funktion, die Reifungsprozesse des Individuums zu fördern, versagt oder Erfolg hat. Mit anderen Worten, eine psychische Krankheit, die keine Psychoneurose ist, hat für den Sozialarbeiter eine Bedeutung, weil sie nicht so sehr die organisierte Abwehr des Individuums betrifft, sondern vielmehr das Scheitern des Individuums im Erreichen der zur Bildung von Abwehr nötigen Ich-Stärke oder Persönlichkeitsintegration.

Ich kann jetzt zufriedener zur Klassifizierung psychiatrischer Typen zurückkehren, weil ich glaube, Ihnen vielleicht den Gedanken nahegebracht zu haben, daß der Wahnsinn ebenso Ihre Domäne ist, wie die Psychoneurose die Domäne des klassischen Analytikers Freudscher Prägung ist. Außerdem hat die Verrücktheit, der Wahnsinn, eine Beziehung zum gewöhnlichen Leben. Beim Wahnsinn finden wir statt einer Regression die Prozesse der Persönlichkeitsbildung und der Selbstdifferenzierung in umgekehrter Richtung. Dies ist das Material des Wahnsinns, und dies versuchen ich hauptsächlich zu beschreiben. Ein Scheitern im Reifungsprozeß (der selbst eine Angelegenheit des Erbguts ist) ist natürlich oft mit pathologischen Erbfaktoren verbunden, aber das Wesentliche ist, daß dieses Scheitern sehr stark mit einem Versagen der fördernden Umwelt zusammenhängt. Sie werden sehen, daß hier der Sozialarbeiter seine Chance hat, da der Umweltfaktor in der *Ätiologie* der Verrücktheit eine spezifische Bedeutung hat. Die Grundannahme ist hier, daß die psychische Gesundheit des Individuums im Bereich der Säuglings- und Kinderpflege niedergehalten wird, und sowohl Säuglings- und Kinderpflege tauchen in der Beratung und der Sozialarbeit des Sozialarbeiters wieder auf. In der Psychotherapie der Psychoneurose, die im wesentlichen eine Störung der inneren Konflikte ist (d. h. der Konflikte innerhalb des Selbst), tauchen diese Phänomene, die aus der Säuglings- und Kinderpflege stammen, in dem auf, was man die Übertragungsneurose nennt.

Kommen wir also wieder auf meinen Versuch zurück, die Krankheiten in der psychiatrischen Klassifikation zusammenzustellen, die nicht Psychonurose sind. Unter dem Blickwinkel meiner Darstellung wäre es einfacher, wenn ich die beiden Extreme nehmen könnte: mich am einen Extrem auf die Psychonurose beziehen und ans andere Ende die Schizophrenie stellen könnte. Ich kann das jedoch der affektiven Störungen wegen nicht tun. Zwischen Psychonurose und Schizophrenie liegt das ganze Gebiet, das man mit dem Wort Depression bezeichnet. Wenn ich »zwischen« sage, meine ich in Wirklichkeit, daß in der Ätiologie dieser Störungen die Ursprünge der Depression zwischen den Ursprüngen der Psychonurose und denen der Schizophrenie liegen. Ich meine auch, daß es alle Grade von Überschneidung gibt, daß es keine klar abgegrenzten Unterscheidungen gibt, und daß es bei den Krankheiten, mit denen sich die Psychiatrie befaßt, falsch ist, Störungen so zu bezeichnen, als seien sie Krankheiten in der Weise, wie es für die Klassifikation in der Medizin körperlicher Leiden charakteristisch ist. (Hier schliesse ich natürlich Krankheiten des Gehirns aus, die wirklich körperliche Krankheiten mit sekundären psychischen Wirkungen sind.)

Die Depressionen stellen ein sehr großes Gebiet psychischer Störungen dar. Entwicklungen in der Psychoanalyse haben viel von den psychischen Vorgängen bei der depressiven Erkrankung erhellet, sie haben die Depression auch zu dem in Beziehung gesetzt, was im Grunde gesund ist, nämlich der Fähigkeit, zu trauern, und der Fähigkeit, Kummer zu empfinden. Die Depressionen reichen also vom fast Normalen bis zum fast Psychotischen. Am normalen Ende der Depressionen stehen jene depressiven Erkrankungen, die beim Individuum auf Reife und einen gewissen Grad der Integration des Selbst schließen lassen. Hier wird, wie bei der Psychonurose, nicht der Sozialarbeiter gebraucht, sondern der Psychoanalytiker, aber es gibt etwas, das für den Sozialarbeiter sehr wichtig sein kann, nämlich die Tendenz der Depression, zu verschwinden. Ohne irgendeine Psychotherapie kann der Sozialarbeiter sehr viel tun, wenn er einer Depression ihren Lauf läßt. Was hier gebraucht wird, ist eine Beurteilung des Individuums als eines Menschen, dessen Vorgeschichte beweist, daß die Persönlichkeitsintegration die Belastung

der depressiven Erkrankung aushalten kann, in der eine bestimmte Art von Konflikt durchgearbeitet wird. Dieser Konflikt in der Depression hat, um es ungefähr zu sagen, mit der persönlichen Aufgabe des Individuums zu tun, seine eigene Aggression und seine destruktiven Impulse einzuordnen. Wenn ein geliebter Mensch stirbt, gehört der Trauervorgang zur Durcharbeitung des Gefühls im Individuum, es sei persönlich verantwortlich für den Todesfall, und zwar wegen der destruktiven Vorstellungen und Impulse, die das Lieben begleiten. Depression an diesem Ende der Skala ist nach diesem Muster gebildet, das im Trauern deutlicher zutage tritt, mit dem Unterschied, daß bei der Depression ein höherer Grad von Verdrängung herrscht und daß die Prozesse auf einer Stufe stattfinden, die unbewußter ist (im Sinne des Verdrängtseins) als bei der Trauer.

Vom Standpunkt des Psychoanalytikers aus ist die Psychotherapie der Depression dieser Art ganz ähnlich wie die der Psychonurose, außer daß in der Übertragung die stärkste Dynamik in der Zweierbeziehung steckt, die auf der ursprünglichen Zweierbeziehung zwischen Säugling und Mutter beruht. Der wichtige Teil der Therapie des Analytikers bei der Behandlung der Depression besteht darin, daß er eine Periode überlebt, in der destruktive Vorstellungen den Schauplatz beherrschen, und auch hier wirkt der Sozialarbeiter, der einem Depressiven in seiner Depression beisteht, einfach dadurch therapeutisch, daß er weiterhin als Person existiert und alles überlebt.

Verwandt mit der depressiven Erkrankung dieser reaktiven Art ist diejenige, die mit der Menopause und anderen Arten der Einschränkung von Möglichkeiten zum Konstruktivsein und zu schöpferischen Leistungen einhergeht.

Am anderen Extrem dieser Gruppe von Depressionen steht die psychotische Depression, mit der Merkmale verbunden sind, die diese Erkrankung mit der Schizophrenie verknüpfen. Es kann ein gewisser Grad von Depersonalisation oder von Gefühlen der Unwirklichkeit vorhanden sein. Depression ist auch hier mit einem Verlust verbunden, aber mit einer undeutlicheren Art von Verlust als bei der reaktiven Depression, die von einem früheren Datum in der Entwicklung des Individuums her stammt. Zum Beispiel könn-

te der Verlust bestimmte Aspekte des Mundes betreffen, die vom Gesichtspunkt des Säuglings aus mit der Mutter und der Brust zusammen verschwinden, wenn eine Trennung eintritt, bevor der Säugling ein Stadium der emotionalen Entwicklung erreicht hat, die ihn dafür ausrüstet, mit Verlusten fertigzuwerden. Der gleiche Verlust der Mutter wäre einige Monate später ein Objektverlust ohne dieses zusätzliche Element des Verlusts eines Teils des Subjekts.

Wir müssen daher zwei Formen der Depression unterscheiden: *reaktive Depression* und *schizoide Depression*. In extremen Fällen der letzteren ähnelt das klinische Bild dem der Schizophrenie, und tatsächlich kann man keine klare Grenzlinie zwischen irgendeiner Form der geistig-seelischen Erkrankung und den anderen ziehen. Bei der Krankheit eines Individuums muß man jede Form der Mischung und Abwechslung erwarten. Abwechslungen können bei einem Individuum vorkommen zwischen einer psychoneurotischen Manifestation und einer mehr psychotischen Krankheit (z. B. eine Zwangsneurose, die sich zu einer Phase agitiert Depression verschlimmert und sich wieder zur Zwangsneurose bessert usw.). Geistig-seelische Erkrankungen sind keine Krankheiten wie Schwindsucht oder Rheuma oder Skorbut. Sie sind Muster des Kompromisses zwischen Erfolg und Scheitern in der emotionalen Entwicklung des Individuums. Gesundheit ist also emotionale Reife, Reife im entsprechenden Alter, und psychisch-geistige Krankheit hat im Hintergrund immer eine aufgehaltene emotionale Entwicklung. Die Tendenz zur Reifung bleibt erhalten; sie liefert den Drang zur Heilung – zur Selbstheilung, wenn keine Hilfe verfügbar ist. Dies steckt hinter dem *Prozeß*, auf dessen Erscheinen man sich verlassen kann, wenn eine fördernde Umwelt geschaffen werden kann, die den unmittelbaren Bedürfnissen der Reifungsstufe des Menschen hübsch angepaßt ist. Hier wird der Sozialarbeiter in konstruktiver Weise engagiert; tatsächlich hat der Sozialarbeiter Möglichkeiten, die dem Psychoanalytiker nicht zu Gebote stehen – insofern, als der letztere seine Arbeit darauf beschränkt, die entstehenden bewußten Elemente in der Übertragungsneurose zu deuten. Was bei der Behandlung der Psychoneurose angemessen ist.

Lassen Sie mich noch einmal betonen, daß geistig-seelische Erkrankungen keine Krankheiten sind; sie sind Kompromisse zwischen der Unreife des Individuums und den wirklichen Reaktionen der Gesellschaft, sowohl helfender als auch rächender Art. Daher verändert sich das klinische Bild eines geistig-seelisch Kranken gemäß der Haltung der Umwelt, selbst wenn der Krankheitszustand im Patienten im Grunde unverändert bleibt; zum Beispiel starb ein dreizehnjähriges Mädchen zu Hause, weil es die Nahrung verweigerte, war aber in einer anderen Umgebung normal, ja, sogar fröhlich gewesen.

Am Ende der Skala, jenseits der schizoiden Depression, steht die eigentliche Schizophrenie. Hier liegt die Betonung auf bestimmten Ausfällen im Persönlichkeitsaufbau. Ich werde sie aufzählen, aber zuerst muß klargestellt werden, daß es klinisch selbst bei einem schwer schizoiden Fall einen normal funktionierenden Persönlichkeitsbereich geben kann, so daß jemand, der nicht auf der Hut ist, getäuscht werden kann. Mit dieser Komplikation werde ich mich später befassen; sie trägt dann die Bezeichnung »das falsche Selbst«.

Um eine Erkrankung vom Typus der Schizophrenie zu verstehen, muß man die Reifungsprozesse untersuchen, die den Säugling und das Kleinkind durch die Frühstadien der emotionalen Entwicklung hindurchtragen. In dieser Frühzeit, in der so viele Entwicklungen anfangen und keine vollendet wird, werden die beiden Trends als *Reifung* und *Abhängigkeit* bezeichnet. Die Umwelt ist wesentlich und wird allmählich weniger wesentlich, so daß man von einer doppelten Abhängigkeit sprechen könnte, die sich in eine einfache Abhängigkeit verwandelt.

Die Umwelt veranlaßt das Kind nicht, zu wachsen; sie bestimmt auch nicht die Richtung des Wachstums. Wenn die Umwelt gut genug ist, fördert sie den Reifungsprozeß. Damit dies geschehen kann, paßt die Umweltversorgung sich auf äußerst subtile Weise den sich wandelnden Bedürfnissen an, die aus der Tatsache der Reifung entstehen. Eine so subtile Anpassung an sich verändernde Bedürfnisse kann nur von einer Person geleistet werden, die zur gleichen Zeit keine anderen Hauptinteressen hat und die sich »mit dem Säugling identifiziert hat«, so daß seine

Bedürfnisse wie durch einen natürlichen Vorgang gespürt und erfüllt werden.

In einer fördernden Umwelt ist die Person des Säuglings mit der Erreichung verschiedener Ziele beschäftigt, von denen man drei folgendermaßen bezeichnen kann:

Integration;

Personalisierung;

Aufnahme von Beziehungen zum Objekt.

Die Integration wird rasch komplex und umfaßt bald auch das Zeitkonzept. Der umgekehrte Prozeß ist der der Desintegration; dies ist ein Wort, das man zur Bezeichnung eines Typus der geistig-seelischen Erkrankung verwendet: Persönlichkeits-Desintegration. Das Gegenteil von Integration in geringerem Maß ist Spaltung, und dieser Zug charakterisiert die Schizophrenie, das Spaltungsirresein, daher ihr Name.

Personalisierung ist ein Wort, das man benutzen kann, um die Herstellung einer engen Beziehung zwischen der Seele und dem Leib zu bezeichnen. Freud sagte, das Ich werde hauptsächlich auf einer Grundlage von Körperfunktionen aufgebaut; das Ich ist im wesentlichen ein Körper-Ich (das heißt, es ist keine Sache des Intellekts). In unserem Zusammenhang betrachten wir die Herstellung der Verknüpfung von Psyche und Soma in jedem einzelnen Menschen. Eine psychosomatische Erkrankung ist manchmal ein wenig mehr als eine Betonung dieser psychosomatischen Verknüpfung angesichts der Gefahr, die Verbindung könnte abreißen; dieses Abreißen der Verbindung führt zu verschiedenen klinischen Zuständen, die man als »Depersonalisation« bezeichnet. Auch hier ist wieder die Umkehrung der Entwicklung, die wir beim abhängigen Säugling sehen, ein Zustand, den wir als geistig-seelische Erkrankung, nämlich Depersonalisation oder eine psychosomatische Störung, die diese verbirgt, erkennen.

Das gleiche werden wir bei der Untersuchung der Aufnahme von Objektbeziehungen und des Triëblebens feststellen. Der Säugling wird fähig, eine Beziehung zu einem Objekt herzustellen und die Vorstellung von dem Objekt mit einer Wahrnehmung der gesamten Person der Mutter zu verknüpfen. Diese Fähigkeit zum Aufnehmen

einer Beziehung zum Objekt entwickelt sich nur infolge einer ausreichend guten Anpassung der Mutter; die Theorie dieser Vorgänge ist komplex; ich habe an anderer Stelle (Winnicott, 1951) versucht, diese Komplexität zu beschreiben. Diese Fähigkeit kann sich nicht allein durch den Reifungsprozeß entwickeln; die ausreichend gute Anpassung der Mutter ist unerlässlich, und sie muß über einen ausreichend langen Zeitraum andauern; die Fähigkeit zur Herstellung von Objektbeziehungen kann auch ganz oder teilweise verlorengelassen. Zunächst besteht eine Beziehung zu einem subjektiven Objekt, und es ist ein langer Weg von dieser bis zur Entwicklung und Festigung einer Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit einem Objekt, das objektiv wahrgenommen wird, und dem eine getrennte Existenz zugebilligt wird, eine Existenz, die nicht der omnipotenten Herrschaft des Individuums unterworfen ist.

Erfolg in diesem Bereich der Entwicklung ist eng verknüpft mit der Fähigkeit der Person, sich real zu fühlen; diese muß jedoch mit der Vorstellung in Übereinstimmung gebracht werden, sich in der Welt real zu fühlen, und die Welt als real zu empfinden. Man muß anerkennen, daß der normale Mensch kein Gefühler der Realität in der Welt erreichen kann, das mit dem Gefühl der Realität des Schizophrenen in der absolut eigenen Welt seiner Beziehung zu subjektiven Objekten vergleichbar wäre. Normale Menschen können dieser Gefühlsqualität nur im kulturellen Bereich nahekommen. Das Gegenteil des Entwicklungstrends in Richtung auf die Herstellung von Objektbeziehungen ist der Verlust der Wirklichkeit (*de-realization*) und der Verlust des Kontakts zur (geteilten) Realität, und auch hier haben wir wieder Ausdrücke, die eine geistig-seelische Erkrankung beschreiben.

Zu all diesem kommt eine ganze Kategorie der Krankheit hinzu, Paranoia und die Verfolgungselemente, die die Depression komplizieren können, und die, wenn sie innerhalb der Persönlichkeit zurückgehalten werden, den Zustand der Hypochondrie herbeiführen. Wir können hier keine Beschreibung dieses Zustands einschließen, denn Paranoia ist keine Krankheit an sich, sondern eine Komplikation entweder der Depression oder der Schizophrenie. Letzten Endes führt der Ursprung der Verfolgungselemente, die die depressive

Erkrankung komplizieren, den Patienten und den Analytiker zu einem oralen Sadismus, der vom Individuum nicht angenommen worden ist, und zu seinen Folgen im Phantasiekonzept des Patienten vom psychosomatischen Selbst. Aber die Paranoia kann noch einen tieferen Ursprung haben, der mit der Integration und der Bildung eines einheitlichen Selbst: ICH BIN, zu tun haben kann.

Hier könnte man das Konzept vom wahren und falschen Selbst einfügen. Es ist unerlässlich, dieses Konzept in den Versuch einzubeziehen, das täuschende klinische Bild, das die meisten Fälle von Erkrankungen vom Typus der Schizophrenie bieten, zu verstehen. Was dargeboten wird, ist ein falsches Selbst, angepaßt an die Erwartungen verschiedener Schichten der Umwelt des Individuums. In Wirklichkeit ist das gefügte oder falsche Selbst eine pathologische Version dessen, was man beim Gesunden den höflichen, sozial angepaßten Aspekt der gesunden Persönlichkeit nennt. (Ich habe an anderer Stelle [Winnicott, 1952] den Ursprung des falschen Selbst in Beziehung zu einer nicht ganz ausreichend guten Anpassung im Prozeß der Kontaktaufnahme zu Objekten beim Säugling beschrieben.)

Bei der pathologischen Form zerstört das Individuum am Ende das falsche Selbst und versucht, ein wahres Selbst wieder in seine Rechte einzusetzen, wenn dies auch vielleicht nicht mit dem Leben in der Welt oder mit dem Leben vereinbar ist. Ein »Nerven-zusammenbruch« ist oft insofern ein »gesundes« Zeichen, als es auf eine Fähigkeit des Individuums hinweist, eine neuerlich verfügbare Umwelt zu benutzen, um eine Existenz auf einer Grundlage wieder aufzubauen, die sich real anfühlt. Natürlich hat eine solche List keineswegs immer Erfolg, und es ist sehr verwirrend für die Gesellschaft, wenn sie sieht, wie ein gefügiges, vielleicht wertvolles Selbst gute Aussichten zerstört, indem es auf jeden offenkundigen Vorteil verzichtet, nur um des verborgenen Vorteils willen, ein Gefühl der Realität zu gewinnen.

Wir müssen noch einen weiteren Krankheitstypus beschreiben: die Psychopathie. Dazu müssen wir uns auf eine andere Bahn begeben und uns die emotionale Entwicklung des Individuums in bezug auf die Abhängigkeit ansehen.

Sie werden bemerkt haben, daß es in meiner Weise, diese Dinge zu formulieren, keinen Platz für eine geistig-seelische Erkrankung gibt, die nicht mit einer Entwicklungsunreife zusammenhängt, wobei vielleicht Verzerrungen auftreten, die auf den Versuch des Individuums zurückgehen, die Umwelt für die Zwecke seiner Selbstheilung zu benutzen.

Im Hinblick auf die Abhängigkeit kann gesagt werden, daß es für Vergleiche zwei Extreme und einen Zwischenbereich gibt. Am einen Extrem, wo man der Abhängigkeit angemessen begegnet, erreicht das Kind interpersonale Beziehungen wie zwischen ganzen Menschen, und es ist gesund oder reif genug, um an den Konflikten zu leiden und mit ihnen fertigzuwerden, die persönlich sind und zur eigenen psychischen Realität des Individuums gehören oder die in der eigenen inneren Welt des betreffenden Menschen stecken. Hier nennt man die Krankheit Psychoneurose und mißt sie am Grad der Stabilität der persönlichen Abwehr, die aufgebaut worden ist, um mit der Angst im persönlichen Traum fertigzuwerden.

Am anderen Extrem ist die geistig-seelische Krankheit, wie man sie in der Nervenheilanstalt findet, die Psychose, die ätiologisch mit Umweltversagen verknüpft ist, mit einem Versagen in der Förderung der Reifungsprozesse im Stadium der doppelten Abhängigkeit. Der Ausdruck doppelte Abhängigkeit deutet an, daß die wesentliche Versorgung damals vollständig außerhalb der Wahrnehmungs- und Verständnismöglichkeiten des Säuglings lag. Das Versagen wird hier *Mangel (privation)* genannt.

Im Zwischenbereich liegt Versagen nach einem Erfolg, ein Umweltversagen, das, als es stattfand, vom Kind als solches wahrgenommen wurde. Ein solches Kind hatte zunächst eine ausreichend gute Umweltversorgung, die dann aber auflöste. Das Weiterleben, das dazu gehörte, daß das Kind eine ausreichend gute Umwelt als selbstverständlich ansah, wurde ersetzt durch eine Reaktion auf das Umweltversagen, und diese Reaktion unterbrach das Gefühl des fortdauernden Seins. Diese Sachlage nennen wir *Deprivation*.

Dies ist der Ursprung der antisozialen Tendenz, und hier beginnt das, was das Kind packt, wenn es Hoffnung empfindet,

und es zu Handlungen zwingt, die antisozial sind, bis irgend jemand das Umweltversagen anerkennt und versucht, es wieder gutzumachen. Ein Versagen ist in der Geschichte dieses Kindes wirklich eingetreten, und es hat tatsächlich einen wichtigen Mangel in der Anpassung an die wesentlichen Bedürfnisse des Kindes gegeben. Ironischerweise wird das Kind, das dem Zwang unterliegt, diesen Anspruch an die Gesellschaft immer wieder zu stellen, fehlangepaßt genannt.

Diese antisoziale Tendenz ist natürlich in ihren milderen Manifestationen sehr weit verbreitet, da Eltern in gewissem Maß oft auch wesentliche Bedürfnisse unerfüllt lassen müssen; aber diese geringfügigen Ausfälle in der Anpassung der Eltern an die Bedürfnisse des Kindes werden von den Eltern wieder ausgeglichen, während das Kind in der Familie lebt. Die schlimmeren Fälle von Im-Stich-Lassen eines Kindes (Ausfall der Ich-Unterstützung) rufen beim Kind eine antisoziale Tendenz hervor und führen zu Charakterstörungen und Delinquenz. Wenn sich die Abwehr verhärtet hat und die Enttäuschung vollständig ist, ist das Kind, das auf diese Weise getroffen worden ist, zur Psychopathie verdammt, wobei es sich auf Gewalttaten oder Diebstahl spezialisiert oder auf beides zusammen; die Geschicklichkeit, die in die antisoziale Handlung investiert wird, bringt sekundäre Gewinne, mit dem Ergebnis, daß das Kind den Drang verliert, normal zu werden. Aber in vielen Fällen wäre es, wenn im Frühstadium eine Behandlung stattgefunden hätte, bevor sekundäre Gewinne die Dinge kompliziert hatten, möglich gewesen, in den Manifestationen der antisozialen Tendenz des Kindes ein SOS an die Gesellschaft zu erkennen, ihre Schuld anzuerkennen, und für das Kind eine Umwelt wiederherzustellen, in der impulsives Handeln wieder ungefährlich und statthaft gewesen wäre, wie es vor dem Umweltversagen war.

Da ich das Gebiet der Psychiatrie auf diese psychologische Weise im Hinblick auf die emotionale Entwicklung des Individuums behandelt habe, kann ich nun zu einer Beschreibung der geistig-seelischen Krankheit unter dem Aspekt der Reaktion auf Hilfe übergehen. Wir müssen zugeben, daß es Fälle gibt, bei denen kein Mittel hilft. Wir können über der Anstrengung sterben, dort Hilfe zu lei-

sten, wo man nicht helfen kann. Abgesehen davon weiß ich, daß Psychiater und Psychoanalytiker fortwährend Fälle in die Obhut von psychiatrischen Sozialarbeitern entlassen, und zwar aus keinem besseren Grund als dem, daß sie selber nichts tun können. Wie soll man das verstehen?

Nun, nach meiner Ansicht gibt es Gründe, warum Sie die Lage akzeptieren könnten, wie sie ist. Erstens möchte ich auf Clare Winnicott's (1962) Aussage über die Mittlerfunktion aufmerksam machen. Zum Beispiel versetzt der Umstand, daß Sie das Gesetz über psychische Gesundheit oder das Innenministerium oder die echte Sorge der Gesellschaft um ihre benachteiligten Kinder repräsentieren, Sie in eine Position, die in jedem Fall einzigartig ist. Dies gibt Ihnen besondere Wirkungsmöglichkeiten, besonders in bezug auf die psychisch Kranken, die nicht psychoneurotisch sind, und in bezug auf die Fälle, in denen sich früh eine antisoziale Tendenz zeigt.

Man kann Ihre Funktion logischerweise im Hinblick auf Kinderpflege besprechen, also im Blick auf die fördernde Umwelt, die Erleichterung von Reifungsprozessen. In diesem Zusammenhang ist Integration von wesentlicher Bedeutung, und Ihre Arbeit besteht weitgehend darin, desintegrierenden Kräften in Individuen und Familien und eingegrenzten sozialen Gruppen entgegenzuwirken.

Ich sehe in jedem Sozialarbeiter einen Therapeuten, aber nicht einen Therapeuten von der Art, der die richtige und zum richtigen Zeitpunkt gegebene Deutung bringt, die die Übertragungsneurose erfaßt. Tun Sie dies, wenn Sie mögen, aber Ihre wichtigere Funktion ist eine Therapie von der Art, wie sie immer von Eltern geübt wird, wenn sie ein relatives Versagen der Umweltversorgung wiedergutmachen. Was tun solche Eltern? Sie übertreiben irgendeine elterliche Funktion, und zwar über einen gewissen Zeitraum, tatsächlich bis das Kind sie verbraucht hat und so weit ist, daß man es aus der besonderen Fürsorge entlassen kann. Besondere Fürsorge wird lästig, wenn das Bedürfnis danach vorbei ist.

Stellen Sie sich z. B. vor, die Sozialarbeit liefere so etwas wie einen menschlichen Korb. Ihre Klienten legen alle ihre Eier in einen

Korb: der sind Sie (und Ihre Organisation). Sie gehen ein Risiko ein, und zunächst müssen sie Sie auf die Probe stellen, um zu sehen, ob Sie sich als sensibel und zuverlässig erweisen können, oder ob es so mit Ihnen steht, daß die Klienten die traumatischen Erfahrungen ihrer Vergangenheit mit Ihnen noch einmal machen. In gewissem Sinn sind Sie auch eine Bratpfanne, in der der Bratvorgang rückwärts abläuft, so daß das Rührei wieder säuberlich in einzelne Eier getrennt wird.

Säuglingspflege läßt sich fast ganz als ein Halten beschreiben, ein Halten, das ungemein einfach anfängt, und das allmählich außerordentlich komplex wird, aber trotzdem ein Halten bleibt. Mit anderen Worten, die Sozialarbeit beruht auf der Umweltversorgung, die den Reifungsprozeß des Individuums fördert. Sie ist einfach und sie ist zugleich ebenso komplex wie diese Umweltversorgung, die rasch zur Säuglings- und Kinderpflege wird. Sie ist sogar noch komplexer, denn die Versorgung muß sich nun auf Familienfürsorge und Fürsorge für die kleine soziale Einheit erstrecken. Sie hat nie zum Ziel, das Leben oder die Entwicklung des Individuums zu lenken, sondern ein Wirksamwerden der Tendenzen, die im Individuum vorhanden sind und zu einer natürlichen, auf Wachstum beruhenden Entfaltung führen. Das emotionale Wachstum ist verzögert und vielleicht verzerrt worden, und unter angemessenen Bedingungen führen die Kräfte, die zum Wachstum geführt hätten, nun zu einer Auflösung des Knotens.

Eine der Schwierigkeiten, denen Sie begegnen, können wir zur besonderen Betrachtung herausheben. Ich spreche von den Klienten, die klinisch krank werden, weil sie in Ihnen und in Ihrer Fürsorge die Umwelt finden, auf die sie sich verlassen können, und die sie praktisch zu einem psychischen Zusammenbruch einlädt. Im Bereich der Delinquenz (der antisozialen Tendenz, die mit Deprivation zusammenhängt) bedeutet dies, daß der Klient, wenn er zu Ihnen Vertrauen faßt, zu stehlen beginnt oder destruktiv wird, so daß Ihre Fähigkeit aufgerufen wird, gestützt auf Ihre Organisation hart durchzugreifen. Im Bereich der Verrücktheit benützt Ihr Klient Ihre spezielle Fürsorge, um desintegriert zu werden oder unberrscht oder abhängig – alles in der Weise, die zum Säuglingsalter gehört (Regression auf Abhängigkeit). Der Klient wird verrückt.

Hierin steckt der Keim der Heilung. Es ist ein Vorgang der Selbstheilung, der Ihre Hilfe braucht, und in manchen Fällen geht es gut. Es ist eine Entspannung, die nur in dem Rahmen möglich ist, von dem Sie bewiesen haben, daß Sie ihn in einem begrenzten fachlichen Bereich schaffen können. Trotzdem werden Sie es vielleicht schwierig finden, diese Erscheinung von den »*Nolens-volens*-Zusammenbrüchen« jener zu unterscheiden, die nicht auf gute Bedingungen warten können, sondern einfach die Integration und die emotionale Entwicklung, die sie erreicht haben oder erreicht zu haben scheinen, nicht aufrechterhalten. Gewöhnlich ist es nicht unmöglich, die Unterscheidung zu treffen.

Sie werden sehen, warum ich zuerst von der Psychoneurose und vom verdrängten Unbewußten gesprochen habe. Im allgemeinen wird Verdrängung durch Umweltversorgung, so sachkundig und konstant sie auch sein mag, nicht aufgehoben. Hier wird der Psychoanalytiker gebraucht.

Die psychotischeren Störungen oder Geistesstörungen entstehen jedoch im Zusammenhang mit einem Versagen der Umweltversorgung, und sie können manchmal erfolgreich durch eine neue Umweltversorgung behandelt werden, und dies kann Ihre psychiatrische Sozialarbeit sein. Was Sie selbst in Ihrer Arbeit mitbringen und liefern, läßt sich auf folgende Weise beschreiben:

Sie widmen sich Ihrem Fall.

Sie erfahren, wie es sich anfühlt, Ihr Klient zu sein.

Sie werden zuverlässig für das begrenzte Feld Ihrer professionellen Verantwortlichkeit.

Sie verhalten sich professionell.

Sie kümmern sich um das Problem Ihres Klienten.

Sie akzeptieren es, daß Sie im Leben Ihres Klienten die Stellung eines subjektiven Objekts einnehmen, während Sie zugleich mit beiden Füßen auf Ihrem eigenen Boden stehen. Sie akzeptieren Liebe, selbst Verliebtheit, ohne zurückzuweichen und ohne Ihre eigene Reaktion auszuagieren.

Sie akzeptieren Haß und begegnen ihm nicht mit Vergeltung, sondern mit Stärke.

Sie ertragen die Unlogik, Unzuverlässigkeit, das Mißtrauen, die Verwirrtheit, Untüchtigkeit, Gemeinheit usw. usw. Ihres Klienten und erkennen all diese Unannehmlichkeiten als Symptome der Not. (Im Privatleben würden die gleichen Dinge Sie veranlassen, sich in der Distanz zu halten.) Sie erschrecken nicht, und Sie werden auch nicht von Schuldgefühlen überwältigt, wenn Ihr Klient verrückt wird, sich desintegriert, im Nachthemd auf die Straße rennt, einen Selbstmordversuch macht und dabei vielleicht Erfolg hat. Wenn Mord droht, rufen Sie die Polizei, damit sie nicht nur Ihnen, sondern auch Ihrem Klienten hilft. In all diesen Notlagen erkennen Sie den Hilferuf des Klienten – oder auch einen Verzweiflungsschrei, weil er die Hoffnung auf Hilfe verloren hat.

In all diesen Hinsichten sind Sie in Ihrem begrenzten professionellen Bereich ein zutiefst gefühlsmäßig engagierter Mensch, aber zugleich insofern distanziert, als Sie wissen, daß Sie für den Umstand der Krankheit Ihres Klienten nicht verantwortlich sind, und Sie kennen die Grenzen Ihrer Möglichkeiten, eine Krisensituation zu ändern. Wenn Sie die Situation zusammenhalten können, besteht die Möglichkeit, daß die Krise sich von selber löst, und dann kommt Ihetwegen ein Ergebnis zustande.