

US-amerikanische Psychiatriegeschichte im Spiegel des Romans „I Never Promised You A Rose Garden“ von Joanne Greenberg

Svenja Hein, Dominik Groß und Jean-Philippe Ernst

1. Einleitung und Fragestellung

In ihrem 1964 erschienenen autobiographischen Roman „I Never Promised You A Rose Garden“ beschreibt die Schriftstellerin Joanne Greenberg ihre Erfahrungen als Patientin der psychiatrischen Klinik Chestnut Lodge in Rockville im US-Bundesstaat Maryland, wo sie als junge Frau Ende der 1940er Jahre wegen *Schizophrenie*¹ in Behandlung gewesen war. Der Roman wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt, als Film und als Theaterstück adaptiert.

„I Never Promised You A Rose Garden“ fasziniert noch heutzutage nicht nur wegen des tiefen Einblicks, den die Autorin den LeserInnen in die Erlebniswelt während ihrer Krankheit gewährt, sondern ebenfalls wegen der detailreichen und wertschätzenden Beschreibung von Greenbergs Therapeutin:² Frieda Fromm-Reichmann (* 1889, † 1957), Ärztin an der Chestnut Lodge – im Roman als Dr. Fried dargestellt –, gehörte zu den wohl bedeutendsten Vertreterinnen der klinischen Psychoanalyse nach dem Zweiten Weltkrieg, als diese insbesondere in den USA zur Leitdisziplin sogar der stationären Psychiatrie wurde.³

¹ Wenn in diesem Beitrag von Schizophrenie die Rede ist, wird damit keine Position zur ontologischen Bedeutung dieses Begriffes eingenommen. Die Beurteilung, ob „die Schizophrenie“ objektiv existiert, ob sie ein begriffliches Konstrukt der Psychiatrie darstellt oder ob sie Ausdruck einer individuellen Lebensgeschichte ist – vgl. Hoff (2005a), S. 11ff. für die Unterscheidung von Realdefinition, Nominaldefinition und biographischer Definition psychischer Erkrankungen –, würde den historischen Ansatz des Artikels sprengen. Mit den Begriffen Schizophrenie oder psychische Erkrankung ist im vorliegenden Beitrag das gemeint, was in den jeweiligen zeitgenössischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontexten darunter verstanden wurde. Auch auf die Tatsache, dass sich die psychiatrische Definition der Schizophrenie seit 1948 deutlich verändert hat, und die daraus abgeleitete Frage, ob bei der Protagonistin des Romans nach heutigen diagnostischen Kriterien eine Schizophrenie vorläge, kann nur kurz im Rahmen der Wirkungsgeschichte des Romans (Kapitel 7) eingegangen werden.

² Vgl. Hornstein (2000); Chessick (2002).

³ Vgl. Paris (2005), pp. 4ff.; Schott/Tölle (2005), S. 133ff. u. 307ff. Zu erwähnen ist hier auch Shorter (1999), der ausführlich auf die US-amerikanische Psychiatrie nach 1945 eingeht. Seine „Geschichte der Psychiatrie“, im Original erstmals 1997 erschienen, ist allerdings in vielerlei Hinsicht problematisch. Seine Darstellung liest sich wie eine einseitige Lobeshymne an die biologische Psychiatrie, in dem betreffenden Kapitel „Der psychoanalytische Hiatus“ (S. 223ff.) wird gar – einer Verschwörungsgeschichte gleich – der Aufstieg der Psychoanalyse in den USA mit der angeblich mangelnden Integration der jüdischen EmigrantInnen erklärt! Vgl. S. 285: „Meiner Meinung nach war jedoch die Assimilation der Juden der entscheidende Grund für den Niedergang der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten. Sie brauchten die Psychoanalyse nicht mehr als Aushängeschild ihrer kollektiven Identität, weil sie sich nicht mehr selbst bestätigen mußten: Sie waren ‚jedermann‘ geworden.“ Für Kritik an Shorter vgl. beispielsweise Schott/Tölle (2005), S.10ff.

Greenbergs Werk ist insofern – *auch* und *insbesondere* – ein narratives Zeugnis einer ebenso spannenden wie umstrittenen Phase der Psychiatrie-Geschichte, die zwar erst rund ein halbes Jahrhundert zurück liegt, aber heutzutage nahezu jeden Gegenwartsbezug zu entbehren scheint. An ebendieser Stelle setzt der vorliegende Beitrag an: Er verfolgt das Ziel, die Situation der zeitgenössischen US-amerikanischen Psychiatrie im Spiegel des vorgenannten autobiographisch geprägten Romans nachzuzeichnen. Folgende Vorannahmen bilden dabei den Ausgangspunkt des Aufsatzes:⁴ In der belletristischen Literatur werden neben (biographisch geprägten oder fiktiven) Inhalten stets auch umstrittene gesellschaftliche Konzepte und Denkmodelle thematisiert und konfligierende Interessen und Positionen namhaft gemacht. Dies gilt auch für den Bereich der Medizin und hier insbesondere für umstrittene Teildisziplinen wie etwa die institutionelle Psychiatrie. Die Darstellung der Psychiatrie in der Literatur reflektiert und prägt hierbei den gesellschaftlichen Blick auf die Institution, das heißt, Literatur *bildet Meinung ab* und wirkt zugleich *meinungsbildend*. Folglich verdienen die Austauschprozesse zwischen der institutionellen Psychiatrie und ihren Narrativen⁵ unseres Erachtens besondere Beachtung.

Vor dem Hintergrund dieser Feststellung nimmt der vorliegende Beitrag zunächst das Konzept und den Inhalt des Romans in den Blick (Kapitel 2). Anschließend richtet sich der Fokus auf die Aspekte Therapeutischer Ansatz und Arzt-Patienten-Verhältnis im Roman (Kapitel 3). Sodann wird der Alltag in der psychiatrischen Klinik nachgezeichnet (Kapitel 4), bevor auf die im Roman beschriebene Rehabilitation und die schrittweise gesellschaftliche Reintegration der Protagonistin einzugehen ist (Kapitel 5). Schließlich gilt es die Geschehnisse des Romans psychiatriehistorisch zu kontextualisieren: Im Mittelpunkt steht hierbei die Frage, inwieweit der Roman die Situation der zeitgenössischen US-amerikanischen Psychiatrie reflektiert (Kapitel 6). Abschließend wird die Rezeptions- und Wirkungsgeschichte des Romans nachgezeichnet (Kapitel 7).

2. Struktur und Inhalt des Buches

Mit der Verwendung fiktiver Namen und der auktorialen Erzählperspektive verzichtet die Autorin auf den Wahrhaftigkeitsanspruch einer typischen Autobiographie. Der autobiographische Charakter ihrer Erzählung ergibt sich jedoch aus zahlreichen Übereinstimmungen zwischen Greenbergs eigener Lebensgeschichte und der ihrer Protagonistin – so beispielsweise das Geburtsjahr, die jüdische Herkunft und die Familienverhältnisse. Auch die Therapeutin im Roman, Dr. Fried, ist leicht als literarisches Alter Ego von Frieda Fromm-Reichmann zu identifizieren.⁶ Daher ist „I Never Promised You A Rose Garden“, möchte man diese in der Literaturwissenschaft nicht unumstrit-

⁴ Vgl. hierzu Groß/Schäfer (2008), S. 334f.

⁵ Unter dem Begriff „Narrativität“ verstehen wir eine besondere Form des Zeichengebrauchs, der sich in der Beziehung zwischen dem Akt des Erzählens und dem erzählten Text manifestiert.

⁶ Vgl. Hornstein (2000), p. xxi: „...the portrait was so accurate that even Frieda’s sisters, reading the novel in translation, instantly recognized her.“

tene Kategorie verwenden, als autobiographischer Roman zu werten.⁷ Das Tempus des Romans ist das Präteritum. Es herrscht weitgehend ein hypotaktischer Satzbau vor. Durch die Schilderung der akustischen Halluzinationen in Form innerer Monologe gelingt es der Autorin, ihre LeserInnen am Innenleben der Protagonistin teilhaben zu lassen.

Erzählt wird die Geschichte der 16-jährigen Deborah Blau, die nach einem Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wird. Ihre Mutter hatte die Schülerin auf dem Badezimmerboden aufgefunden, nachdem Deborah versucht hatte, sich die Pulsadern zu öffnen. Das junge Mädchen war schon in der Kindheit als verschlossen und eigenbrötlerisch beschrieben worden, doch durch diesen Vorfall sind die Eltern zutiefst erschreckt und verunsichert, eine Einweisung in die Klinik erscheint ihnen nun unumgänglich. Deborah vernimmt Stimmen aus einem vermeintlichen Paralleluniversum, der Welt *Yr* mit den Göttern *Lactamaeon* und *Anterrabae* und dem *Zensor*, die sie gänzlich in ihre Sphäre hinüberziehen möchten. In der Klinik wird bei Deborah die Diagnose „Schizophrenie“ gestellt. Sie ist zunächst auf der offenen Station, nach eigengefährdendem Verhalten zwischenzeitlich dann aber auf der geschlossenen Station untergebracht, wo sie auch Zwangsmaßnahmen ausgesetzt ist. Deborahs Therapeutin in der Klinik ist die bekannte Psychiaterin Dr. Fried, der sie sich nach und nach öffnen kann. Die beiden verbindet eine einschneidende Erfahrung mit Antisemitismus: Deborah erlitt in ihrer Kindheit Ausgrenzungen in der Nachbarschaft aufgrund ihrer jüdischen Herkunft, Dr. Fried war gezwungen, dem nationalsozialistischen Regime Deutschlands in den Dreißiger Jahren zu entfliehen. Somit kann Deborah ihre in der Kindheit stattgefundenen Verletzungen sowie die belastende familiäre Konstellation aufarbeiten. Das Mädchen ist in einer Familie aufgewachsen, in der ein patriarchalischer Großvater das Zepter in der Hand hält und Deborahs Vater nicht als ebenbürtigen Partner seiner Tochter wahrnimmt. Auch Deborahs Beziehung zur jüngeren Schwester ist von Rivalität geprägt. Mit Hilfe von Dr. Fried wird Deborahs Zustand stabiler und ihr gelingt es nach und nach, fragile Freundschaften zu anderen PatientInnen aufzubauen und den Alltag in der Klinik zu meistern. Im geschützten Rahmen kann die junge Frau schließlich den Schulabschluss nachholen, um nach vierjähriger Behandlungsdauer letztendlich entlassen zu werden.

3. Aspekt des therapeutischen Ansatzes und des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Die Einweisung Deborahs erfolgt freiwillig, wobei die Eltern sie persönlich mit dem Auto in die Klinik bringen. Es scheint keine „Weglauftendenz“ oder akute Gefährdung von der Patientin auszugehen, da Deborah sogar die Nacht allein in einem Hotelzimmer verbringt. Dass ihre Eltern sich dennoch Sorgen machen, ist daran zu erkennen, dass sie unabhängig voneinander „die ganze Nacht auf der Hut sein würden, auf der Hut vor einem anderen Geräusch als dem von Deborahs Atem – einem Ge-

⁷ Zur Problematik der Unterscheidung zwischen Autobiographie und autobiographischem Roman vgl. de Toro (1999).

räusch, das Gefahr bedeuten würde“⁸. Deborahs Mutter hat sie kurze Zeit zuvor auf dem Badezimmerboden liegend aufgefunden, wo ihre Tochter sich die Pulsadern eröffnet hatte. Mit den Jahren hatte der Einfluss, den die geheime Welt *Yr* auf Deborah ausübt, mehr und mehr zugenommen. Die akustischen Halluzinationen, bestehend aus dem *Zensor*, dem *Chorus*, *Lactamaeon* und *Anterrabae*, bestimmen Deborahs Alltag. Sie selbst hatte schon lange Zeit gespürt, dass sie krank war und ihr etwas Tiefgreifendes fehlte.⁹ Bei Deborahs Aufnahme in die Klinik wird die Diagnose „Schizophrenie“ gestellt. In der psychologischen Testung werden eine hohe Intelligenz (IQ 140-150) und „schizophrene Verhaltensmerkmale mit zwanghafter und masochistischer Komponente“ ermittelt. Beim Aufnahmeinterview reagiert Deborah zunächst „orientiert und logisch in ihrem Denken“, im Verlauf jedoch zunehmend ängstlich.¹⁰

Deborah wird im Verlauf ihres Klinikaufenthaltes hauptsächlich von Frau Dr. Fried therapiert, einer immigrierten deutschen Psychiaterin, wie sich herausstellt. Die beiden fassen schnell Vertrauen zueinander. Bei ihrer ersten Begegnung wird Deborah von einer Schwester mit den Worten „Sie sollten sich glücklich schätzen, dass Sie sie überhaupt zu sehen bekommen“ bedacht.¹¹ Die deutsche Ärztin ist das, was man gemeinhin eine „Berühmtheit“ nennt. Obwohl die junge Patientin große Angst verspürt, tut es ihr gut, dass erstmalig ihre Erkrankung überhaupt als solche anerkannt wird. Frau Dr. Fried spricht eine Gewissheit offen aus, die Deborah eine lange Zeit lang gequält hat, von ihrer Umwelt aber nie anerkannt wurde: Sie ist geisteskrank. Gegen Ende der ersten Therapiesitzung fragt die Ärztin, ob es Deborah recht sei, wenn sie einen weiteren Gesprächstermin vereinbaren würden. Diese gestattet sich ein vorsichtiges „Ja“.¹²

An die Blaus werden monatliche Berichte geschickt, die von der Verfassung und den Fortschritten Deborahs berichten. Auf ihren eigenen Wunsch wird ihrem Vater ein Besuchsverbot ausgesprochen, so dass nur Esther Blau zu dem Gespräch mit Dr. Fried erscheint. Bei diesem ersten Aufeinandertreffen fragt sich die Ärztin, ob die Mutter eine Verbündete oder eine Feindin sein werde. Daraufhin führt sie mit der kooperativen Mutter ein hilfreiches Gespräch, bei dem es um die Familienanamnese und Deborahs Kindheit geht. Alle weiteren Gespräche finden entweder auf Esthers Wunsch hin statt, oder wenn sich Veränderungen bei Deborahs Klinikaufenthalt ergeben haben. Ansonsten wird die Familie nicht in den Therapieverlauf miteinbezogen. Im Roman werden nur sehr wenige Kontakte zwischen Deborah und ihren Eltern beschrieben.

Deborah verbleibt auf der offenen Station, bis sie sich mit einer Blechdose selbst verletzt. Daraufhin erfolgt die Verlegung auf die geschlossene Station. Diese wird als „Station D“ beschrieben, die vergitterten und mit Draht verstärkten Fenstern ausgestattet ist. Die Freiheit der Patientinnen wird auch durch andere Maßregelungen im All-

⁸ Vgl. Green (2006), S. 8. Da Joanne Greenberg ihren Roman unter dem Pseudonym Hannah Green veröffentlichte, wird in der Zitation des Buches dieser Name verwendet.

⁹ Vgl. ebd., S. 23.

¹⁰ Vgl. ebd., S. 16.

¹¹ Vgl. ebd., S. 20.

¹² Vgl. ebd., S. 23f.

tag beschnitten; so sind auf Station wegen der Verletzungsgefahr oft nur Holzlöffel erlaubt, Füllfederhalter und Stifte bedürfen einer Sondergenehmigung genauso wie der Besitz eines persönlichen Notizbuches.¹³ Auch die Zigaretten, mit deren Resten sich Deborah im Verlauf verletzen wird, bedürfen einer Genehmigung. Im Gegensatz dazu raucht das Personal auch in Anwesenheit der Patientinnen. Zur Benutzung der Badezimmer muss ein Pfleger mit Schlüssel die Türen aufschließen, wobei besondere Benutzungsregeln herrschen, was die Zahl der anwesenden Patientinnen betrifft. Auch Musik ist in diesem paternalistischen Gefüge nicht frei verfügbar:

„Ein Radio war hinter einem schweren Maschendrahtgitter in die Wand eingebaut. Es sollte nur während einer bestimmten Zeit am Tage an sein und nur harmlose leichte Musik bringen [...]“¹⁴

Auf dieser Station sind Besuche von Angehörigen generell nicht erlaubt. Die Abteilungen sind streng nach Geschlechtern getrennt. Die männlichen Patienten des Krankenhauses spielen für den Verlauf des Romans nur eine marginale Rolle.

Allabendlich stehen die Patientinnen, ungeachtet ihrer Diagnose oder Beschwerden, an, um ihr „Beruhigungsmittel“ zu erhalten. Tagsüber wird im Großen und Ganzen auf eine Medikation verzichtet. Auch sozio-, ergo- oder physiotherapeutische Maßnahmen werden im Roman so gut wie nicht erwähnt. In akuten Erregungsphasen finden „Kaltpackungen“ Anwendung – hierbei werden die Betroffenen für mehrere Stunden in kalte Tücher gewickelt; der einzige Bewegungsfreiraum bleibt für den Kopf. Neben der Bewegungseinschränkung wie bei einer Fixierung ist dabei ein beruhigender Effekt durch die einsetzende Erwärmung der Tücher intendiert. Oft werden mehrere Personen gleichzeitig in einem Raum „behandelt“, während die PflegerInnen ihrer täglichen Arbeit nachgehen. Für die Patientinnen bleibt außer lautem Rufen keine Möglichkeit der Kommunikation. Um das Ausmaß des beruhigenden Effekts abzuschätzen, wird den Patientinnen der Schläfenpuls gemessen.¹⁵ Die Betroffenen liegen oft mehrere Stunden in diesen Packungen und haben keinen Einfluss darauf, wann sie daraus befreit werden.

Dass die psychiatrische Institution paternalistische Züge trägt, lässt sich auch an der Formulierung erkennen, mit der beschrieben wird, wie sich Deborah an das Schwesternzimmer wendet:

„Tausend mal war sie als Bittstellerin vor diese Tür gekommen, aber diesmal schien es anders zu sein, obwohl sich niemand so verhielt, als ob es etwas anderes wäre.“¹⁶

In diesem Gefüge sind die Therapiesitzungen mit Dr. Fried eine heilsame Zeit für Deborah. Hier erarbeiten sie gemeinsam die Gründe, die zur Erkrankung geführt haben könnten. Als Deborah von der Unterleibsoperation erzählt, bei der sie starke Schmerzen erleiden musste, ergreift Dr. Fried für sie Partei und ist erzürnt darüber, dass

¹³ Vgl. ebd., S. 128.

¹⁴ Ebd., S. 100.

¹⁵ Vgl. ebd.

¹⁶ Ebd., S. 212.

Deborah als Kind von ihren behandelnden Ärzten angelogen worden ist. Nach diesem Gefühlsausbruch fällt es Deborah leichter, sich ebenfalls zu öffnen, und sie beginnt von ihren Symptomen zu berichten. Dr. Fried wendet eine psychoanalytische Form der Psychotherapie an, in der auch frühe Kindheitserfahrungen und die familiäre Situation analysiert werden. Deborahs Symptomatik wird im Laufe der Analyse als eine Reaktion auf die Angst vor der wirklichen Welt herausgearbeitet. Dr. Fried versteht es, sich in ihre Patientin hinein zu versetzen und sie ernst zu nehmen. Als Deborah ihrer Therapeutin die Wunden ihres selbstverletzenden Verhaltens zeigt, ist diese nicht erschrocken oder ängstlich, vielmehr ernst und nachdenklich.¹⁷ Ihr werden auch Eigenschaften wie Sanftmut und vertieftes Interesse an der geheimen Welt Deborahs attestiert.

Die beiden verbindet außerdem, dass sie unter Antisemitismus zu leiden hatten – Deborah als Nachkomme jüdischer Einwanderer und ihre Ärztin als Flüchtlinge vor einem nationalsozialistischen Regime in Deutschland. Obwohl der Leser nicht viel über Frieds Zeit in Deutschland erfährt, wird doch erwähnt, dass ihre Muttersprache Deutsch ist; in bestimmten, emotional belasteten Situationen fällt sie wieder in diese zurück. Deborah hingegen wurde von ihrem Großvater in der Hoffnung erzogen, es einmal besser zu haben in der neuen Heimat, ohne den Makel der Andersartigkeit leben zu können. Trotz dieser angestrebten Versuche sich zu assimilieren, wird Deborah von ihrer Herkunft eingeholt. Eine der „Wandlungen“, der bedeutsamen Ereignisse, die in Deborahs Krankheitsverständnis zum Ausbruch der Schizophrenie geführt haben, ist ein Vorkommnis im Sommerlager, bei dem zwei Mädchen Deborah als Jüdin beschimpft hatten.¹⁸ Vielleicht auch wegen dieser Gemeinsamkeiten fällt es Dr. Fried leichter, Deborahs Verletzungen als möglichen Beitrag zur Krankheitsentstehung zu würdigen.

Deborahs Vertrauen zu ihrer Therapeutin wächst kontinuierlich, und so wendet sie sich ihr auch in Problemsituationen zu. Als Deborah eines Tages Zeugin wird, als einer der Pfleger eine wehrlose Mitpatientin schlägt, wendet sie sich an Dr. Fried. Ihr Versuch, einem der Stationsärzte von dem Übergriff zu erzählen, hatte nichts bewirkt. Dr. Fried verspricht, dieses Ereignis bei einer Besprechung anzusprechen. Als dies der aufgebrachten Patientin nicht genügt, kontert die Ärztin:

„[...] ich habe dir keinen Rosengarten versprochen. Ich habe dir nie vollkommene Gerechtigkeit versprochen...“¹⁹

Das einzige, was sie ihr anzubieten habe, sei eine Herausforderung, und Gesundheit bestehe darin, diese anzunehmen oder nicht.

Ein weiterer Beweis ihrer Verbundenheit ist der Spitzname, den Deborah der Ärztin gibt. Nach einem Zwischenfall, bei dem Dr. Fried das Mädchen versehentlich berührt und somit „verbrannt“ hatte, nennt Deborah sie *Furii*, was Feuer-Finger auf *Yri*, ihrer geheimen Sprache, bedeutet. Niemandem sonst lässt Deborah eine solche Vertraulichkeit zukommen. Diese Episode tritt auf, nachdem Dr. Fried sich bereit

¹⁷ Vgl. ebd., S. 57.

¹⁸ Vgl. ebd., S. 64.

¹⁹ Ebd., S. 113.

erklärt hatte, sich für ihre Patientin bei der Belegschaft auszusprechen. Das gegenseitige Vertrauen wächst, auch die Psychiaterin gibt eine persönliche Geschichte aus ihrer Jugend von sich preis. Deborah erinnert sich, dass dies das erste Mal war, dass ihre Therapeutin etwas über ihre Vergangenheit verriet. Zuvor hatte sie zu Anfang der Behandlung Deborah eine Blüte ihres Alpenveilchens geschenkt. Ihr Schützling erkannte diese als ein besonderes Geschenk an und hatte dafür die Bestrafung *Yr* auf sich genommen.²⁰ Als Deborah umgekehrt Dr. Fried etwas zurückgeben kann, bereichert dies das Verhältnis der beiden: „Ist das wahr? Habe ich Ihnen etwas beigebracht?“²¹ Und als Dr. Fried dies bejaht, entgegnet Deborah, dass dies bedeute, dass sie etwas „wert“ sei.

Die enge Bindung von Deborah an ihre Therapeutin zeigt sich insbesondere, als diese über den Sommer die Stadt verlässt. Ihre Patientin bekommt einen neuen Arzt zugewiesen, zu dem sie nur schwer Vertrauen fasst. In der Zeit, bis Dr. Fried zurückkommt, gelingt es der jungen Patientin immer wieder, sich trotz der verschärften Stationsregeln Zigaretten zum Verletzen zu besorgen.²² Als schließlich die Therapeutin Deborah das erste Mal nach ihrer Rückkehr wiedersieht, ist sie erschrocken über deren Zustand. Ihre Patientin schämt sich und möchte fliehen, aber vor der Präsenz ihrer Therapeutin kann sie nicht davonlaufen. Dies drückt sich auch darin aus, dass Deborah wieder aufhört, sich selbst zu verletzen, und gar so weit geht, Dr. Fried entwendete Zigarettenstummel auszuhändigen, um sie nicht zur „Mittäterin“ zu machen.²³ Diese Loyalität ihrer Therapeutin gegenüber lässt auf eine enge Bindung der beiden schließen, die möglicherweise zur Heilung Deborahs beigetragen haben könnte.

4. Alltag in der psychiatrischen Klinik

Mit der Einweisung in die Klinik ist Deborah einverstanden gewesen, sie spürte, dass diese gut für sie ist. Diese Grundeinstellung scheint sich auch im weiteren Verlauf der Geschichte nie zu ändern. Beschwerden, in der Klinik eingesperrt zu sein, äußert Deborah zu keinem Zeitpunkt.

Als nach einiger Zeit in der Klinik der *Chorus* der Stimmen zu laut wird, schneidet Deborah sich mit dem scharfen Rand einer Blechdose mehrmals selbst in den Arm. Sie spürt keinen Schmerz, nur einen unangenehmen Widerstand der Haut. Daraufhin wird das junge Mädchen auf die geschlossene Station D gebracht. Es ist das erste Mal, dass sie diese Station, deren Ruf angsteinflößend ist, als Patientin betritt. Im Gegensatz zur offenen Station, wo nach Deborahs Empfinden noch der Schein von Trost und Normalität herrscht, dürfen die Patienten hier sein, was sie sind: krank.

²⁰ Vgl. ebd., S. 169.

²¹ Ebd., S. 160.

²² Vgl. ebd., S. 182.

²³ Vgl. ebd., S. 191.

„Und plötzlich wusste Deborah, was an Station D gut war: keine verlogene Höflichkeit mehr oder der Zwang, nach den unverständlichen Gesetzen der Erde zu leben.“²⁴

Die Patientin empfindet es gleichzeitig als furchterregend, aber auch als tröstlich, dass die Fenster mit Draht geschützt und die Pfleger stark und muskulös sind.²⁵ Viele der anderen Patientinnen leiden auch an Schizophrenie und leben in ihrer eigenen Welt. Deborah sehnt sich nach einem Ort, an den sie sich zurückziehen kann, den es auf den überfüllten Stationen nicht gibt. Gerade deshalb interpretiert sie den Rückzug in die eigene Welt, den viele ihrer Mitpatientinnen praktizieren, als eine Möglichkeit, sich abzugrenzen. Regelmäßig kommt es auch zu Gewalt von Seiten der Patientinnen. Diese richtet sich auf Gegenstände, aber auch gegen Mitpatientinnen und das Personal.

Deborah verspürt kaum Loyalität oder Zusammengehörigkeit unter den Patientinnen. Es fällt ihr schwer, Vertrauen zu finden und Freundschaften mit den Mitpatientinnen zu schließen. Zu Clara, einer weiteren jungen Patientin, kann Deborah langsam eine enge Bindung aufbauen. Um nichts von ihrer Freundschaft preiszugeben, reden die beiden miteinander in verschlüsselten Botschaften.²⁶ Das Stigma der psychisch Kranken erlebt Deborah bei einem Besuch beim Radiologen, wo abgeklärt werden soll, ob sie sich den Fuß gebrochen hat. Die Blicke der dort anwesenden Schwestern und Patienten folgen ihr, es wird über sie, die „Geisteskranke“, getuschelt.

„Plötzlich sah sie sich selbst wie die anderen sie sehen mussten: strähniges Haar, schmutzig, schwammig vom Nichtstun, mit einem alten Bademantel von der Station über ihrem eigenen schäbigen Schlafanzug.“²⁷

Um diesem entwürdigenden Szenario zu entfliehen, täuscht Deborah einen drohenden Anfall vor, um schneller wieder in die ihr vertraute Klinik zu gelangen. Sie glaubt selbst, dass sie etwas in sich trage, das schlecht sei und die Welt um sie herum „vergifte“. Sie bezeichnet es als *nganon*. Auch unter dem Einfluss der Stimmen leidet sie sehr. Besonders wenn sie mit Dr. Fried therapeutisch weiterkommt, verliert sie sich danach im Chaos. Die erregte Patientin wird daraufhin mit Kaltpackungen therapiert, die sie zum Teil als lindernd empfindet. Besonders die klare Sicht danach empfindet sie als wohltuend. Bei einem Vorkommnis wird jedoch die übliche Zeit von vier Stunden überschritten, und Deborah kommt von Schmerzen begleitet wieder zu Bewusstsein. Nach einiger Zeit bemerkt sie neben sich Sylvia, eine Mitpatientin. Da es keine andere Möglichkeit gibt, sich bemerkbar zu machen, rufen die beiden laut um Hilfe. Doch es kommt niemand:

„Sylvia lachte ein wenig, ganz tief in der Kehle. ‚Ich vergaß, daß es wenn Verrückte schreien, immer noch das Schreien von Verrückten ist.‘“²⁸

²⁴ Ebd., S. 55.

²⁵ Vgl. ebd., S. 55.

²⁶ Vgl. ebd., S. 85.

²⁷ Ebd., S. 154.

²⁸ Ebd., S. 146.

Die Schmerzen in Deborahs Brust und Beinen nehmen immer mehr zu; sie ist kaum noch in der Lage, diese auszuhalten. Als sie laut ausruft, dass sie ihre Foltern geschickt eingerichtet hätten, spricht sie jedoch nicht von den Gurten, mit denen sie festgezurrt ist, sondern von der Hoffnung, die geschürt worden sei.²⁹ Dieses Ereignis gräbt sich tief in das Bewusstsein der jungen Patientin.

5. Rehabilitation und Reintegration

Trotz Deborahs zunehmender Gewalttätigkeit macht die Therapie weiter Fortschritte und Dr. Fried spricht eines Tages etwas aus, das niemand so recht glauben mag: Deborah wird nicht kränker, ganz im Gegenteil.³⁰ Für Deborah selbst zeigt sich dies darin, dass sie auf einmal mehr und mehr von der Welt wahrnimmt. Sie beginnt Farben und Formen in der Natur zu entdecken, und ihr wird klar, dass sie eine Chance hat, gesund zu werden. Ein Durchbruch gelingt, als Deborah erkennt, dass *Yr* eine von ihr geschaffene Welt darstellt. Sie wird auf Station B verlegt, eine offene Station, worüber sie sich freuen kann. Dort passiert es auch, dass Deborah das erste Mal mit den Stimmen in ihrem Kopf in Dialog treten will und ihr niemand antwortet.³¹

Kurz darauf fährt Deborah das erste Mal auf Besuch zu ihrer Familie. Vor diesem fünftägigen Ereignis ist das Mädchen ungeduldig und aufgeregt. Sie wird fürstlich von ihrer Familie empfangen; alle sind gekommen, um sie zu begrüßen und ihre Unterstützung zu bezeugen. Doch Deborah ist von dem herrschenden Trubel überfordert. Ihr Vater, Jacob ist besonders stolz auf seine älteste Tochter. Suzy hingegen fühlt sich zurückgesetzt, weil die Bilder der älteren Schwester bewundert werden und Deborah überhaupt viel Aufmerksamkeit geschenkt wird. Daraufhin wird Esther, die Mutter, wütend:

„Dich loben heißt prahlen. Deborah loben heißt entschuldigen.“³²

Mehr und mehr beginnt Deborah, sich nach den Möglichkeiten der Welt außerhalb der ihr bekannten Klinik zu sehnen. Sie beginnt, in zwei Kirchenchören zu singen, und verspürt den großen Wunsch nach Zugehörigkeit. Deborah stellt ein Entlassungsgesuch aus der Klinik, dem stattgegeben wird. Dass es jedoch nicht so einfach ist, plötzlich in einer fremden Welt Fuß zu fassen, bekommt Deborah bei der Wohnungssuche mit. Zusammen mit ihrer Sozialarbeiterin gelingt es ihr, ein Zimmer in der Stadt zu bekommen.

„Wie sich herausstellte, war die Wirtin, Mrs. King, in der Stadt fremd und nicht mit dem Schreckgespenst von Jenem Ort‘ groß geworden.“³³

Zu Deborahs Vorteil ist das ihr anhaftende Stigma der psychisch kranken Patientin für die Wirtin aus Unwissenheit kein Hindernis. Anders ist es mit den Gleichaltrigen in den

²⁹ Vgl. ebd., S. 147.

³⁰ Vgl. ebd., S. 204.

³¹ Vgl. ebd., S. 226.

³² Ebd., S. 233.

³³ Ebd., S. 247.

zahlreichen Chören und Jugendclubs, denen Deborah beitrifft. Sie wird zwar höflich behandelt, die Begegnungen bleiben aber distanziert und es entwickeln sich keine Freundschaften. Dr. Fried gegenüber gibt Deborah zu, dass es ihr gefalle, mit *Lactamaeon* nach Hause zu gehen, weil sie sich dann nicht so allein fühle. Daraufhin ringt ihr die Ärztin das Geständnis ab, dass die Stimme *Lactamaeons* ihre eigene Erfindung sei. Mit diesem Wissen und dieser Krankheitseinsicht endet eine fast vierjährige Krankheitsperiode für Deborah. Kurz darauf versucht die junge Frau, sich mit einer brennenden Zigarette wie schon so oft zuvor selbst zu verletzen, aber das erstaunte Mädchen muss den Arm aus Reflex zurückziehen, zu schmerzhaft ist die Prozedur.³⁴

Eine Sozialarbeiterin hilft der jungen Frau, einen äquivalenten Schulabschluss anzustreben. Doch Deborah erleidet in dieser Stresssituation einen akuten psychotischen Schub, so dass sie wieder stationär behandelt werden muss. Der Schulversuch wird in der darauffolgenden Zeit von der Klinik aus unternommen, was Deborah Anerkennung von Seiten des Klinikpersonals und in Folge dessen auch mehr Selbstvertrauen verschafft. So gelingt es ihr am Ende, die Prüfung für den Schulabschluss nicht nur abzulegen, sondern auch zu bestehen. Außerdem hat sie genügend Punkte erlangt, um sich an den staatlichen Colleges zu bewerben. Esther Blau ist sehr stolz auf ihre Tochter, nur der Vater kann seinen Stolz schwer zum Ausdruck bringen.³⁵

Auch nach diesem Erfolg muss Deborah wieder in die Klinik, wo sie übernachtet. Es wird das letzte Mal sein. Dort wird ihr klar, dass sie sich entscheiden kann und muss: Zwischen einem Leben in Krankheit, das von der schizophrenen Welt *Yr* gekennzeichnet ist, und der Gesundheit.

„*Yr* zwang sie, endlich ihre Wahl zu treffen. Mit ihrer Aufnahme als Mitglied der Welt, als Mensch mit einer Gegenwart und einer möglichen Zukunft, als Newtonianer, als Mensch, der an Ursache und Wirkung glaubt, waren die endgültigen Linien ihrer Entscheidung vorgezeichnet.“³⁶

Deborah kann sich von *Yr* endlich loslösen.

6. Eine historische Kontextualisierung der Romangeschehnisse

Die psychiatrische Versorgungssituation zu Mitte des 20. Jahrhunderts – Zeitpunkt der Geschehnisse in Greenbergs Roman – war allgemein gekennzeichnet durch einen hohen Grad an Institutionalisierung. Die Unterbringung in finanziell und personell schlecht ausgestatteten isoliert gelegenen Anstalten mit mehreren tausend Betten, Aufenthalte von mehreren Jahren bis Jahrzehnten, die Beschneidung jeglicher Privatsphäre sowie ein hohes Ausmaß an Entmündigung und Zwangsmaßnahmen stellten in westlichen Industrienationen für viele PatientInnen die Realität dar.³⁷

³⁴ Vgl. ebd., S. 261.

³⁵ Vgl. ebd., S. 275.

³⁶ Ebd., S. 279f.

³⁷ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 272ff.

Gleichwohl lassen sich Unterschiede in verschiedenen Ländern feststellen. Die Lage in den USA war auf der einen Seite charakterisiert durch eine im Vergleich zu anderen Ländern hohe Zahl an PraxispsychiaternInnen und eine relativ gute Ausstattung von Privatkliniken, auf der anderen Seite aber durch eine dramatische Versorgungssituation in überfüllten staatlichen Anstalten mit bis zu über 10.000 PatientInnen.³⁸ Basierend auf eigenen Beobachtungen, Gerichtsurteilen und insbesondere den Berichten von mehr als 3.000 US-amerikanischen Kriegsdienstverweigerern, die während des Zweiten Weltkrieges in psychiatrischen Krankenhäusern und Anstalten gearbeitet hatten, berichteten nach 1945 mehrere namhafte JournalistInnen über die desaströse Situation psychiatrischer Institutionen im ganzen Land.³⁹ Exemplarisch dafür kann der im Mai 1946 im Life Magazine erschienene Artikel von Albert Q. Maisel stehen, in dem auf dramatische Unterversorgung mit Nahrungsmitteln und Kleidung, katastrophale Unterbringungsverhältnisse, wochenlange Fixierungen und extremen Personalmangel hingewiesen⁴⁰ und darüber hinaus sogar von zahlreichen Fällen brutalster Gewalt von Angestellten gegenüber PatientInnen mit mehreren Todesfällen berichtet wird:

„Court and grand-jury records document scores of deaths of patients following beatings by attendants. Hundreds of instances of abuse, falling just short of manslaughter, are similarly documented. And reliable evidence, from hospital after hospital, indicates that these are but a tiny fraction of the beatings that occur, day after day, only to be covered up by a tacit conspiracy of mutually protective silence and a code that ostracizes employees who ‘sing too loud’. Yet beatings and murders are hardly the most significant of the indignities we have

³⁸ Vgl. ebd., S. 307.

³⁹ Vgl. Sareyan (1993), pp. 17ff.

⁴⁰ Vgl. Maisel (1946), pp. 102f.: „We feed thousands a starvation diet, often dragged further below the low-budget standard by the withdrawal of the best food for the staff dining rooms. We jam-pack men, women and sometimes even children into hundred-year-old firetraps in wards so crowded that the floors cannot be seen between the rickety cots, while thousands more sleep on ticks, on blankets or on the bare floors. We give them little and shoddy clothing at best. Hundreds – of my own knowledge and sight – spend 24 hours a day in stark and filthy nakedness. Those who are well enough to work slave away in many institutions for 12 hours a day, often without a day’s rest for years on end. One man at Cleveland, Ohio – and he is no isolated exception – worked in this fashion for 19 solid years on a diet the poorest sharecropper would spurn. Thousands spend their days – often for weeks at a stretch – locked in devices euphemistically called ‘restraints’: thick leather handcuffs, great canvas camisoles, ‘muffs’, ‘mitts’, wristlets, locks and straps and restraining sheets. Hundreds are confined in ‘lodges’ – bare, bed less rooms reeking with filth and feces – by day lit only through half-inch holes in steel-plated windows, by night merely black tombs in which the cries of the insane echo unheard from the peeling plaster of the walls. Worst of all, for these wards of society we provide physicians, nurses and attendants in numbers far below even the minimum standards set by state rules. Institutions that would be seriously undermanned even if not overcrowded find themselves swamped with 30 %, 50 % and even 100 % more patients than they were built to hold. These are not wartime conditions but have existed for decades. Restraints, seclusion, and constant drugging of patients become essential in wards where one attendant must herd as many as 400 mentally deranged charges.“

heaped upon most of the 400,000 guiltless patient-prisoners of over 180 state mental institutions.“⁴¹

Das öffentliche Bekanntwerden dieser Zustände trug neben militärpsychiatrischen Erkenntnissen aus dem Zweiten Weltkrieg, wonach psychische Erkrankungen stärker verbreitet waren als vormals angenommen, wesentlich dazu bei, dass 1946 der „National Mental Health Act“ verabschiedet wurde.⁴² Durch dieses Gesetz wurde die psychische Gesundheit der US-amerikanischen Bevölkerung zu einem Thema von nationaler Bedeutung: es wurden föderale Gelder für die Förderung der wissenschaftlichen Forschung und für die Modernisierung der psychiatrischen Versorgung aufgewendet, was schon innerhalb weniger Jahre zu einem spürbarem Ausbau teilstationärer Versorgungsangebote führte.⁴³ Die Zahl der in staatlichen psychiatrischen Institutionen untergebrachten PatientInnen erreichte in den USA allerdings erst Mitte der 1950er Jahre ihren Höhepunkt.⁴⁴

In diesem Sinne steht Joanne Greenbergs Roman alles andere als exemplarisch für die Situation der zeitgenössischen Psychiatrie. Ihre Geschichte spielt sich in einer Privatklinik ab, wo die Versorgungssituation und der Personalschlüssel vermutlich deutlich besser gewesen sind, zumindest finden sich im Buch keine Hinweise auf drastische Mängel in diesen Bereichen. Auch in vielerlei anderer Hinsicht unterschied sich die Klinik deutlich von der Mehrzahl der damaligen staatlichen Anstalten.

Die Chestnut Lodge in Rockville im US-Bundesstaat Maryland wurde 1910 durch Ernest Bullard als privates Sanatorium für nervliche und psychische Erkrankungen eröffnet, nachdem das in den 1880er Jahren im viktorianischen Stil errichtete Gebäude vorher ein Hotel beherbergt hatte.⁴⁵ Bis in die 1930er Jahre ein kleines Sanatorium mit 30 Betten und ohne dezidierte therapeutische Konzepte, entwickelte es sich nach Übernahme durch Bullards Sohn Dexter in den Folgejahren zu einer wachsenden psychiatrischen Privatklinik. 1934 begann Dexter Bullard, mit der Einstellung der ersten Thera-

⁴¹ Ebd., p. 102.

⁴² Vgl. Kolb et al. (2000), p. 208; McKenzie et al. (2007), p. 326: „The mood of the country, together with testimony before Congress by both military and civilian experts, soon resulted in the passage of the National Mental Health Act of 1946, which established the National Institute of Mental Health (NIMH). [...] The purposes of NIMH were (1) to foster and aid research related to the cause, diagnosis, and treatment of neuropsychiatric disorders; (2) to provide training and award fellowships and grants for work in mental health; and (3) to aid the states in the prevention, diagnosis, and treatment of neuropsychiatric disorders.“

⁴³ Vgl. Grob (1992).

⁴⁴ Vgl. Madhusoodanan/Brenner (2007).

⁴⁵ Vgl. Hornstein (2000), pp. 84ff. u. 87: „The Woodlawn, Bullard’s eventual asylum, was the town’s best hotel. Built in 1889, in a vernacular interpretation of Second Empire style, its mansard roof patterned brickwork, wrought-iron cresting, and turned columns were of elegant design. Recessed French doors on the central pavilion opened to a balcony of metalwork, and eighteen pedimented windows graced the side dormers. Its ‘immense breeze-filled porches’ proved an irresistible lure to urban dwellers seeking to escape ‘miasmic air, epidemics, and [the roar of] pounding horses’ hooves.’ [Fitzsimons]“

peutin, die Chestnut Lodge auf psychoanalytische Behandlungen auszurichten,⁴⁶ und begründete damit auch das Setting für Greenbergs Roman.

Die Psychoanalyse hatte seit ihrer Begründung durch Sigmund Freud in den 1890er Jahren eine bedeutende Entwicklung genommen. Ihrer Institutionalisierung in den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts folgte ab den 1920er Jahren die Phase der Differenzierung mit zahlreichen theoretischen Neu- und Weiterentwicklungen.⁴⁷ Die Psychoanalyse als Therapieform psychischer Störungen⁴⁸ hatte zu dieser Zeit schon Einzug in ambulante Praxen gefunden; in der klinischen Psychiatrie war sie jedoch von Anfang an umstritten. Zwar gab es neben Ablehnung, wie beispielsweise von Seiten des Münchner Psychiaters Kraepelin, auch Anerkennung, zum Beispiel durch die Schweizer Bleuler und Binswanger,⁴⁹ dennoch blieb vielerorts eine Kluft zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse bestehen. PsychiaterInnen arbeiteten zu einem großen Teil stationär, das heißt in Anstalten und Krankenhäusern, und behandelten dort vornehmlich die als besonders krank geltenden PatientInnen mit Psychosen; PsychoanalytikerInnen waren primär im ambulanten Bereich tätig und therapierten dort vor allem PatientInnen mit Neurosen. Diese Kluft – in Deutschland sehr massiv – war in den USA wohl am geringsten ausgeprägt⁵⁰ und löste sich in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg fast vollends auf.⁵¹

Freuds Theorien waren in den Vereinigten Staaten schon früh auf eine interessierte LeserInnenschaft gestoßen, insbesondere aber seit Freuds USA-Besuch gewann die Psychoanalyse dort an Bedeutung:

„1909 reiste Sigmund Freud nach Amerika, hielt auf Einladung der Clark-University in Worcester/Massachusetts Vorlesungen, verbrachte einige Wochen in den USA und traf die bedeutendsten Anhänger und Interessenten der Psychoanalyse. Dies setzte eine Welle von Übersetzungen und Kooperationen in Gang und wurde ein Wendepunkt in der Internationalisierung der Psychoanalyse. 1911 wurde die American Psychoanalytic Association gegründet; weitere Gesellschaften und Zeitschriften folgten. Viele Ausbildungskandidaten reisten nach Europa, und die Psychoanalyse hielt Einzug in die amerikanischen Universitäten und Spitäler.“⁵²

⁴⁶ Ebd., pp. 97ff.

⁴⁷ Vgl. List (2009), S. 36ff.

⁴⁸ Psychoanalyse bezeichnet nicht nur das Therapieverfahren, sondern allgemein die Wissenschaft vom Unbewussten. Vgl. dazu List (2009), S. 14: „Sie umfasst, grob gesprochen, drei große Bereiche: 1. Eine Metapsychologie [...] als Voraussetzung für das Nachdenken über sonst unzugängliche psychische und psychosoziale Vorgänge. Hier werden Terminologie und Struktur der Wissenschaft bestimmt. 2. Eine Methodik zur Erfassung und Interpretation der Manifestationen des Unbewussten. Dazu gehört auch die therapeutische Technik. 3. Theorien und Konzepte über Zusammenhänge und Bedeutungen der Hervorbringungen des Unbewussten bei den einzelnen Menschen, ihren Institutionen, ihrer Geschichte und in der Kultur.“

⁴⁹ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 471ff.; Hoff (2005b), S. 17.

⁵⁰ Vgl. Alexander/Selesnick (1969), S. 280.

⁵¹ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 465f.; Paris (2005), S. 5ff.; Handlbauer (1999).

⁵² List (2009), S. 44f.

Dennoch galt auch um 1930 weiterhin Europa als das unumstrittene Zentrum der Psychoanalyse. Von dort kamen und dort arbeiteten die namhaftesten PsychoanalytikerInnen, während die Veröffentlichungen von amerikanischen VertreterInnen in Europa in der Regel nicht zur Kenntnis genommen wurden. Insbesondere in den deutschsprachigen Ländern war auch die Institutionalisierung der Psychoanalyse am weitesten fortgeschritten – das Berliner Psychoanalytische Institut wurde zum Vorbild für die analytische Ausbildung – in den USA hingegen fehlte es hierfür an geeigneten LehranalytikerInnen. Anfang der 1930er Jahre wurden aus diesem Grund mit Sandor Rado, Franz Alexander und Hanns Sachs europäische Ausbilder in die Vereinigten Staaten geholt.⁵³

Der Terror des Dritten Reiches führte zu einer Veränderung der psychoanalytischen Weltkarte. Die zahlreichen jüdischen PsychoanalytikerInnen aus Deutschland und später auch aus Österreich und vielen anderen Teilen Europas waren gezwungen, zu emigrieren. Den meisten gelang es, rechtzeitig auszureisen – viele von ihnen landeten, oft über Umwege, schließlich in Großbritannien und insbesondere den USA.⁵⁴ Etliche allerdings wurden durch das Naziregime ermordet, unter anderem Karl Landauer, Mitbegründer des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts und enger Kollege von Frieda Fromm-Reichmann, der im KZ Bergen-Belsen umkam.⁵⁵

1938 befand sich ein Drittel der 560 Mitglieder der International Psychoanalytical Association in den Vereinigten Staaten⁵⁶ – unter ihnen auch Frieda Fromm-Reichmann. Dexter Bullard hatte nach Übernahme der Chestnut Lodge von seinem Vater beschlossen, an der Privatklinik die Psychoanalyse als Behandlungsform zu etablieren, und stellte 1934 mit Marjorie Jarvis eine erste, für amerikanische Verhältnisse recht erfahrene Therapeutin ein.⁵⁷ Darüber hinaus begann Bullard selbst eine Lehranalyse,⁵⁸ und es war sein Lehranalytiker Ernest Hadley, der 1935 Fromm-Reichmanns Einstellung an der Chestnut Lodge vermittelte.⁵⁹

Frieda Fromm-Reichmann war als älteste Tochter orthodox-jüdischer Eltern am 23. Oktober 1889 in Karlsruhe geboren worden.⁶⁰ Sie begann ihr Medizinstudium in Königsberg 1908 – im ersten Jahr, in dem Frauen in Preußen zum Studium zugelassen waren. Nach Abschluss ihres Studiums widmete sie sich zuerst hirnverletzten Soldaten: während des Ersten Weltkrieges leitete sie ein Lazarett in Königsberg und anschließend war sie in einer auf die Folgen von Gehirnverletzungen spezialisierten Klinik in Frank-

⁵³ Vgl. Gifford (2008), pp. 635ff.

⁵⁴ Vgl. Gast (1999).

⁵⁵ Vgl. Hornstein (2000), p. 118; Gast (1999).

⁵⁶ Vgl. Gast (1999).

⁵⁷ Vgl. Hornstein (2000), p. 98ff.

⁵⁸ Als Lehranalyse wird ein verpflichtender Bestandteil der Ausbildung zur/m Psychoanalytiker/in bezeichnet, in dem der oder die Betreffende selbst von einer/m erfahrenen Therapeut/in analysiert wird. Ziel dieser Lehranalyse ist neben der praktischen Vermittlung der psychoanalytischen Methode die Entdeckung und Auflösung unbewusster Konflikte bei der/dem Auszubildenden.

⁵⁹ Vgl. Hornstein (2000), p. 99.

⁶⁰ Vgl. bezüglich der folgenden biographischen Skizzen die ausführliche Fromm-Reichmann-Biographie von Hornstein (2000); Klautzer (2005).

furt unter der Leitung von Kurt Goldstein tätig. Ab 1920 absolvierte sie im Sanatorium Weißer Hirsch in der Nähe von Dresden ihre Ausbildung zur Psychiaterin unter Johannes Heinrich Schultz, bekannt als Begründer des *Autogenen Trainings*, unrühmlich aber wegen seines Eintretens für die NS-Euthanasie⁶¹ und wegen seiner verächtlichen Kommentare über Homosexuelle, die er psychotherapeutisch zu behandeln versuchte.⁶² Durch Schultz kam Fromm-Reichmann in Kontakt mit den Theorien Freuds; 1923 begann sie am Berliner Psychoanalytischen Institut ihre analytische Ausbildung. Anschließend eröffnete sie in Heidelberg ein psychoanalytisches Privatsanatorium, das allerdings 1928 schließen musste. In dieser Zeit ging auch Erich Fromm bei ihr in Psychoanalyse. Zwischen den beiden entwickelte sich eine romantische Beziehung, weswegen sie die Analyse beendeten und im Jahre 1926 heirateten. Gemeinsam mit einigen KollegInnen begründeten sie anschließend das Frankfurter Psychoanalytische Institut. Frieda Fromm-Reichmann und Erich Fromm trennten sich 1931, blieben aber weiterhin eng befreundet. In dieser Zeit hatte auch Georg Groddeck, Begründer des Es-Konzeptes, Wegbereiter der Psychosomatik und bis heute für seine unkonventionellen Methoden in der Psychoanalyse als Außenseiter geltend, bedeutenden Einfluss auf Fromm-Reichmann.

Nach Hitlers Machtergreifung emigrierte Fromm-Reichmann 1933 nach Straßburg, anschließend nach Palästina und 1935 dann in die USA. Für Dexter Bullard, der die Chestnut Lodge zu einer psychoanalytischen Spezialklinik umzugestalten suchte, war die Einstellung Fromm-Reichmanns ein „Glücksgriff“: Sie hatte eine komplette Ausbildung am renommierten Berliner Ausbildungsinstitut genossen, verfügte über mehr analytische Erfahrung als fast sämtliche ihrer US-amerikanischen KollegInnen, im Gegensatz zu vielen anderen PsychoanalytikerInnen aber auch über eine langjährige Praxis in der Behandlung von PatientInnen mit Psychosen.

Die Behandlungsoptionen bei Schizophrenie zu dieser Zeit unterschieden sich beträchtlich von den heutigen. Beruhigungsmittel waren zwar schon lange bekannt, spezifische Medikamente mit antipsychotischem Wirkprofil existierten allerdings noch nicht. In den 1930er Jahren wurde aber eine Reihe somatischer Therapieverfahren entwickelt. 1933 begründete Manfred Sakel in Wien die Insulinkoma-Therapie, ein Verfahren, bei dem PatientInnen durch Insulin-Gabe wiederholt in ein halbstündiges hypoglykämisches Koma versetzt wurden. Diese Behandlung war mit beträchtlichen Risiken verbunden, fand allerdings 25 Jahre lang international relativ große Verbreitung.⁶³ 1934 begründete der ungarische Arzt Ladislav Meduna die Cardiazol-Krampftherapie. Aufbauend auf Medunas Beobachtungen, dass Krampfanfälle psychotische Symptome bessern können, entwickelten die italienischen Psychiater Ugo Cerletti und Lucio Bini 1938 die Elektrokrampftherapie, die in modifizierter Form noch heute angewendet wird.⁶⁴ 1935 führte der portugiesische Physiologe und Neurologe Egas Moniz die Leukotomie in die Schizophrenie-Behandlung ein, wofür er 1949 den Nobelpreis er-

⁶¹ Vgl. Brunner/Steger (2006); Klee (2008), S. 566.

⁶² Vgl. Brunner/Steger (2006).

⁶³ Vgl. Crammer (2000).

⁶⁴ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 475ff.

halten sollte. Diese psychochirurgische Methode war weder wissenschaftlich fundiert, noch wurde in ihrer Ausführung das Prinzip des *Informed Consent* beachtet.⁶⁵ Dennoch wurde die Psychochirurgie in den kommenden Jahrzehnten international angewandt. In den USA fand sie in der Variante von Walter Freeman bis in die 1950er eine weite Verbreitung und wurde auch von der Laienpresse hoffnungsvoll aufgenommen.⁶⁶ Die psychoanalytische Bewegung trat insbesondere zur Psychochirurgie heftig in Opposition: ein Beispiel dafür war das energische Eintreten von Dexter Bullard gegen die Kandidatur von Charles Burlingame zum Präsidenten der American Psychiatric Association.⁶⁷

Parallel zu diesen Entwicklungen begann der Aufschwung der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten, der in den 1950er und frühen 1960er Jahren seinen Höhepunkt erreichte. Dieser äußerte sich in den Besetzungen der Psychiatrie-Lehrstühle an den Universitäten und hatte einen massiven Einfluss auf die Karriereplanungen angehender PsychiaterInnen:

„When most leaders of North American psychiatry were psychoanalysts, membership in a analytic society was a ticket to a successful academic career. Students tend to emulate their professors. Many of the best and brightest young psychiatrists, even those who did not primarily intend to practise therapy, entered institutes for training.“⁶⁸

Die psychoanalytische Ausrichtung schlug sich immer mehr auch in der Politik der psychiatrischen Standesorganisationen, dem Inhalt von Psychiatrie-Lehrbüchern und in den Ausbildungskurrikula nieder.⁶⁹ Biologische Krankheitskonzeptionen verloren zunehmend an Bedeutung, wie auch der Nobelpreisträger Eric Kandel rückblickend resümierte:

„In the 1950s and in some academic centers extending into the 1960s, academic psychiatry transiently abandoned its roots in biology and experimental medicine and evolved into a psychoanalytically based and socially oriented discipline that was surprisingly unconcerned with the brain as an organ of mental activity.“⁷⁰

Das Verhältnis der Psychoanalyse zur Behandlung der psychischen Störungen, die im damaligen stationären Setting zahlenmäßig am häufigsten diagnostiziert wurden, insbesondere die Schizophrenie, blieb ambivalent. Freud selbst wird häufig so interpretiert, als habe er die psychoanalytische Behandlung von schizophrenen Psychosen – die er initial unter die *narzisstischen Neurosen* fasste⁷¹ – grundsätzlich ausgeschlossen.⁷²

⁶⁵ Vgl. Fortner (2004).

⁶⁶ Vgl. Diefenbach et al. (1999).

⁶⁷ Vgl. Hornstein (2000), p. 244.

⁶⁸ Paris (2005), p. 5.

⁶⁹ Vgl. Paris (2005); Hornstein (2000).

⁷⁰ Vgl. Kandel (1998).

⁷¹ Vgl. List (2009), S. 203f.

⁷² So auch Schott/Tölle (2005), S. 132, die sich auch auf das folgende Zitat berufen.

„Bei den narzißtischen Neurosen ist der Widerstand unüberwindbar; wir dürfen höchstens einen neugierigen Blick über die Höhe der Mauer werfen, um zu erspähen, was jenseits derselben vor sich geht.“⁷³

Schon im folgenden Satz lautet es bei Freud aber:

„Unsere technischen Methoden müssen also durch andere ersetzt werden; wir wissen noch nicht, ob uns ein solcher Ersatz gelingen wird.“⁷⁴

Und im folgenden Abschnitt schreibt er:

„Andere Schwierigkeiten kommen hinzu, um unseren Fortschritt aufzuhalten. Die narzißtischen Affektionen und die an sie anschließenden Psychosen können nur von Beobachtern enträtselt werden, die sich durch das analytische Studium der Übertragungsneurosen geschult haben. Aber unsere Psychiater studieren keine Psychoanalyse und wir Psychoanalytiker sehen zu wenig psychiatrische Fälle. Es muß erst ein Geschlecht von Psychiatern herangewachsen sein, welches durch die Schule der Psychoanalyse als vorbereitender Wissenschaft gegangen ist. Der Anfang dazu wird gegenwärtig in Amerika gemacht, wo sehr viele leitende Psychiater den Studenten die psychoanalytischen Lehren vortragen und wo Anstaltsbesitzer und Irrenhausdirektoren sich bemühen, ihre Kranken im Sinne dieser Lehren zu beobachten.“⁷⁵

Fromm-Reichmann wies in ihren Veröffentlichungen⁷⁶ üblicherweise auch auf dieses frühe Zitat von Freud hin:

„Psychosen, Zustände von Verworrenheit und tiefgreifender (ich möchte sagen: toxischer) Verstimmung sind also für die Psychoanalyse, wenigstens wie sie bis jetzt ausgeübt wird, ungeeignet. Ich halte es für durchaus nicht ausgeschlossen, daß man bei geeigneter Abänderung des Verfahrens sich über diese Gegenindikation hinaussetzen und so eine Psychotherapie der Psychosen in Angriff nehmen könne.“⁷⁷

Auch wenn sich der Großteil der PsychoanalytikerInnen auf die Behandlung von Neurosen (wie Zwangsneurosen und Phobien) konzentrierte, gab es von Anfang an Ansätze, diese Methode auch auf Psychosen auszudehnen.⁷⁸ Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler, der auch den Begriff *Schizophrenie* prägte, führte Anfang des 20. Jahrhunderts in der psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich psychoanalytische Konzepte in die Schizophrenie-Behandlung ein.⁷⁹ 1926 wurde in Berlin-Tegel die erste psy-

⁷³ Freud (1917).

⁷⁴ Ebd.

⁷⁵ Ebd.

⁷⁶ Vgl. beispielsweise Fromm-Reichmann (1948).

⁷⁷ Freud (1905).

⁷⁸ Vgl. als Übersichtsartikel Happach/Piegler (2000); Schott/Tölle (2005), S. 399f.; sowie für eine kritische Betrachtung Paris (2000), pp. 28ff.

⁷⁹ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 399. Gleichzeitig vertrat Bleuler aber auch eugenische und rassistische Anschauungen und sprach sich für dementsprechende Maßnahmen wie Kastration und Sterilisation aus. Vgl. dazu Scharfetter (2006), S. 53ff.

choanalytische Klinik gegründet, die zumindest Frühformen von Psychosen zu behandeln suchte.⁸⁰ Im deutschsprachigen Raum gehörten des Weiteren Paul Federn und Otto Fenichel zu den Pionieren psychoanalytischer Psychosebehandlungen, in Großbritannien entwickelten sich ebenfalls bedeutende Ansätze, so beispielsweise durch Melanie Klein. Insbesondere aber in den USA schien diese Entwicklung immer mehr den Verlauf anzunehmen, wie sie sich Freud in seinem Zitat von 1917 wohl erträumt hatte:

„[...] in the 1950s the entire psychiatric establishment was working furiously to establish the principles of psychoanalytically oriented psychotherapy for schizophrenia and that working intensively with such patients was part of the training in every reputable residency program in psychiatry in the United States.“⁸¹

Zu den Pionieren der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie in den USA gehört Harry Stack Sullivan, der seit 1923 in Towson, Maryland, unweit der Chestnut Lodge, eine Spezialabteilung für die Behandlung schizophrener PatientInnen unterhielt und darüber hinaus mit der Begründung der interpersonalen Theorie, die im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse mehr Wert auf Beziehungsgeflechte legte, einen einflussreichen theoretischen Beitrag entwickelte.⁸² Sullivan hielt Ende der 1930er an der Chestnut Lodge ein vierjähriges Seminar ab, übte einen bedeutenden Einfluss auf Fromm-Reichmann aus und wurde zu einem ihrer engsten Freunde.⁸³ Es gab zu dieser Zeit schon zahlreiche Kliniken, die die Psychoanalyse integrierten, aber keine so konsequent wie die Chestnut Lodge.

„Instead, Bullard turned it into the only mental hospital in the world that specialized in psychoanalysis for psychotic patients. Sullivan and White had discussed this idea, and others had used psychotherapy with a few seriously disturbed cases, but no one had ever filled a whole hospital with schizophrenic patients and tried to treat them psychoanalytically.“⁸⁴

Die psychoanalytische Behandlung von Schizophrenien um die Mitte des 20. Jahrhunderts ist untrennbar mit dem Namen Frieda Fromm-Reichmann verbunden – und das vor allem aufgrund ihrer praktischen Arbeit und weniger wegen bedeutender theoretischer Neukonzeptionen. Ihre Tätigkeit beruhte auf der Kombination heterogener Ansätze und auf deren Überprüfung an klinischen Erfahrungen.⁸⁵ Ihrem Hauptwerk „Principles of Intensive Psychotherapy“ hat sie die Widmung vorangestellt:

⁸⁰ Vgl. Happach/Piegler (2000); Hornstein (2000), pp. 164f.

⁸¹ Vgl. Chessick (2002).

⁸² Vgl. Kumnig (2005); Hornstein (2000), pp. 125ff.

⁸³ Vgl. Hornstein (2000), pp. 101 u. 122ff.

⁸⁴ Ebd., p. 98.

⁸⁵ Vgl. ebd., p. 38: „Frieda can't be said to have developed a theory; rather, she forged a unique viewpoint merging ideas typically seen as unrelated. A follower of no school but a student of many, she drew on an unusually wide range of sources, combining them idiosyncratically, like a sculptor working with found objects or a chef creating bouillabaisse. She was an empiricist in the literal sense of the word, deriving her theoretical commitments directly from experience.“

„To my teachers:
Sigmund Freud
Kurt Goldstein
Georg Groddeck
Harry Stack Sullivan“⁸⁶

Als Hauptangriffspunkt für die Psychotherapie betrachtete Fromm-Reichmann die Einsamkeit, die allen psychischen Erkrankungen zugrunde läge.⁸⁷ Um die Psychoanalyse für die besondere Situation von PatientInnen mit Psychosen anwendbar zu machen, modifizierte sie die klassische Methode in mehreren Punkten:

„Fromm-Reichmann gab im Rahmen ihrer Therapie die Verwendung der Couch, die Aufforderung zur freien Assoziation, die abstinente Haltung des Analytikers und die regelmäßigen Einzelsitzungen auf.“⁸⁸

Fromm-Reichmann, die 1957 verstarb, ist auf der einen Seite von AnhängerInnen vielfach geradezu mit Lobeshymnen überschüttet worden. Als Beispiele seien hier die ausgesprochen positiv formulierte Fromm-Reichmann-Biographie von Gail A. Hornstein⁸⁹ genannt, Professorin für Psychologie am Mount Holyoke College in South Hadley, Massachusetts, sowie der Fromm-Reichmann-Eintrag im Personenlexikon der Psychotherapie von Tanja Klautzer, in dem diese „ihr erfolgreiches Vorgehen“ lobt, das von „höchster Aufmerksamkeit, Ehrlichkeit, Geduld und ausgesprochenem Respekt und Einfühlungsvermögen dem Patienten gegenüber gekennzeichnet“⁹⁰ gewesen sei. Im Gegensatz zu vielen anderen PsychoanalytikerInnen dieser Zeit sammelte Fromm-Reichmann keine SchülerInnenschaft um sich, inspirierte aber dennoch „eine ganze Generation junger PsychiaterInnen“.⁹¹

Auf der anderen Seite erntet Fromm-Reichmann heutzutage auch scharfe Kritik, insbesondere wegen des von ihr wohl zum ersten Mal formulierten Begriffes der *schizophrenogenen Mutter*.⁹² Mitte der 1960er Jahre begann darüber hinaus der Stern der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten zu sinken,⁹³ und insbesondere seit jeher umstrittene Konzepte wie die psychoanalytisch orientierte Behandlung von Schizophrenie gerieten ins Kreuzfeuer der Kritik. Neuroleptika gewannen immer mehr die zentrale

⁸⁶ Fromm-Reichmann (1950).

⁸⁷ Vgl. Hornstein (2000), p. 305.

⁸⁸ Klautzer (2005).

⁸⁹ Hornstein (2000).

⁹⁰ Klautzer (2005).

⁹¹ Vgl. Hornstein (2000), p. 172; Chessick (2002).

⁹² Das Originalzitat findet sich in Fromm-Reichmann (1948), p. 265: „The schizophrenic is painfully distrustful and resentful of other people, due to the severe early warp and rejection he encountered in important people of his infancy and childhood, as a rule, mainly in a schizophrenogenic mother.“ Auf die Wirkungsgeschichte dieses problematischen Begriffes kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

⁹³ Verschiedenste Gründe für diese generelle Entwicklung werden ins Feld geführt – so beispielsweise Ergebnisse der Hirnforschung, die günstige empirische Datenlage psychopharmakologischer und verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden, aber auch die hohen Kosten für eine langjährige psychoanalytische Therapie.

Bedeutung in den Behandlungskonzepten für schizophrene Psychosen. 1982 wurde die Chestnut Lodge auf Schadensersatz wegen angeblichen Behandlungsfehlers verklagt. Der Kläger, der Nephrologe Raphael Osheroﬀ, war in der Klinik in Rockville unter der Diagnose *Narzisstische Persönlichkeitsstörung* sieben Monate lang ohne spürbaren Erfolg rein psychotherapeutisch behandelt worden, während sich sein Gesundheitszustand nach einem Wechsel in eine andere Klinik, wo die Diagnose *Psychotische Depression* gestellt wurde, unter antidepressiver Medikation innerhalb weniger Wochen besserte. Der Aufsehen erregende und in der psychiatrischen Fachliteratur vieldiskutierte Fall wurde außergerichtlich durch einen finanziellen Vergleich beigelegt, die klinische Psychoanalyse verlor allerdings weiter an Kredit.⁹⁴ Mitte der 1980er erbrachten Langzeituntersuchungen der zwischen 1950 und 1975 in der Chestnut Lodge behandelten PatientInnen enttäuschende Ergebnisse. 1983 resümierte der Studienleiter Tom McGlashan: „Frieda and Dexter embarked on a grand experiment. The data is in. The experiment failed.“⁹⁵ Wegen Insolvenz schloss die Chestnut Lodge am 27. April 2001 ihre Türen, exakt 44 Jahre nach Fromm-Reichmanns Tod.⁹⁶ 2009 fiel das leerstehende Gebäude einem schweren Brand zum Opfer.⁹⁷

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Greenbergs Roman ein charakteristisches narratives Zeugnis der von uns untersuchten Zeitperiode der Psychiatriegeschichte darstellt. Charakteristisch ist es nicht deswegen, weil es die Behandlung der durchschnittlichen psychiatrischen Patientin in den USA Mitte des vergangenen Jahrhunderts porträtiert. Wie eingangs des Kapitels dargestellt, wich die Realität für den Großteil der damaligen PatientInnen von der Behandlung der Deborah Blau in fast allen Aspekten deutlich ab. Charakteristisch ist dieses Zeugnis vielmehr deswegen, weil der enorme Aufschwung der Psychoanalyse in den USA nach 1935 hier in seiner wohl konsequentesten institutionell-psychiatrischen Ausdrucksform dargestellt wird. Die Chestnut Lodge war wie keine andere Klinik auf die psychoanalytische Behandlung von Schizophrenie spezialisiert und Frieda Fromm-Reichmann deren bedeutendste klinische Exponentin. Gleichzeitig zeigen sich aber auch die Wechselwirkungen zwischen dem historischen Entstehungskontext des autobiographischen Romans und seinem Einfluss auf die nachfolgenden Diskurse. Wie sich nämlich in dem Ansatz der Chestnut Lodge die Hoffnung äußerte, dass schwere Psychosen alleine durch Psychoanalyse und ohne Zuhilfenahme therapeutischer Zwangsmaßnahmen heilbar wären, übt auch der Roman bis heute eine entsprechende Rolle im psychiatrischen und gesellschaftlichen Diskurs aus, wie im folgenden Kapitel zu zeigen ist.

⁹⁴ Zu dem Fall Osheroﬀ v. Chestnut Lodge vgl. Paris (2005), pp. 95ff.; Hornstein (2000), pp. 383ff.

⁹⁵ Vgl. Silver (1997).

⁹⁶ Vgl. Silver (2002).

⁹⁷ Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Chestnut_Lodge (gesehen: 10.09.2010).

7. Wirkungsgeschichte des Romans

Joanne Greenberg veröffentlichte ihren autobiographischen Roman unter dem Pseudonym Hannah Green⁹⁸ im Jahre 1964, zwölf Jahre nach dem Ende ihrer stationären Behandlung in der Chestnut Lodge. Sie hatte in der Zwischenzeit ihren Universitätsabschluss in Anthropologie und Literaturwissenschaften gemacht und hatte bereits einen ersten Roman, „The King’s Persons“, veröffentlicht.⁹⁹ Ursprünglich war geplant gewesen, gemeinsam mit Fromm-Reichmann ein Buch herauszubringen,¹⁰⁰ doch diese verstarb 1957. Greenberg gab später an, ihre Intention, die Geschichte doch noch zu veröffentlichen, sei es gewesen, ein Gegengewicht zu aufkommenden antipsychiatrischen Positionen zu formulieren.

„I wanted to say that there is such a thing as real mental illness and it is not romantic.“¹⁰¹

Greenbergs Buch wurde zu einem vollen Erfolg. Allein bis ins Jahr 1977 wurden mehr als fünf Millionen Exemplare verkauft,¹⁰² der Roman wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und wird weiterhin regelmäßig neu aufgelegt. 1977 wurde das Buch verfilmt, 2004 als Theaterstück adaptiert.¹⁰³ Der Titel des Buches, „I Never Promised You A Rose Garden“, wurde zum geflügelten Wort und ist als solches zum Beispiel in die Popgeschichte eingegangen.¹⁰⁴

In Hornsteins Fromm-Reichmann-Biographie ist eine ganze Reihe von Briefen abgedruckt, die Joanne Greenberg von LeserInnen ihres Buches erhalten hat.¹⁰⁵ Insbesondere in den Zuschriften von PatientInnen äußert sich demnach ein hohes Maß an Identifikation mit der Protagonistin beziehungsweise der Autorin. Das Autobiographische an dem Roman war den meisten Psychiatrie-Erfahrenen dabei unzweifelhaft klar. Viele bedankten sich bei Greenberg, dass sie ihnen durch das Buch neuen Mut geschenkt habe, andere erkundigten sich nach Rat oder wollten die Adresse der Therapeutin erfragen. Exemplarisch sei hier aus dem Brief einer Patientin zitiert:

„I read your book, and it gave me the courage to try – again. After eight re-admissions, it’s pretty difficult. But the choice has been made. There is no alternative now – except to stick with it. Thank you – more than I can ever tell you.

⁹⁸ Sie gab dieses Pseudonym auf wegen Namensgleichheit zu einer New Yorker Schriftstellerin, die tatsächlich den Namen Hannah Green trug. Vgl. hierzu Hornstein (2000), p. 357.

⁹⁹ Vgl. Joanne Greenbergs Homepage Mountain Top Author unter <http://mountaintopauthor.com/> (gesehen: 10.09.2010).

¹⁰⁰ Vgl. Hornstein (2000), p. 348.

¹⁰¹ Greenberg, zitiert nach Hornstein (2000), p. 348.

¹⁰² Vgl. Hornstein (2000), p. 359.

¹⁰³ Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/I_Never_Promised_You_a_Rose_Garden (gesehen: 10.09.2010).

¹⁰⁴ Der Nummer-1-Hit „(I Never Promised You A) Rose Garden“ wurde von Joe South geschrieben, bekannt geworden allerdings vor allem in der Interpretation von Lynn Anderson. Vgl. hierzu [http://en.wikipedia.org/wiki/\(I_Never_Promised_You_A\)_Rose_Garden](http://en.wikipedia.org/wiki/(I_Never_Promised_You_A)_Rose_Garden) (gesehen: 10.09.2010).

¹⁰⁵ Vgl. Hornstein (2000), pp. 355f.

You have renewed some latent courage which I've managed to scrape together again for another go."¹⁰⁶

Die Reaktion auf das Buch von „professioneller“ Seite war unterschiedlich. Auf der einen Seite wurde der Roman zeitweise in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen und in der Behandlung von PatientInnen eingesetzt.¹⁰⁷ Hornstein dient Greenbergs Geschichte gar als eines der zentralen Argumente für ihre These, dass Fromm-Reichmanns Ansatz der psychoanalytisch orientierten Schizophrenie-Behandlung weiter verfolgt werden sollte. Auf der anderen Seite schlug dem Roman aber auch große Skepsis entgegen. Insbesondere wurde die Diagnose *Schizophrenie* in Frage gestellt. Die Spannweite der vorgeschlagenen Alternativen reicht dabei von *frühkindlichem Hirnschaden*¹⁰⁸ über *Borderline-Persönlichkeitsstörung*¹⁰⁹ bis zu *Somatisierungsstörung*¹¹⁰. Die AutorInnen der zuletzt zitierten Studie verglichen Greenbergs Buch mit dem psychiatrischen Klassifikationssystem DSM-III von 1980, müssen allerdings einräumen, dass das Vorliegen einer Schizophrenie nicht ausgeschlossen werden könne, wenn es auch nicht wahrscheinlich sei. Dennoch werfen sie dem Roman vor, bei schizophrenen PatientInnen falsche Erwartungen zu schüren. Problematisch bei diesen Herangehensweisen ist nicht nur, dass die neueren Klassifikationssysteme nicht mit denen von 1948 vergleichbar sind, sondern auch, dass in Romanform verarbeitetes Erleben sich schwer 1:1 in psychopathologische Symptome übersetzen lasse. So wird angemerkt, dass formale Denkstörungen fehlten, aber kann man erwarten, dass diese in einem mehr als zehn Jahre später verfassten Roman adäquat wiedergegeben werden? Außerdem hat Greenberg ihre Geschichte bewusst auch fikionalisiert.¹¹¹ Allerdings muss sogar Hornstein eingestehen, dass die Diagnose *Borderline-Persönlichkeitsstörung* auf Grundlage des Romans nicht völlig ausgeschlossen werden könne.¹¹²

Sowohl die Reaktionen von LeidensgenossInnen, als auch die zum Teil heftigen Auseinandersetzungen innerhalb des psychiatrisch-psychotherapeutischen Diskurses verweisen auf den großen Einfluss des Buchs über den eines „einfach nur“ erfolgreichen Romans hinaus. Greenbergs Narrativ konservierte Fromm-Reichmanns leidenschaftliches Eintreten für eine psychoanalytisch orientierte Behandlung von schizophrenen PatientInnen und wirkt bei BefürworterInnen eines solchen Ansatzes weiterhin häufig als Bezugspunkt. Joanne Greenberg selbst schaltete sich dabei durchaus aktiv in diese Debatte ein: sie unterstützte Gail Hornstein bei ihrer Fromm-Reichmann-Biographie, wirkte als Interviewpartnerin in dem Film „Take These Broken Wings“¹¹³ mit

¹⁰⁶ Brief an Greenberg, zitiert nach Hornstein (2000), p. 362.

¹⁰⁷ Vgl. Elser (1982); Sommer (2003).

¹⁰⁸ Vgl. Kubic (1966).

¹⁰⁹ Vgl. Paris (2005), pp. 29f.

¹¹⁰ Vgl. North/Cadoret (1981), die Diagnosen aus verschiedenen autobiographischen Romanen anhand der Diagnosekriterien des DSM-III reevaluierten.

¹¹¹ Interview mit Joanne Greenberg, <http://www.youtube.com/watch?v=IwZouFmmp9U> (gesehen: 12.09.2010).

¹¹² Vgl. Hornstein (2000), p. 233.

¹¹³ In diesem Film geht es um die Heilung von Schizophrenie mittels Psychotherapie. Autor des Films ist der Psychotherapeut Daniel Mackler, der auf seiner Webseite unter anderem für einen Eltern-

und trat im November 2010 auf der Jahreskonferenz der amerikanischen Sektion der International Society for the Psychological Treatment of the Schizophrenias and Other Psychoses als Keynote Speaker auf.

Trotz mancher Fortentwicklung¹¹⁴ gilt die psychoanalytisch orientierte Behandlung von Schizophrenie in der akademischen Psychiatrie heutzutage als nahezu obsolet¹¹⁵ oder nur in Einzelfällen sinnvoll¹¹⁶. „I Never Promised You A Rose Garden“ ist ein bis heute nachwirkendes Zeugnis einer Phase der Psychiatriegeschichte, in der dies anders gewesen ist.

Literatur

1. Alexander/Selesnick (1969): Franz G. Alexander, Sheldon T. Selesnick, Geschichte der Psychiatrie, Konstanz 1969.
2. Brunner/Steger (2006): Jürgen Brunner, Florian Steger, Johannes Heinrich Schultz (1884-1970). Begründer des Autogenen Trainings. Ein biographischer Rekonstruktionsversuch im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik, BIOS 19 (2006), 1, S. 16-25.
3. Chessick (2002): Richard D. Chessick, Book Forum: Diagnosis and Treatment: To Redeem One Person Is to Redeem the World: The Life of Frieda Fromm-Reichmann By Gail A. Hornstein, The American Journal of Psychiatry 159 (2002), 6, pp. 1068-1069.
4. Crammer (2000): J. L. Crammer, Insulin coma therapy for schizophrenia, Journal of the Royal Society of Medicine 93 (2000), 6, pp. 332-333.
5. de Toro (1999): Alfonso de Toro, Die postmoderne „neue Autobiographie“ oder die Unmöglichkeit einer Ich-Geschichte am Beispiel von Robbe-Grillet's *Le miroir qui revient* und *Dobrovskys Livre brisé*, in: Sybille Groß, Axel Schönberger (Hrsg.): *Dulce et decorum est philologiam colere: Festschrift für Dieter Briese-meister zu seinem 65. Geburtstag*, Berlin 1999, S. 1407-1443, <http://www.uni-leipzig.de/~detoro/sonstiges/neuauto.htm> (gesehen: 10.09.2010).
6. Diefenbach et al. (1999): Gretchen J. Diefenbach, Donald Diefenbach, Alan Baumeister, Mark West, Portrayal of Lobotomy in the Popular Press: 1935-1960, Journal of the History of the Neurosciences 8 (1999), 1, pp. 60-69.
7. Elser (1982): Helen Elser, Bibliotherapy in Practice, Library Trends 30 (1982), 4, pp. 647-659.

„Führerschein“ wirbt, zu dessen Voraussetzungen gehört, sich vorher einer Paartherapie unterzogen zu haben, mindestens drei Jahre verheiratet zu sein, völlig gesund zu sein und über einen College-Abschluss zu verfügen!

¹¹⁴ Vgl. Mentzos (2002).

¹¹⁵ Vgl. Malmberg et al. (2001/2009): „Current data do not support the use of psychodynamic psychotherapy techniques for hospitalised people with schizophrenia. If psychoanalytic therapy is being used for people with schizophrenia there is an urgent need for trials.“

¹¹⁶ Vgl. Gaebel et al. (2006), S. 124.

8. Fortner (2004): Rainer Fortner, Egas Moniz (1874-1955) – Leben und Werk unter besonderer Berücksichtigung der Leukotomie und ihrer ethischen Implikationen, Diss. med., Würzburg 2004.
9. Freud (1905): Sigmund Freud, Über Psychotherapie, http://projekt.gutenberg.de/?id=5&xid=5453&kapitel=25&cHash=3aa83cf098chap065#gb_found (gesehen: 05.09.2010).
10. Freud (1917): Sigmund Freud, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse – 26. Vorlesung. Die Libidotheorie und der Narzissmus, http://projekt.gutenberg.de/?id=5&xid=4665&kapitel=27&cHash=cc1c208a60chap027#gb_found (gesehen: 05.09.2010).
11. Fromm-Reichmann (1948): Frieda Fromm-Reichmann, Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic therapy, *Psychiatry* 11 (1948), 3, pp. 263-273.
12. Fromm-Reichmann (1950): Frieda Fromm-Reichmann, *Principles of Intensive Psychotherapy*, Chicago 1950.
13. Gaebel et al. (2006): Wolfgang Gaebel (federführend) und andere, S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1. Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Darmstadt 2006.
14. Gast (1999): Lilli Gast, Fluchtlinien – Wege ins Exil, *Forum der Psychoanalyse* 15 (1999), 2, S. 135-150.
15. Gifford (2008): Sanford Gifford, The Psychoanalytical Movement in the United States, 1906-1991, in: Edwin R. Wallace IV, John Gach (Hrsg.), *History of Psychiatry and Medical Psychology*, New York 2008, pp. 629-657.
16. Green (2006): Hannah Green, Ich habe dir nie einen Rosengarten versprochen, Hamburg 2006.
17. Grob (1992): Gerald N. Grob, Mental Health Policy in America: Myths and Realities, *Health Affairs* 11 (1992), 3, pp. 7-22.
18. Groß/Schäfer (2008): Dominik Groß, Gereon Schäfer, Der psychisch Kranke im Spiegel der Literatur: Das Beispiel Psychochirurgie, in: Dominik Groß, Sabine Müller, Jan Steinmetzer (Hrsg.), *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*, Berlin 2008 (= *Humandiskurs*, 2), S. 333-350.
19. Handlbauer (1999): Bernhard Handlbauer, Über den Einfluß der Emigration auf die Geschichte der Psychoanalyse, *Forum der Psychoanalyse* 15 (1999), 2, S. 151-166.
20. Happach/Piegler (2000): Claas Happach, Theo Piegler, Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen, *Psychotherapeut* 45 (2000), 1, S. 39-43.
21. Hoff (2005a): Paul Hoff, Autonomie und psychiatrische Krankheitsmodelle – Die historische und aktuelle Perspektive, in: Wulf Rössler, Paul Hoff (Hrsg.), *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*, Heidelberg 2005, S. 7-25.
22. Hoff (2005b): Paul Hoff, Geschichte der Psychiatrie, in: Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, Hans-Peter Kapfhammer, *Psychiatrie & Psychotherapie*, Berlin 2005, S. 5-25.

23. Hornstein (2000): Gail A. Hornstein, *To Redeem One Person is to Redeem the World. The Life of Frieda Fromm-Reichmann*, New York 2000.
24. Kandel (1998): Eric R. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, *The American Journal of Psychiatry* 155 (1998), 4, pp. 457-469.
25. Klautzer (2005): Tanja Klautzer, *Frieda Fromm-Reichmann*, in: Gerhard Stumm, Alfred Pritz, Paul Gumhalter, Nora Nemeskeri, Martin Voracek (Hrsg.): *Personenlexikon der Psychotherapie*, Wien/New York 2005, S. 164-165.
26. Klee (2008): Ernst Klee, *Das Personenlexikon zum Dritten Reich – Wer war was vor und nach 1945*, Koblenz 2008.
27. Kolb et al. (2000): Lawrence C. Kolb, Shervert H. Frazier, Paul Sirovatka, *The National Institute of Mental Health: Its Influence on Psychiatry and the Nation's Mental Health*, in: Roy W. Menninger, John C. Nemiah, *American Psychiatry After World War II (1944-1994)*, Washington D. C. 2000, pp. 207-231.
28. Kubie (1966): Lawrence S. Kubie, *Book Review: I Never Promised You A Rose Garden*, *Journal of Nervous and Mental Disease* 142 (1966), 2, pp. 190-195.
29. Kumnig (2005): Martin Kumnig, Harry Stack Sullivan, in: Gerhard Stumm, Alfred Pritz, Paul Gumhalter, Nora Nemeskeri, Martin Voracek (Hrsg.): *Personenlexikon der Psychotherapie*, Wien/New York 2005, S. 467-469.
30. List (2009): Evelin List, *Psychoanalyse*, Wien 2009.
31. Maisel (1946): Albert Q. Maisel, *Bedlam 1946 – Most U.S. Mental Hospitals are a Shame and a Disgrace*, *Life Magazine* May 6th 1946, pp.102-118.
32. Madhusoodanan/Brenner (2007): Subramoniam Madhusoodanan, Ronald Brenner, *Caring for the Chronically Mentally Ill in Nursing Homes*, *Annals of Long-Term Care*, 15 (2007), 9, pp. 29-31.
33. Malmberg et al. (2001/2009): Lena Malmberg, Mark Fenton, John Rathbone, *Individual Psychodynamic Psychotherapy and Psychoanalysis for Schizophrenia and Severe Mental Illness*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (2001), Art. No.: CD001360. Last assessed as up-to-date: February 2. 2009, http://online.library.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD001360/pdf_fs.html (gesehen: 16.09.2010).
34. McKenzie et al. (2007): James F. McKenzie, Robert R. Pinger, Jerome E. Kotecki, *An introduction to community health*, Sudbury 2007.
35. Mentzos (2002): Stavros Mentzos, *Psychoanalyse der Psychosen*, *Psychotherapie im Dialog* 3 (2002), 3, S. 223-229.
36. North/Cadoret (1981): Carol North, Remi Cadoret, *Diagnostic Discrepancy in Personal Accounts of Patients With 'Schizophrenia'*, *Archives of General Psychiatry* 38 (1981), 2, pp. 133-137.
37. Paris (2005): Joel Paris, *The Fall of An Icon: Psychoanalysis and Academic Psychiatry*, Toronto 2005.
38. Sareyan (1993): Alex Sareyan, *The Turning Point: How Men of Conscience Brought About Major Change in the Care of America's Mentally Ill*, Washington D. C. 1993.
39. Scharfetter (2006): Christian Scharfetter, *Eugen Bleuler, 1857-1939: Polyphrenie und Schizophrenie*, Zürich 2006.

40. Schott/Tölle (2005): Heinz Schott, Rainer Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München 2005.
41. Shorter (1999): Edward Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, Berlin 1999.
42. Silver (1997): Ann-Louise S. Silver, Chestnut Lodge, Then and Now, *Contemporary Psychoanalysis* 33 (1997), 2, pp. 227-249.
43. Silver (2002): Ann-Louise S. Silver, A Personal Response to Gail Hornstein's To Redeem One Person is to Redeem the World: The Life of Frieda Fromm-Reichmann, *Psychiatry* 65 (2002), 1, pp. 1-12.
44. Sommer (2003): Robert Sommer, The Use of Autobiography in Psychotherapy, *Psychotherapy in Practice* 59 (2003), 2, pp. 197-205.

Dominik Groß, Axel Karenberg,
Stephanie Kaiser und Wolfgang Antweiler (Hrsg.)

Medizingeschichte in Schlaglichtern

Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“

Schriftleitung: Stephanie Kaiser

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

ISBN print: 978-3-86219-000-3

ISBN online: 978-3-86219-001-0

URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-30012>

© 2011, kassel university press GmbH, Kassel

www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Kassel

Printed in Germany