

■ die Psychotherapeutin

Zeitschrift für Psychotherapie
2: Frühjahr 1995

herausgegeben von

Beatrice Alder, Basel
Ulrike Hoffmann-Richter, Basel
Ursula Plog, Berlin

unter Mitarbeit von

Johanna Lalouschek, Wien
Almuth Massing, Göttingen
Mariele Ritter-Gekeler,
Müllheim/Baden
Angela Schürmann, Lübeck

Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag



die Psychotherapeutin

erscheint halbjährlich im Frühjahr und im Herbst
in der Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag gemGmbH,
Postfach 2145, D-53011 Bonn

Herausgegeben von Beatrice Alder

Buchhandlung Das Narrenschiff GmbH
Postfach 611, CH-4001 Basel

Dr. Ulrike Hoffmann-Richter (geschäftsführend)
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Str. 27, CH-4025 Basel

Dr. Ursula Plog
Lützelsteiner Weg 35, D-14195 Berlin

Einzelpreis: DM/sFr. 25,- ; ÖS 195,-

Abonnement: jährlich DM/sFr. 45,-; ÖS 360,-

Bestellungen nehmen der Verlag sowie alle Buchhandlungen entgegen.

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Psychotherapeutin: Zeitschrift für Psychotherapie. -
Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453

ISBN 3-88414-194-5 (Heft 2)

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1995

Alle Rechte vorbehalten

Druck: Clausen & Bosse, Leck

gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier



die Psychotherapeutin

freut sich über die Zusendung von Manuskripten. Dies können klinische Beiträge sein ebenso wie theoretische Aufsätze, Buchbesprechungen, Kongreßberichte, Veranstaltungshinweise und anderes mehr.

Die Publikationssprache ist deutsch, Übersetzungen aus anderen Sprachen sind sehr willkommen.

Sprachliche Gleichbehandlung von Mann und Frau wird vorausgesetzt, ohne daß der Sprache Gewalt angetan wird. Dies bedingt einen bewußten und kreativen Umgang mit der Sprache.

Postadresse für Beiträge ist diejenige der geschäftsführenden Herausgeberin.

Themen der nächsten Hefte:

3: Herbst 1995 Psychotherapie und Recht

4: Frühjahr 1996 Zur Soziologie der Psychotherapie

Inhalt

■ Psychotherapie in Institutionen

Editorials:	
»Hunde im Sinne dieses Gesetzes sind auch Katzen«	4
Sind Institutionen für Psychotherapie	
Teil der Wirkung oder Wechselrahmen?	6
Fragmente – Antagonismen	
Psychotherapie in Institutionen der psychosozialen Versorgung	
<i>Ursula Plog</i>	8
Stationäre Psychotherapie –	
Versorgungsangebot, Konzepte, Diskrepanzen	
<i>Angela Schürmann und Harald J. Freyberger</i>	18
Das Hotel Psychiatrie	
Dynamik einer Privatstation	
<i>Eva Waser</i>	32
Vom goldenen Mittelweg	
Psychoanalytische Konzepte in der stationären Psychiatrie	
<i>Sieglinde Schröder</i>	44
Wie aus einer Medikamentenstudie eine therapeutische	
Beziehung erwuchs. Eine Kasuistik	
<i>Andrea Jakobitsch</i>	57
Unser Oberarzt ist eine Frau	
Zur Mann-Frau-Interaktion in einer Klinik	
<i>Ulrike Hoffmann-Richter</i>	60
Ich in der Spiegelstadt	
Die autobiographische Fiktion der Neuseeländerin Janet Frame	
<i>Verena Lueken</i>	89
Interview mit Annegret Neraal	94
Forum	
Tagungsberichte	102
Bücher	108
Berufspolitik	116
Autorinnen	125

„Hunde im Sinne dieses Gesetzes sind auch Katzen“

Editorial der mitherausgebenden Verlegerin



Beatrice Alder

... oder: kleine Wegleitung des schriftlichen Sprachgebrauchs – so beginnt eine offizielle Stelle in der Schweiz eine entsprechende Broschüre für ihre Amtsstellen. Wie Sie unserem Impressum entnehmen können, wünscht sich die Redaktion den bewußten und kreativen Umgang mit der Sprache, damit die „Hunde = Katzen-Gleichung“ vermieden wird. Frauen wollen nicht mehr nur mitgemeint sein, sie wollen handelnde Subjekte – auch in der Sprache – sein. Wie heißt dann das Äquivalent von „Herr seiner Entscheidungen sein“? Unsere Autorin benutzte dafür im letzten Heft „Frau ihrer Entscheidungen“. Der freundliche Leser, dem dies aufstieß, fand, daß das korrekte Äquivalent – da Herr = Herrscher – in diesem Fall „Frauscher“ sein müsse, und das sei ja unmöglich. Eben! Wir wollen der Sprache nicht Gewalt antun, sondern uns mit vielen anderen auf den Weg begeben und Lösungen finden, damit die Frauen auch in der Sprache ihren Raum, ihre Formen haben. Dies geht nicht von heute auf morgen, hie und da ein Patzer wird nicht zu vermeiden sein. Wichtig ist das Ziel: Hunde sind eben keine Katzen, Frauen sind keine Männer. Bis wir Frauen unseren selbstverständlichen Platz in dieser Welt, im jeweiligen Land, in unseren Berufsfeldern und im privaten Bereich gefunden haben, wird es noch dauern. Der sorgfältige Umgang mit der Sprache ist ein Schritt auf diesem Weg, einer unter vielen.*

DIE PSYCHOTHERAPEUTIN will psychotherapeutisch arbeitende Frauen in den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern erreichen. DIE PSYCHOTHERAPEUTIN versteht sich auch als Teil eines Netzwerkes zur Unterstützung von Frauen, die alle in einer von Männern gestalteten Welt arbeiten; mit Spielregeln, die bislang noch von Männern vorgegeben sind.

DIE PSYCHOTHERAPEUTIN will die Frage diskutieren, was Psychotherapie ausmacht und wozu sie gut ist. Im Zentrum unseres Interesses steht der kranke Mensch. Wir wollen diskutieren, was für ihn gut ist. Lehrmeinungen, Schulen, sind dazu da, dem Menschen zu helfen und nicht umgekehrt. Wir wollen dieser notwendigen Diskussion eine Plattform bieten. DIE PSYCHOTHERAPEUTIN will ein Forum sein ohne Denkverbote.

Unser Heft hat Frauen Lust gemacht, „vorwärts zu phantasieren“; unser Heft hat Frauen verärgert, weil es zu „wenig fachlich, zu

banal“ sei; unser Heft hat Leser und Leserinnen sinnlich erfreut, weil es schön gemacht ist; es hat Angst gemacht: „Welch ein Unglück: ‚der Psychotherapeut‘ *und* DIE PSYCHOTHERAPEUTIN!“; es hat zum Lesen motiviert, weil es verständlich geschrieben ist; es hat Leser und Leserinnen berührt mit der Auswahl der Themen.

Anregende Lektüre, lebhaft Diskussionen und eine gewinnbringende Auseinandersetzung mit allen Fragen der Psychotherapie: mit diesem Anspruch ist DIE PSYCHOTHERAPEUTIN angetreten, so wird sie weitermachen.

Anmerkung

- * Anregungen für einen frauenfreundlichen Umgang mit der Sprache

Literatur

Sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann. Schweiz. Bundeskanzlei 1991
Häberlin/Schmid/Wyss: Übung macht die Meisterin. Ratschläge für einen nichtsexistischen Sprachgebrauch. München 1992, Frauenoffensive

Sind Institutionen für Psychotherapie Teil der Wirkung oder Wechselrahmen?

Editorial der geschäftsführenden Herausgeberin



Ulrike Hoffmann-Richter

Wodurch wirkt Psychotherapie? Durch die Technik eines Therapieverfahrens oder die Person der Therapeutin? Cremerius beschrieb 1990 verschiedene therapeutische Techniken der Psychoanalyse. Sie unterscheiden sich durch unterschiedliche Annahmen der wirksamen Faktoren. Die mütterlich sorgende Haltung geht davon aus, daß es der „Topf“ ist, der heilsam wirkt – die Person der Therapeutin. Die analytisch deutende Haltung sieht in der Technik, der „Salbe“, das heilende Agens. Cremerius' Resümee besteht in der Feststellung, daß „Topf und Salbe zusammenwirken und nicht voneinander getrennt werden können“. Dies sei das Merkmal aller Therapeutik.

Kann sich die Betrachtung von „Topf“ und „Salbe“ auf Technik und Person beschränken? Sind nicht Räumlichkeiten, Situation der Beteiligten, ihre Beziehung, ein Behandlungsteam, die Ideologie und Struktur einer Institution ebenso ausschlaggebend? Ist die Institution, in der die Behandlung stattfindet, Teil der Wirkung, Hemmnis oder zu vernachlässigender Wechselrahmen um das „Eigentliche“? Stört die zeitliche Begrenzung einer Aufenthaltsdauer in einer Klinik den therapeutischen Prozeß? Führen die Gegebenheiten eines Behandlungsteams gegenüber einer einzelnen Therapeutin zu unnötigen Komplikationen? Verwässert der Alltag einer Station, die Umstände des gemeinsamen Lebens mit gemeinsamen Mahlzeiten, Putzen, Spülen, Terminen und den Notwendigkeiten einer Ordnung den Inhalt der Therapie, z.B. wenn Gruppensitzungen um verschwundene Waschpulver oder leergegessene Nutella kreisen?

Oder können die sozialen Gegebenheiten gewinnbringend in die Therapie mit einbezogen werden? Sorgen sie vielleicht für die notwendige Nähe zum Alltag und verhindern den Elfenbeinturm? Sozialpsychiatrie und Psychotherapie sind hier wundersam getrennte Wege gegangen. In der Sozialpsychiatrie war die therapeutische Arbeit in der Institution vorgegeben. Ihr Bemühen entwickelte sich dahin, die Institution als Ganzes therapeutisch zu nutzen (Jones 1976; Finzen 1977). Es war die Geburtsstunde der Gruppentherapie (Bion 1961/1990). Die Psychotherapie wurde in der Zweierbeziehung entwickelt. Sie fand verzögert Eingang in therapeutische Institutionen und bezog erst sehr viel später institutionelle Gegebenheiten

in den therapeutischen Prozeß mit ein (Foudraïne 1973; Heigl-Evers 1986; Janssen 1989).

Die Autorinnen dieses Heftes vertreten unterschiedliche Ansichten darüber, was zur Psychotherapie gehört und was den therapeutischen Außenraum bildet – ob das stationäre Setting Teil des Therapie- oder des Wirklichkeitsraumes ist; ob sein Einbezug noch Psychotherapie zu nennen sei oder Sozialpsychiatrie und was beide unterscheidet.

Durchgängig berichten die Arbeiten vom klinischen Alltag. Ihre Praxisnähe spricht in der Klinik Tätige unmittelbar an. Sie bereiten zudem den Boden für theoretische Überlegungen in einem noch wenig bearbeiteten Feld: Der soziale Anteil von Psychotherapie wurde bisher erstaunlich wenig untersucht; der soziologische Blick auf psychotherapeutische Prozesse wenig geübt. Die Herausgeberinnen sehen Psychotherapie als soziales Geschehen – sei es in der Ärztin-Patienten-Beziehung, in den Methoden eines Behandlungsverfahrens oder als Wissen für die Supervision von Institutionen. Psychotherapie hat auch ein sozialtherapeutisches, ein sozialpsychiatrisches Antlitz.

Literatur

- W.R. Bion: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Englisch 1961; Fischer, Frankfurt 1990
- J. Cremerius: Wodurch wirkt Psychotherapie? In: H. Lang (Hrsg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Springer, Heidelberg 1990/15-24
- A. Finzen: Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule. Piper, München 1977
- J. Foudraïne: Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie. Piper, München 1973
- A. Heigl-Evers u.a. (Hrsg.): Die 40-Stunden-Woche für Patienten. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1986
- P.L. Janssen: Behandlung im Team aus psychoanalytischer Sicht. Prax. Psychother. Psychosom. 34 (1989) 325-335
- M. Jones: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Englisch 1968; Huber, Bern 1976

Fragmente – Antagonismen

Psychotherapie in Institutionen der psychosozialen
Versorgung



Ursula Plog

Zusammenfassung

Eine Reihe von Rahmenbedingungen werden benannt, die die Anwendung von Psychotherapie im engeren Sinne in Institutionen der psychosozialen Versorgung erschweren oder vielleicht sogar unmöglich machen. Jede, die in Institutionen der psychosozialen Versorgung therapeutisch tätig ist, sollte sich dieser Widersprüche bewußt sein. Das entlastet und befreit die dort Tätigen. Zugleich setzen Überlegungen an, daß in manchen Institutionen der psychosozialen Versorgung Einzeltherapie ungeeignet ist. In den Institutionen kommt es darauf an, Bedingungen so zu gestalten, daß die Institutionen als ganze therapeutisch wirken. Die Zusammenarbeit der in den Institutionen Arbeitenden sollte dazu verhelfen, von Fragmentierung bedrohte Personen zu bewahren und ihnen Entwicklungsimpulse zu geben.

Einleitung

Noch immer nicht, trotz vieler Diskussionen, Grundsatzserklärungen, Widersprechungen, neuer Versuche, Definitionen, ist das Verhältnis von Psychotherapie in der Psychiatrie und erst recht in Institutionen der sozialen Psychiatrie geklärt. Vielleicht ist es gar nicht klärbar, sondern ein Spannungsverhältnis und je nach Fokussierung kommt der eine oder andere Reflex. Kolleginnen und Kollegen, die seit Jahren in Institutionen der sozialen Psychiatrie arbeiten und gleichzeitig seit Jahren ein Verständnis von sich selbst als Psychotherapeuten haben, laufen immer wieder in die Widersprüche, ohne sie klären zu können.

Therapeutische Beziehung

Ein Aspekt dieses Spannungsverhältnisses kann der sein, daß mit psychosozialen Institutionen eigentlich immer Institutionen der öffentlichen Hände gemeint sind, seien es staatliche oder wohlfahrtsrechtlich eingerichtete. Insofern wäre das Wort „psychosozial“ auch ein Euphemismus für öffentlich. Psychotherapie verbindet sich dem entgegengesetzt mit dem Wunsch nach Privatem. Dies drückt sich in Begriffen wie freie Niederlassung, Einzelgespräche, Zweierbeziehung, Arzt/Patient-Verhältnis aus.

Tatsächlich gibt es wesentliche Unterschiede zwischen einer therapeutischen Beziehung in privater Niederlassung und dem öffentlichen Gesundheitswesen. In der Regel ist die erste offen für freie und gleichberechtigte Absprachen zwischen den beiden Partnern, d.h. dem Therapeuten als Anbieter und dem Patienten als Nutzer.

So ist auch die Beziehung eine gleichberechtigte und partnerschaftliche. Störungen liegen weniger in der Struktur der Begegnung als vielleicht in den Persönlichkeiten. Bemerkenswert ist, daß viele Menschen, die in das psychosoziale System als Hilfesuchende kommen, sich Begegnungen wünschen, die eigentlich die Beziehung zu einem Therapeuten oder einer Therapeutin in freier Niederlassung meinen. So hat sich bei einer Umfrage durch Prognos im Rahmen des Modellversuchs der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ergeben, daß ein großer Teil der Patienten aus dem öffentlichen Gesundheitswesen wieder hinaus- und zu niedergelassenen Therapeuten oder Nervenärzten strebt. Dabei ist der Wunsch nicht unbedingt, eine psychotherapeutische Behandlung zu haben, sondern einen Ort, an dem Intimes und Privates gesprochen werden kann, wo jemand sich geborgen fühlt und wo die personale Kontinuität der Beziehung gewährleistet ist. Häufig wird diese Art von Einzelbegegnungen oder Einzelgesprächen schon Psychotherapie genannt, obwohl sie keinesfalls den Anforderungen genügt.

Regeln der Institutionen

Die Beziehungen der Helfenden und der Hilfesuchenden im öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesen sind zu einem großen Teil durch die Regeln der jeweiligen Institution bestimmt, durch Vorschriften des medizinischen Apparates und durch Vorschriften der Sozialhilfe.

Der Ablauf des Tages, der durch Pausenregelungen im öffentlichen Dienst, durch Konferenzen, durch Dienste, durch Teamsitzungen

bestimmt ist, ist selten frei für Vereinbarungen, wie sie notwendig wären, um eine partnerschaftliche gleichberechtigte Beziehung zu etablieren.

Die im engeren Sinne therapeutischen Möglichkeiten des öffentlichen Systems sind durch das begrenzte Angebot und durch die vorhandenen Professionellen in den Einrichtungen beschränkt. Meist können Patienten Therapeuten z.B. nicht wählen – und dabei weiß jede und jeder einzelne von uns, wie wichtig freie Arztwahl ist. Wenn man vergleicht z.B. wieviel Zeit und Wahlmöglichkeiten sich Patientinnen und Therapeutinnen in freier Niederlassung nehmen, um zueinander zu finden, zu entscheiden, ob eine helfende Beziehung möglich ist und wie wenig frei ein Mensch ist, der in eine psychosoziale Institution kommt, sich Begegnungen auszusuchen, so wird schon deutlich, daß der Gedanke von Psychotherapie in psychosozialen Institutionen nicht frei von Widersprüchen ist. Es ist vorstellbar, daß Patienten und Patientinnen, die auf eine Station kommen, weil es die für sie zuständige Station ist, diese auch deswegen wieder verlassen wollen, weil sie nicht die Helfenden finden, denen sie sich anvertrauen können. Gleichzeitig ist vorstellbar, daß es fast unmöglich ist zu sagen, ich bestehe auf der freien Arztwahl, ich will wieder gehen.

Zwänge des Systems

Umgekehrt müssen Professionelle eines Einzugsgebietes alle Patientinnen und Patienten annehmen, sie können nicht wählerisch sein. Das gilt noch grundsätzlicher unter der Norm der Pflichtversorgung. Helfende in einem Einzugsgebiet müssen alle Forderungen und Wünsche aufgreifen, auf alle Bedürfnisse und deren jeweilige soziale und ökonomische Befriedigungsmöglichkeiten eingehen. Sie können eine Behandlung nicht zurückweisen und Patienten nicht auswählen. Schon dieses schränkt die Möglichkeit, psychotherapeutisch im engeren Sinne zu arbeiten, erheblich ein. Darüber hinaus ist zu bedenken, daß viele Patientinnen und Klienten, die in öffentlichen Institutionen auftauchen, in irgendeiner Weise von der Sozialhilfe abhängig sind. Diese Abhängigkeit von der Sozialhilfe kann sehr zum sekundären Gewinn beitragen und jede Beziehungsaufnahme im öffentlichen psychosozialen System beeinflussen. Ein psychiatrisches Symptom oder eine psychiatrische Erkrankung kann ein Besitz und die Quelle für Einkommen werden. Sie kann nicht aufgegeben werden und von daher auch ein Widerstand gegen eine psychotherapeutisch sich verstehende Arbeit

sein. Patient zu sein, kann eine lange Laufbahn sein, die endet, wenn eigentlich Berentung oder Pensionierung dran sind. Man scheidet aus der Patientenrolle wie aus dem Berufsleben. Ein Patient, einmal mit dieser Überlegung konfrontiert, lachte zustimmend und sagte: „Klar, ich hab’ zwei Rechtsanwälte, einen Pfleger, ich habe mehrere Ärzte, einen Psychiater, ich beschäftige mehrere Sozialarbeiterinnen, habe eine Psychologin. Ich habe nicht viel Geld, ich hab’ och nicht die Maloche.“

Die Klientinnen und Patienten des öffentlichen Gesundheitswesens und des psychiatrischen Systems stammen überwiegend aus den sozial-ökonomisch und hinsichtlich ihrer Bildung benachteiligten Gruppen der Gesellschaft. Sie haben wenig Erfahrung mit und Verständnis für Psychotherapie, die an ein Sprech- oder Behandlungszimmer gebunden ist. Von Menschen mit Psychoseerfahrungen läßt sich nur ein kleiner Teil auf die schwere Arbeit einer psychotherapeutischen Behandlung ein. Es ist oft auch gar nicht zu erwarten, daß Psychotherapie im engeren Sinne eine erfolgreiche Behandlungsmethode für diese Menschen ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß für diejenigen, die sich auf eine psychotherapeutische Arbeit im engeren Sinne einlassen möchten – und vor allem für solche mit Psychoseerfahrungen –, immer noch zu wenig ambulante Therapiemöglichkeiten und Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Es gibt Grund zu der Annahme, daß die Lücke auch nach einer Neuregelung und Neuordnung der ambulanten Psychotherapie bestehen bleibt. Es ist nach wie vor sehr schwer, psychotherapeutische Behandlung für Menschen mit Psychoseerfahrung zu ermöglichen. Bei Inkrafttreten des neuen Psychotherapeutengesetzes wäre diese Gruppe weiterhin in der Regel von psychotherapeutischer Behandlung ausgeschlossen.

Therapeutische Wirkung der Institutionen

Die andere Seite: Es ist ganz fraglos so, daß eine gut geführte sozialpsychiatrische Einrichtung sehr therapeutisch für die Menschen sein kann, die nicht den Weg in und durch eine Psychotherapie gehen möchten. Dies kann geschehen, indem die Ausdrucksweisen ihrer Wünsche verstanden und übersetzt werden, so daß ihren Bedürfnissen entsprochen werden kann. Als ein Beispiel sei angeführt, daß vielleicht nicht nur in Berlin die Zahl der Menschen zugenommen hat, die mit religiösen Wahnvorstellungen oder intensiven religiösen Besetzungen zur Akutbehandlung in die Psychiatrie kommen.

Einmal ganz abgesehen von jeder psychologischen Theorie, kann die Beobachtung angeführt werden, daß sich religiöses Verhalten in Gesellschaften dann vermehrt, wenn die innere und die äußere Sicherheit nachlassen, sich verändern, neue Grenzen und neue Regelungen gefunden werden müssen. Dies ist um so mehr so, da die Herstellung innerer Sicherheit eine an das Individuum gebundene Aufgabe geworden ist. Auch der Ausgleich des Zweifels an der äußeren Sicherheit ist Aufgabe des einzelnen. Das war keineswegs immer so. Ähnlich wie die Zuwendung vieler Bildungsbürger zu religiösen Bewegungen läßt sich auch das Anwachsen der Zahl psychosekranker Menschen mit religiösen Besetzungen als Ausdruck ihres individuellen Bedürfnisses nach Sicherheit verstehen. Gleichzeitig ist es ein Hinweis auf eine allgemeine Instabilisierung und auf einen Verlust an Sicherheit.

Sicher bedarf es vielfältiger Gespräche und Diskussionen, wie im individuellen und allgemeinen Fall Sicherheit zu gewinnen sein kann.

Ein anderes Beispiel: In der Bewegungstherapie klagt eine Patientin über Enge in der Brust, Verklemmung, Atemnot. Nach einer Reihe von Hinweisen aus der Gruppe, wie sie mit Bewegung und Spiel ihre Haltung, ihren Atem, ihr Körpergefühl ändern kann, kommt sie dazu, die empfundene Körperenge mit ihrer Angst vor dem Alleinsein und dem Bedürfnis nach Gesellung zu verbinden. In der Gruppe werden daraufhin eine Anzahl von Spielen gespielt, die mit Gesellung zu tun haben. So ist die Patientin mit ihrem Bedürfnis nach Gesellung für den Moment angenommen und in ihren Gefühlen so angesprochen, daß sie Entwicklungsimpulse erhält.

Ein drittes Beispiel: Eine Frau muß jeden Tag den Weg zur Tagesklinik mit der Bahn zurücklegen. Eines Tages überwindet sie die Angst vor dem Zufahren und erzählt in der morgendlichen Runde zufrieden, daß sie zur Lokomotive geht und mit der Lokomotive jeden Morgen ein Bündnis schließt und sagt: „Du bringst mich gut in die Stadt“ bzw. „abends wieder nach Hause.“ Dieser gelungene Selbsthilfeversuch ermöglicht der Patientin den Zugang zur Behandlung, wiewohl aus einem anderen im engeren Sinne psychotherapeutischen Konstrukt dieses Verhalten als magisches Denken und als regressive Fixierung gekennzeichnet werden kann.

Diese drei Beispiele mögen genügen, zu zeigen, was gemeint ist, wenn es um das Verstehen von Ausdrucksweisen von Bedürfnissen und deren Erfüllung geht. Es ist nicht immer einfach und gelingt keinesfalls immer gleich – und dennoch ist auch diese Arbeit, an der das Team beteiligt ist, therapeutisch.

Konflikt der Therapeutinnen

Der Seite der Patientinnen und Patienten ist die Seite der Therapeutinnen und Therapeuten zuzuordnen: Therapeutinnen und Therapeuten im öffentlichen Gesundheitswesen haben nur wenig mehr Freiheit als ihre Patienten. Sie können eine Behandlung nicht verweigern und müssen oft eine teilweise oder überwiegend bürokratische Rolle spielen. Das führt in der Beziehungswahrnehmung oft genug dazu, daß Therapeutinnen und Therapeuten als Staatsangestellte oder Beamte wahrgenommen werden, als Vertreter des Staates auf jeden Fall, auch als deren Diener und daß durch sie der Staat wahrgenommen wird: als gerecht oder ungerecht, als ausgrenzend oder tolerant, als sozial unterstützend oder enteignend, als zwanghaft oder gewährend. Zu dieser Art der Beziehungswahrnehmung trägt in der Tat die Machtfülle der professionellen Helferinnen und Helfer bei. Diese Rahmenbedingungen sind für öffentlich angestellte Psychotherapeuten außerordentlich frustrierend, vor allem dann, wenn sie eine therapeutische Ausbildung haben oder sich in einer befinden und sich noch nicht niederlassen können.

Üblicherweise zielt eine Ausbildung in Psychotherapie nicht auf die Ausübung der Therapie in Institutionen, sondern in der niedergelassenen Praxis. Dies kann zu üblen Mißverständnissen, Anklagen, Konkurrenzen führen. Es führt auch oft dazu, daß Psychologinnen und Psychotherapeutinnen eine Doppelrolle einnehmen: halbtags die psychotherapeutische Praxis, halbtags Therapeut in der Institution. Damit wird ihre Rolle in der Institution häufig mehr belastet als entlastet. Denn wenn ihre nach bestem Wissen angewandten Methoden in diesem Rahmen bei diesen Menschen nicht funktionieren, geraten Therapeutinnen und Therapeuten in unauflösbar erscheinende innere Spannungen:

Eingenommene und bejahte Werte halten der Situation nicht stand, oft sind die Erwartungen zu hoch angesiedelt, Ausbildung und Erfahrung sind oft untauglich für die Aufgabe. Es führt leicht dazu, daß Menschen, die den Anforderungen der therapeutischen Beziehungen nicht genügen, in den Institutionen vernachlässigt werden und weniger in die therapeutische Aufmerksamkeit geraten. In den Institutionen lassen sich Ausgrenzungslinien beobachten.

Um diese Art der beruflichen Bedingungen der therapeutischen Ausbildung freundlicher und bewußter werden zu lassen, werden für klinisch tätige Psychologen und Psychotherapeuten immer wieder psychiatrische Erfahrungen in Kliniken gefordert, denn nur wenn dort Erfahrungen gemacht werden, ist Ausgrenzung reflektierbar. Es bedarf einer bewußten Bejahung des untherapeutischen Anteils der Tätigkeit,

auch eine Herangehensweise, die mit dem Verstehen und Erfüllen von Grundbedürfnissen beschäftigt ist.

Statt dessen wählen immer mehr psychotherapeutisch Tätige in den psychosozialen Institutionen den Weg in eine, in noch eine und noch eine und noch eine Qualifikation.

Ein weiterer und durchaus üblicher Weg ist der, die Beziehungsgestaltung der niedergelassenen Therapeuten in der öffentlichen Einrichtung zu wiederholen. Mosher und Burti bezeichnen das als die Blumenbeetalternative: Ein „therapeutisches Blumenbeet“ wird in der Einrichtung, in dem Dienst kultiviert. Die Einrichtung als Ganzes wird dadurch nicht unter die Lupe genommen. Typisch dafür ist, daß Therapeutinnen sich mit Patientinnen in einen Raum zurückziehen und versuchen, aus ihnen eine Klientin zu machen. Die Tür wird gegen Störungen aus der Institution und aus der Kommune verbarrikadiert. Nur selten allerdings gelingt der ungestörte Aufbau einer ungestörten Behandlungsbeziehung, wie sie in der niedergelassenen Praxis möglich und üblich ist. Bedenkenswert ist auch, daß in dem Moment, in dem jemand in dieser Weise arbeitet, den einzelnen Mitgliedern des Teams unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben werden bzw. die einzelnen Mitglieder des Teams sich eine unterschiedliche Bedeutung geben. Auf diese Weise wird es schwerer, zu einer wirklichen Teamarbeit zu kommen. Pflege und Arbeitstherapie, ebenso wie Sozialarbeit, sind nicht mehr gleichberechtigte Bestandteile, sondern werden im Vergleich zur Therapie höchstens zu ihrer Unterstützung dienend gesehen.

Gleichzeitig werden auf diese Weise die Patienten in zwei Gruppen geteilt, nämlich die eine, die für eine solche Behandlung für würdig gehalten wird und die andere, die für eine solche Behandlung nicht paßt. Die Patienten, die dem öffentlichen psychiatrischen System anvertraut werden, sind überwiegend solche, die mit einer psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne wenig anfangen können. Oft ist es schon schwer, diese Menschen in den psychosozialen Institutionen überhaupt zu einer Behandlung zu bewegen, obwohl sie ihrer dringend bedürfen.

Ziele der Institution

Im folgenden soll auf Charakteristika des Rahmens psychosozialer Institutionen eingegangen werden, die dem psychotherapeutischen Arbeiten im engeren Sinne widersprechen. Es ist oft beschrieben worden, daß öffentliche Einrichtungen eine große Anzahl zugeschriebener Charakteristika haben, die mit vielfältigen Zielsetzungen verknüpft sind.

Neben therapeutischen Zielen stehen solche, die mehr oder weniger offen mit sozialer Kontrolle von störendem Verhalten verknüpft sind, dann Ziele der Verwaltung, der Organisation, der internen organisatorischen Ziele, dann solche des Arbeitsrechtes öffentlicher Bediensteter, dann aber auch verdecktere, die die Karriere, den Profit, das Ansehen betreffen, aber auch das Verstecken eigener Mängel, wie Beteiligungslosigkeit, Abhängigkeit und Strukturlosigkeit.

Wer einmal versucht, sich die Rahmenbedingungen psychosozialer Institutionen zu verdeutlichen, die Abhängigkeit von Geldgebern, den Leistungsdruck, die Aufgabenstellung, dem wird schnell deutlich, daß psychotherapeutische Arbeit im engeren Sinne immer mit dieser Art von Rahmenbedingungen in Konflikt geraten muß.

Die Summe der Begegnungen

Im folgenden soll noch ein weiterer Gesichtspunkt der Rahmenbedingungen und der Strukturen diskutiert werden. Für die meisten psychisch kranken Menschen, die sich nicht auf psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne einlassen können, das sind immerhin 90 % der Menschen, ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Begegnung keinesfalls etwas, was erledigt werden kann. Die therapeutischen Beziehungen dauern oft lange und umfassen sehr unterschiedliche Bedürfnisse der Menschen, nicht der eine Psychotherapeut, der eine Sozialarbeiter, der eine Psychiater kann die Bedürfnisse des Menschen wahrnehmen und für ihre Befriedigung sorgen, es ist die Summe aller Interventionen und damit die Summe aller Begegnungen, die therapeutisch ist. Für sozialpsychiatrische Institutionen heißt das, sie sollten so organisiert sein, daß die Summe der Begegnungen und der erforderlichen Dienste für den Menschen therapeutisch wirken kann. Das verlangt eine Übereinstimmung über die Ziele, die Dimensionen, die Zeit, die Strukturen hinweg. Die unterschiedlichen therapeutischen Versatzstücke müssen auf der organisatorischen Ebene integriert und in bezug auf das Behandlungsziel konsistent sein.

Falls die von einem Dienst angebotenen Interventionen fragmentarisch sind (damit sind Stationen, Tageskliniken, Ambulanzen und andere Dienste gemeint) und falls keine therapeutische Kontinuität besteht, ist es unwahrscheinlich, daß Patienten und Patientinnen auf der psychischen Ebene besser integriert werden, wie anspruchsvoll auch immer eine einzelne Therapie sein mag.

Was bleibt zu tun?

Wenn gesagt ist, daß die unterschiedlichen therapeutischen Versatzstücke auf der organisatorischen Ebene integriert sein müssen, so gilt das ganz wesentlich auch für die Zusammenarbeit in einem Team, aber selbstverständlich auch für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen. Ciompi hat in seinem Vulnerabilitätskonzept die Vorstellung entwickelt, daß bei vermuteter Schwäche oder anlagebedingter Verletzlichkeit der psychischen Strukturen sich im lebensgeschichtlichen Prozeß bestimmte innere psychische Konstellationen herausbilden und im Zusammenwirken mit der äußeren lebensgeschichtlichen Wirklichkeit ein kritischer Punkt erreicht werden kann, an dem die Bewältigungsstrategien des psychischen Apparates den äußeren Anforderungen nicht mehr gewachsen sind. Es kommt zum Zusammenbruch des affektiven und kognitiven Systems oder es bedarf außerordentlicher Anstrengungen, diesen Zusammenbruch zu vermeiden. Ähnlich hat es Bleuler formuliert. Die Entwicklung zur Krankheit ist komplex und offen und entsprechend der Weg aus ihr.

Diese Überlegungen wurden angeführt, um darauf hinzuweisen, daß wir bei der psychotherapeutischen Behandlung psychisch Kranker viel zu oft nach dem richtigen Weg suchen.

Die Kriterien von Verstehen und Pflege stehen jedoch zu dem der Effizienz im Widerspruch. Da sind wir oft befangen. Geplant werden müssen institutionelle Rahmenbedingungen und nicht Lebenswege. Zu institutionellen Rahmenbedingungen gehört, daß die Lebens- und Welterfahrungen, seien sie personen- oder berufsgebunden, die im Team vorhanden sind, in gleicher Weise integriert sein müssen. Zu diesen Rahmenbedingungen gehört die in der Gemeinde vorgenommene Ausdifferenzierung von Orten, damit die Experimentierfelder des Lebens erhalten bleiben. Die Zeit ist ein wichtiger Faktor – psychische Prozesse dauern lang – und die Bereitschaft der dort tätigen Psychologinnen, Ärztinnen, Sozialarbeiterinnen, Krankenschwestern, Ergotherapeutinnen und Psychotherapeutinnen, ihre Arbeit zu integrieren.

D.h. nun, das sei vorsichtshalber noch einmal gesagt, keinesfalls, daß jede alles tut, sondern, daß jede, die in einer Einrichtung arbeitet, die Arbeit, die Funktion der anderen in sich aufnimmt und mitträgt. Personelle Vielfalt muß bewahrt, entwickelt und gefördert werden. Gleichzeitig hilft es den von der Fragmentierung bedrohten Patientinnen, daß die Beziehungen, die sie zu einzelnen Professionellen aufnehmen, nicht durch Geringschätzung oder Entwertung der anderen zerstört werden.

Wenn es Therapeutinnen nicht gelingt, diese Integration, diese Gemeinsamkeit herzustellen, ist der therapeutische Anspruch nicht zu verwirklichen. Ohne die Zusammenschau ist die Arbeit gefährdet. Wie schwer die Arbeit an diesem Ziel ist, wissen alle, die schon einmal längere Zeit in einem Team oder einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft tätig waren.

Psychisch kranke Menschen verlieren auf dem Weg in die Krankheit ein Stück Welt und die dazugehörenden Bilder. Daher ist es bedeutsam, ihnen auf dem Weg aus der Krankheit die Welt und die Bilder wieder erfahrbar zu machen. Ob und wie das gelingt, ist ein Teil der Beziehungsaufnahme. Von Bedeutung ist, daß die Beziehungen nicht institutionell oder technisch sind, sondern jeweils Emotionales und Soziales mit ermöglichen. Die Möglichkeit des Austauschs mit in gleicher Weise Betroffenen, die Möglichkeit zu gemeinsamer Erfahrung und die Möglichkeit zum Austausch darüber; die Möglichkeit Gerüche, Gespräche, Streit, Gehörtes und Gesagtes mit anderen Menschen zu überprüfen, ist für viele Psychosekranken ein Milieu, das sie befähigt, ihre Bedürfnisse zu erkennen und zur Bedürfnisbefriedigung zu finden.

Literatur

- Ciampi, L. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle 1. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1994
Ciampi, L. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle 2. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1994
Dörner, K. u. Plog, U.: Irren ist menschlich. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1985
Mosher, L.R. und Burti, L.: Psychiatrie in der Gemeinde. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1992
Plog, U.: Psychotherapie. In: Bock, Th., Weigand, H. (Hrsg.): Hand-Werks-Buch-Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1991

Stationäre Psychotherapie – Versorgungsangebot, Konzepte, Diskrepanzen

■
Angela Schürmann und Harald J. Freyberger

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Beitrag wird die psychotherapeutische Versorgungsstruktur in der Bundesrepublik, die insbesondere durch ein umfassendes Angebot stationärer Behandlungsplätze gekennzeichnet ist, aufgezeigt. Vor diesem Hintergrund werden stationäre Psychotherapiekonzepte und deren Wirkfaktoren diskutiert. Dabei wird herausgearbeitet, daß den derzeit etwa 14000 stationären Psychotherapieplätzen, vor allem im Rehabilitationsbereich, unzureichende Versorgungsangebote im ambulanten Bereich und in Konsiliar-Liaison-Diensten gegenüberstehen, so daß die betroffenen Patienten überzufällig häufig zu spät zum Fachpsychotherapeuten gelangen. Es wird hingewiesen auf die Entwicklung der Psychotherapieforschung in den letzten Jahren, die neben Ansätzen zur Evaluation z.T. differenzierte Behandlungskonzepte entwickelt hat, die sich sowohl auf die Struktur stationärer Einrichtungen als auch auf Indikationskriterien beziehen.

Zur Versorgungsstruktur

In den vergangenen Jahren ist die stationäre psychotherapeutische Versorgung in der Bundesrepublik zwischen den verschiedenen Fachrichtungen der im weitesten Sinne psychologischen Medizin und den anderen beteiligten Berufsgruppen zunehmend kontrovers diskutiert worden. Kristallisationspunkte dieser Diskussion betrafen einerseits die Auseinandersetzungen um das Psychotherapeutengesetz und die neue Facharztregelung, die neben dem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie den Arzt für Psychotherapeutische Medizin vorsieht, und andererseits Fragen der Qualitätssicherung. Kritisch diskutiert wurden in diesem Zusammenhang vor allem auch Fragen der psychotherapeutischen Versorgungsstruktur. Dabei gehen sowohl die Autoren des Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz (Meyer et al. 1991) als auch andere Arbeitsgruppen (Schepank u. Tress 1988; Bassler u. Hoffmann 1994) von etwa 400 stationären Behandlungsplätzen an uni-

versitären Abteilungen oder Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie und etwa 500 Psychotherapiebetten an städtischen und Allgemeinkrankenhäusern bzw. Fachkliniken aus. Zudem werden mindestens 8000 Betten in Psychosomatischen Fach- und Rehabilitationskliniken, die zumeist gewinnorientierten Unternehmen gehören, aufgeführt. Neueste Zahlen zur Versorgungskapazität für stationäre psychotherapeutische Behandlung werden von Koch und Potreck-Rose (1994) und Neun (1994) berichtet: auf der Basis einer Klinikerhebung kommen die Autoren sogar zu einer Zahl von 14000 Betten für stationäre Psychotherapie, davon 70 % im Rehabilitationsbereich und 30 % im Akut-Bereich! Nicht berücksichtigt wurden dabei die Behandlungsplätze, die psychiatrische Kliniken im Rahmen speziell eingerichteter Psychotherapiestationen anbieten sowie teilstationäre, d.h. tagesklinische Angebote, die in den vergangenen Jahren vielerorts entstanden sind. Obwohl hierzu keine verlässlichen Zahlen vorliegen, ist bei den teilstationären und stationären Behandlungsplätzen in der Psychiatrie von einem Angebot von zusätzlich etwa 600 bis 1000 Betten auszugehen.

Das Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz kommt vor dem Hintergrund dieser Zahlen zu dem Schluß, daß die bestehenden Psychotherapiebetten für Rehabilitation auf eine erhebliche Fehl-Allokation öffentlicher Mittel schließen lassen. Bei einer im Mittel siebenjährigen Erkrankungsdauer psychoneurotisch-psychosomatisch Kranker vor Erstkontakt mit einem Fachpsychotherapeuten wird von einer zu spät realisierten ambulanten Psychotherapie gesprochen, so daß die Schlußfolgerung naheliegt, daß im Rahmen stationärer Ansätze vor allem Chronizität behandelt und „verwaltet“ wird. Ausführliche Überlegungen zum aktuellen Konflikt zwischen stationärer psychotherapeutischer Rehabilitation und psychotherapeutischer Akutversorgung stellen Koch und Potreck-Rose (1994) an. Dabei werden sowohl finanzielle Aspekte als auch die Veränderungen im stationären psychiatrischen Versorgungsangebot seit der Psychiatrie-Enquête diskutiert. Ferner wird aufgezeigt, daß es sich beim Aufbau der stationären psychosomatischen Rehabilitation um einen spezifischen Entwicklungsprozeß innerhalb des Systems der medizinischen Rehabilitation handelt, der einsetzte, nachdem in den 60er und 70er Jahren belegt werden konnte, daß der Anteil von in diesem System behandelten Patienten mit psychovegetativen, psychosomatischen und anderen psychischen Störungen sich auf 30 bis 40 % beläuft.

Nicht ganz unumstritten ist zudem die Tatsache, daß die überwiegende Mehrzahl der universitären und nicht-universitären Einrichtungen psychoanalytischen oder zumindest psychoanalytisch ori-

tierten Therapiekonzepten folgt und sich die verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kliniken (noch ?) in der Minderzahl befinden (vgl. hierzu Häfner 1990; Hoffmann et al. 1991). Von gesprächspsychotherapeutischen Ansätzen (Biermann-Ratjen et al. 1983; Teusch u. Böhme 1991) wird nur vereinzelt berichtet.

Bei diesen beiden Aspekten handelt es sich um bundesrepublikanische Besonderheiten: kein anderes Land der Welt verfügt über eine derartige Zahl stationär psychotherapeutischer Behandlungsplätze und über eine in dieser Weise institutionalisierte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die historischen Wurzeln hierfür sind einerseits in der besonderen Bedeutung zu finden, die die Psychoanalyse in ihrem Entwicklungsprozeß im Deutschland der Weimarer Republik und in der Bundesrepublik hatte. Andererseits wurde die Eigenständigkeit der Psychosomatik als universitäres Fach zweifellos dadurch begünstigt, daß die deutsche Nachkriegspsychiatrie, ganz im Gegensatz etwa zur US-amerikanischen Psychiatrie, Psychoanalyse und Psychotherapie als sekundär ansah und nicht hinreichend integrierte. Zudem gründeten eine Reihe von Internisten eigene psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen, nachdem sie für ihre psychosomatischen Patienten keine hinreichende psychotherapeutische Unterstützung bei ihren psychiatrischen Kollegen fanden (vgl. Hoffmann et al. 1991). Dies erklärt die unterschiedlichen theoretischen und klinischen Schwerpunkte vor allem der universitären Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie, die einerseits ihre Wurzeln im internistischen und andererseits im psychiatrischen Bereich haben.

Für das Verständnis dieser besonderen Entwicklungen ist zudem bedeutsam, daß in der Bundesrepublik dem psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienst, mit dem ja eine große Zahl psychotherapieindizierter Patienten zu erreichen und angemessener zu behandeln wäre, ein eher geringer Stellenwert eingeräumt wird. Zahlreiche Autoren (u.a. Hoffmann et al. 1991, Künsebeck et al. 1984, Meyer et al. 1991) kritisieren die mangelhafte Ausstattung dieses Versorgungsbereichs an den Universitätskliniken, ganz zu schweigen von den nicht-universitären Krankenhäusern, die zum großen Teil bis heute über keinen geregelten Konsiliardienst verfügen. Dabei sind bereits von der Expertenkommission des Bundestages zur Psychiatrie-Enquête explizite Aussagen nicht nur zum Bedarf an stationären Psychotherapieplätzen, sondern auch zur Ausstattung der Krankenhäuser mit Konsiliardiensten gemacht worden.

Konzeptionelle Grundlagen

Die stationäre Psychotherapie folgt sehr verschiedenen Behandlungskonzeptionen, die sich an verschiedenen Orten entlang spezieller Traditionen oder theoretischer bzw. klinischer Schwerpunkte gebildet haben. Janssen (1987, S. 36) unterscheidet sechs Organisationsformen stationärer analytisch-psychotherapeutischer Behandlung und betont die in diesen Organisationsformen liegende eingeschränkte Vergleichbarkeit der Konzepte:

1. Sog. „*Hotel-Modelle*“, in denen Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie bzw. psychoanalytische Gruppenpsychotherapie in der Klinik ohne Gestaltung des stationären Zusammenlebens realisiert wird. Als Beispiel hierfür wird in der Literatur immer wieder die Privatklinik Chestnut Lodge in den USA genannt (Foudraire 1973; Green 1978). Durch neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie vor allem von Angststörungen, die von psychologischen Psychotherapeuten getragen werden, hat dieses Konzept vor dem Hintergrund der an die Beteiligung von ärztlichen Behandlern gebundenen Klinikstruktur wieder an Aktualität gewonnen.
2. *Kombiniert stationär-ambulante Modelle*, in denen die Patienten initial eine stationäre Therapiephase absolvieren und sich anschließend poliklinisch weiterbehandeln lassen.
3. Das *bipolare Modell*, das eine Trennung zwischen therapeutischem Raum (Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie) und dem soziotherapeutischen Bereich (Realraum) vornimmt, in dem in einem jeweils institutionell vorgegebenen Rahmen die unterschiedlichsten sozialen Austausch- und Lernprozesse vollzogen werden.
4. Das idealtypisch formulierte *integrative Modell*, bei dem das gesamte Personal eine definierte therapeutische Aufgabe in seinem Interaktionfeld übernimmt, und keine eigentliche Trennung zwischen Therapieraum und Realraum vorgenommen wird. Jedes Personalmitglied ist dann in einen therapeutischen Gesamtplan einbezogen. Dieses Modell setzt einen hohen Professionalisierungsgrad der beteiligten Teammitglieder voraus und lässt sich wahrscheinlich nur in wenigen, hochspezialisierten Kliniken realisieren.
5. Das *internistisch-psychosomatische Modell*, in dem integriert sowohl eine internistische Diagnostik und Therapie als auch analytisch-psychotherapeutische Behandlungen angeboten werden. Mit diesem Modell werden nicht zuletzt Patienten mit psychoso-

matischen oder somato-psychischen Störungen, wie etwa Colitis ulcerosa und Morbus Crohn erfaßt (Feiereis 1992; Köhle u. Jorschky 1986).

6. Das *pragmatische Modell* mit der Anwendung analytischer und anderer psychotherapeutischer Verfahren im Krankenhaus. Es grenzt sich von den anderen Modellen durch die vorgegebenen Rahmenbedingungen (z.B. Versorgungsauftrag einer Akutklinik, Auflagen der Versicherungsträger mit u.a. begrenzter Behandlungsdauer, hohe Personalfuktuation in einigen universitären Einrichtungen mit Ausbildungsauftrag) ab.

Senf (1989) weist darauf hin, daß „Hotel-Modelle“ zumindest in der psychoanalytischen Psychosomatik heute kaum mehr ernsthaft diskutiert werden und daß der integrative Ansatz mit einer Reihe von Problemen verknüpft ist, unter denen sich stationäre Psychotherapiekonzepte auch prinzipiell kritisieren lassen. So kann der mit dem integrativen Modell verknüpfte Anspruch einer ständigen Aufarbeitung der relevanten Übertragungs-/Gegenübertragungsprozesse die Belastungsfähigkeit der Mitarbeiter chronisch überfordern. Es drohe zudem eine „therapeutische Einkreisung“ des Patienten und eine Konfusion von Realität und Bedeutungsdimension, in der die Grenzen zwischen realitätsgerechten Interaktionen und deutungsbedürftigen Übertragungsprozessen nicht mehr trennscharf gesehen werden können.

In diese Modelle gehen die u.a. von Becker und Senf (1989), Kordy et al. (1990) sowie von Rad et al. (1994) formulierten spezifischen Charakteristika stationär psychotherapeutischer Ansätze ein: nämlich die Anwendung durchaus verschiedener aber gleichgewichtig aufeinander bezogener therapeutischer Techniken, die sich konzentriert und individuell dosiert einsetzen lassen, um so auch psychotherapeutische Problempatienten zu erreichen. Innerhalb individuell gestalteter Therapiepläne lassen sich auf diese Weise etwa verbale, suggestive und körperbezogene Verfahren entsprechend differentieller Indikationskriterien kombinieren. Darüber hinaus sind die in der Tabelle 1 (S. 23) aufgeführten Wirkfaktoren zu postulieren. Hier sind äußere und innere Bedingungen zu unterscheiden, die in eine Vielzahl von Interaktionen treten. Die Vielzahl und die Inhomogenität der genannten Faktoren sowie deren Wechselwirkungen untereinander machen ein Dilemma stationärer Psychotherapiekonzepte deutlich: nämlich die Frage, was eigentlich welche Effekte hervorruft. Entsprechend schwierig gestaltet sich auch die notwendige empirische Begleitforschung.

*Tabelle: Wirkfaktoren stationärer Psychotherapie
(nach Freyberger et al. 1990)*

Äußere Bedingungen

So kann z.B. die Herausnahme des Patienten aus seinem psychosozialen Bezugsrahmen Veränderungen seiner sozialen Beziehungen (wie etwa die Entlastung der Angehörigen) bewirken, die in Wechselwirkung mit den stationären Therapieprozessen treten.

Innere Bedingungen (Determinanten der Klinik)

Eigentliche therapeutische Wirkfaktoren (im Sinne individuell dosierter Techniken, die das Grundkonzept der Behandlung darstellen):

- Psychotherapie (z.B. Einzeltherapie, Gruppentherapie, Paartherapie, Familientherapie)
- Angehörigengruppen und psychoedukative Ansätze
- „Begleittherapien“ (z.B. Musiktherapie, Werk-, Arbeits-, Beschäftigungstherapie, Autogenes Training, konzentrierte Bewegungstherapie, andere körperbezogene Verfahren)
- pharmakologische Behandlung

Diagnostische Prozesse

- Erstgespräch
- körperliche und neurologische Untersuchung
- Labor- und apparative Diagnostik

Prozesse innerhalb des stationären „Realraums“

- Interaktionen mit der Schwestern-/Pflegergruppe (Gespräche, Bezugspflege, Visitsituationen usw.)
- unterschiedliche Therapeutengruppen (Visite, im alltäglichen Umgang usw.)
- Interaktionen im Rahmen stationärer Aktivitäten (z.B. Stationsplenum, Kinobesuche) mit Mitwirkung des Personals
- alltägliche Kontakte der Patienten untereinander ohne Mitwirkung des Personals

Rahmenbedingungen und Fragen der Indikation

Die Funktionsweise der verschiedenen stationären Einrichtungen differenziert je nach Größe und Konzeption der entsprechenden Klinik beträchtlich. Nach Hoffmann et al. (1991) ist es nur an wenigen gut

ausgestatteten Einrichtungen möglich, mehrere Behandlungsmodelle mit unterschiedlicher Indikation, Aufenthaltsdauer und Funktionsweise nebeneinander durchzuführen. In der Regel orientieren sich die Einrichtungen an gruppenpsychotherapeutischen Konzepten, die den Schwerpunkt des therapeutischen Angebots darstellen. Nach Zielgruppe und Aufenthaltsdauer lassen sich unterscheiden:

1. Kriseninterventionsstationen mit strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten in spezifischen Krisensituationen (z.B. nach Suizidversuchen). Die Aufenthaltsdauer beträgt etwa sieben bis 20 Tage, das Konzept folgt sehr stark fokaltherapeutischen Vorstellungen (vgl. z.B. Reimer u. Arentewicz 1993).
2. Stationen mit Kurzpsychotherapieprogrammen zwischen vier und 12 Wochen (vgl. z.B. Freyberger et al. 1992), die ebenfalls fokaltherapeutisch arbeiten.
3. Stationen mit längerfristigen Angeboten zwischen 12 Wochen und zwölf Monaten (vgl. z.B. Strauß u. Burgmeier-Lohse 1994), deren Konzeption strukturelle Veränderungen der Patienten anstrebt.

Bereits vor dem Hintergrund dieser Behandlungsdauern müssen psychodynamisch orientierte stationäre Behandlungsansätze als therapizielorientierte fokale Verfahren eingestuft werden, wobei u.a. Streeck (1991 S. 22) die folgenden Schlußfolgerungen zieht: In der initialen Behandlungsphase, die im wesentlichen der Diagnostik dient, wird der Fokus festgelegt und in Abständen überprüft und ggf. revidiert. An der Fokalbehandlung sind therapeutische Mitarbeiter mit verschiedenen Kompetenzen gleichzeitig beteiligt, so daß sich der Fokus in den verschiedenen Interaktionsfeldern des stationären Settings in jeweils anderer Gestalt darstellen kann. Die an der Behandlung Beteiligten bedienen sich somit verschiedener Medien, um mit jeweils verschiedenen Mitteln von jeweils sich ergänzenden Seiten her in aufeinander abgestimmten, aber sich unterscheidenden Funktionen zur Fokalbehandlung beizutragen.

In der Literatur (zusammenfassend Hoffmann et al. 1990, Jansen 1987, Schepank u. Tress 1988) sind die folgenden, sich teilweise überschneidenden *Indikationskriterien* für eine stationäre psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung herausgearbeitet worden:

1. Krisenintervention.
2. Vorliegen schwerer Persönlichkeitsstörungen und/oder Neurosen
3. Schwere psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere Anorexia nervosa, Bulimie und Colitis ulcerosa.
4. Patienten ohne emotionalen Zugang zu ihren seelischen Problemen,

- die durch eine stationäre Behandlung erste psychotherapeutische Erfahrungen machen können.
5. Patienten aus Gebieten ohne ein ausreichendes ambulantes Therapieangebot.
 6. Patienten, die aus erkrankungsbedingten Gründen (symptom- oder persönlichkeitsbedingt) nicht dazu in der Lage sind, eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen.
 7. Eine psychische Symptomatik, die unter ambulanter Psychotherapie zu chronifizieren droht.
 8. Patienten, die aus einem Milieu herausgelöst werden müssen, das die pathogene Psychodynamik erhält und fördert.
 9. Patienten, die aus diagnostischen Gründen stationär aufgenommen werden müssen, da sich ambulant eine angemessene organmedizinische oder psychiatrische Diagnostik nicht realisieren lässt.
 10. Patienten, deren akute psychosomatische Erkrankung eine stationäre Therapie unumgänglich macht.

Wie die unterschiedlichen Krankheitsbilder unterscheiden sich auch die Behandlungsziele. So müssen auf der einen Seite Patienten ohne emotionalen Zugang zu ihren seelischen Konflikten, die vor allem unter psychogenen körperlichen Störungen leiden, durch bestimmte Verfahren zunächst symptomorientiert, supportiv oder mit anderen Techniken (Autogenes Training, Konzentrierte Bewegungstherapie, Gestaltungs- und Musiktherapie ...) auf differenziertere verbale Psychotherapieverfahren vorbereitet werden. Für den Bereich internistisch-psychosomatischer Krankenstationen, die insbesondere auch die Behandlung somatopsychischer Störungen anstreben, nennen Köhle und Joraschky (1986) ein mehrstufiges Modell, in dem es initial um den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung geht und in einem zweiten Schritt Fragen der Compliance, Krankheitsverarbeitung sowie psychische und soziale Konflikte thematisiert werden. Dieser Ansatz deckt sich weitgehend mit dem Konzept der supportiven Psychotherapie (Freyberger u. Freyberger 1994), das für zunächst eingeschränkt psychotherapiemotivierte Patienten entwickelt wurde. Auf der anderen Seite des Indikationsspektrums geht es um Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, bei denen es zunächst um die Vorgabe einer äußeren Struktur und Verbesserung der Wahrnehmung innerer und äußerer Realität geht. Neben diesen übergeordneten Behandlungszielen sind für ganz spezielle Patientengruppen Konzepte entwickelt worden, wie etwa das Modell wechselnder ambulanter und stationärer Therapiephasen, das Plassmann (1989) für die Behandlung von Patienten mit artifiziellen Störungen vorgeschlagen hat.

Von diesen eher psychodynamischen Konzepten unterscheiden

sich die Behandlungsbedingungen in verhaltenstherapeutischen Kliniken grundsätzlich (Kosarz u. Schwarz 1988). Auf der Grundlage einer symptom- und bewältigungsorientierten Problemanalyse werden hier die einzelnen verhaltenstherapeutischen Bausteine systematisch zu einem Gesamtbehandlungsplan integriert. Domäne stationärer verhaltenstherapeutischer Ansätze sind die Phobien und die andern Angststörungen (Butler et al. 1991), die Eßstörungen, die somatoformen Störungen (Rief u. Hiller 1992) und ein Teil der depressiven Störungen (Hollon et al. 1993).

Behandlungskonzepte der Kurkliniken

Gemessen an der enormen Zahl psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungsplätze in Kurkliniken sind Berichte aus diesem Versorgungsbereich kaum zu finden (Schneider 1982; Mentzel 1981; Riedel 1990; Schröder 1990; Peters und Löwenberg 1993). Dabei setzt sich lediglich Schröder ausführlich mit der Bedeutung der speziellen strukturellen Bedingungen einer Kurbehandlung und der Haltung und Therapiemotivation von Kurpatienten für die Umsetzung eines psychoanalytischen Behandlungsansatzes auseinander. Dabei spielt nicht nur die vorgegebene zeitliche Begrenzung auf sechs bis maximal zwölf Wochen eine Rolle, sondern auch die Erteilung des Behandlungsauftrages durch die Rentenversicherungsträger, was beinhaltet, daß die Arbeitskraft der zugewiesenen Patienten als beeinträchtigt angesehen wird und wiederherzustellen ist. Bei den Patienten führe das zu der Einstellung, daß ihr Alltag und insbesondere ihr Arbeitsalltag für ihr Beschwerdebild verantwortlich zu machen ist und folglich zu dem Wunsch nach Erholung und Wiedergutmachung, also einer eher oralen und passiven Erwartungshaltung. Ferner kämen die Patienten meist mit nur teilweise aufgeklärter Diagnose bzw. nur teilweiser Aufklärung über ihre Diagnose und deutlichem Mißtrauen gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung. Als eine Möglichkeit, unter den geschilderten schwierigen strukturellen Bedingungen doch sinnvolle Therapie zu machen, schildert Schröder das Vorgehen einer Abteilung der Hardtwaldklinik (Zwesten): Im Laufe der ersten Behandlungswoche erfolgt die Zuordnung zu drei verschiedenen Therapiegruppen, und zwar hinsichtlich der Motivation einerseits und der (Struktur-) Diagnose andererseits. So geht es bei den nicht motivierten und niedrig strukturierten Patienten zentral um die Auseinandersetzung mit den Grenzen des klinischen Raumes, während bei ambivalent motivierten und mittel strukturierten Patienten ein näheres Sich-Einlassen auf Therapie, zumindest zur nar-

zißlichen Stabilisierung, und bei stabil motivierten und höher strukturierten Patienten auch eine Problemkonfrontation möglich erscheine. Schneider (1990) und Peters und Löwenberg (1993) setzen sich ebenfalls, jedoch empirisch begründet, mit Behandlungserwartungen und Therapiemotivation von Kurpatienten auseinander.

Psychotherapieforschung im stationären Bereich

Die Evaluation stationärer Psychotherapie ist, wie u.a. Strauß et al. (1993) betonen, in den vergangenen Jahrzehnten sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychosomatischen Medizin/Psychotherapie eher stiefmütterlich behandelt worden. Dies steht in einem krassen Widerspruch zu dem oben erwähnten breiten stationären Psychotherapieangebot gerade in der Bundesrepublik. So heben insbesondere Kächele und Kordy (1992) neben der traditionellen differentiellen Indikationsstellung und Effektbestimmung die Notwendigkeit von Untersuchungen zum Behandlungsprozeß und zur Kosten-Nutzen-Analyse hervor. Innovativ in diesem Bereich hat vor allem die Gründung der „Mainzer Werkstatt zur empirischen Forschung in der stationären Psychotherapie“ gewirkt, die 1989 von Sven Olaf Hoffmann und Markus Bassler (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Mainz) gegründet wurde. Aus dieser Arbeitsgruppe sind direkt und indirekt verschiedene Forschungsinitiativen hervorgegangen (vgl. etwa Bassler u. Hoffmann 1994), wie die Entwicklung eines einheitlichen Basisdokumentationsvorschlages für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie (vgl. Broda et al. 1993) und die Erarbeitung eines multi-axialen Systems zur „Operationalen psychodynamischen Diagnostik (OPD)“ [Arbeitsgruppe „Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)“ 1994], das gegenwärtig in einer Anwendungsstudie empirisch überprüft wird. Eine Zusammenarbeit verschiedener Kliniken in multizentrischen Ansätzen ist in diesem Bereich vor allem deshalb von besonderer Bedeutung, weil sich aufgrund zu geringer Fallzahlen und der fehlenden Variabilität von Behandlungsbedingungen bestimmte Fragestellungen in einzelnen Einrichtungen nicht angemessen bearbeiten lassen. So können die von Strauß, Eckert und Ott (1993) initiierte Verbundstudie zur stationären Gruppenpsychotherapie und die von Kächele et al. (1992) angestoßene Multicenterstudie zur Psychotherapie von Eßstörungen als exemplarische Beispiele dafür dienen, was sich in Zukunft in der Psychotherapieforschung tun wird.

Diskussion

Die vor allem in den vergangenen beiden Jahren zunehmende Diskussion zur Qualitätssicherung wird eine Reihe von Fragen auch für den Bereich stationärer Psychotherapieangebote aufwerfen, die vor allem vergleichende empirische Forschungsansätze notwendig machen. Die auf den ersten Blick beträchtliche Zahl von wohl nicht weniger als 14000 sog. Psychotherapiebetten in der Bundesrepublik, die im wesentlichen dem Rehabilitationsbereich zugeordnet werden muß, verdeckt ganz offensichtlich strukturelle Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung. Dabei ist das in der Literatur immer wieder hervorgehobene Chronifizierungsrisiko eigentlich psychotherapiebedürftiger Patienten mindestens z.T. darauf zurückzuführen, daß eine zu lange Zeit bis zur Überweisung zum Fachpsychotherapeuten vergeht und Konsiliar-Liaison-Dienste vor allem im internistischen, chirurgischen und neurologischen Bereich nicht hinreichend ausgebaut und etabliert wurden. Die eigenständige Entwicklung dieser Kliniken ist zudem wenigstens in Teilaspekten darauf zurückzuführen, daß die Psychiatrie vor allem in der Nachkriegsära in nicht hinreichendem Ausmaß psychoanalytische und psychotherapeutische Konzepte und Therapieverfahren integrierte.

Mit der in der Bundesrepublik bevorstehenden Einführung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie wird allerdings ein seit einigen Jahren bestehender Prozeß akzentuiert, psychotherapeutische Weiterbildung in psychiatrischen Kliniken stärker zu integrieren und eigenständige Curricula zu entwickeln. In der Versorgungsstruktur psychiatrischer Kliniken wurde in den vergangenen Jahren weniger die Einrichtung von speziellen Psychotherapiestationen betrieben, die übrigens von zahlreichen Autoren unbemerkt vielerorts bereits existieren, sondern es wurden stationsübergreifende Angebote etabliert. Hier sind vor allem gruppenpsychotherapeutische Verfahren zu nennen, zu denen auch Angehörigengruppen zu rechnen sind, sowie verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze, die aus konzeptuellen, ökonomischen und berufspolitischen Gründen von zahlreichen Psychiatern zunehmend favorisiert werden. Bei der derzeitigen berufspolitischen Polarisierung zwischen der Psychiatrie einerseits und der Psychosomatik/Psychotherapie andererseits befürchten nicht wenige einen bevorstehenden Verteilungskampf, in dem bei geringer werdenden ökonomischen Ressourcen um Patienten und Behandlungskonzepte gestritten wird. Ob die zum größten Teil privatwirtschaftlich geführten Rehabilitationskliniken in diesem Zusammenhang dem Verteilungskampf sozusagen als erste zum Opfer fallen, ist offen, zumal vergleichende

empirische Studien zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zwischen psychiatrischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen bisher fehlen. Angesichts der z.T. elaborierten Konzepte stationärer psychotherapeutischer Versorgung und der zunehmenden Zahl empirischer Studien vor allem aus dem Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie, die in der Psychiatrie wenig rezipiert wurden, sind derartige vergleichende Untersuchungen dringend zu fordern.

Der neue Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin wird dabei zweifelsohne zu einer inhaltlichen Bereicherung der Diskussion führen und durch die notwendigen Ausbildungscurricula die Qualität sowohl der psychiatrischen als auch der psychotherapeutischen Ausbildung verbessern helfen.

Literatur

- Arbeitsgruppe „Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)“: Multi-axiales System zur operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz, 1994
- Bassler M, Hoffmann SO: Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. Bericht über die „Mainzer Werkstatt“ zur empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut* 39 (1994), 174-176.
- Becker H, Senf W: *Praxis der stationären Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart-New York, 1988
- Biermann-Ratjen E, Eckert J, Schwartz HJ: *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 1983
- Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, Rad M von, Schors R: DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43 (1993), 214-223.
- Butler G, Fenelli M, Robson P, Gelder M: Comparison of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 59 (1991), 167-175
- Feiereis H: Das biopsychosoziale Modell in der zweiten Generation. Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Lübeck. In: Adler R, Bertram W, Haag A, Herrmann JM, Köhle K, Uexküll Th von (Hrsg.): *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 1992, S. 227-242
- Foudraïne J: *Wer ist aus Holz?* Piper-Verlag, München, 1973
- Freyberger HJ, Schneider W, Reimer CH: Deskriptive Evaluation einer stationären Gruppenpsychotherapie. *TW Neurologie und Psychiatrie* 6 (1992), 582-589.
- Freyberger H, Freyberger HJ: Supportive psychotherapy. *Psychother Psychosom* 61 (1994), 132-142
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 1994
- Green H: *Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen*. Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1978

- Häfner H: Hat die Psychosomatik als eigenes Fach eine Existenzberechtigung? *Psychother Psychosom Med Psychol* 40 (1990), 327-336.
- Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1982
- Hoffmann SO, Schepank H, Speidel H (Hrsg.): *Denkschrift '90. Zur Lage der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der BRD*. PSZ-Verlag, Ulm, 1991
- Hollon SD, Shelton RC, Davis DD: Cognitive therapy for depression: conceptual issues and clinical efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2 (1993), 270-275
- Janssen PL: *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett-Cotta, Stuttgart, 1987
- Kächele H, Kordy H: Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 63 (1992), 517-526
- Kächele H et al.: Planungsforum „Psychodynamische Therapie von Eßstörungen“. *PPmP disk Journal* 3 (1992), 1
- Koch U, Potreck-Rose F: Stationäre psychosomatische Rehabilitation – ein Versorgungskonzept in der Diskussion. In: Strauß B, Meyer AE: *Psychoanalytische Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart, New York, 1994
- Köhle K, Joraschky P: Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In: Uexküll Th von, Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Wesiak W (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München, 1986, S. 415-460
- Kordy H, Rad M von, Senf W: Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht der Patienten. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 40 (1990), 380-387
- Kosarz P, Schwarz D: Konzepte, Entwicklungen und Rahmenbedingungen verhaltenstherapeutischer Kliniken. In: Schepank H, Tress W (Hrsg.): *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Springer-Verlag, Heidelberg, 1988, S. 151-156.
- Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H: Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht psychiatrischen Klinikpatienten. *DMW* 109 (1984), 1438-1442.
- Mentzel G: *Die psychosomatische Kurklinik*. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1981
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, von der Schulenburg JM, Schulte B: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG). Unveröffentlichtes Manuskript, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, 1991
- Neun H: *Psychosomatische Einrichtungen. Was sie (anders) machen und wie man sie finden kann*. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1994
- Peters M, Löwenberg H: Erwartungen an die Behandlung in einer psychosomatischen Klinik. *Zsch. psychosom. Med.* 39 (1993), 38-50.
- Plassmann R: Artificielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome. In: Hirsch M (Hrsg.): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1989, 118-154.
- Rad M von, Schors R, Henrich G: Stationäre psychoanalytische Psychosomatik. Konzepte – Basisdaten – Therapieziele. In: Strauß B, Meyer AE (Hrsg.): *Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis*. Schattauer. Stuttgart-New York, 1994
- Reimer C, Arentewicz G: *Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Ein Leitfaden für die Praxis*. Springer-Verlag, Heidelberg, 1993
- Riedel WP: Therapiemotivation und Therapieerfolg im stationären Heilverfahren – Ergebnisse einer katamnesticen Untersuchung. In: Hellweg A, Schoof M

- (Hrsg.): Psychotherapie und Rehabilitation in der Klinik. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1990
- Rief W, Hiller W: Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Verlag Hans Huber, Bern, 1992
- Schepank H, Tress W: Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1988
- Schneider W: Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapiepatienten. *Psycho* 16 (1990), 511-521
- Schröder R: Ein psychoanalytisch orientiertes Strukturmodell für die psychosomatisch-psychotherapeutische Kurklinik. *Prax Psychother Psychosom* 35 (1990), 239-246
- Senf W: Theorie der stationären Psychotherapie. In: Becker H, Senf W (Hrsg.): Praxis der stationären Psychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1989
- Strauß B, Eckert J, Ott J: Editorial: Interpersonelle Probleme in der stationären Gruppenpsychotherapie – Entwicklung einer Verbundstudie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 1993
- Strauß B, Hess H: Interpersonale Probleme, interpersonale Orientierung und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43 (1993), 82-92
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M: Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie – ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44 (1994), 184-192
- Streck U: Was hat sich gewandelt in der klinischen Psychotherapie. *Prax Psychother Psychosom* 36 (1991), 12-23
- Teusch L, Böhme H: Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41 (1991), 68-76
- Tress W, Schroeter H: Die psychotherapeutische Spezialabteilung im psychiatrischen Landeskrankenhaus. In: Schepank H, Tress W (Hrsg.): Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Springer, Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, 1988, S. 147-150.
- Tschuschke V, Catina A, Beckh T, Salvini D: Wirkfaktoren in stationärer analytischer Gruppenpsychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42 (1992), 91-101.

Das Hotel Psychiatrie

Dynamik einer Privatstation



Eva Waser

Zusammenfassung

Aus der Sicht einer Psychiatrieschwester wird über den Reformprozeß auf einer Privatabteilung berichtet. An den Reformbemühungen kristallisieren sich die Konflikte, die für eine Privatstation spezifisch zu sein scheinen: Ansprüche von Patientinnen und Patienten an eine Hotelversorgung; der Versuch, die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit zu umgehen; Degradierung des Pflegepersonals zu Hausangestellten; ein Bündnis zwischen Chefarzt und Patientinnen. Alle diese Faktoren behindern zusätzlich zu Vermögen und Einfluß die therapeutische Arbeit.

Einige Jahre habe ich auf der Privatabteilung einer psychiatrischen Klinik gearbeitet. Die Psychiatrie-Reform war auf den übrigen Abteilungen so gut wie abgeschlossen. Insbesondere im Langzeitbereich und in der Alterspsychiatrie, aber auch auf der Akut-Aufnahmestation, waren die Veränderungen einschneidend gewesen. Im Langzeitbereich hatte es z.B. einen Assistenzarzt insgesamt und eine Schwester für drei Patienten gegeben. Der Altersbereich war mit einem Pfleger für zwei bis drei Patientinnen und einer Assistenzärztin bei insgesamt 80 Patientinnen und Patienten ähnlich unterbesetzt. Die Aufnahmestation hatte zwar den besten Personalschlüssel, war aber mit fünf bis zehn Betten auf dem Gang ständig überbelegt und glich eher einem Patientenumschlagplatz, da alle Patienten, die in die Klinik kamen, zuerst hier aufgenommen wurden.

Demgegenüber waren die Veränderungen auf der Privatabteilung eher kleine Neuerungen. Ich könnte sagen, die Psychiatrie-Reform ging an der Privatabteilung vorbei. Dort hatte es schon lange einen Assistenzarzt, eine halbe Oberärztin zusätzlich zur Chefarztbehandlung und zehn Pflege-Planstellen für 15 Betten gegeben. Äußerlich betrachtet schien eine Reform dort nicht nötig. Schon traditionell war die Versorgung der privaten Kranken individuell erfolgt. Wie sie jedoch geartet war, scheint mir einer besonderen Betrachtung wert.

Das Zauberbergssyndrom

Da die Abteilung weithin einen guten Ruf genoß, stammte die Klientel größtenteils aus gehobenen Kreisen des In- und Auslands. Nicht selten begaben sich berühmte Persönlichkeiten hier in stationäre psychiatrische Behandlung. Ein- und Austritte fanden direkt von der Privatabteilung statt. Patientinnen wie Pflegepersonal waren nicht nur von der Außenwelt abgeschirmt, sondern auch von allen anderen Abteilungen der Klinik.

Hotelversorgung

Die Klientel der Abteilung war einen Standard mit Einzelzimmer, Frühstück im Bett und anderen Extras gewohnt. Für die Patienten bedeutete der Aufenthalt in der Klinik, eine natürliche Distanz zu ihren Problemen zu Hause zu finden. Sie betrachteten die Zeit in der Klinik als ihren persönlichen Freiraum. Er diente zum großen Teil dem Ausgang und der Unterhaltung. Therapeutisch standen Schlafkuren, Infusionstherapien und eine persönliche Chefvisite auf dem Plan. Den Schwerpunkt bildeten die Infusionsbehandlungen. Dies war eine ärztliche Aufgabe. Der persönliche Kontakt entwickelte sich beim Anlegen, Kontrollieren, Wechseln und Abnehmen der Infusionen. Der Medikamentendoktor war die erste Bezugsperson. Oft blieb er die einzige für alle therapeutischen Belange. Die Infusionen wurden im Bett verabreicht. Schlafkuren wie Antidepressiva als Infusionen wirken sich deutlich auf den Kreislauf aus. Die Bettruhe war ein nicht zu vernachlässigender Teil der Behandlung. Die Unterbringung im Einzelzimmer tat ein übriges, die Zurückgezogenheit zu fördern. Der Kontakt zwischen den Patienten blieb ebenso reduziert wie derjenige zum Pflegepersonal.

Stellung des Pflegepersonals

Der Status einer Pflegeperson lag weit unter demjenigen des Arztes. Er entsprach größtenteils dem von häuslichem Dienstpersonal oder Angestellten eines Hotels. Die Erwartungen der Patientinnen an die Schwestern bestand in der Gewährleistung des optimalen Service. Unter anderem wurde die hohe Taxe für die Privatbehandlung außer mit der Chefarztbehandlung bis vor kurzem mit erstklassigem Essen und der Bedienung begründet.

Anachronismus

Solange die Vorstellung bestand, psychische Krankheiten seien unheilbar und Erkrankte müßten zeitlebens hospitalisiert sein; solange die Vorstellung herrschte, eine gute Versorgung sei das einzig mögliche, solange mag solch ein Stationsablauf sinnvoll gewesen sein. Viele psychiatrische Kliniken, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gebaut wurden, waren von den Baulichkeiten entsprechend konzipiert. Die Klinik, in der ich arbeitete, war es auch. Spätestens seit Einführung der Psychopharmaka hatte die kustodiale Psychiatrie ausgedient. Ich frage mich, ob das Pflegepersonal schon zu dieser Zeit nicht mehr hätte tun können, als im schlimmsten Fall eine Wärterfunktion, im besten eine Dienstbotentätigkeit auszuüben.

Die Bemühungen um die Einführung von Teamarbeit, einem Stationskonzept mit Pflegeplanung und therapeutischer Kompetenz für das Pflegepersonal; die Bemühung um rehabilitative wie milieutherapeutische Ansätze gingen nicht zuletzt vom Pflegeteam aus. Da Pflegepersonal aber bisher für solche Initiativen keinen entsprechenden Status hatte, wurde das Engagement für solche Neuerungen nicht unterstützt. Die Patienten selbst waren an derlei Veränderungen nicht interessiert. Es kam ihnen entgegen, daß sie außer den medikamentösen Verordnungen zu nichts verpflichtet waren. Aktive Teilnahme an einem Stationsgeschehen widersprach ihrer Vorstellung von einem Hotel-, allenfalls Sanatoriumsbetrieb ebenso wie therapeutische Anforderungen von seiten des Pflegepersonals. Auch der früheren ärztlichen Leitung hätte es nicht entsprochen, ein Stationskonzept zu erarbeiten und die Pfleger und Schwestern in die Behandlung mit einzubeziehen.

Ein Chefarztwechsel, zunehmende Konkurrenz von Privatkliniken und restriktive Maßnahmen der Krankenkassen sorgten dafür, daß die Abteilung nicht mehr voll belegt war. Zur selben Zeit forderte das neue Psychiatriekonzept des Kantons, daß auch die Privatabteilungen in die Prozesse der Gesamtklinik wie der Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen mit einbezogen würden. Drittklassepatientinnen wurden zur Weiterbehandlung auf die Privatabteilung verlegt. Mit ihnen wurde offensichtlich, daß das soziale Umfeld während des stationären Aufenthalts weiter existierte. Sie mußten nach Entlassung leben können – sei es in einer Übergangseinrichtung, einer neuen Wohnung, mit einer Rente oder einer neuen Beschäftigung. Jetzt wurde es möglich, solche Fragen auch bei den Privatpatienten anzusprechen.

Struktur einer Privatstation

Dadurch hatte sich jedoch die Struktur der Abteilung nicht geändert. Zum Entwurf und erst recht zur Einführung eines Konzepts schien es unerlässlich, über diese Struktur nachzudenken.

Hierarchie

Der ärztliche Dienst wurde durch einen Assistenzarzt und eine Oberärztin gewährleistet. Letztere hatte eine weitere Privatabteilung zu betreuen. Der Chefarzt beider Privatabteilungen war gleichzeitig ärztlicher Klinikleiter. Zur Zeit unserer Umstrukturierungen führte er zweimal wöchentlich eine Visite durch. Seine feste Begleitung bestand im Assistenzarzt, der Oberärztin und der Stationschwester. Vor der Visite in den Patientenzimmern fand eine kurze Besprechung im Stationsbureau statt. An ihr nahmen das Pflege team und die drei Ärzte teil. Hier wurden nur die dringlichsten Probleme und allfälligen akuten Ereignisse erwähnt.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Pflege team schwankte mit der Person des jeweiligen Assistenzarztes deutlich. So konnte eine Assistenzärztin kaum jemals etwas aus Gesprächen berichten, die sie mit einzelnen Patienten geführt hatte. Sogenannte Dreiergespräche waren geduldet: Wenn es bestimmte Dinge zu klären gab, mußte die zuständige Schwester vorher von sich aus in Erfahrung bringen, wann das Gespräch stattfinden würde. Ein anderer Assistenzarzt wartete darauf, ob ein Pfleger sein Interesse bekundete. Zu einem Großteil der Gespräche zog er später von sich aus die pflegerische Bezugsperson bei.

Eine Teamarbeit mit Beteiligung aller Berufsgruppen – Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiterin, Psychologe und Ärztinnen – blieb vorerst ein Fernziel. Da von pflegerischer Seite immer die Stationschwester an der Visite teilnahm, blieben viele Beobachtungen aus dem Stationsalltag und aus der Sicht anderer Teammitglieder unberücksichtigt. Umgekehrt konnten wichtige Wahrnehmungen aus der Visite nicht in die Pflegeplanung eingehen: Informationen gingen verloren. Nach der Chefvisite wurden häufig Medikamentenänderungen festgestellt. Sie blieben ohne Kommentar. Nach der Visite verließ der Chefarzt die Abteilung sofort. Die Einführung der Bezugspersonenpflege hatte daran nichts geändert.

Direkte Beziehung zwischen Chefarzt und Patientin

Bestehen blieb der traditionelle direkte Kontakt zwischen Chefarzt und Patientin. Hauptbestandteil einer Behandlung erster Klasse ist die Chefarztbehandlung. Eine Patientin ist seine „private“, wenn sie sich zu ihm in Behandlung begibt. Im traditionellen Setting wurden alle Entscheidungen entweder vom Chefarzt allein oder im Gespräch mit dem Patienten getroffen. Geblieben ist, daß Vorüberlegungen oder Vorschläge aus dem Team ebenso hintanstehen wie Maßnahmen eines Assistenzarztes oder einer Oberärztin. Nach traditioneller Vorstellung zählt das Wissen und die längste Erfahrung des Chefs. Andere Aspekte als die, die in der Visite oder in einem persönlichen Gespräch zutage treten, werden nicht berücksichtigt. Unterstützt wird diese Haltung durch die Erwartung prominenter und vermögender Patientinnen, bevorzugt behandelt zu werden. Insbesondere wenn sie gewöhnt sind, bedient zu werden und Aufträge zu erteilen, mag es ihnen unangemessen erscheinen, die Anweisungen einer Schwester zu befolgen. Sowohl von seiten des Chefarztes als auch der Patientinnen und Patienten bestehen Neigungen, das traditionelle System beizubehalten.

Finanz und Prominenz

Ein weiteres Hindernis, ein neues Stationskonzept einzuführen, besteht in der Tatsache, daß vermögende und prominente Menschen uns beeindruckten. Entgegen den Vorsätzen, sie wie alle Patienten zu behandeln, spielt ihre Bedeutung in der Gesellschaft eine Rolle. Nach meiner Erfahrung wird hierüber zwar im klinischen Alltag gelegentlich gesprochen. Außer in vereinzelt psychoanalytischen Publikationen wurde darüber aber meines Wissens nicht nachgedacht. Bei Fromm-Reichmann habe ich eine Bemerkung gefunden, die sich allerdings auf die Angehörigen bezieht: „Eine weniger häufige, aber doch denkbare Fehlerquelle besteht darin, daß sich der Psychotherapeut in seinem Urteil der Autorität eines Angehörigen des Patienten unterwirft, der ihm durch seine gesellschaftliche oder finanzielle Stellung imponiert.“ (1959/213) Während meiner Tätigkeit auf dieser Privatstation habe ich erlebt, daß sich Reichtum von einem gewissen Ausmaß in die Behandlung einmischt.

Ein Beispiel

In welcher Weise Reichtum eine Veränderung im Sinne einer Heilung behindern kann, soll das folgende Beispiel illustrieren.

Ein 45-jähriger Patient G. war bereits jahrelang daran gewöhnt, wiederholt mehrere Wochen auf der Privatabteilung zu verbringen. Oftmals kam es dazu, wenn er einige Tage seine Medikamente nicht oder nur unregelmäßig eingenommen hatte.

Als Sohn einflußreicher, wohlhabender Eltern wäre Herr G. zu einer brillanten Karriere als Geschäftsmann bestimmt gewesen. Belastet durch eine schwere organische Krankheit im Kindesalter, welche auch immer mehr die Psyche in Mitleidenschaft zog, brachte der junge Herr G. die Schulzeit in Internaten und Privatschulen zu Ende. Dort wurden ihm Lebensstil und Erziehung der gehobenen Klasse zuteil. Um den Anforderungen einer regelmäßigen Arbeitsstelle gerecht zu werden, reichten G.s Leistungen nicht aus. An eine spätere Kaderstelle war somit nicht zu denken. Ich lernte Herrn G. als jemanden kennen, der gewohnt war, seine Gefühle zu verbergen, niemals mit Pflegepersonal über eigene Probleme zu reden, überaus höflich Befehle zu erteilen und oberflächlich geschliffen zu sprechen.

Zu Beginn meiner Arbeit auf der Privatabteilung wurde er noch oft bedient und so behandelt, wie er und seine Familie es wohl von uns erwarteten. Kleine Veränderungen, die in Richtung Selbständigkeit des Patienten zielten – wie z. B. sein Bett selbst zu machen – irritierten ihn merklich, ohne daß er sich negativ darüber geäußert hätte.

Nach einiger Zeit beteiligte sich Herr G. vermehrt am Abteilungsgeschehen und fand Gefallen daran: Er hatte z.B. gelernt, selbst Kaffee zu kochen, welchen er den Damen servierte und stolz deren Komplimente entgegennahm. Zusehends mehr Situationen deuteten darauf hin, daß Herr G. sich in Gesellschaft anderer wohlfühlte und sich integrieren konnte, sofern ihm eine Rückzugsmöglichkeit blieb. Im Pflegeteam waren wir uns größtenteils einig, daß Herr G. mit einigem Training fähig wäre, in einer betreuten Wohngemeinschaft zu leben. Das hätte zumindest weniger Klinikaufenthalte notwendig gemacht.

Er war jedoch innerhalb der Familie in einer bestimmten Rolle erstarrt: Es standen ihm eine prächtige Villa mit wertvollen Kunstgegenständen sowie Dienstboten zur Verfügung. Eine Wohngemeinschaft wäre wohl kaum standesgemäß gewesen. Ein Teil der Familie lebte auswärts. Alle besaßen selbst Villen, und Herr G. war dazu ausersehen, seine Villa zu „okkupieren“: Allein! Solche schwer veränderbaren Strukturen scheinen mir persönlich für Menschen wie Herrn G. beina-

he unüberwindliche Hindernisse, ihr Selbstwertgefühl zu steigern und in ein sogenanntes normales Leben mit echten Auseinandersetzungen zu finden.

Rollenänderung

Die Rollenänderung von der Berufs- zur Krankenrolle vollzieht sich auch auf Allgemeinstationen nicht reibungslos. Dort aber ist das Gefälle zwischen finanziellem Hintergrund und Berufsrolle auf ärztlicher und pflegerischer Seite gegenüber der einer Patientin entweder umgekehrt, ausgewogen oder nicht so kraß wie auf einer Privatabteilung. Kein Krankenhaus – weder früher noch heute – existiert so weit ab vom Alltag, daß nicht Prominenz und Vermögen sich auf die Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten auswirkte.

Inzwischen ist bekannt, daß die soziale Nähe zwischen Ärztin oder Pflegeperson und Patient besondere Aufmerksamkeit auf seiten der Behandelnden erfordert, da sie sich mit dem Kranken schnell identifizieren und ihn eher für gesund halten als andere Patientinnen. Möglicherweise gibt es bei bekannten Persönlichkeiten neben einer Neigung zur besonders zuvorkommenden Behandlung die Tendenz, sie „besonders normal“ zu behandeln. Damit aber sind sie gerade nicht „so wie jeder andere“.

Einerseits wäre es Patientinnen zu gönnen, wenn sie sich einem schwierigen, kränkenden Prozeß des Einfügens in eine Institution nicht unterziehen müssen. Andererseits wird dadurch aber die Behandlung gestört; manchmal sogar verunmöglicht. Außerdem kann dadurch die Klinik scheinbar zur Insel werden, auf der sie vor ihren Problemen geschützt sind. Schließlich haben wir als Pflege team sicher auch deshalb am meisten unter dieser Situation gelitten, weil wir die Aufgabe hatten, für den möglichst reibungslosen Ablauf des Abteilungsgeschehens zu sorgen.

Patientinnen mit Abhängigkeitsstörungen

Schwierigkeiten bereitet insbesondere die Behandlung von Kranken mit Abhängigkeitsproblemen. Eine geregelte Tagesstruktur, wie sie auf Suchtabteilungen üblich ist, gibt es auf der Privatabteilung nicht. Die Hauptschwierigkeit der Pflegeplanung liegt im Erstellen eines festen Settings für die einzelne Patientin und in dessen wöchentlicher Evaluation. Bei vielen Privatpatienten habe ich eine legere Einstellung zu

Alkohol, Medikamenten und Drogen festgestellt, die es von vornherein erschwert, die Abhängigkeit zu behandeln. Hinzu kommt die fehlende Geschlossenheit auf der Behandlungsseite, solange Ärztinnen, Psychologen, Sozialarbeiterinnen, Pfleger und Schwestern sich nicht als gemeinsames Team verstehen und präsentieren und eine chefärztliche Entscheidung getroffene Maßnahmen jederzeit außer Kraft setzen kann. Durch die Hierarchie werden erarbeitete Settings zu einer Mutprobe des Pflegepersonals und der Assistenten. Selten blieben wir von der Erfahrung verschont, daß Vereinbarungen, insbesondere Besuchs- und Ausgangsabsprachen bei der Wochenendvisite nichtig waren.

Die Konflikte kristallisieren sich an der Reform

Mit den eingeführten Neuerungen wurde erst recht sichtbar, wieviele Hindernisse ihnen entgegenstanden. Mir scheint, es sind nicht nur die üblichen Schwierigkeiten, die bei jeder Reform einer Abteilung auftreten, sondern die spezifischen einer Privatabteilung, denen wir uns hier gegenüber sahen. Sie scheinen trotz der angelaufenen Veränderungen fortzuexistieren.

Neue Aufgaben des Pflegepersonals

Die „vertikale Hierarchie“ ist noch immer stark spürbar, selbst innerhalb des Pflegeteams. Erst allmählich kommen wir soweit, die langjährigen Strukturen ein klein wenig in Richtung kollektiver Führung zu bewegen. Eine Ressortverteilung an alle Teammitglieder ist als nächstes Abteilungsziel vorgesehen.

In der Arbeit mit den Patienten basiert unser Pflegemodell auf dem Bezugspersonensystem. Darunter verstehen wir die kontinuierliche Begleitung einer Patientin während ihrer gesamten Hospitalisation. Die Bezugsperson erstellt in interdisziplinärer Zusammenarbeit und mit der Patientin Zielsetzungen für die Zeit ihres Aufenthalts. Sie ist in therapeutische Entscheidungen involviert. Sie ist die Kommunikationschnittstelle zwischen allen Beteiligten. Zur Unterstützung übernimmt eine weitere, in die Pflege einbezogene Teamkollegin die Patientin während der Abwesenheit der Bezugsperson. Diese Art des Arbeitens ermöglicht eine therapeutische Beziehung und persönliches Engagement. Die Anforderungen an das Pflegepersonal sind mit Einführung des neuen Behandlungskonzepts gestiegen. Durch Intensivierung von Aus- und Weiterbildung sowie eine Teambegleitung (Supervision) wird eine Pflegequalität angestrebt, die den hohen Anforderungen gerecht wird.

Die Qualität ist auch von Rahmenbedingungen wie genügend Personal, Teamarbeit und guter interdisziplinärer Koordination abhängig.

Im Alltag erlebe ich oft, daß einer dieser Faktoren nicht oder nur mangelhaft vorhanden ist. Ob es dabei um interne Kommunikationsstörungen oder äußere Einflüsse wie Weiterbildung oder anders bedingte Abwesenheiten des Arztes geht, ist es wichtig, die Störungen benennen und nach Möglichkeit verringern zu können. Meist ist dies in der Supervision möglich.

Eines der wichtigsten Arbeitsinstrumente ist die Pflegedokumentation. Sie besteht in der Sammlung von persönlichen Daten, ärztlichen Verordnungen und ausgeführten Therapien und Behandlungspflege. Sie enthält aber auch die Probleme und Ressourcen eines Patienten. Auf ihrer Grundlage wird der Klinikaufenthalt geplant und schriftlich festgehalten. Der Rapport über den Verlauf wird täglich geführt. Häufig wird der Planungsteil stiefmütterlich behandelt. Die Qualität der Pflegeplanung hängt auch vom Krankheitsbild ab. Patientinnen mit klar deklarerter Suchtproblematik geben uns die beste Möglichkeit der Planungsgestaltung.

Bei Patienten mit anderen Krankheitsbildern wird die Pflegeplanung dadurch erschwert, daß sich viele Privatpatienten noch nicht daran gewöhnt haben, in die Niederungen der Therapie herabzusteigen. Unter Therapie verstehe ich hier Alltagstraining. Aktivitäten werden gefördert und ihr Erfolg oder Mißerfolg ausgewertet. Es finden Menuebesprechungen in der Gruppe statt mit anschließendem Einkaufen, Kochen. Eine Terminplanung soll erlernt werden und das Erledigen von Pflichten wie Einzahlungen u.a.m.

Ein wesentlicher Teil der Arbeit mit den Patienten besteht darin, ihr unerwähntes Problem (Einsamkeit, Beziehungsprobleme, berufliche Schwierigkeiten) zu benennen und somit einer Therapie zugänglich zu machen.

Dazu kommt, daß ein wichtiger Teil der aus der Planung resultierenden Maßnahmen sich im Bereich der Kommunikation abspielt. Unter den Pflegern und Schwestern aber schien eine Hemmschwelle zu existieren, Gespräche verschiedenen Inhalts als Pflegemaßnahme anzuerkennen. Sie wurden insgeheim weiterhin dem ärztlichen Aufgabebereich zugeschrieben. Eine Möglichkeit, diese Schwelle abzubauen sehe ich darin, die Konsequenzen der Gespräche zu erfassen und damit zu arbeiten. Dazu aber müssen die Gespräche protokolliert werden.

Sozialpsychiatrische Aufgaben

Sofern irgend möglich suchten wir, eine Tagesstruktur für die Abteilung aufzubauen. Sie sollte mit einem gemeinsamen Frühstück beginnen.

Bis dahin wurde das Frühstück den Patientinnen auf ihr Zimmer serviert. Auf dem Tablett befanden sich je ein Kännchen mit Milch und Kaffee. Dieser Service hatte eine allmorgendliche, unvermeidbare Geschäftigkeit zur Folge: Der Eßwagen stand im Erdgeschoß, doch das Frühstück mußte mit dem Warenlift in den ersten Stock transportiert werden, wo es ausgeladen und verteilt wurde. Zwei Pflegepersonen waren dafür erforderlich, da nur zwei Tablettts gleichzeitig im Lift untergebracht werden konnten.

Therapiehemmend und unvorteilhaft für die Patienten erschien uns die verpaßte Möglichkeit eines Gesprächs beim Frühstück. Patientinnen, die sich schlecht fühlten, hätten vom Personal oder von Mitpatienten aufgemuntert oder zumindest einbezogen werden können. Ohne Anregung verzogen sie sich wieder ins Bett. Zur Ergotherapie um 9 Uhr mußten sie erneut geweckt werden. Sie fanden nur mühsam einen Tagesrhythmus.

Im Rahmen einer Gruppenstunde kündigten wir an, daß ab der folgenden Woche das Frühstück, von Ausnahmen abgesehen, für alle im Eßsaal stattfinden würde. Die Gelegenheit für Einwände nutzte niemand.

Trotzdem, oder vielleicht gerade deshalb, traten Anfangsschwierigkeiten auf: Mehrere Patientinnen zählten sich zu den Ausnahmen und versuchten, teilweise mit originellen Mitteln, an der alten Variante festzuhalten. Nach einigen Tagen bildete sich eine kleine Gruppe, die auch nach beendetem Frühstück sitzenblieb und Pläne schmiedete für den Tag. Die Gruppe wuchs, und das gemeinsame Morgenessen wurde in den Alltag integriert. Die Ausdauer des Pflegepersonals hatte sich gelohnt. Von ärztlicher Seite war die erbetene Unterstützung ausgeblieben: Auf der Privatstation sei alles fakultativ, wurde erklärt. Es gebe keinerlei Anforderungen an die Patienten.

Das therapeutische Potential der Patientengruppe fördern wir, indem wir schon länger anwesende Patientinnen bitten, neueingetretene beim Gang zu einer Untersuchung in einen anderen Pavillon oder zum Einkaufen zu begleiten.

Wir legen großen Wert darauf, das soziale Umfeld eines Patienten einzubeziehen. Angehörige, Arbeitgeber, Freundinnen oder Nachbarn sind willkommen und werden, wenn die Patientin einverstanden ist, hinzugezogen. Die Besuchsregelung ist großzügig. Dadurch besteht

jedoch die Gefahr, daß die Tagesstruktur aufgelockert wird und einzelne Patienten sich gruppenspezifischen Prozessen entziehen. Von diesen Tendenzen sind neben der Ergotherapie der Gruppenausflug und das Kochen häufig betroffen. Wir achten darauf, daß die Ideen und Wünsche von den Patientinnen und Patienten kommen. Unsere Aufgabe besteht darin, sie bei der Realisierung zu unterstützen.

Weitere Elemente der Tagesstruktur bilden eine Morgenrunde, ein gemeinsamer Ausflug pro Woche, eine Kochgruppe einmal pro Woche mit anschließendem gemeinsamem Essen und eine zweimal wöchentlich stattfindende Gruppenstunde. Die Leitung der Gruppenstunde ebenso wie der Morgenrunde hat bisher der Arzt. Diese Regelung war teils traditionsbedingt, teils auf die Person des Assistenzarztes, der zur Zeit der Einführung für uns zuständig war, zurückzuführen. Eine Folge bestand in der Scheu im Pflegeteam, eine Gruppe zu leiten. Resignation breitete sich aus; je länger die Regel bestand, desto schwieriger wurde es, sie zu variieren.

Selbst die dauerhafte Zuständigkeit einer Sozialarbeiterin mußten wir mit Nachdruck fordern. Sie konnte nicht zuletzt mit der Aufnahme von Drittklassepatientinnen durchgesetzt werden.

Regelmäßige Gespräche mit den Mitarbeitern der Ergotherapie runden das Bild einer Patientin ab. Häufig zeigen sich Patienten dort anders als auf der Abteilung.

Dynamik jenseits der Reformen

Die letzten Schilderungen wurden in ähnlicher Weise schon seit ca. 20 Jahren von Abteilungen berichtet, die sich auf den Weg sozialpsychiatrischen Arbeitens mit milieutherapeutischem Ansatz gemacht haben. Ich habe sie auszugsweise noch einmal beschrieben, weil ihre Einführung und die dabei auftretenden Schwierigkeiten sich im Licht einer Privatabteilung anders ausnehmen. Selbst in Chestnut Lodge, der berühmten psychoanalytischen Klinik in den USA hatten sich bei den Patienten Hospitalismussyndrome eingestellt, solange nur die analytischen Behandlungsstunden als Therapie erachtet wurden (Foudraine). Das Untertauchen in einer Zauberberg-Atmosphäre mag für den Moment angenehm sein. Auf Dauer behindert sie die Gesundung und richtet ihrerseits Schäden an. Trotz dieser längst bekannten Tatsache, scheinen Strukturen einer Privatabteilung auch in Zukunft dazu angeht, das eine oder andere Element solcher Atmosphäre mit der Abgeschlossenheit, der Zurücknahme jeglicher Ansprüche, den Bezug allein auf den Chefarzt und die Betonung des Service und eine

mangelhafte Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit fortzubestehen.

Aufgrund persönlicher Mitteilungen habe ich erfahren, daß in anderen Kliniken auf Privatstationen ähnliche Schwierigkeiten sozialpsychiatrischen Bemühungen oder einer therapeutischen Behandlung durch ein Team gegenüber bestehen und insbesondere dem konsequenten Umgang mit Abhängigkeitskranken. Wahrscheinlich besteht eine zusätzliche Schwierigkeit der Auseinandersetzung mit der Krankheit und der Rehabilitation darin, daß für einen Schriftsteller, einen Bildhauer oder eine Musikerin die Ergotherapie und die Musiktherapie nicht der ideale Ort sind, ebensowenig wie ein geschützter Arbeitsplatz in einer Werkstätte für IV-Rentner für den Erben einer großen Firma. Ich meine dennoch, daß solche Bedingungen nicht bedeuten, keinerlei Ansprüche an Privatpatienten und -patientinnen stellen zu dürfen.

Literatur

- J. Foudraine: *Wer ist aus Holz?* Piper; München, 1971
F. Fromm-Reichmann: *Intensive Psychotherapie*. Huber, Bern, 1959
E. Heim: *Praxis der Milieutherapie*. Springer, Berlin, 1985

Vom „goldenen Mittelweg“

Überlegungen zu einigen psychoanalytischen Konzepten
in der stationären Psychotherapie*



Siegling Schröder

Zusammenfassung

Es wird aus der täglichen Arbeit einer Psychotherapie-Station in einer psychiatrischen Klinik berichtet. Das Bild des „goldenen Mittelwegs“ steht für Kompromißfähigkeit, Toleranz und die Entwicklung menschlicher Beziehungen, in denen wirkliche Nähe möglich wird, weil der schmerzhafteste Verzicht auf Grandiosität und die überwältigende Angst vor hilfloser Abhängigkeit verarbeitet werden können. Einige Konzepte Melanie Kleins und ihrer Schule sind uns zum Verständnis dieser Problematik besonders hilfreich. Sicher oft vereinfacht und natürlich nicht immer streng durchdacht spielen sie in der intensiven Einzelbetreuung unserer Patientinnen und Patienten, in der Gruppentherapie, aber auch beim Umgang mit den vielfältigen Alltagskonflikten einer solchen Station eine wichtige Rolle.

„Das Allerschönste für mich wäre, wenn ich mich wieder toll schminken und voll aufstylen könnte. Dann ginge ich zum Tanzen in meine Disco, wo alle mich bewundern und niemand mich anmacht oder etwa mich wirklich interessiert. Und dann müßte mir jemand versprechen können, daß die Zeit stillsteht und es immer so bleibt.“ Das ist eine Einschlafphantasie der 22jährigen Frau K. Eher sachlich überlegend als mit fühlbar schlechtem Gewissen fügte sie hinzu: „Dafür würde ich auch sofort meinen Freund aufgeben – eigentlich ist das schlimm!“

Aus der großen Not einer durch psychische Erkrankung der Mutter extrem belasteten Kindheit hatte sich diese Patientin im Schutz einer jugend-psychotherapeutischen Tagesklinik zu einer schönen jungen Frau entwickelt und narzißtische Grandiosität um den Preis der Beziehungslosigkeit als Rettung erlebt, wohl weitgehend ohne sich um die diese Entwicklung tragende Beziehung Gedanken zu machen und sich therapeutisch dazu anregen zu lassen. Anläßlich ihrer Entlassung aus der Tagesklinik war sie dann dekompenziert mit zwanghafter Beschäftigung mit ihrem Äußeren und massiven hypochondrischen Be-

fürchtungen, die sich auf lebensbedrohliche Krankheiten und auf entstellende Hauterkrankungen bezogen.

Ihre Phantasie teilte sie nun in einer Art und zu einem Zeitpunkt ihrer Therapie in unserer Klinik mit, die zumindest ahnen ließen, daß sie selbst sich daran machte, etwas Neues im Umgang mit Menschen versuchen zu wollen.

„Goldener Mittelweg“

„Ach ja, mal wieder der ‚goldene Mittelweg‘...!“ – das ist ein Satz, den ich sowohl in der Gruppenarbeit mit Schizophrenen wie auch mit früh-gestörten Neurotikern und Borderline-Patienten als Gruppenleiterin oft zu hören bekomme, wenn ich mal wieder anmerke, daß es zwischen von den Patienten aufgeführten ganz konträren Zustandsbeschreibungen jeweils eine Menge gemischter Möglichkeiten gebe. Solche Extrempositionen sind, um nur einige Beispiele zu nennen: ich bin „total gut drauf“ oder „total schlecht drauf“; „das ist mir doch egal!“ oder „ich fühle mich restlos schlecht und bin an allem schuld“; „es wird uns hier wunderbar geholfen“ oder „es kann sich doch sowieso nur jeder selbst helfen!“. Bestenfalls mit freundlicher Herablassung zitieren die Patienten dann den „goldenen Mittelweg“, häufig auch mit mehr oder weniger verhaltener Enttäuschung und Wut, viel seltener mit einem Gefühl dafür, daß es da um etwas ernsthaft Wichtiges gehen könnte. Als Therapeutin habe ich dann oft das entsprechende Gefühl, eine langweilige, feige-kompromißlerische Haltung anzubieten. Schlimmer ist es, wenn masochistische Menschen die lebensnotwendige Fähigkeit, Kompromisse zu finden, prompt mißverstehen, als sollten sie dazu ermuntert werden, sich weiter wie bisher in quälenden Partnerschaften zu unterwerfen, oder wenn in der Idee, man könne sich sowieso nur alleine helfen, die Drohung eines Kontaktabbruchs mitschwingt.

Dabei war es immerhin Horaz, der wohl als erster ausdrücklich empfahl: „Richtiger wirst du leben, Licinius, wenn du weder ins offene Meer ständig steuerst noch, vor den Stürmen vorsichtig in Furcht, allzusehr dich drängst an das tückische Ufer. Wer den goldenen Weg in der Mitte wählt, in Sicherheit meidet er der verfallenen Hütte Schmutz, meidet die neiderweckende Halle unbeirrt.“ (Oden II, 10)

Geht es hier noch in erster Linie um den Schutz des einzelnen vor Gefahren von außen und – psychoanalytisch verstanden – auch vor eigenen ungezähmten Trieb-Impulsen, so wird in dem Märchen „Wasser des Lebens“ aus der Sammlung der Brüder Grimm ein

psychotherapeutisch wesentlich interessanteres Thema angesprochen: Hier ist es ein goldener Weg, der zur ersehnten Prinzessin führt! Zwei von drei Königssöhnen wollen das Gold schonen, laufen rechts und links daneben, der Dritte aber interessiert sich dafür gar nicht, weil er nur an die Prinzessin denkt, die er liebt. Er benutzt erfolgreich diesen goldenen Weg: Die Liebe zu einem anderen Menschen ist ihm offenbar wichtiger als unbeschädigte Grandiosität und Idealität.

Von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position

Wenn man diesen Gedanken in die Sprache der psychoanalytischen Theorie Melanie Kleins übersetzt, dann könnte der „goldene Mittelweg“ verstanden werden als Teil der Entwicklung des kleinen Kindes von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position. Kurzgefaßt bedeutet das das Aufgeben von Spaltungen der Welt, des Selbst und des Objekts in nur gute, ideale Teile einerseits und nur schlechte und verfolgende andererseits zugunsten eines realistischeren Bildes vom andern als einem ganzen Objekt mit Vorzügen und Fehlern, deutlich getrennt vom Selbst, das es lernen muß, ambivalente Gefühle zu ertragen.

Haß und Liebe müssen dabei soweit integriert werden, daß die Angst, mit der eigenen Wut radikal zerstörerisch zu sein, und die Schuldgefühle wegen realer und phantasierter Beschädigungen des Objekts aushaltbar werden. So kann dann die Fähigkeit zu Wiedergutmachung, Besorgnis (Winnicott) und Liebe wachsen.

Dabei ist es wichtig, zu betonen, daß es sich hier nicht um eine Phase seelischen Wachstums handelt, die mehr oder weniger erfolgreich ein für allemal vom Kind durchgemacht wird, sondern daß für jeden Menschen immer wieder Lebensereignisse Anlaß zu einem erneuten Durcharbeiten von widersprüchlichen Gefühlen, Angst und Schuld geben.

Psychische Erkrankung – jedenfalls soweit es sich um solche aus dem weiten Bereich der „frühen Störungen“ handelt – geht wohl so gut wie immer mit der regressiven Wiederbelebung der Probleme dieser Entwicklung einher, die in der Regel von den betroffenen Patienten in ihrer Kindheit nicht ausreichend bewältigt werden konnte. Stationäre Psychotherapie ist dann u.a. deswegen oft so schwierig, weil eine Gruppe von Menschen mit in dieser Hinsicht vergleichbaren Störungen zusammentrifft, die im Zuge der Entwicklung von klinisch behandlungsbedürftiger Symptomatik häufig bereits erheblich regrediert sind, und deren Abwehrmechanismen durch die Tatsache der Klinik-Auf-

nahme und durch das Leben und die Therapie in der Gruppe dann oft schnell und intensiv zusätzlich labilisiert werden.

Bion war der erste, der Gruppenprozesse mit Hilfe der Theorien Melanie Kleins interpretierte und beschrieben hat, daß in der Gruppentherapie regelmäßig Charakteristika der paranoid-schizoiden Position wieder auftauchen und es notwendig wird, sich dann immer wieder mit dem Durcharbeiten des Übergangs zur depressiven Position und den für sie spezifischen Themen zu beschäftigen.

Die Station: ein „Schnellkochtopf für Gefühle“

Der therapeutische Umgang mit diesen Problemen ist im Rahmen der stationären Psychotherapie schon allein deswegen notwendig, weil ein wenigstens einigermaßen erträgliches Zusammenleben der Patienten sonst wohl nur durch sehr strikte disziplinarische Regeln zu erzwingen wäre. Einen „Schnell-Kochtopf für Gefühle“ hat ein Patient unsere Station genannt, und jeder, der entsprechende Einrichtungen und Patienten kennt, weiß oder kann sich sicher mühelos vorstellen, daß es manchmal heiß hergeht, wenn zwanzig schwerkranke neurotische und einige Borderline-Patienten über längere Zeit miteinander leben müssen. Andererseits liegt in der Tatsache, daß sich die grundlegenden Probleme menschlicher Beziehungen dann oft so konzentriert und offen darstellen und miteinander erlebt und oft genug auch agiert werden, auch eine echte therapeutische Chance, die es unseren Patientinnen und Patienten ermöglichen kann, neben der Klärung der jeweils aktuellen persönlichen Fragen auch miteinander und mit dem therapeutischen Team neue, heilsame Erfahrungen im zwischenmenschlichen Umgang zu machen.

Für viele unserer Patientinnen und Patienten ist es wirklich neu und ungewohnt, daß man streiten und nachher etwas klären kann; daß man seine Gewaltbereitschaft einzugrenzen lernen muß, um in einer Gemeinschaft, die einem wichtig geworden ist, bleiben zu können, und daß dies nicht kränkender Unterwerfung und Anpassung gleichzusetzen ist; daß andererseits auch ein heftiger Streit nicht immer gleich zur Zerstörung von Beziehung führen muß usw. Dabei meinen wir natürlich nicht, daß eine begrenzte Zeit, in der Patienten in der stationären Therapie solche Erfahrungen machen können, zu einem fortan grundsätzlich veränderten Erleben und Verhalten führt. Zu hoffen ist aber, daß sie mit der anschließend immer notwendigen ambulanten Therapie dann etwas konstruktiver umgehen und vielleicht auch gelegentlich bei Familien-Konflikten an Erfahrungen in der Klinik denken können.

Erstes Beispiel: die Gruppe als „Container“ (Bion)

Es ist die letzte Stunde vor der Entlassung von Frau A. Herr B. ist verspätet erschienen, sieht mitgenommen und unausgeschlafen aus. Frau C., die sich immer große Mühe gibt, Kluges zu sagen, und die sehr schlecht wirklich Kontakt zu den anderen Patienten findet, beginnt nach einigem Schweigen mit einem schwer verständlichen Bericht darüber, daß sie nicht „frei fühlen“ könne, sich nicht auf etwas Schönes freuen könne, sondern auch bei eigentlich erfreulichen Planungen sich alles mit intensivem Nachdenken über damit verbundene mögliche Probleme verderbe. So lade sie sich nur Pflichten auf, die sie dann erfülle.

Das bleibt alles vage, unkonkret, auch noch akustisch schwer verständlich wegen ihrer leisen Stimme, die sie trotz eines lauten Rasenmähers im Klinik-Park auch nicht verändert. Die Gruppe nimmt das eine ganze Weile schweigend hin. Nur Frau D. traut sich schließlich zu sagen, daß sie das nicht verstünde. – Als ich Frau C. sage, sie fühle sich jetzt vielleicht auch zum Sprechen verpflichtet, ohne sich zu fragen, ob sie wirklich etwas mitteilen möchte, erklärt sie, sie wolle schließlich gesund werden, dafür müsse man doch was tun! Aufgrund der Überlegung, es könne bei der Gruppenstimmung und im Zusammenhang mit der Entlassung von Frau A. um große Erwartungen an die Therapie und entsprechende Enttäuschung gehen, greife ich das Wort „gesund“ auf, versuche die Gruppe zu Überlegungen dazu anzuregen – keine besonders geschickte Idee, wie sich zeigen wird:

Frau D. meint dazu, sie wolle nachts durchschlafen können und nicht mehr mit Angstzuständen aufwachen; Frau A. erklärt, sie habe gelernt, sich selbst mit ihren Meinungen und Gefühlen mehr zu akzeptieren, traue sich auch etwas mehr, sich darüber zu äußern. So habe sie es gewagt, ihrem Mann kurz, knapp und ehrlich zu sagen, daß sie ihn eklig finde. Wie meist, wenn sie ein schlechtes Gewissen hat, ufert sie dann aus in immer verwirrendere Schilderungen von schlimmen Taten des Mannes, mit denen sie diese Äußerung nachträglich zu rechtfertigen versucht. Es passiert ihr dann oft, daß etwas, was anfänglich sachlich und gefühlshaft ganz klar zu sein schien, in dem Redeschwall verloren geht. Jetzt platzt Herrn B. der Kragen: Was denn das nun solle? Ob jetzt eine Materialsammlung über Gesundheit gemacht werden solle? Er spreche allmählich den Gruppen jeden Wert ab, und die Vollversammlung sei noch schlimmer, es gebe keinen Tiefgang mehr usw.

Erstaunlicherweise reagiert niemand direkt gekränkt, statt dessen interessieren sich die drei gescholtenen Frauen dafür, was denn mit

Herrn B. heute los sei. Er erzählt dann von einem Vorstellungsgespräch am Tag zuvor, wobei es um die Frage einer Berufsausbildung gegangen ist. Eigentlich ist alles ganz gut verlaufen, aber es ist ja wieder nur ein kleiner Schritt – das kann er nie richtig würdigen. Kränkend und deprimierend findet er die Bilanz seines bisherigen Lebens: Abitur, sechs Semester wenig intensiven Studiums, statt dessen Alkohol- und Cannabismißbrauch, inzwischen wieder Abstinenz, psychosenahe Ängste und ausgeprägte Kontaktstörungen. Jetzt hat er Angst, was wieder alles auf ihn zukommt. Kränkend ist aber auch, an kleinen positiven Veränderungen spüren zu müssen, daß er die Therapie wirklich braucht, eben nicht aus eigener Kraft seit jeher perfekt und großartig ist. Schließlich befürchtet er, einfach einen „Schaden“ zu haben, „seelisch verkrüppelt“ zu sein, wobei aber auch anklingt, daß man dann immerhin aufgeben könnte, sich anzustrengen.

Die Gruppe beschäftigt sich jetzt intensiv mit Herrn B. Frau C. nimmt einen ersten wirklich direkten Kontakt zu ihm auf mit der schlichten Frage nach seinem Alter. Frau A. fragt nach, gibt auch Ratschläge, die jedenfalls zum Teil der Situation angemessen und nicht zu wortreich sind. Herr E., ein junger Mann, der sich oft mit Herrn B. vergleicht, ist deutlich nachdenklicher als sonst. Er versucht, auch in eigener Sache, zu betonen, daß die Rückschau auf verdorbene Jahre nicht die Bemühungen um eine bessere Zukunft verhindern sollte. Dabei fällt es auch ihm schwer, daß es nur um ein „Bessermachen“ gehen kann, denn eigentlich hatte er ja Weltklasse-Sportler werden wollen anstatt sich jetzt in einer mittleren Beamtenlaufbahn zu langweilen.

Ich stelle den Verlauf des Gruppengesprächs in diesen Zusammenhang: Es gehe um die Gefahr, daß man aus lauter Wut und Verzweiflung über einen Scherbenhaufen gleich noch mehr kaputt schlägt. So hat Herr B. sich mit seiner Niedergeschlagenheit und seinen Kränkungen nicht direkt herausgetraut, er hat wohl auch versucht, sie durch vorwurfsvolle Projektion loszuwerden, indem er diese niveaulose Gruppe beschimpfte (Beland). Damit hat er sich zunächst zusätzlich in die Gefahr gebracht, überhaupt nicht verstanden zu werden, statt dessen hier auch noch Ärger und Streit zu provozieren.

Jetzt können Frau D. und Frau A. auch sagen, daß er sie in der Tat gekränkt hatte, Frau C. hatte ein schlechtes Gewissen, daß sie so ein dummes Thema angeschnitten hatte. Herr E. war ein bißchen neidisch, daß Herr B. einfach mal so platzen konnte. Zugleich bemerkt er aber auch, dieser behindere seine Fortschritte manchmal mit seinen immer wiederkehrenden Wutausbrüchen auf seine Kindheit und die aktuelle Umwelt. – Herr B. beschreibt nun nochmal genauer und

konstruktiver, was ihn am Redestil von Frau A. stört, jetzt aber in einer Weise, daß die sich damit auseinandersetzen kann. Zum Abschied ermahnt sie dann die beiden jungen Männer, sie sollten mir gut zuhören, wenn ich von dem Scherbenhaufen spreche, den man nicht aus Enttäuschungswut noch vergrößern soll.

Wesentlicher als die Beschäftigung der Gruppe mit Herrn B.s Berufsproblemen scheint mir hier die gemeinsame Erfahrung eines konstruktiven Umgangs mit Kränkung und Wut. Im Schutz einer annehmenden Gruppen-Atmosphäre hat Herr B. schließlich darüber sprechen können, daß er ja eigentlich wütend und unglücklich über sich selbst und sein bisheriges Leben ist.

Somatisieren, halluzinieren, agieren

Ich hoffe, es ist bei diesem Gruppenbericht auch fühlbar geworden, daß diese Auseinandersetzungen mit sehr viel seelischem Schmerz einhergehen, Schmerz, den die Patienten aus frühen Erfahrungen gut kennen und verständlicherweise immer wieder auch zu vermeiden versuchen, da sie es nicht ausreichend erfahren haben, daß man in der haltenden, Einfühlung und Verstehensmöglichkeiten bietenden frühen Beziehung zur Mutter, Schmerz auszuhalten lernen kann. Bions Bild von der Mutter als einem Container, der Ängste, Schmerzen und Spannungen, die das Kind projiziert, aufnimmt, verarbeitet und dem Kind in erträglicherer Form zurückgibt, läßt sich sowohl in gelungenen Gruppensitzungen wie in der Einzeltherapie wie auch im Umgang eines Stations-teams mit Krisensituationen, wenn es denn gut geht, wiederfinden.

Als pathologische Wege, seelischen Schmerz zu vermeiden, benennt Britton unter Bezugnahme auf Bion: Somatisieren, halluzinieren und agieren. Das sind Überlegungen, die unsere Ungeduld mit unspezifischen körperlichen Symptomen mildern und einen therapeutischen Zugang eröffnen können; halluzinatorische Erlebnisse von Borderline-Patienten werden als Projektion anders nicht auszuhaltender seelischer Schmerzen zugänglicher, und das Agieren, von uns allen meiner Erfahrung nach besonders rasch als überflüssig und ärgerlich erlebt, kann man so auch eher als Signal ernstnehmen.

Zweites Beispiel

„Das war richtiger Schmerz!“ So beendete eine 30jährige Patientin, seit ihrem 15. Lebensjahr nun etwa zum zwanzigsten Mal in stationärer Be-

handlung wegen immer wiederkehrender bedrohlicher Suizidalität, ihren Bericht vom Wochenende. Sicher benutzte sie das Wort „richtig“ vordergründig im umgangssprachlichen Sinn als Intensitätsbeschreibung. Dennoch ging es ihr auch noch um etwas anderes: Sie hatte am Abend, als sie sich vor der Rückkehr zur Klinik von ihren Kindern verabschiedete, gesehen, daß ihr sechsjähriger Sohn weinte. Und – obwohl er doch ein Junge sei! – hatte sie ihn ermutigt, seine Tränen nicht zu verstecken. Dann hatte sie selbst auf der ganzen langen Fahrt durch die Stadt auch nur geweint, anstatt wie sonst in vergleichbaren Situationen so lange an ihrem Mann herumzusticheln, bis es zu einem Riesenstreit gekommen wäre, der leicht für sie wieder in eine suizidale Krise hätte münden können.

Es war anrührend, daß sie fast stolz auf diese für sie neue Erfahrung war, die doch beinhaltete, daß sie versuchte anzuerkennen und auszuhalten, daß die Familiensituation durch ihre Erkrankung sehr schwierig und traurig ist, während sie sonst oft versuchte, sich ihren Idealvorstellungen von Mütterlichkeit, angereichert u.a. durch die Lektüre von Else Urys „Nesthäkchen und ihre Kinder“, zu überlassen, und sich dafür zu hassen, daß ihr natürlich nichts auch nur entfernt ähnliches gelang.

Sehr deutlich wurde im Verlauf ihrer suizidalen Krisen, wie sie zunächst immer versucht, auf sie zukommende schmerzhaftere Ereignisse zu ignorieren. Mit hektischer, mehr oder weniger sinnvoller Betriebsamkeit sich betäubend, findet sie sich dann schließlich vor vollendeten Tatsachen wieder, die sie als so schmerzhaft erlebt, daß als Ausweg nur noch suizidales Agieren zu bleiben scheint. Die Möglichkeit, unerträglichen Schmerz aktiv zu beenden durch den Tod, erscheint dann einerseits als ideale Lösung, andererseits verursachen noch erhaltene Reste von Liebe und Verantwortung für ihre Kinder ihr ein schlechtes Gewissen, das sie projektiv loszuwerden versucht mit der Idee, die Kinder würden sie vergessen und froh sein, eine bessere Mutter zu bekommen.

Die allmählich gewachsene therapeutische Beziehung zu uns, die gleichfalls nun Selbstmord nicht mehr als ideale Lösung bestehen ließ, schien sie durch endlose Provokationen zerstören zu wollen: Ankündigungen wegzulaufen, Beurlaubungswünsche wegen neuer Wohnzimmermöbel bei gleichzeitig konkreten Planungen, die nächsten Tage nicht mehr zu erleben, Aufforderungen an die Schwestern, sie an den Medikamentenschrank zu lassen, und ähnliche völlig irrationale Äußerungen, die Angst und Wut im jeweiligen Gegenüber auslösten. Gerade diese „verrückten“ Provokationen führten dann aber zu der Idee, daß darin auch eine Hoffnung liegen könnte: Mit der Überlegung, daß sie

Wut, Angst und Verwirrung in uns projizierte mit vielleicht einer Hoffnung, wir könnten damit umgehen und so auch sie schützen (Ogden), gelang es erfreulicherweise, die Station in einen einigermaßen funktionierenden Container zu verwandeln. Bions differenzierte und komplizierte Theorie wurde dabei sicherlich arg verkürzt und pragmatisch angewandt, und es konnten wohl auch nicht alle Beteiligten wirklich verstehen, daß sie hier auf dem Wege der projektiven Identifikation Angst aushalten mußten, der die Patientin sich nicht mehr gewachsen fühlte. Dennoch gelang es, durch intensive Betreuung und wenn immer möglich ruhigen und klärenden Umgang mit ihren alarmierenden Mitteilungen der Patientin eine erneute Verlegung auf eine geschlossene Station zu ersparen, obwohl sie schließlich in einer Situation, als sie sich offenbar immer noch zu sehr allein und zu wenig gehalten fühlte, die eigene Suizidalität als bedrohlichen schwarzen Mann, der sie rief, halluzinierte. „Dann“, sagte die Patientin, „fällt mir wirklich nichts mehr anderes ein, als mich umzubringen“. In dieser Situation akzeptierte sie dann aber eine Medikation und reagierte mit sofortiger Entspannung auf ein hochpotentes Neuroleptikum.

Wir hoffen, daß diese Erfahrung der Patientin, die inzwischen von Berlin weggezogen ist, wenigstens soviel genutzt hat, daß sie bei sicher wieder nötigen weiteren Klinikaufhalten direkter Hilfe suchen und annehmen kann und nicht erneut in den ihr nur zu gut vertrauten Strudel von Aggressivität, Provokation und schließlich Zwangsmaßnahmen zu ihrem Schutz gerät. Ihren Aufenthalt bei uns beendete sie in für sie typischer Weise: Sie sah plötzlich ihre Lebenssituation wieder in einem fast nur positiven Licht und drängte auf Entlassung, weil sie zu ihren Kindern wolle. Schlimmes und Bedrohliches waren abgespalten, das bei uns erfahrene Gute idealisierte sie in einer Weise, die um seinen dauerhaften Bestand auch schon wieder fürchten ließ.

Bei den Mitpatientinnen und -patienten hinterließ sie offenbar den Eindruck einer Wunderheilung und eine passiv-vorwurfsvolle, neidische Stimmung. Im Umgang mit uns machte sich eine Haltung breit, die aus Riesenerwartungen an unsere heilenden Fähigkeiten, unterdrückter Enttäuschungswut und passiver Verweigerung eigener konstruktiv-therapeutischer Aktivitäten bestand, was wir zunächst nicht verstehen konnten. Einem Kollegen fiel schließlich ein, er habe da gerade bei Freud in „Totem und Tabu“ gelesen, wie die Wilden mit ihren Häuptlingen umgehen: „Heute noch als Gott verehrt, mag es ihm passieren, morgen als Verbrecher erschlagen zu werden“ (IX, S. 57), heißt es da.

Der Wunsch, in der therapeutischen Beziehung einem Ideal-Men-

schen zu begegnen, der schnell und vollständig von all dem Schlimmen befreien kann, spielt im Zusammenhang mit der Tendenz unserer Patienten, in ideal gut und vollständig schlecht zu spalten, sehr oft eine Rolle. Die zu erwartende Enttäuschungswut bleibt oft sehr lange unausgesprochen, da in der besonderen Situation der Behandlung im Krankenhaus die in jeder Therapie entstehenden Abhängigkeitsgefühle intensiver und realistischer erlebt werden.

Gruppenstunden wie die folgende, in denen einige dieser Fragen thematisiert werden, halten wir deshalb für besonders wichtig.

Drittes Beispiel: „Leben ist auch, wenn wir unglücklich sind“

Es ist wieder eine Abschiedsstunde, diesmal für die ca. 50jährige Frau D. Für die anderen, erheblich jüngeren Patienten, hat sie sich in ihrem Verhalten nicht sonderlich verändert durch die Therapie, von ihren Problemen hat sie in der Gruppe wenig erzählt. Wir hielten es für einen durchaus wichtigen therapeutischen Erfolg, daß wir sie nach Monaten zum ersten Gang ans Grab ihres Partners bewegen können, ein Gedankengang, über den die anderen Patientinnen und Patienten in der Gruppe sicherlich nur den Kopf geschüttelt hätten. Frau D. berichtet nun aber, daß sie jetzt mit dem Gedanken leben könne, daß ihr Partner verstorben sei – die depressive Starre, in die sie nach diesem akuten Ereignis verfallen war, war Aufnahmeanlaß gewesen. Sie träume zwar noch oft von ihm, könne aber Traum und Realität trennen, habe nicht mehr nächtliche halluzinatorische Erlebnisse, in denen er ihr erscheint. Etwas betulich wünscht sie dann den andern viel „Kraft“ für ihre Therapie.

Nur Herr F. murmelt so etwas wie Bedauern über den Abschied, die andern sind eher verlegen und unbeteiligt, jeder mit sich beschäftigt. Herr H. und Frau G. versuchen dann, eigene Fortschritte jedenfalls im Umgang mit der Therapie zu beschreiben. Dann spricht Herr H. Herrn I. an, einen jungen Mann mit dramatischen Ängsten, an Herzinfarkt zu sterben, einerseits und wilden aggressiven Phantasien, wie er sich von all seinem seelischen und sozialen Elend befreien könnte, andererseits. In der Musiktherapie trommelt er seit einiger Zeit ohrenbetäubend, verbale Äußerungen sind seine starke Seite gar nicht. Immerhin läßt er sich jetzt etwas entlocken über seine familiären Probleme: Tante krank, Mutter krank, Bruder und Schwester kümmern sich um gar nichts, eigentlich müßte er nun für die Mutter sorgen, statt dessen hockt er in der Klinik und soll therapeutische Dinge tun, die er größtenteils nicht mag.

Frau K., die zu Beginn dieser Arbeit zitierte Patientin, interessiert sich kurz für die Situation des Herrn I., ist aber eigentlich zappelig, kann kaum stillsitzen, teilt auf Nachfrage mit, daß sie es am liebsten hätte, man könnte sich jetzt einfach Witze erzählen. Dann entschließt sie sich aber doch, etwas über ihre eigene schwierige Lebenssituation zu sagen: Besonders bedrückend ist, daß sie nun aus der Jugendlichen-WG, in der sie einige Jahre gelebt hat, ausziehen muß. Jede Trennung, auch wenn sie sachlich begründet und gut vorbereitet sei, sei für sie unerträglich, reaktiviere alte und bisher unverarbeitete Schmerzen (das weiß sie seit ihrer ersten Therapie).

Ich unterstreiche hier zunächst nur, daß Herr I. wohl laut auf die Pauke haut und Frau K. Witze erzählen möchte, wenn es darum geht, seelischen Schmerz zu vermeiden. Frau K. bestätigt, daß sie um so alberner und lauter werde, je schlechter es ihr gehe. Eigentlich sei das blöd. Auf meinen Hinweis, daß das dennoch für uns alle eine wichtige, weil unsere Reaktion beeinflussende Information sei, reagiert sie mit einer ausführlichen Erzählung, wie enttäuscht sie sei über ihre vorausgegangene Therapie.

Sie treffe sich noch mit ehemaligen Mitpatientinnen, und dann würden sie gemeinsam schimpfen, damit die Trennung von der Tagesklinik nicht mehr so weh tue. Das habe aber eigentlich in der seither vergangenen Zeit überhaupt nicht geholfen. Wahrscheinlich habe sie auch bisher alles unter falschen Voraussetzungen angefangen: Sie habe die jeweiligen Therapeuten immer entweder „voll süß“ oder „voll Scheiße“ gefunden (ich hatte zunächst in die zweite Kategorie gehört!). Auch habe sie die Idee gehabt, nach der Therapie für den Rest ihrer Tage ein rundum glücklicher und problemloser Mensch zu sein. Jetzt fange sie an zu verstehen, daß das wohl falsch sei, und damit habe sie ja vielleicht auch eine neue Möglichkeit. Mir gegenüber fühle sie sich jetzt eher neutral, da könne sie vielleicht auch ehrlicher zeigen, wie ihr zumute ist, sei nicht so darauf angewiesen, daß ich sie toll finden müßte. Leben bestehe ja wohl aus viel Kummer und Leid und Kämpfen und manchmal Freude und Glück. Auch wenn das alles noch recht „gelernt“ klingt, ist neu, daß Frau K. sich darüber in der Gruppe äußert und dabei einen direkten Bezug zur Therapeutin herstellt.

Frau L., eine Studentin, die ihr ganzes Selbstwertgefühl aus hervorragenden Leistungen in ihrem Studium bezieht und nun, kurz vor dessen Abschluß, erstmals eine Stimme gehört hat, die ihr zum Selbstmord riet, hebt kurz den Kopf und sagt ganz ruhig: „Leben ist auch, wenn wir unglücklich sind!“ Die beiden jungen Frauen beschreiben dann die Angst, die sie vor dem seelischen Schmerz haben, und die Angst, daß der nie wieder aufhört, eine Phantasie, die ja

auch in diese Welt der Spaltungen in ideal gut und restlos schlecht gehört.

„Millionen kleine Schritte“

„Psychotherapie – das sind Millionen kleine Schritte!“ hat eine unserer Patientinnen einmal mit einer Mischung aus Enttäuschung und Einsicht gesagt. Auch wir Therapeuten müssen immer wieder die seelische Arbeit leisten, die eigenen Begrenzungen und die der Patienten zu akzeptieren. „Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen Anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren...“ schrieb Freud 1919 (XII, S. 193).

Tief verstrickt in Diskussionen über die tägliche Mineralwasser-Zuteilung, Nuß-Nougat-Creme zum Frühstück und ähnliche Alltagszankereien frage ich mich manchmal, ob irgendwo noch etwas von dem Gold der Analyse zu finden sein wird. Und doch entdeckt man es wieder in scheinbar so einfachen Situationen wie z.B. der Erleichterung zweier „Kampfhähne“, die zuletzt nur noch aus Angst vor der Kränkung weitergestritten haben, der andere werde einen kühl zurückweisen, wenn man Verständigung sucht. Plötzlich wird dann den Beteiligten klar und fühlbar, wie frühere schlechte Erfahrungen den heutigen Alltag beeinflussen, und es tauchen immerhin Ideen auf, etwas Neues zu versuchen.

Dennoch gerate ich als Therapeutin bei dieser klinischen Tätigkeit oft in Konflikt mit dem eigenen intellektuellen und theoretischen Anspruch; und noch wesentlich schwieriger ist es, das Wissen auszuhalten und auch immer wieder zu vertreten, daß wir bestenfalls helfen, aber sicher nicht heilen können. Auch wir befinden uns dann immer wieder in der Auseinandersetzung mit Gefühlen, die denen unserer Patienten gar nicht so fremd sind: Enttäuschung, Wut, Vorwurfsstimmung als Ergebnis einer Projektion von Schuldgefühlen, die Angst, mehr zu zerstören als zu reparieren, Tendenzen zur Resignation, zur Abgrenzung von all dem Kranken und Schwierigen. Auch wir müssen dann wieder um die depressive Position kämpfen, um weiterarbeiten zu können, d.h.: Kritisch mit eigenen Fehlern umgehen und Schuldangst aushalten müssen, um sorgsam und verantwortungsbewußt bleiben zu können, ohne überfürsorglich zu werden.

„Millionen kleine Schritte“! – Frau K. hat natürlich ihre neutrale Haltung mir gegenüber nicht durchhalten können, sie auch nur mühevoll zur Herstellung eines einigermaßen tragfähigen Arbeitsbündnisses

nutzen können. Mit großer Anstrengung ist sie inzwischen weiter gegangen auf dem schmerzhaften, für sie zeitweise lebensgefährlichen Weg der Entidealisierung der eigenen Person, der Therapeutin und der Beziehung zwischen beiden. Ideale Beziehung bedeutete für sie über lange Zeit, daß Getrenntsein zwischen Menschen gar nicht sein dürfte; verzweifelt versuchte sie immer wieder eine Situation zu erzwingen, in der die Therapeutin wie hautlos mit ihr verbunden zu fühlen wäre. „Wir halten doch zusammen?“ hat sie sich dann manchmal vergewissert, wenn sie unsicher war, ob ich ihren destruktiven Umgang mit Meinungsverschiedenheiten ausgehalten hatte – eine Frage, die immerhin den Übergang zu einer Beziehung eröffnete, in der zwei Menschen trotz vieler Konflikte zueinander stehen können.

Literatur

- Beland, H.: Technische Probleme bei projektiver Abwehr narzißtischer Spannungen („Vorwurfspatienten“). Zeitschrift f.psa.Theorie und Praxis 5 (1990), S. 38-56
- Bion, W.R.: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Klett, Stuttgart 1971
- Bion, W.R.: Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt, 1962
- Britton, R.: Keeping things in mind. In: Anderson, R. (Ed.): Clinical Lectures on Klein and Bion. Routledge, London, 1992, S. 102-113
- Freud, S.: Totem und Tabu. GW IX
- Freud, S.: Wege der psychoanalytischen Therapie. GW XII, S. 183-194
- Grimms Märchen. Manesse, Zürich, 1946
- Horaz: Oden und Epoden. Reclam, Stuttgart, 1978
- Klein, M.: Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In: Das Seelenleben des Kleinkinds. Rowohlt, Hamburg, 1972, S. 45-73
- Klein, M.: Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch-depressiven Zuständen. A.o.O., S. 75-100
- Klein, M.: Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen A.o.O., S. 101-125
- Klein, M.: Zur Theorie von Angst und Schuldgefühl. A.a.O., S. 126-143
- Ogden, Th.: Projective identification and psychotherapeutic technique. J. Aronson, New York-London, 1982
- Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, Stuttgart, 1974

Anmerkung

- * Geänderte Fassung eines Vortrags anlässlich der Verabschiedung von Prof.Dr. Werner Greve am 7.5.1994. Sein vorurteilsloser Einsatz für die Integration psychotherapeutischer Methoden in die Allgemeinpsychiatrie und sein unermüdliches Wirken als Vorbild bei der Suche nach dem „goldenen Mittelweg“ im psychiatrischen Klinik-Alltag sollten vor allem gewürdigt werden.

Wie aus einer Medikamentenstudie eine therapeutische Beziehung erwuchs

Eine Kasuistik



Andrea Jakobitsch

Zusammenfassung

Die Entwicklung einer Ärztin-Patientinnen-Beziehung wird beschrieben, welche aus einem stationären Setting auf einer sozialpsychiatrischen Abteilung hervorging. Anfänglich stand die Patientin einer längeren Behandlung völlig ablehnend gegenüber. Die Teilnahme an einer Medikamentenstudie änderte nicht nur die Haltung gegenüber der Behandlung, sondern war auch für das Zustandekommen einer therapeutischen Beziehung wegbereitend. Nachfolgend wurde die Loslösung der Patientin zum Problem.

Zur Lebensgeschichte

Frau R. wurde am 30.6.1950 in Kramatorsk, einer kleinen Stadt in der Ukraine geboren. Nach eigenen Angaben hat sie eine unauffällige Kindheit verbracht, war jedoch stets darauf bedacht, die Ideale ihrer Eltern zu erfüllen. Nach zehn Pflichtschuljahren arbeitete Frau R. in einer Fabrik zur Herstellung von Microchips für die Raumfahrt. Sie begann während dieser Zeit ein Chemiestudium, welches sie mit einem Diplom abschloß. Während der Studienzeit hatte sie eine enge Beziehung zu einem Mann, der kurze Zeit später verstarb. Anschließend heiratete Frau R. einen Schweizer, zog mit diesem nach Angola und anschließend nach Bern. Drei Jahre später ließ sie sich von ihrem Mann scheiden und übersiedelte nach Basel. Nach einer weiteren unglücklichen Beziehung begann sie, wieder in ihrem Beruf zu arbeiten und erhielt kurze Zeit später eine reguläre Assistentenstelle am anorganischen Institut der Stadt Basel zugesagt. Vor Antritt der Stelle verbrachte Frau R. einen sechswöchigen Aufenthalt bei ihren Eltern in der ehemaligen UdSSR.

Gesichtsverlust

Frau R. war von den Verhältnissen, die sie in ihrer Heimat vorgefunden hatte, sehr enttäuscht. Einige Tage nach ihrer Rückkehr kam es in ihrer Wohnung zu einem vermutlich durch Zigaretten ausgelösten Brand. Dabei zog sich die Patientin schwerste Verletzungen im Gesicht zu, begab sich jedoch erst Tage später in ärztliche Behandlung, nachdem ihre Wohnung polizeilich aufgebrochen worden war. Trotz mehrerer Hauttransplantationen konnte ihr Gesicht nicht mehr so hergestellt werden wie vor dem Unfall. Frau R. war nicht mehr in der Lage, ihr früheres Leben aufzunehmen. Es war, als hätte sie ihr Gesicht verloren. Eine schleichend progrediente Entwicklung mündete in eine Psychose, die zu ihrem ersten Klinikaufenthalt in der Psychiatrie führte.

Begegnung

Ich lernte Frau R. auf der Rehabilitationsabteilung kennen. Sie war anfänglich sehr abwehrend, vor allem wenn es um Themen ging, welche sie emotional zu berühren schienen. Im Gespräch wirkte sie verschlossen, sphinxhaft, lächelte überlegen, hatte jedoch einen ätzenden Humor, wenn sie konkrete Fragen beantworten sollte. Die finanzielle Situation schien eine nicht unwesentliche Rolle in ihrem Leben zu spielen, zumal es ihr bisher nie an etwas gefehlt hatte, und sie jetzt von der Sozialhilfe leben mußte. Ich befürchtete, daß sie nach der Klärung ihrer finanziellen Situation die Behandlung abbrechen würde. Ich machte Frau R. den Vorschlag, an einer Medikamentenstudie mitzuwirken. Ziel dieser Studie war es, die Patientin auf eine möglichst geringe Dosis einer rezidiv-prophylaktischen Langzeitmedikation einzustellen. Frau R. war bereit, daran teilzunehmen: Mit der Studie war eine einjährige ärztliche Betreuung verknüpft.

Nachdem Frau R. aus der Klinik in ein Wohnheim übergetreten war, trafen wir uns in wöchentlichen Abständen. Ihr intellektuelles Auftreten täuschte mich anfänglich über ihre versteckten Gefühle und ihr Alkoholproblem.

Mit der Zeit wurden unsere gemeinsamen Gespräche ein wichtiger Bestandteil im Leben von Frau R. Ziel meiner begleitenden Betreuung war es, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und möglichst viel Autonomie zu erreichen. Frau R. suchte sich eine Wohnung aus. Sie entwickelte besondere Fähigkeiten, sich etwas zu organisieren wie z.B. Geld für eine Reise zu ihren Eltern. Aber die Unterkunft entwickelte sich zum Problem und drohte, an ihrer eigenwilligen Persönlichkeit zu

scheitern. Ich war zur Anlaufstelle für Finanzen, Wohnung, Kontakte und Frau R.s Befinden geworden weit über die Medikamente hinaus.

Als Frau R. letztendlich auf eigenes Betreiben eine eigene Wohnung fand und über ein gut funktionierendes soziales Netz verfügte, schien unser therapeutisches Ziel erreicht.

Der Ablösungsprozeß

Mir war bewußt, daß Frau R. eine gewisse Abhängigkeit entwickelt hatte, deren Ablösung und die damit verbundenen Trennungsängste eine Gefährdung ihrer Gesundheit mit sich bringen könnten. So nahm ich mir vor, ganz behutsam vorzugehen und den zeitlichen Rahmen unserer Gespräche mit Studienende zu begrenzen. Um den Ablösungsprozeß zu erleichtern, wollte ich Frau R. bei der Suche nach einer externen Therapeutin behilflich sein. Mit einem Traum machte sie deutlich, wie weit die Realität hinter ihren Erwartungen zurückgetreten war: „Als kleines Kind mit blonden Haaren laufe ich über eine prächtige Blumenwiese. Auch höre ich Vogelgezwitscher, welches vom nahen Wald her kommt. Als ich mich jedoch dem Wald nähere, sind die Vögel nicht mehr zu hören. So entschlief ich mich, Blumen zu pflücken. Doch als ich mich zu den Blumen hinunterbückte, sind auch diese verschwunden.“

Unser Oberarzt ist eine Frau

Zur Mann-Frau-Interaktion in einer Klinik



Ulrike Hoffmann-Richter

*„Schließlich können Verkehrsregeln von Fußgängern genauso gut in überfüllten Küchen wie auf belebten Straßen, das Recht, die Rede eines anderen zu unterbrechen, genauso gut beim Frühstück wie in Gerichtssälen, Zärtlichkeitsbezeugungen in Supermärkten genauso gut wie in Schlafzimmern untersucht werden. Ob sich hier mit Bezug auf die traditionellen Kategorien Unterschiede ergeben und worin diese bestehen, bleibt eine offene Frage.“
(Erving Goffman, 1982)*

Zusammenfassung

Die Autorin führte als teilnehmende Beobachterin während etwa eines Jahres Feldnotizen zur Interaktion zwischen Männern und Frauen aus dem Kader einer Klinik. Auszüge aus den Notizen werden zitiert. Eine Analyse nach der Grounded Theory zeigt, daß das traditionelle Arrangement der Geschlechter weiterhin existiert. Es setzt sich nicht nur im Privatleben, sondern auch am Arbeitsplatz fort. Es dominiert die Interaktion zwischen Männern und Frauen auch dort, wo Frauen Männern gleichgestellt sind oder gar ihnen übergeordnet. Da diese Regeln des Umgangs zwischen Männern und Frauen den strukturellen Gegebenheiten, den Funktionen, die Frauen bekleiden, nicht mehr entsprechen, führen Interaktionen vielfach zu Verwirrung, Irritationen, Mißverständnissen oder verunmöglichen einen inhaltlichen Austausch. Die Autorin zeigt Ansätze anderer Möglichkeiten der Interaktion und plädiert für einen kreativen Umgang miteinander.

Die ersten Jahre meiner Tätigkeit als Oberärztin einer Klinik waren durchzogen von verwirrenden, scheinbar unauflösbaren Situationen. Sie stellten unerfüllbare Anforderungen an meine Interaktionsfähigkeit. Die üblichen Regeln des Umgangs miteinander am Arbeitsplatz galten anscheinend nicht. Regeln aus dem Privatleben halfen nicht weiter. Einzig, daß es hier eine Störung gab, hatte ich sehr schnell begrif-

fen. Und diese Störung schien etwas mit dem Umgang zwischen Männern und Frauen zu tun zu haben. Folgende Sequenz gibt einen Eindruck von der wiederkehrenden Irritation:

Er: Sie sind eben vorbei, die guten alten Zeiten. – Für uns Männer natürlich.

Sie: Auch für die Frauen ist etwas verlorengegangen.

Er: Was denn?

Sie: Was man im Überrest als „Cinderella-Komplex“ bezeichnet.

Er: Gibt es den?

Sie: Ich glaube schon.

Er: Dann trauern wir also gemeinsam den guten alten Zeiten nach.

Sie: Nein.

Wie nun, was heißt das? Die Männer trauern um die „guten alten Zeiten“, in denen Klarheit darüber bestand, daß die Männer das Sagen hatten? Und die Frauen trauern nicht? – So ist es nicht, sagt sie. Die Männer trauern eindeutig und die Frauen zweideutig? Stimmt das? War da nicht eine Ironie bei ihm? Hat sie ihn richtig verstanden? Wollte er sie nicht nur necken? Es gibt Fernsehserien „Unser Boß ist eine Frau“, Frauenquoten, Frauenförderung, Frauenforschung. Aber im eigenen realexistierenden Alltag, dort, wo eine Frau Oberärztin in einer Klinik wird, scheint der Umgang mit ihr nicht fraglos und nicht einfach zu sein, sondern kompliziert und irritierend.

Die Tatsache, daß „irgend etwas“ in der Interaktion zwischen Männern und Frauen schwierig war, konnte nicht genügen. Dazu beeinträchtigten diese Schwierigkeiten den Alltag zu sehr. Ich begann, mir Notizen zu machen. Nach einzelnen Gesprächen notierte ich die Gesprächssequenzen einschließlich meiner Wahrnehmungen und Überlegungen. Ich versuchte, mir über die Komplexität im klaren zu werden und mein mir zur Verfügung stehendes Kontextwissen zu Hilfe zu nehmen. Das Ergebnis dieses Prozesses ist eine kleine Studie nach den Regeln der Grounded Theory (A.L. Strauss 1994), einer der derzeit wichtigsten qualitativen Methoden der Sozialforschung. In einigen Untersuchungen wurden dafür bereits persönliche Feldnotizen herangezogen (z.B. Floeth 1991).

Das Feld

Die gesammelten Dialogsequenzen einschließlich Wahrnehmungen, Eindrücken und nachfolgenden Überlegungen stammen aus dem Alltag derselben Klinik. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie bis auf wenige

Ausnahmen Sequenzen aus dem halbprivaten Raum erfassen und nur selten eindeutige Dienstgespräche. Die Interaktionen ereigneten sich beim Mittagessen, beim Kaffee trinken in der Klinikskantine, auf Wegen im Klinikgelände oder am Rande von Klinikveranstaltungen zwischen mehreren Männern und einer Frau. Alle gehören zum akademischen Kader der Klinik.

Die Gespräche wurden nicht mitgeschnitten, sondern nach dem Gespräch aufgezeichnet. Trotz einiger Beunruhigung waren alle Beteiligten damit einverstanden, daß die Gesprächssequenzen für eine Untersuchung genutzt werden konnten. Sie schien mir in zweierlei Hinsicht lohnend.

1. Die Interaktion zwischen Männern und Frauen am Arbeitsplatz ist nach wie vor ein Spannungsfeld. Frauen im Kader sind in der Interaktionsordnung nicht eingeplant.
2. Für den therapeutischen Umgang mit Patientinnen und Patienten müssen wir uns als Behandelnde nicht nur – soweit dies möglich ist – über unser Seelenleben im klaren sein, sondern auch über fraglose Regeln des Umgangs, die im Gespräch mit Patienten wie überall wirksam sind.

Die Arbeit ist so aufgebaut, daß die Leserin die Schritte von den Feldnotizen bis zu theoretischen Überlegungen und der Entwicklung weiterer Hypothesen verfolgen kann. Sie kann dabei die beschriebenen Interaktionen und deren Analyse bestätigt finden, sie in Frage stellen oder erweitern. Da die Sammlung der Notizen klein ist, kann sie nur ein Anfang sein.

Die Hypothese

Der erste Aspekt bildet zugleich die Ausgangshypothese der Untersuchung. Der zweite Aspekt bedürfte einer nachfolgenden Studie. Die Ausgangshypothese für die folgende kleine Feldstudie lautete demnach: Die Interaktion zwischen Männern und Frauen am Arbeitsplatz ist ein Spannungsfeld. Es gibt zwar eine Interaktionsordnung, die auch für den Umgang zwischen Männern und Frauen im Kader Gültigkeit haben sollte. Im Alltag zeigen sich aber massive Störungen, die gegen ihre Gültigkeit sprechen. Eine Feldstudie müßte die Störungen erfassen und analysierbar machen.

Die Methode

Nach den Regeln der Grounded Theory dienen Materialien aus dem Untersuchungsfeld – hier persönliche Feldnotizen – als Grundlage einer Untersuchung. Hierzu gehören nicht nur die notierten Gesprächssequenzen, sondern auch die Wahrnehmungen, Eindrücke, Assoziationen und Überlegungen der teilnehmenden Beobachterin. Sie mögen willkürlich oder zumindest rein subjektiv erscheinen. Die Ausgangsüberlegung ist jedoch, daß das untersuchte Feld komplex ist. Es bedarf aller verfügbaren Hilfsmittel zur Erfassung der Bestandteile und Zusammenhänge. Das erste Hilfsmittel besteht im „Kontextwissen“ der Untersucherin. Sie verfügt als Mitglied der Gesellschaft über Alltagswissen von Interaktionen, sowohl im Privatleben, in der Öffentlichkeit als auch am Arbeitsplatz. Sie ist vertraut mit Fachliteratur aus dem Bereich der Sozialwissenschaften, insbesondere der Ethnomethodologie und Grounded Theory und verfügt über einige Lebenserfahrung. Das bedeutet, daß subjektive Hintergründe bewußt als Hilfsmittel herangezogen werden, auf die Gefahr hin, daß eine Untersuchung zunächst einseitig bleibt. Mit der vertieften Einarbeitung in ein Forschungsgebiet werden diese Einseitigkeiten bei konsequenter Anwendung der Methode aufgehoben bzw. ergänzt.

In der vorliegenden Untersuchung werden deshalb subjektive Wahrnehmungen, Eindrücke und Assoziationen als Hilfsmittel verwendet, Zusammenhänge herzustellen, Bedeutungen von Interaktionen zu verstehen, daraus weitere „generative“ Fragen zu entwickeln, die zu Konzepten und schließlich einer Theorie führen. Diese Theorie muß durch fortgesetzte Feldstudien verifiziert oder in Frage gestellt werden (Strauss 1994, Flick et al. 1991). Zur Untersuchung von Interaktionen zwischen Männern und Frauen im Arbeitsbereich bedarf es persönlicher Daten. Die Erhebung ist deshalb nicht einfach. Sie stellt nicht den Anspruch, die Prozesse umfassend zu beschreiben. Sie will lediglich als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen dienen, und zugleich als Aufforderung zur Beobachtung und zur Suche nach neuen Formen des Umgangs.

Die Feldnotizen

1. Wie eingangs erwähnt veranlaßte mich die beinahe ständige Irritation im Umgang mit den Kollegen dazu, systematische Notizen zu machen. Zwei weitere Beispiele demonstrieren eine andere Manifestation dieses Phänomens:

Ich hatte einen Vortrag gehalten. Eine heftige Debatte hatte sich entzündet, während der mir deutlich wurde, daß einer der Kollegen sich kritisiert fühlte, obwohl dies weder von mir so beabsichtigt noch meiner Meinung nach in meiner Aussage enthalten war. Ich ging nach dem Vortrag zu dem Kollegen hin, um ihn zu fragen, wie es ihm mit der Diskussion ergangen sei. Antwort: Ich habe es einfach genossen, Dich da vorne stehen zu sehen.

Mittagstisch: es geht um Politik, verschiedene Welten, schließlich Doppelleben und parallel laufende Beziehungen.

Kollege: Ich muß zugeben, das reizt mich schon lange, so ein Doppelleben. Wie das wohl wäre? Aber wie soll das überhaupt möglich sein?

Ein anderer: Dafür bist du nicht cool genug.

Der Kollege: Meine Frau würde das sicher merken.

Ein Dritter: Warte mal noch ein paar Jahre, bis ihr nicht mehr so ständig zusammen sein wollt.

Der Erste: Aber allein schon wie sich solche Gelegenheiten bieten sollen.

Der Zweite: Dafür gibt es Kongresse. Mein Rhythmus ist 14tägig. Bei solcher Frequenz ist es durchaus einrichtbar.

Eine Kollegin: Und wem genügt das?

Der Dritte: Da treffen eben bestimmte Leute aufeinander, denen das so paßt ...

Am Tisch saßen drei Männer und zwei Frauen. Ich hatte stumm zugehört und das Gespräch mit zunehmender Irritation verfolgt: Wer war ich hier? Eine zufällige ZuhörerIn? Publikum für den Auftritt der Männer? Oder war dies ein mir wenig vertrautes Männergespräch, und daß es in meiner Gegenwart stattfand, ein Zeichen von Vertrauen? Wurde ich damit als gleichwertig, gleichartig betrachtet? Oder war das ein Angebot? Oder war ich gar eine aufzuteilende Beute, die immerhin mitentscheiden konnte, in wessen Besitz die Beute wandern würde?

Beiden Beispielen gemeinsam war die erotisch aufgeladene Atmosphäre, ein Kribbeln in der Luft, das von niemandem benannt wurde. Es konnte weder an einer einzelnen Aussage festgemacht werden, noch an einem einzelnen Sprecher; noch war es für eine bestimmte Adresse gedacht.

2. In einer anderen Gruppe von Interaktionen scheinen die Schwierigkeiten etwas damit zu tun zu haben, daß frau „aus der Rolle fällt“:

Kollegin trifft Kollegen vor dem noch nicht allzu lange instal-

lierten Automaten, an dem Magnetkarten für das Personalrestaurant geladen werden können. Die Magnetkarte des Kollegen steckt im Automaten, das Display des Automaten antwortet: ??? Card ???

Kollege: Siehst Du, er mag mich nicht. Diesmal behält er mein Geld nicht einmal, er nimmt es schon gar nicht.

Kollegin: (Nimmt die Magnetkarte aus dem Automaten, steckt sie umgekehrt wieder hinein, nimmt sein Geld, und die Karte ist aufgeladen. Sie reicht ihm die Karte mit einem Lächeln zurück).

Kollege: Das kannst Du nie wieder gutmachen!

Kollegin: Lacht.

Kollege: Nein, das kannst Du nie wieder gutmachen.

Kollegin: (Lacht immer noch, beginnt zu zweifeln, ob er es nicht doch ein wenig ernst meint). Weißt Du, das ist das Thema „Frauen und Technik“.

Kollege: (Irgendwie kann er das nicht so ganz lustig finden)

Bei der Kollegin verstärkt sich der Eindruck, mit dieser Aktion etwas ausgelöst zu haben, was sie nicht beabsichtigt hatte. Sie bekommt tatsächlich das Gefühl, sie habe etwas wieder gutzumachen. Sie versucht dies, sich weiter wundernd. Sie erklärt dem Kollegen, daß die Welt sich aufteilt in solche, die es nötig haben, so etwas zu können, und solche, die es nicht nötig haben. Zurück bleiben viele Fragen: Wird von frau nicht erwartet, daß sie hilfsbereit ist und etwas kann? Ist es für frau verboten, etwas besser zu können? Wie soll es einen Ausweg aus der Situation geben, daß sie besser sein muß, um dorthin zu gelangen, wo sie sich befindet, genau dies aber dort um Himmels Willen nicht sein darf? Weckt die Feststellung, daß frau etwas (wie ach so Nebensächliches) kann, das nicht ihr, sondern allenfalls Männern zugeschrieben wird, die Assoziation, daß frau alles kann?

Während eines Kaffeegesprächs geht es um Männer- und Frauenrollen und um die Feststellung, wie wenig Frauen oberärztliche und leitende Funktionen in einer Universitätsklinik bekleiden.

Er: Es ist nun mal so, Forschung findet für uns abends, nachts und am Wochenende statt. Frauen fallen deshalb zum Großteil aus, da sie ja in der Regel irgendwann Familie haben. Übrig bleibt dann eine Negativselektion von Frauen.

Sie: So?

Er: Also, zumindest bisher.

Ich hatte Hintergrunddienst und kam am Abend auf die Aufnahmestation, um nach allfälligen Problemen zu fragen und neu aufgenommene Patientinnen und Patienten zu sehen. Tagesdienst hatte ein Assistenzarzt. Er stellte mir einen neu aufgenommenen Patienten vor, der auf der

Abteilung bekannt war. Er war alkoholabhängig und zeigte ausgeprägte vegetative Entzugssymptome und Zeichen somatischer Folgekrankheiten.

Oberärztin: Er sollte am besten gleich noch zwei Kapseln Distraneurin erhalten.

Assistenzarzt: Also bei chronischen Alkoholikern ist das so, wenn die schon eine ausgebrannte Leber haben, brauchen die gar nicht mehr viel Alkohol zu sich zu nehmen ... (Die Erläuterungen zum Alkoholentzugssyndrom bei Alkoholikern und Abgebauten im besonderen setzten sich noch eine Weile fort).

Oberärztin: (Sie hatte sich das angehört, während bereits viele Fragen auftauchten) – Ist schon gut, ich möchte, daß der Patient jetzt zwei Kapseln Distraneurin erhält.

Die Erläuterungen des Assistenzarztes hatten wie Belehrungen geklungen. Ich war langsam ärgerlich geworden. Was sollte das? War er sich bewußt, daß er seiner Vorgesetzten einen Patienten vorstellte? Wollte er mich belehren? Hielt er mich für inkompetent? Wie konnte ich seine Äußerungen allenfalls noch verstehen? Ging er von einem anderen Kontext aus? Ich erlebte den Assistenzarzt als unsicher und bemüht, es mir recht machen zu wollen. War sein Kontext z.B. „junger Mann spricht mit einer etwa gleichaltrigen Frau“? und wenn er dies war, gab es eine Möglichkeit, in den Kontext „Assistenzarzt stellt der diensthabenden Oberärztin einen Patienten vor“ zurückzukehren, ohne ihn als Mann zu kränken?

3. Einige Sequenzen deuten darauf hin, daß auch Frauen von anderen Frauen erwarten, die traditionelle Interaktionsordnung einzuhalten:

Assistenzärztin: Ich weiß nicht, Frauen als Vorgesetzte habe ich immer sehr problematisch erlebt.

Oberärztin: (Für einen Moment sprachlos. Sie hatte nicht den Eindruck, daß es zwischen ihr und der Kollegin Verständigungsprobleme gegeben hatte) So? Und wie geht es Dir mit mir?

Assistenzärztin: Ach so? Du? Nein ... ach so, nein, äh, ich habe gemeint ...

Hatte die Oberärztin ihre Funktion gegenüber der Assistenzärztin nicht genügend deutlich gemacht? War die Verständigung zwischen beiden so problemlos, daß Fragen der Funktion in Vergessenheit gerieten?

Längere Zeit war ich in den Gesprächen mit den Kollegen die einzige Frau gewesen. Dann kam eine zweite Frau hinzu, worüber ich erfreut, vielleicht ein wenig erleichtert war. Angesichts ihrer Gegenwart bemerkte ich erst, daß inzwischen etwas gewachsen war: ich fühlte mich bei allen Schwierigkeiten als Kollegin in den Kreis der Männer aufge-

nommen. Durch das Erscheinen der noch wenig bekannten Kollegin nahmen die mir bekannten, auch jetzt noch irritierenden Situationen, wieder zu. Nur jetzt konnte ich mich ein wenig zurücksetzen und mit Erstaunen beobachten, wie ähnliche Interaktionen abliefen, in denen diesmal nicht ich im Mittelpunkt stand. Es schien als beginne mit der neu hinzugekommenen Frau ein ähnlicher Prozeß der Irritation von neuem. Zugleich mußte ich jedoch feststellen, daß ich von der Kollegin mehrfach böse Blicke erntete. Ich war ihr in den Gesprächen nicht beigestanden, sondern hatte zugehört. Ich kam mir vor, als hätte ich die Frauensache verraten, als hätte ich mit ihr zusammen eine Frauenfront gegen die Männerwelt bilden müssen. Auch zwischen uns schien die Interaktion nicht fraglos zu funktionieren.

4. Vieldeutige oder problematische Interaktionen zu benennen oder öffentlich zu reflektieren gehört anscheinend nicht ins Spiel. Es ist allenfalls eine Frauenangelegenheit.

Sie: Ich habe mir einige Gedanken gemacht und ein wenig gelesen zum Umgang zwischen Kolleginnen und Kollegen.

Er: Das mußt Du mir aber erzählen, da bin ich sehr gespannt.

Sie: Das ist nicht so einfach. Es liegt in der Luft, aber darüber spricht frau nicht.

Er: Ich habe immer gern mit Frauen zusammengearbeitet und gute Erfahrungen gemacht. Ich glaube, Männer haben da ein genetisches Defizit oder zumindest einen Strukturmangel.

Sie: Das ist eine ganz faule Ausrede.

Er: Warum, was das Geschlechtliche betrifft, überlasse ich das gern vertrauensvoll den Frauen, die können damit souverän umgehen.

Sie: Frauen sind wohl anders sozialisiert. Es wird von ihnen erwartet und ein ganzes Stück geleistet, daß sie mit solchen Situationen umgehen können. Aber das setzt eine ganze Menge Seelenarbeit voraus. Ich kann damit nicht souverän umgehen.

Mann wartet also gespannt, wie frau damit souverän umgeht. Aber frau geht damit nicht einfach souverän um. Sie fragt sich, was das ist – diese fast unausgesetzte Mischung aus Aufregung und Unbehagen. Und sie spricht darüber. Könnte etwas daran sein, daß Frauen, die in eine Männerwelt eintreten, den Betrieb stören?

5. In ähnlicher Weise haben mich folgende weitere Situationen zuallererst hilflos gemacht:
Mehrfache Versuche, Kollegen zu einer gemeinsamen Arbeit anzuregen führten zu Reaktionen, aus denen ich schließen mußte,

daß sie meine Anmerkung mehr oder weniger als distanzlosen Annäherungsversuch verstanden oder als ungebührliches Vorpreschen, daß sich für eine Frau nicht gehört. Gegenüber vorgesetzten Kollegen erlebte ich Sequenzen, in denen sie mich – wenn auch spielerisch – als Beute unter sich aufzuteilen schienen.

Mir untergeordnete Kollegen wehrten sich wiederholt gegen eine mütterliche Haltung meinerseits. Möglicherweise fühlten sie sich dadurch als Kollegen entwertet, möglicherweise als Mann nicht ernstgenommen. Ein Kollege erklärte mir einmal, man fühle sich von Frau als Kollege nur ernstgenommen, wenn sie ihn als Mann sehe, d.h. auch, wenn eine leise erotische Spannung zwischen ihnen spürbar würde.

Geht diese leise Spannung von der Frau aus, so erklärte er andere Male, werde dies von Mann als Verführungsversuch verstanden und Verführungsversuche seien eine traditionelle Waffe der Frau.

Abstrahieren

Irritation war das erste Symptom dafür, daß die Interaktion nicht fraglos vonstatten ging. Mein bewußtes Beobachten, Notieren, die entstehenden Fragen und versuchten Interpretationen als Ansätze zum Verständnis waren Hilfsmittel. Die Reaktionen der Kollegen zeigten häufig, daß etwas anderes passiert sein mußte, als das von mir Beabsichtigte. Es scheint, als sei die Interaktion zwischen Männern und Frauen am Arbeitsplatz kein gemeinsam geteilter Raum der Begegnung. Was ist los mit den Regeln – gibt es keine Regeln? Existieren sie zwar, aber funktionieren nicht? Und wenn, warum nicht? Oder existieren sie wohl, sind aber „falsch“, d.h. passen nicht zur gegebenen Situation? Oder sind sie einfach zu starr?

Mein nächster Schritt bestand darin, mit den Kollegen darüber zu sprechen. Ein weiterer Schritt war eine schriftlich verfaßte Arbeit in der Absicht, das Material zur Diskussion zu stellen einschließlich meiner Überlegungen, noch ohne existierende Theorien zur Hilfe zu nehmen. Ich reichte die Arbeit bei einer etablierten Fachzeitschrift ein. Sie brauchte acht Monate und die Ausnahme einer Drittgutachterin, um meinen Artikel unter der Bedingung einer gründlichen Überarbeitung allenfalls anzunehmen. Der erste Gutachter hatte befunden, der Beitrag sei „eigentlich eher Essay als wissenschaftliche Studie“. Er sei aber vom Thema her sehr bedenkenswert, „da er ausgesprochen einen blinden Fleck unserer männlichen Wissenschaftswelt anspricht“. Der zweite Gutachter konnte das gar nicht finden. „Äußerst merkwürdiges Pro-

dukt: Die Arbeit wirkt stilistisch, formal und inhaltlich eher wie eine Ideensammlung in Form eines Mono- und Dialogs ... über große Abschnitte hinweg kann man nur rätseln, um was es hier eigentlich geht und was in ihr in dieser Situation vorging. Dabei finden sich am Schluß ein paar ganz gute, wenn auch nicht besonders originelle oder für die Problematik spezifische Überlegungen zum Umgang miteinander. Es fehlt aber eine systematische Behandlung der Facetten des Problems, was sie durch Betroffenheitslyrik ersetzt ...“. Die hinzugezogene Frau kommentierte „... würde ich straffer und pointierter formulieren, wenn es auch vielleicht gerade die Absicht der Autorin ist, die tastenden, ungeschickten, unfertigen Versuche darzustellen, wie über dieses schwierige Thema von Männern und Frauen gesprochen wird ...“

Der nächste Schritt besteht darin, vorhandene Theorien zur Hilfe zu nehmen und am vorliegenden Material auf ihre Brauchbarkeit zu überprüfen.

Theorien

Strukturen der Lebenswelt

Alfred Schütz und Thomas Luckmann kamen als Soziologen aus der Phänomenologie. Sie grenzten sich jedoch von der transzendentalen Orientierung der Phänomenologie ab. Ihre Ausgangsfrage war, wie soziale Ordnung möglich sei und in welchem Verhältnis der einzelne und die Gesellschaft zueinander stehen (Flick et al. 1991). Mit den *Strukturen der Lebenswelt* (1979 und 1984) beschrieben sie, wie das einzelne Mitglied einer Gesellschaft die Regeln des Alltags zu beherrschen lernt, sich in ihnen zu bewegen und sie notfalls weiterzuentwickeln. Aus ihrer Arbeit ging die Ethnomethodologie hervor. Sie beschreibt, wie unser Alltag funktioniert. Sie entwickelte Methoden, diese Regeln zu erforschen, indem sie verschiedene Alltagssituationen unserer Gesellschaft in Form von Feldstudien minutiös untersuchte. Die Ethnomethodologie geht davon aus, daß unser Alltag funktioniert, weil wir (als Mitglieder einer Gesellschaft) ein gemeinsames Wissen über die Regeln unseres Alltags haben. Über diese müssen wir nicht mehr nachdenken, wir befolgen sie vorbewußt. Danach wissen wir, wie wir am Telefon ein Gespräch eröffnen, wie wir in einem Laden etwas kaufen können, wann und wie wir zu einer Ärztin gehen, wenn wir uns krank fühlen, wie wir uns auf einem Gesellschaftsabend verhalten, in einer Kneipe oder an unserem Arbeitsplatz. Dieses Wissen erwerben wir nicht systematisch. Es gibt keine Schule, in der dieses Fach unterrichtet werden muß, wir bekommen diese Regeln aufgrund unseres

Alltags mit auf den Weg. Je vielseitiger dieser verläuft, desto mehr dieser Regeln kennen wir und haben sie flexibel zu handhaben gelernt.

Damit Menschen miteinander umgehen können, bedarf es einer Basisstruktur dieser Umgehensweisen:

- Hörer und Sprecher gehen davon aus, daß ihre wechselseitigen Erfahrungen dieselben sind, daß z.B. ein Rollentausch möglich ist. Unterschiede in der Bedeutung ihrer Alltagshandlungen, die sie ihnen je individuell zuschreiben, lassen sie außer acht. Beide gehen davon aus, daß ihre Perspektiven „reziprok“ sind.
- Die sog. „etc.-Regel“ sorgt dafür, daß wir nicht sofort im Gespräch die Bedeutung einer Äußerung voll erfassen müssen. Aus unserem sozialen Wissen können wir eine vage Bedeutung annehmen und die Unsicherheit so lange aushalten, bis sich aus der unmittelbaren Situation der momentane Sinn ergibt.
- Außerdem gehen wir von einer „Stabilität der Mitwelt“ aus: Wir sehen die augenblickliche Situation, in der wir uns befinden, als typisch an, als beliebig wiederholbar und frühere Erfahrungen als gültig für die Gegenwart. Auch wenn wir eine gute Bekannte lange Zeit nicht gesehen haben, gehen wir bei der aktuellen Begegnung davon aus, daß wir sie noch kennen, selbst wenn sie inzwischen älter geworden ist oder neue Erfahrungen hinzu erworben hat.
- Unser Alltagswissen ist aber nicht einmalig festgelegt, sondern kann fortwährend verändert werden. Wir erwarten, daß uns auch unplanbare Dinge begegnen. Wir nehmen jedoch an, daß sie sich innerhalb eines bestimmten erwartbaren Spielraums bewegen. Erst wenn neue Ereignisse diesen Spielraum überschreiten, wenn die uns zur Verfügung stehenden Regeln und Bewältigungsmuster nicht mehr ausreichen, tritt eine Krise ein. Die unerwartete, unbekannte Situation stellt unsere bisherigen Regeln und Erfahrungen in Frage. Solche belastenden Situationen vermeiden wir nach Möglichkeit. Dies ist mit Hilfe der oben genannten Regeln möglich. Tritt dennoch eine unerwartbare Situation ein, müssen wir mit Hilfe der uns zur Verfügung stehenden Mittel lernen, sie zu bewältigen (Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen 1/1973, Schütz/Luckman 1964).

Wenn wir mit der Ethnomethodologie davon ausgehen, daß wir vorbewußte Regeln für Alltagssituationen haben, die wir auch variieren können, so daß eine Krise erst eintritt, wenn der von uns erwartete Spielraum deutlich überschritten ist, müssen wir die Interaktion zwischen Männern und Frauen am Arbeitsplatz als solch eine Krise betrachten. Sie würde die aufkommende Irritation, die ständige Verwirrung oder auch aufkommende Spannungen und Ratlosigkeit erklären.

Zugleich bestätigen diese Signale, daß die Alltagsregeln nicht mehr greifen. Bevor wir die Frage angehen, in welcher Weise und warum dies der Fall ist, seien die Untersuchungen von Beck und Beck-Gernsheim (1990) erwähnt.

„Das ganz normale Chaos der Liebe“

Beck und Beck-Gernsheim beschäftigen sich mit den neuen Rollen von Mann und Frau in unserer aufbrechenden Sozialstruktur. Sie nähern sich der Frage, was nicht mehr funktioniert, was „problematisch“ ist am Umgang zwischen Männern und Frauen, teils aus der Makro-, teils aus der Mikroperspektive. Sie haben sich dafür auf das Privatleben konzentriert: Ehe und Partnerschaft, Familie und die Doppelrolle von Frauen in Familie und Beruf. Interessant an ihrer Analyse ist für uns die Feststellung, daß sie innerhalb des privaten Bereichs – innerhalb einer Partnerschaft, einer Ehe oder Familie – die alten Strukturen als weiterhin dominierend befanden. Danach gibt es zwar theoretisch eine Gleichberechtigung, eine Gleichbehandlung von Mann und Frau, praktisch wird aber erwartet, daß eine Frau sich ihrem Partner unterordnet. Es ist ihr Part, an den veränderten Arbeitsort mitzuziehen. Es ist ihr Part, für Kinder und einen großen Haushalt im Beruf zurückzustecken. Es ist ihr Part nachzugeben. Im Berufsleben sei dies anders. Dort bekleideten inzwischen viele Frauen verantwortliche Positionen. Problematisch sei die widersprüchliche Struktur des Miteinanders von Öffentlichkeit und Privatheit. Wo die Frau im Privatleben ihr Recht einfordere, gehe möglicherweise die Partnerschaft oder Ehe zu Bruch. Da es aber keine klaren neuen Strukturen gebe, müsse alles ausgehandelt werden. Es müsse einzeln geklärt werden, ob ein Paar das Bett teile, die Wohnung teile, gemeinsam ein Kind habe, aber keine sexuelle Beziehung; eine sexuelle Beziehung, aber an verschiedenen Orten lebe; einen Trauschein, aber kein gemeinsames Leben etc. Sei einmal entschieden, daß ein Paar die traditionellen Strukturen nicht für sich beanspruche, gebe es einen unendlichen Aushandlungsbedarf.

Für unsere Untersuchung interessant sind die beiden Hypothesen des bewußten Entscheids für traditionelle Strukturen oder der Zwang zu endlosen Aushandlungen. Beck und Beck-Gernsheim sehen das Hauptproblem darin, daß die Widersprüche der modernen Industriegesellschaft mit der Angewiesenheit auf die „halbierte Vermarktung menschlichen Arbeitsvermögens“ einerseits und dem Anspruch der Gleichstellung von Mann und Frau andererseits in die privaten Konflikte zwischen Männern und Frauen verlagert werden. Möglicherwei-

se ist ihre Hypothese, daß alle Aufgaben und Interaktionsformen einzeln ausgehandelt werden müssen, auch für den Arbeitsbereich gültig.

Die Interaktionsordnung

Eine weitere theoretische Hilfestellung finden wir bei Erving Goffman. Sein Lebenswerk bestand in der Erforschung der Instrumente, mit deren Hilfe ein einzelner Mensch sich in einer Institution, einer bestimmten Gesellschaft oder im öffentlichen Leben zurechtfinden kann (Asyle 1961, Stigma 1968, Interaktionsrituale 1971, Das Individuum im öffentlichen Austausch 1974 und Rahmenanalyse 1980). Wenn er die „Merkmale totaler Institutionen“ oder die „moralische Karriere der Geisteskranken“ beschrieb, ging es ihm um die Frage, wie Menschen unter solchen Umständen leben können. Er beschrieb, wie sie ihr Selbst organisierten, da ihre menschlichen Bedürfnisse „durch die bürokratische Organisation ganzer Gruppen von Menschen“ gehandhabt wurde (1961/11-18). Ausgegangen war er von der Annahme, daß auch psychisch Kranke, Gefangene, Soldaten oder andere total organisierte Gruppen von Menschen ein eigenes Leben entwickelten, „welches sinnvoll, vernünftig und normal erscheint“ (1961/7). Goffman suchte nach Regeln einer „Interaktionsordnung“, in der er ein solches Instrument für den einzelnen vermutete. Mit seinen verschiedensten Feldstudien hat er sich der Beschreibung dieser Interaktionsordnung genähert. Er sah sie nur lose mit unserer Gesellschaft verknüpft: „Es war in all den Jahren mein Anliegen, Anerkennung dafür zu finden, daß diese Sphäre der unmittelbaren Interaktion der analytischen Untersuchung wert ist – eine Sphäre, die man, auf der Suche nach einem treffenden Namen, Interaktionsordnung nennen könnte – , eine Sphäre, die am besten mit den Mitteln der Mikroanalyse untersucht werden sollte... Wenn man die gegenseitige körperliche Präsenz zum Ausgangspunkt nimmt, schaltet man – paradoxerweise – die unmittelbare Relevanz zentraler soziologischer Unterscheidungen vorläufig aus: nämlich die gängigen Gegensätze zwischen Dorf- und Stadtleben, zwischen Privatheit und Öffentlichkeit, zwischen intimen, dauerhaften Beziehungen und flüchtigen, unpersönlichen Beziehungen...“ (1994/55)

In modernen Gesellschaften gibt es zwar eine Verknüpfung zwischen „interaktiven Praktiken“ und sozialen Strukturen. Die sozialen Strukturen führen aber nicht zu einer festgelegten Ordnung des gegenseitigen Umgangs, vielmehr besteht zwischen beiden eine „lose Koppelung“. „Man könnte das auch, wenn man so will, als einen Satz von Transformationsregeln bezeichnen oder als eine

Membran, die bestimmt, wie verschiedene, extern relevante soziale Unterscheidungen in der Interaktion bewältigt werden.“ (1994/85)

Goffman sieht die Verknüpfung zwischen Interaktionsordnung und Sozialstruktur in dreierlei Weise gegeben:

1. Durch die Frage, wer wem etwas zufügt: „Benimm-Bücher sind voll von Empfehlungen dafür, welche Höflichkeiten Männer in einer gesitteten Gesellschaft den Frauen schuldig sind. Natürlich sind die Vorstellungen darüber, welche Typen von Frauen und welche Typen von Männern nicht als berechtigte Teilnehmer und Teilnehmerinnen am Austausch dieser Höflichkeiten gelten, weniger deutlich ausgeführt. Noch bezeichnender ist..., daß jede dieser kleinen Gesten auch für den Austausch zwischen anderen Personenkategorien vorgeschrieben wird: Erwachsene gegenüber älteren Personen, Erwachsene gegenüber jüngeren Personen, Gastgeber gegenüber Gästen, Experten gegenüber Anfängern, Einheimische gegenüber Besuchern, Freunde gegenüber einer Person, die ein biographisch wichtiges Ereignis feierlich begeht, gesunde Personen gegenüber kranken, gesunde gegenüber behinderten Personen...“
2. „Marotten und Moden“ könnten zwar die Interaktionsordnung ändern, dadurch aber nicht die Sozialstruktur bewegen. „Ein neueres Beispiel dafür,...war der schnelle und vermutlich vorübergehende Wechsel der Geschäftsleute zur informellen Kleidung in der späten Phase der Hippie-Bewegung, der zuweilen von einer Veränderung der Grußformen begleitet wurde, ohne daß sich in der Sozialstruktur entsprechende Änderungen ergaben.“
3. „Drittens kann man auf die Verletzbarkeit von Merkmalen der Interaktionsordnung durch direkte politische Interventionen verweisen, sowohl von oben wie von unten, und zwar jeweils ungeachtet der sozioökonomischen Beziehungen. So haben sich in letzter Zeit Frauen und Schwarze gemeinsam für sie bis dahin verschlossene öffentliche Räume erobert, in vielen Fällen mit lang anhaltenden Folgen für deren Zugangsregelungen, jedoch ohne daß sich die sozialstrukturelle Position von Frauen und Schwarzen im großen Ganzen verändert hätte...“ (1994/86-88)

Diese lose Koppelung zwischen Interaktionsordnung und sozialen Strukturen ist nötig, damit unsere Gesellschaft funktioniert. Auf der anderen Seite sorgt diese nur lose Koppelung für Spannungen überall dort, wo konträre Interaktionsregeln aufeinander treffen oder Regeln fehlen, weil Situationen (noch) nicht ritualisiert sind. In seiner wegen Krankheit nicht gehaltenen Rede als Präsident der American Sociological Association trägt Goffman in gekonnter und beißender Selbstiro-

nie und nicht ohne Selbstkritik seine Überlegungen zur Interaktionsordnung vor. Zugleich aber ist er davon überzeugt, daß die Fähigkeiten, die Soziologen ausstatten, das gesellschaftliche Leben „mit einem unverstellten und unbestechlichen Forschergeist anzugehen“, durch nichts zu ersetzen seien. „Wenn man gute Gründe braucht, um soziale Probleme zu untersuchen, dann sollte man neutrale Analysen sozialer Zusammenhänge derjenigen durchführen, die mit den Privilegien institutioneller Macht ausgestattet sind – Priester, Psychiater, Lehrer, Polizisten, Generäle, Eltern, Regierende, Männer, Weise, Staatsangehörige, Medienexperten und all die anderen etablierten Personen, die durch ihre Position in der Lage sind, ihre Version der Wirklichkeit offiziell durchzusetzen.“ (1994/103-104)

Das Geschlecht als Opium für das Volk

In einer früheren Arbeit hatte sich Goffman auf die Interaktion zwischen Männern und Frauen aufgrund des Geschlechtsunterschiedes konzentriert (Das Arrangement der Geschlechter 1977/1994). Er hebt hervor, daß es nicht darum gehe, den biologischen Unterschied zwischen Männern und Frauen zu leugnen oder wegzudiskutieren. Im Verhältnis zu anderen möglichen Kategorisierungen von Mitgliedern einer Gesellschaft sei jedoch augenfällig, daß der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht übermäßig groß sei. Er werde nicht minimiert, sondern geradezu rituell überhöht. „Das Geschlecht, nicht die Religion, ist das Opium des Volkes“, formuliert Goffman (1994/131). Offensichtlich bietet die Einteilung der Gesellschaft nach Geschlecht eine einfache Möglichkeit, soziale Ordnung herzustellen.

Der Teil der Interaktionsordnung, der sich nach dem Geschlecht richtet, besteht zunächst aus zwei rituellen Umgangsformen zwischen Männern und Frauen: Männer erweisen Frauen Höflichkeiten und sie machen ihnen den Hof. Frauen müssen diese beiden Verhaltensweisen der Männer ihnen gegenüber erkennen, verstehen und auf sie reagieren können. Das wäre nicht weiter schwierig, wären diese beiden Umgangsformen nicht derartig miteinander verschränkt, daß die Bedeutung einer Äußerung, einer Geste oder einer Verhaltensweise nicht mehr einer der beiden Umgangsformen zugeordnet werden könnte. Frauen können keine Höflichkeiten entgegennehmen, ohne das Hofiertwerden zu akzeptieren.

Das Arrangement der Geschlechter

Das Arrangement der Geschlechter wird in unserer Gesellschaft durch mehrere Einrichtungen „reflektiert“. Das heißt, soziale Institutionen sorgen dafür, daß der Umgang zwischen Mann und Frau in der beschriebenen Weise fortgesetzt wird. In der Paarbildung, die sich auch heute noch in aller Regel aus einem Mann und einer Frau zusammensetzt, können sich beide durch den Unterschied zum anderen definieren. Das Leben in der (Klein)-Familie legt nahe, daß spätestens mit dem ersten oder allenfalls zweiten Kind die Frau mehr im Haushalt zu tun hat, mit den Kindern beschäftigt ist, dadurch gar nicht mehr oder nur noch teilweise im Erwerbsleben steht, während der Mann seine Erwerbstätigkeit ungebrochen fortsetzt. Kinder werden von Geburt an mit den verschiedenen Geschlechtsrollen konfrontiert. Mädchen und Jungen werden nicht gleich behandelt. Es werden unterschiedliche Eigenschaften gefördert oder gebremst, und bereits als Geschwister können sich Jungen und Mädchen über die Unterschiede abgrenzen und definieren. Im öffentlichen Leben gibt es bestimmte Räume, in denen sich Männer und Frauen nach Geschlechtern getrennt aufhalten. Früher gab es solche Räume in sehr viel größerem Ausmaß, wenn z.B. in einem bürgerlichen Haus nach dem Essen die Männer ins Raucherzimmer, die Frauen in den Salon gingen oder die Cafés für die Männer reserviert waren. Der Ritus, daß auch Paare sich im öffentlichen Raum für gewisse Zeiten trennen, um sich mit Geschlechtsgenossen oder -genossinnen zusammenzufinden, und sei es auf der Toilette, besteht fort. Nicht zuletzt sind Arbeitsplätze nach dem Arrangement der Geschlechter ausgerichtet: es gibt Frauen- und Männerberufe. Frauenberufe sind zuallererst solche, die sich an der häuslichen Arbeit orientieren – Dienstleistungen, Bekleidung, Nahrungszubereitung u.ä. In einer anderen Gruppe von Frauenberufen – Verkäuferin, Bedienung, Stewardess ... – versammeln sich überdurchschnittlich viele jüngere, attraktive Frauen, als es eine Zufallstichprobe erwarten ließe. Von diesen Frauen wird erwartet, daß sie diese Tätigkeit so lange ausüben, bis sie „geheiratet“ werden.

Goffman sieht die Anwesenheit von bestimmten Frauen, z.B. von jungen attraktiven am Arbeitsplatz nicht als Ausnahme, sondern als Bestätigung des Geschlechterarrangements. So gäbe es in der unmittelbaren Umgebung der einzelnen Arbeitsplätze von Männern eine halbprivate Situation, in der z.B. die Sekretärin ihrem Chef den Café macht, vor einer wichtigen Sitzung das ordentliche Aussehen überprüft, notfalls einen Flecken entfernt, sich die Sorgen anhört oder Spannungen abfängt und u.U. aufgrund dieser halbprivaten Situation auch etwas

sagen oder kommentieren darf, was ihr aufgrund ihrer beruflichen Position nicht zusteht. Wo vereinzelt Frauen Männerberufe bekleiden, geraten sie nicht selten in eine ähnliche Position zu ihren Kollegen, wie sie sie in typischen Frauenberufen hätten: Sie werden zur Anlaufstelle für Klagen und Sorgen, zum Ort für einen halbprivaten entspannenden Bereich. Oder es entsteht ein „onkelhaftes“ Verhältnis, wie Goffman es als Beziehung zwischen Sekretärin und Chef bezeichnet.

Die vorhandenen biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, wie z.B. Größe, Körperkraft, Gewicht, Stimmlage u.a. werden in vielerlei Weise noch einmal unterstrichen: Frauen sind in der Regel signifikant jünger und kleiner als ihre Männer. Bis heute fällt eine deutlich größere oder viele Jahre ältere Frau gegenüber ihrem Partner oder Ehemann auf. Insbesondere bei Mittelschichtfrauen hielt es Goffman (1977) für äußerst unwahrscheinlich, daß sie am Arbeitsplatz ähnliche Positionen bekleiden wie Mittelschichtmänner – zuerst aus den genannten familiären Gründen; aber auch wegen des recht stabilen Arrangements der Geschlechtsunterschiede. Sollte diese Situation doch eintreten, resultiere daraus eine aggressionsgeladene Konkurrenzsituation, die es für beide Parteien sehr schwer mache. Denn zum Arrangement der Geschlechter gehöre es auch, daß Frauen von sich aus auf Konkurrenz mit Männern verzichteten. Es sei gegen den guten Ton diese zusätzliche Konkurrenz den Männern nicht zu ersparen.

Höflichkeiten und Hofieren: Die Besonderheit des Umgangs von Männern mit Frauen besteht nach Goffman in dieser Vermischung von Höflichkeiten und Hofieren: „Die Interaktion allein – gewürzt mit den witzigsten Anspielungen, die der Mann zustandebringen kann – ist es, die ihm ein leichtes sexuelle Kribbeln und eine kleine Bestätigung seiner Männlichkeit verschafft.“ (1984/125-126) Zunächst sind Höflichkeiten ein Hinweis für die hohe Wertschätzung der Frauen. Frauen gelten als „wertvoll, dekorativ und zerbrechlich ... unvertraut mit allem und ungeeignet für alles was Muskelkraft, handwerkliches oder elektrisches Wissen oder ein körperliches Wagnis erfordert“. Sie haben ebenso unsicher wie zartbesaitet zu sein. Der Mann hat die Pflicht, einzuschreiten oder zu helfen. Daraus erwächst auch das Recht, zu helfen, so daß „kleinere Höflichkeiten den Männern einen gerechtfertigten Grund an die Hand geben, um mit anwesenden, ihnen unbekanntem Frauen, Kontakte zu knüpfen; z.B. wenn ein Mann für einen Augenblick seine Handlung unterbricht, um einer Frau Feuer zu geben, wobei er durch eine zurückhaltende Art zu erkennen gibt, daß er keinen Anspruch auf ihre Zeit oder ihre Aufmerksamkeit erhebt, eine Art, die noch nicht einmal von ihrem männlichem Begleiter als aufdringlich wahrgenommen wird“ (Goffman, 1994, S. 123-124).

Der Kampf der Geschlechter: Goffman meint, daß Modell des Kampfes habe noch nicht ausgedient. Es erfülle seine Dienste, wo nicht auf offene, so doch auf verborgene Weise. Untereinander lernten Männer, sich gewissermaßen aufeinander abzustimmen. Unter Männern der Mittelschicht komme es zwar selten zu körperlichen Kämpfen, aber sie taxierten die Situationen hinsichtlich von Sieg und Niederlage. Das Austaxieren und Einschätzen der Lage führe zu großer Behutsamkeit und Vorsicht. Der Eindruck täusche, daß die Möglichkeit des Kampfes grundsätzlich ausgeschlossen sei. Im Umgang von Mann und Frau miteinander existiere entsprechend „ein Bild der sexuellen Bürde oder des sexuellen Zwangs“ (1994/140).

Während aber Männer von Kindheit an daran geschult würden, außerhäusliche Tätigkeiten zu verrichten, seien diese nun körperlicher, geistiger oder repräsentativer Art, würden Frauen auf soziale Situationen in der Öffentlichkeit nicht vorbereitet. Männer gingen ebenso selbstverständlich mit daraus erwachsenden Vorteilen in sozialen Situationen hinein wie Frauen ohne sie.

Eingebaute Fallen

Auf den ersten Blick will es nicht zusammenpassen, daß Frauen höflich behandelt werden, hofiert werden, als das schwache, hilfsbedürftige, verehrungswürdige und schützenswerte Geschlecht betrachtet werden und auf der anderen Seite als die Benachteiligten. Goffman hat mit seinen Untersuchungen einiges an dieser Schräglage sichtbar gemacht:

Frauen sind zwar eine benachteiligte Gruppe und als solche wie andere benachteiligte Gruppen in unserer Gesellschaft zu betrachten. Dafür geht es den Frauen jedoch verhältnismäßig gut. Sie sind in gewisser Hinsicht bevorzugt: z.B. sind sie vom Militärdienst befreit, von bestimmten körperlichen Arbeiten seltenst betroffen. Ihnen gelten die beschriebenen Höflichkeiten und sie sind in verschiedenster Weise – durch ihre Partner und Ehemänner – in das soziale Geschehen eingebunden. Hier beginnen die Schwierigkeiten. Insofern Frauen, insbesondere auch Mittelschichtfrauen durch Haushalt und Kinder beansprucht sind, sind sie ähnlich Dienstmädchen und anderen Hausangestellten vom Umgang mit ihresgleichen abgeschnitten. Diese Isolation wird zwar von Frauengruppen aufgehoben, ihnen aber eine enorme Aufwertung durch ihre Männer und deren Funktion gegeben. Als Partnerinnen oder Ehegattinnen wird ihnen Aufmerksamkeit erteilt. Zugleich sind sie Anhängsel ihres Mannes; ihm immer nur bei- und untergeordnet. Frauen gelten weniger als Männer und werden zugleich idealisiert bis mythologisiert durch Zuschreibungen wie Mütterlichkeit, Unschuld,

Sanftheit, sexuelle Attraktivität, Gehorsam, etc. etc. Selbst die große Mehrheit der Frauen ist davon überzeugt, „daß die offizielle Version der natürlichen Charakterunterschiede zwischen ihnen und den Männern richtig, ewig und natürlich ist, wie niedrig die eigene Stellung in der Gesellschaft auch immer sein mag“ (1994/119). Die entscheidende Frage laute, so Goffman: „Wie konnten in der modernen Gesellschaft völlig irrelevante biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern eine anscheinend ganz enorme soziale Bedeutung gewinnen?“ (1994/139) Das Besondere unserer Industriegesellschaft sei nun, daß ein Teil der Bürgerschaft die traditionelle Stellung der Frau nicht mehr als natürlichen Ausdruck ihrer natürlichen Fähigkeiten begreife. „Aber ohne diesen Glauben macht dieses ganze Arrangement zwischen den Geschlechtsklassen nicht mehr viel Sinn. Ich behaupte nicht, daß sich das Arrangement der Geschlechter durch diese Zweifel von Grund auf ändern wird; gesetzt aber, das herkömmliche Muster wird aufrechterhalten, so wird dies, so behaupte ich, unter sehr viel schwierigeren Bedingungen geschehen.“ (1994/119)

Goffman hat recht behalten: Die Interaktion zwischen Männern und Frauen am Arbeitsplatz ist schwierig geworden, sei es indem das alte Muster nicht mehr greift, sei es indem keine neuen Regeln vorhanden sind. Goffman war davon ausgegangen, daß Mittelschicht-Frauen nicht freiwillig gleichrangige Positionen im Berufsleben wie Männer bekleiden werden. Dies ist nicht der Fall. Aber es sind doch auffallend wenige. Möglicherweise hat dieser geringe Prozentsatz etwas mit der Trägheit der alten Interaktionsordnung zu tun.

Mit Hilfe dieser Theorien gehe ich nun an die Auswertung der Feldstudie.

Auswertung

Die Verwirrung

Das zuerst angesprochene diffuse Gefühl der Verwirrung ist keine bloße subjektive Wahrnehmung. In vielen Gesprächen haben mir Kolleginnen und Kollegen in ähnlicher Weise ihre Verwirrtheit berichtet. Wenn wir die Beschreibung, in welcher Weise wir Alltagsregeln kennen und benutzen, zu Hilfe nehmen (Schütz/Luckman 1979; 1984; Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen 1973), zeigt die Irritation an, daß die Regeln, mit denen wir sonst unseren Alltag fraglos bewältigen, nicht mehr greifen. Die Interaktionssequenzen aus den Feldnotizen belegen, daß die Interaktionsordnung einschließlich des Arrangements der Geschlechter weiterhin eingefordert wird. Die Regeln existieren noch, aber

sie entsprechen nicht mehr den Situationen, in denen sie benutzt werden. Nach Goffman gehört dazu, daß Frauen sich Männern unterordnen, nicht nur zu Hause, sondern auch am Arbeitsplatz. Der Umgang von Männern mit Frauen besteht in dem Erweis von Höflichkeiten, untrennbar verknüpft mit Hofieren. Höflichkeiten und Hilfsbereitschaft werden damit begründet, daß Frauen biologisch das schwache Geschlecht sind. Hofieren scheint so etwas wie eine Entschädigung für die Männer zu sein, die sich damit in Verbindung mit Höflichkeiten einen Beweis ihrer Männlichkeit einfordern. Konkurrenz zwischen Männern und Frauen gibt es nicht, da Frauen definitionsgemäß die Schwächeren sind. Es wird von ihnen stillschweigend erwartet, daß sie den Männern diese Konkurrenz ersparen. Im übrigen gelten, wenn auch in zivilisierter Form, die Spielregeln des Kampfes weiter. Dies wird zum einen in der Bereitschaft von Männern deutlich, ihnen eindeutig übergeordnete oder stärkere Männer zu hofieren oder sich ihnen freiwillig unterzuordnen. Zum anderen entstehen sehr schnell kampfähnliche Situationen, wo die üblichen Spielregeln nicht eingehalten werden.

Zweideutigkeiten

Die zweite Gruppe der Beispiele beschrieb Sequenzen, in denen eine diffuse erotische Spannung über der Interaktion lag. Als teilnehmende Beobachterin hatte ich im nachhinein versucht, vieldeutige Äußerungen zu verstehen, indem ich Variationen von Interpretationen versuchte. Letztlich war es jedoch nicht möglich, Höflichkeiten zu trennen von Äußerungen oder Gesten des Hofierens. Manche Äußerungen hätten, wären sie direkt an eine Person gerichtet gewesen, als grobes „Anbagern“ verstanden werden müssen. Das Besondere solcher Sequenzen besteht aber neben der Vermischung von Höflichkeiten und Hofieren in der fehlenden Unbestimmtheit der Adresse. Wo ich den Versuch einer Trennung in einem Gespräch dennoch gewagt habe, wurde die Ablehnung des Hofierens als Ablehnung der Höflichkeit verstanden. Dies kam einer Kränkung oder einem „Liebesentzug“ gleich, wenn die Ablehnung nicht gar als Kampfansage verstanden wurde.

Aus dem Rahmen fallen

Die nächste Gruppe der Beispiele zeigte Sequenzen, in denen die Kompetenz einer Frau (im klinischen Alltag, in der Wissenschaft, im Umgang mit Geräten) zu einer problematischen Situation mit einem männlichen Kollegen führte. Forderungen nach Gleichbehandlung, Förde-

rung von Frauen und Besetzen von gehobenen Positionen mit Frauen haben nicht dazu geführt, daß Frauen tatsächlich gleich wie Männer behandelt werden. Eine Entwicklung bestand darin, daß Frauen, die gehobene Positionen bekleideten, weitaus besser qualifiziert sein mußten, als ihre männlichen Konkurrenten. In bestimmten Situationen führt die Besetzung einer Position mit einer Frau dazu, daß sie möglicherweise gar nicht qualifiziert sein kann. Wenn eine Partei eine Frau für ein Amt unterstützt und sie das Amt antritt, muß sie eine bestimmte Aufgabe wahrnehmen. Schon die Ausgangsposition ist ungleich. In den kleinen alltäglichen Interaktionen steht Frau nicht selten vor einer unlösbaren Aufgabe: Wenn die Regel der Unterordnung von Frauen unter Männer Gültigkeit haben soll, wird erwartet, daß Frau um ein Vielfaches besser ist als ihre männlichen Kollegen. Sie darf dies aber nicht zeigen. Beherzigt Frau den Spruch vieler Mütter, Frauen dürften zwar klüger sein als ihre Männer, sie dürften ihnen dies aber nicht zeigen, kann eine reelle Auseinandersetzung oder gar Konkurrenz, wie sie zum Alltag gehört, nicht stattfinden. Frau begeht schon einen Fauxpas, wenn sie männliche Hilfe annimmt, aber ihrer nicht existenznotwendig bedarf. Es scheint, als werde die Leistung von Frauen als Degradierung der Männer oder gar als Kastration erlebt.

Das Muster des Kampfes

Die Interaktionsordnung gilt auch in Abwesenheit von Männern unter Frauen. Viele Frauen schätzen noch immer eine andere Frau als schlechtere Vorgesetzte als einen Mann ein. Im zitierten Beispiel hatte die Assistenzärztin einfach ausgeblendet, daß die Oberärztin ihre Vorgesetzte war und damit die Frau als Privatperson und nicht als Vorgesetzte wahrgenommen. Im anderen Beispiel war die Kollegin angeeckt, weil sie in einem Gespräch zwischen mehreren Kollegen und der Kollegin nicht ihre Partei ergriffen hatte. Sie hatte es nicht für notwendig befunden, die Situation als Kampf zu betrachten und die Männer als ihre Gegner.

Konkurrenz von Frauen wird sowohl von anderen Frauen als auch von Männern als Kampfansage verstanden. Für fachliche Konkurrenz unter Frauen oder von Frauen mit Männern gibt es keine Interaktionsregeln. Wie Frauen im Kader kommt diese Situation scheinbar nicht vor. Tritt eine Situation ein, die einer Konkurrenzsituation entspräche, findet in der Regel ein Umschwenken auf eine private Ebene statt, als stünden sich Männer und Frauen als bloße Privatpersonen gegenüber.

Soziale Vorteile

Aufgrund der Tatsache, daß die Interaktionsordnung in Kaderpositionen nur Männer vorsieht und diese Interaktionsordnung immer noch als gültig angesehen wird, haben Männer gegenüber Frauen Vorteile. Hinzu kommt die Tatsache, daß sie von Geburt an auf diese Aufgaben vorbereitet werden, einschließlich dem Erlernen von Regeln des Umgangs im beruflichen Feld. Frauen müssen ohne diese Vorteile zurechtkommen. Merkwürdigerweise wird ihnen aber zugeschrieben, daß sie mit schwierigen Situationen zwischen Männern und Frauen am Arbeitsplatz besser umgehen können. Eine Erklärung besteht wiederum in einigen Schlußfolgerungen aus dem traditionellen Arrangement der Geschlechter: Im privaten Bereich sind Frauen für die gute Atmosphäre zuständig, für Wohlbefinden oder den „Familienfrieden“. Die eine Extrapolation besteht darin, ihnen diese Aufgaben im beruflichen Feld wiederum zu übertragen. Die andere besteht darin, von ihnen einzufordern, daß sie sich in solchen Situationen zurechtfinden, wenn sie sich schon erlauben, Kaderpositionen zu bekleiden.

Weiter wäre daraus ableitbar, daß es allenfalls Frauen sind, die Irritationen, Spannungen oder Probleme in der Interaktion zwischen Männern und Frauen benennen. Zunächst mag es erstaunen, daß Männer gar kein Interesse an der Thematisierung der Interaktion zu haben scheinen. Solches Benennen könnte in weiteren Schritten die bisherige Interaktionsordnung in Frage stellen. In jedem Falle stört sie die bisherige Form der Interaktion. Möglicherweise stellt sie die „Spielvorteile“ der Männer in Frage. Möglicherweise ist es ein wichtiger Teil des Spiels, in dieser Atmosphäre Machtpositionen im unklaren zu lassen, die ein Gespräch in Ohrenschein zerrte.

Das Beispiel der Wiederholung von Irritation und zunehmend erotisch aufgeladener Atmosphäre beim Hinzukommen einer zweiten Frau in den Kollegen- und Kolleginnenkreis deutet darauf hin, daß Beck und Beck-Gernsheims Hypothese komplizierter Aushandlungsprozesse auch für den Arbeitsbereich gilt.

Ergebnis

Da die Feldstudie aus den Aufzeichnungen einer einzigen Frau entstand, an einem Arbeitsplatz und über sehr begrenzte Zeit, können die Schlußfolgerungen keine definitive Aussage sein. Sie seien in Form einer neuen Hypothese formuliert: Das traditionelle Arrangement der Geschlechter ist trotz massiver Veränderungen in unserer Gesellschaft

stabil geblieben. Es setzt sich auch am Arbeitsplatz fort. Es fordert auch dort seine Gültigkeit ein, wo Frauen Männern gleichgestellt sind oder ihnen übergeordnet. Die Interaktionsordnung paßt nicht mehr zu den aktuellen Strukturen unserer Arbeitswelt. Sie ist veraltet.

Die Krise der Interaktion besteht also nicht darin, daß es keine Regeln gibt, sondern daß die Regeln nicht zu den Strukturen passen. Ja, das Festhalten an den Regeln sorgt dafür, daß sich die neuen Strukturen nur begrenzt durchsetzen können. In den meisten Diskussionen geht es nicht um ein Auseinanderklaffen zwischen gesellschaftlichen Strukturen und Interaktionsordnung, sondern um einzelne Phänomene. So werden sexuelle Übergriffe am Arbeitsplatz beklagt und zum Teil gerichtlich verfolgt. Oder die mangelhafte Gleichbehandlung von Frauen wird angeprangert. Nach der vorliegenden Untersuchung entsprechen Maßnahmen gegen Übergriffe oder Ungleichbehandlung einem Kurieren am Symptom: Sie mögen im Augenblick notwendig sein, ändern aber langfristig nichts an der gegebenen Situation. Möglicherweise können Ver- und Gebote sogar das alte Arrangement der Geschlechter zementieren, indem sie „beweisen“, daß Frauen „Schutz“ vor dem sexuellen Wesen Mann brauchen und „Hilfe“, damit ihre Gleichstellung gelingt. Beides gehört zur „Political Correctness“.

Soll die traditionelle Interaktionsordnung ersetzt werden, müssen alle beteiligten Interaktionspartner damit einverstanden sein und sich vorübergehend auf einen mühsamen Aushandlungsprozeß einlassen, ähnlich dem, wie er von Beck und Beck-Gernsheim (1990) für private Beziehungen von Mann und Frau beschrieben wurde. Eine weitere Untersuchung sollte klären, ob es doch Bereiche gibt, in denen die traditionelle Interaktionsordnung teilweise, zeitweise oder ganz außer Kraft gesetzt wird; wann und unter welchen Bedingungen, mit welchen Interaktionspartnern dies möglich ist. Zahlen die Interaktanten oder einzelne von ihnen dafür einen Preis und welchen? Gibt es neue Regeln oder aus der Interaktionsordnung anderswoher übernommene Regeln, die dann in Kraft treten? Gibt es ein Vakuum? In welcher Form gilt das Arrangement der Geschlechter im Umgang mit Patientinnen und Patienten? Wie wirkt sich eine gestörte Interaktion zwischen Männern und Frauen im Kader, in einer gesamten Institution, auf einer Abteilung auf die Patientinnen und Patienten aus?

Die Untersuchung ist hier zu Ende. Für den Augenblick ist die Frage, wie wir miteinander umgehen können; welche Hilfsmittel den Aushandlungsprozeß erleichtern.

Auf der Suche nach neuen Formen des Umgangs

Rangunterschiede, Höflichkeiten, bis zu einem gewissen Grade Hofieren, gibt es auch unter Männern verschiedener Schicht und sozialer Position. Für Männer aber gibt es Teilbereiche ihres sozialen Lebens, in denen sie sich nicht einer vorgegebenen Rangordnung einfügen müssen, sondern sich eine eigene Position erkämpfen können: Ein Angestellter kann in einem Betrieb innerhalb der Arbeit sich seinem Chef unterordnen, ihm mit Höflichkeiten und Aufmerksamkeiten begegnen, die Tür aufhalten, wie dies sonst Männer gegenüber Frauen tun. Hier erhält diese Handlung eine andere Bedeutung. Sie ist nicht Ausdruck der schwachen körperlichen Verfassung des Gegenübers. Ist derselbe Angestellte Box-Meister und tritt in einem Wettkampf auf, den sein Chef sich ansieht, so wird der Angestellte in diesem Kontext seinerseits von seinem Chef bewundert und beglückwünscht werden. Die Frage ist, wie wechselnde Positionen für einzelne Frauen, insbesondere zwischen Frauen und Männern möglich werden.

Bisher ist es zwischen Männern und Frauen das Geschlecht, das den entscheidenden Ausschlag gibt. Frau mag sich fragen, warum diese Interaktionsordnung so lange funktioniert hat, obwohl das Arrangement der Geschlechter seit Jahren brüchig zu werden scheint. Wie kann es sein, daß ein Mann nach wie vor erwarten darf, daß er an der Gegenwart einer Frau Freude hat, wenn es darum geht, geschäftliche Kontakte zu ihr zu pflegen? Wie kommt es, daß er sich jederzeit erlauben kann, in die ihr gegenüber gezeigte und von ihr erwiderte Höflichkeit „einen Hauch von sexuellem Interesse“ einzuführen (Goffman 1994/136)? „Daraus folgt, daß Frauen chronisch unter ziemlichem Belästigungen zu leiden haben. Denn was ihnen ein Mann ungehörigerweise aufzwingen kann, indem er sie in ein Gespräch verwickelt oder sich in ein bereits laufendes Gespräch einmischt, könnte ihm (und freilich auch ihnen) mit Sicherheit eine Menge einbringen, nämlich eine Beziehung, oder doch zumindest die Bestätigung seiner Geschlechtsidentität.“ (Goffman 1994/156)

Die Unterordnung von Frauen ist gut verpackt, zuweilen auch „ehestiftend“; ein gewichtiges Argument für die Stabilität dieses Arrangements. Die Benachteiligung der Frauen ist keine von Männern für Frauen gestellte Falle. Zuerst tun wir gut daran, die Interaktionsordnung zur Kenntnis zu nehmen und zu verstehen suchen. Sprechen setzt beidseitiges Vertrauen voraus. Für den Anfang kann es wichtig sein, eine Erkenntnis für sich zu behalten und auf einer der Ebenen (im Sinne der Mann-Frau-Interaktion oder zum Beispiel im Sinne der beruflichen Funktionen) zu antworten. Eine weitere Möglichkeit

besteht darin, nach gemeinsam geteilten, vertrauten Mustern zu suchen, die sich auch innerhalb des Arrangements der Geschlechter bewegen, und dennoch die unmittelbare Interaktion vereinfachen. Damit lassen wir uns als Frauen auf jene halbprivate Atmosphäre am Arbeitsplatz ein und machen uns die Möglichkeiten zu nutze, die diese Muster bieten. Goffman beschrieb das gängige Interaktionsmuster zwischen einem Chef und seiner Sekretärin als „onkelhaftes Verhältnis“. Ich werde in analytischer Manier Übertragungsfiguren aus dem familiären Kontext bemühen, um verschiedene Interaktionsmuster zu verdeutlichen.

Übertragungsfiguren

Wenn es halbprivate Räume in der Berufswelt gibt, in denen sich Chefs mit ihren Sekretärinnen bewegen, so gibt es dort auch Männer, die diesen halbprivaten Raum betreten und wieder verlassen. Wenn wir Übertragungsfiguren aus der Theorie der Psychoanalyse übernehmen, so focussieren wir auf die frühen Interaktionsmuster. Zwischen zwei Männern entspräche dies z.B. dem Muster einer Vater-Sohn-Übertragung. Tritt dieses Interaktionsmuster zwischen einem Chef und seinem Angestellten, einem älteren und einem jüngeren Mann in den Vordergrund, wird dies früher oder später zu Konflikten führen. Anders geartete Konflikte träten auf, wenn eine Konkurrenz zwischen Brüdern die vorherrschende Übertragungsfigur zwischen zwei Kollegen am Arbeitsplatz wird. Tritt nun eine Frau in eine gleichrangige Position mit männlichen Kollegen, so eröffnet dies analog Übertragungsfiguren wie eine Vater-Tochter-Beziehung, eine Mutter-Sohn-Beziehung, eine Mutter-Tochter-Beziehung und eine Bruder-Schwester-Beziehung. Das Vater-Tochter-Muster wird gerne angeführt, um deutlich zu machen, daß Frauen es ihren Vorgesetzten gegenüber leichter hätten als ihre männlichen Kollegen. Unbestreitbar gibt es in diesem Interaktionsmuster auch Vorteile für „Töchter“ gegenüber „Söhnen“. Daneben erwachsen daraus jedoch vielerlei andere Schwierigkeiten. Wie oben ausgeführt besteht das Problem darin, daß Männer nicht dieselben oder allenfalls spiegelverkehrte Schwierigkeiten am Arbeitsplatz haben wie Frauen. Die Schwierigkeiten von Frauen sind anders geartet.

Betrachten wir eine Mutter-Sohn-Übertragung in halbprivater Atmosphäre für sich alleine, könnten wir annehmen, daß in diesem Interaktionsmuster die Zusammenarbeit zwischen einer Chefin und einem Mitarbeiter, einer älteren Frau und einem jüngeren Mann sehr gut funktionieren könnte. Aufgrund der bestehenden Interaktionsordnung ist dies nicht der Fall. Eine Vorgesetzte als Mutterfigur scheint

von einem Mann nur dann akzeptabel zu sein, wenn sie wesentlich älter ist als er oder wenn sie über unzweifelhaft viel mehr Kompetenz und Macht verfügt. In den meisten anderen Fällen scheint ein mütterliches Verhalten einer Vorgesetzten bei dem betreffenden Mann eher Zweifel und eine Kränkung darüber hervorzurufen, daß die Vorgesetzte ihn scheinbar nicht als erwachsenen Mann betrachtet, denn sie hält sich nicht an die Regeln, die sonst zwischen Männern und Frauen gelten.

Über Mutter-Tochter- oder Schwester-Schwester-Muster wissen wir noch verhältnismäßig wenig. Die bisherigen Erfahrungen, vor allem in Frauenprojekten deuten darauf hin, daß dort umgekehrt das halb-private zu schnell zum ganzprivaten Verhältnis wird, die Bezüge zu dicht, was eine produktive Zusammenarbeit sehr schnell behindert (z.B. Koppert 1994).

Ein Bruder-Schwester-Muster bedeutet für die Frauen in gleich-rangigen Positionen eine geringgradige Unterordnung, dennoch scheint dieses Muster von seiten der Frauen her eher benutzbar, als von Männern. Eine systematische Befragung, ob und warum das so ist, wäre sicher lohnend.

Neben den frühen, familiären Übertragungsfiguren bieten sich spätere aus dem Privatleben an, wie Rivale-Rivalin, Freund-Freundin oder Geliebter-Geliebte. In der halbprivaten Atmosphäre der Büros, unter dem Deckmantel der Arbeit, in der leicht erotisch getönten Spannung bleiben alle diese Übertragungsfiguren in der Schwebel. Keiner ist verpflichtet, sich festzulegen, ja es scheint fast verboten, und es kommt einem Affront gleich, solche Muster zu benennen. Ähnlich störend wirkt allenfalls eine stabile Freundschaft oder gar eine Liebesbeziehung am Arbeitsplatz, denn damit konkurrieren eindeutig private Verpflichtungen mit dem Arbeitsverhältnis.

Noch einmal schwieriger wird die Interaktion, wenn die Machtverteilung aufgrund der Übertragungsfigur gegenläufig zu der realen am Arbeitsplatz ist. Als Beispiel sei eine jüngere Vorgesetzte und ein deutlich älterer Mitarbeiter genannt, zwischen denen sich, nicht zuletzt mangels anderer, eine Vater-Tochter-Übertragung entwickelt. Es ist nicht sinnvoll, diese Übertragungsfigur abzulehnen. Vielmehr ist es wichtig, sie zu erkennen und wenn irgend möglich anzunehmen. Nimmt die Vorgesetzte den angebotenen Tochter-Part an, signalisiert sie die Bereitschaft, zumindest vorerst eine kollegiale Auseinandersetzung auszuklammern. Die Bereitschaft setzt voraus, daß ihr das Angebot einer Tochterrolle kein Ärgernis bedeutet oder die Befürchtung, sie könne darin gefangen sein. Aus dieser Tochterrolle ist einiges möglich: Töchter dürfen ihren Vätern sagen, was sie denken. Sie dürfen den

Vätern widersprechen. Manchmal ist das sogar ihre besondere Aufgabe. In einem nächsten Schritt, wenn es darum geht, die Funktionen als Vorgesetzte wahrzunehmen, kann die Vater-Tochter-Figur dennoch dafür sorgen, daß der Respekt vor dem Älteren nicht in Zweifel steht. Sie bedeutet, daß sie seine Berufs- und Lebenserfahrung schätzt und nach Wegen sucht, ihm nicht einfach etwas Neues vorzusetzen, sondern seine Mithilfe gerade aufgrund seiner Erfahrung zu erbitten. Dann aber ist es nötig, daß auch der Mitarbeiter bereit ist, die Veränderungen mitzumachen.

Jenseits der Geschlechterdifferenz

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu leugnen oder zu nivellieren, ist sinnlos. Aber die biologischen Unterschiede sind nicht so groß, wie sie in unserer Gesellschaft gezeichnet werden. Individuelle Schwankungen einzelner Männer untereinander und einzelner Frauen untereinander sind bei weitem größer. Für eine Unterscheidung vom Gegenüber, für eine Selbstidentifikation durch die Unterschiede vom anderen, bedarf es nicht des anderen Geschlechts. Möglicherweise muß es mangels anderer Orientierungen für viele Differenzen herhalten. Was sind denn sogenannte männliche, was sogenannte weibliche Eigenschaften? Wie sollte frau als Vorgesetzte sich verhalten – überlegt, vernünftig, klar, ihre Macht notfalls aggressiv vertretend? Ist sie dann ein Mann? Soll sie nachgiebig, freundlich, konzilient, zurückhaltend sein? Und wie oft kann sie dann ihre Funktionen nicht wahrnehmen? Sie soll alles dies sein, und zugleich ist beides nicht richtig: Weder Stärke noch Schwäche, weder zuwenig noch zuviel Emotionen, weder zuwenig noch zuviel Sachlichkeit, weder zuwenig noch zuviel Macht, weder zuwenig noch zuviel im Notfall aggressives Durchsetzungsvermögen ... und natürlich ist auch eine Vieldeutigkeit nicht richtig. Die Überbetonung der Unterschiede zwischen Männern und Frauen droht überdies zu verhindern, daß junge Männer und Frauen sich gegengeschlechtliche Vorbilder an ihrem Arbeitsplatz suchen, um sich an ihnen zu orientieren. Die Angst ist unberechtigt, daß Frauen in gleichen Positionen wie die Männer alles in Frage stellen: Frauen können die Männerwelt wohl stören, aber nicht zerstören. Ebenso wenig können sie einen Männerverein retten. Die Lösung besteht nicht darin, im Sinne eines Umkehrbildes die Frauen nun als „im Grunde die Stärkeren“ zu betrachten. Frauen sind nicht von vornherein integrativer, weil sie Frauen sind, und es ist keine Lösung, sie als seltene Spezies der Männerwelt einpassen zu wollen.

Zur Psychodynamik

Wie massiv wir im Arrangement der Geschlechter befangen sind, zeigt, in welcher Geschwindigkeit Vorurteile ein Gespräch bestimmen, so daß von Anfang an Vorwürfe oder Unterstellungen eine sachliche Auseinandersetzung verunmöglichen. Versuche, Gefühle in Worte zu fassen oder Erlebnisse und Eindrücke mitzuteilen, führen fast zwangsläufig zu Mißverständnissen: Frau könnte eine Emanze sein, gar männerfeindlich, eine mit ideologischen Scheuklappen versehene Feministin. Mann könnte mit einer Äußerung einen patriarchalischen Standpunkt vertreten, eben doch ein Macho bleiben wollen, eben eine Sprache gebrauchen, die per se aus der Geschichte des Patriarchats erwuchs. Manchmal bedürfte es einer genialischen Interaktionsfähigkeit oder es grenzte an ein Wunder, sollte die Kommunikation ungestört bleiben. Selbst Psychotherapeuten haben Mühe, sich auf solche Überlegungen einzulassen und beschränken sich aufs Rätseln „um was es ihr eigentlich geht und was in ihr in dieser Situation vorging“ ... Es scheint, als sei allein der Versuch, die vielschichtigen Bedeutungen in solchen Gesprächen zu benennen „wider die Interaktionsordnung“. Vielleicht sollen derartige Interpretationen auf ein psychoanalytisches Setting beschränkt bleiben. Es ist jedoch auffällig, daß gerade dort so getan wird, als sei das übliche Arrangement der Geschlechter vor der Tür geblieben. Die Interaktionsordnung läuft auch jenseits der Behandlungstür ungebremst weiter. Wie konnten sonst in Psychotherapien so viele intime Begegnungen stattfinden (z.B. Krutzenbichler/Essers 1991).

Die vielfach beschriebene erotische Spannung verwischt die Machtverhältnisse. Diese sollen keineswegs in Frage gestellt werden. Sie im unklaren zu lassen, ist zuweilen nützlich. Solange die Machtverhältnisse unstrittig sind, kann Erotik mit Macht, die Macht mit Erotik abgewehrt werden. Oder die Suche nach Erotik kann mit Hilfe der Macht erfolgreich sein. Ein vielfältiges Spiel. In allen diesen Varianten sind Macht und Erotik miteinander gekoppelt. Jessica Benjamin (1990) hat beschrieben, daß wir mit solcher Verknüpfung groß werden und unsere Aufgabe darin besteht, beides zu trennen. Für die Stabilisierung jetziger Machtverhältnisse ist diese Koppelung sinnvoll. Der Versuch der Unterscheidung wird vielfach mit „Liebesentzug“ gleichgesetzt – eben weil die Vermischung zum Arrangement der Geschlechter gehört.

Phantasie und Kreativität

Die Chance des fremden oder anderen Gegenübers ist eine gegenseitige Bereicherung, eine Erweiterung von Möglichkeiten und Einstellungen

zu einer aktuellen Situation. Die Betrachtung von Kolleginnen und Kollegen als zur Spezies Mann oder Frau zugehörig darf zurücktreten vor anderen Aspekten, z.B. der Frage, welche Fähigkeiten für welchen Kontext sinnvoll und wichtig sind.

Das Arrangement der Geschlechter ist erstarrt und veraltet. Es paßt nicht mehr zu den aufbrechenden Strukturen der verschiedenen Aufgaben von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft. Die Unterscheidung nach dem Geschlecht steht außer Zweifel. Sie ist womöglich eine der wenigen, die uns geblieben ist. Keine und keiner von uns kann einfach aus diesem „Arrangement“ aussteigen. Wir sollten nicht versuchen, „Weltprobleme“ mit der Geschlechterdifferenz zu erklären und lösen zu wollen. Wir können jedoch mit mehr Phantasie und Kreativität Variationen des Umgangs versuchen: Es gibt nicht nur Höflichkeiten und Hofieren. Es gibt nicht nur Erotik und Macht. Es bedarf der Formen von Gemeinsamkeit und Zusammenarbeit, von Konkurrenz und Rivalität. Es bedarf auch einer Kultur aggressiver Formen von Auseinandersetzung, damit der „Kampf der Geschlechter“ überflüssig wird.

Literatur

- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit I. Rowohlt, Reinbek, 1973
- U. Beck, E. Beck-Gernsheim: Das ganz normale Chaos der Liebe. Suhrkamp, Frankfurt, 1990
- J. Benjamin: Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Stroemfeld/Roter Stern, Basel, Frankfurt a.M., 1990
- Flick et al.: Handbuch qualitative Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, München, 1991
- Floeth: Ein bißchen Chaos muß sein. Die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1991
- E. Goffman: - Asyle, 1961
 - Stigma, 1968
 - Interaktionsrituale, 1971
 - Das Individuum im öffentlichen Austausch, 1974
 - Rahmenanalyse, 1980, alle Suhrkamp, Frankfurt
- E. Goffman: Interaktion und Geschlecht. Campus Verlag, Frankfurt a.M., 1994
- Koppert: Glück, Alltag und Desaster. Über die Zusammenarbeit von Frauen. Orlanda Frauenverlag, Berlin, 1993
- H.S. Krutzenbichler, H. Essers: Muß denn Liebe Sünde sein? Kore, Freiburg/Br. 1991
- A. Schütz, Th. Luckmann: Strukturen der Lebenswelt. Suhrkamp, Frankfurt, Bd. 1 1979, Bd. 2 1984
- Strauss: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wilhelm Fink Verlag, München, 1994

Ich in der Spiegelstadt*

Die autobiographischen Fiktionen
der Neuseeländerin Janet Frame



Verena Lueken

Das Land der Kohlpalmen, durchzogen von Flüssen voller Aale. Die Hügel, Berge und Senken bedeckt mit Büscheln von Eiskraut, Knäuelgras, Weidelgras, Bültgras. Ein Land, bewachsen mit Makrokarabäumen, mit Schneebeeren und Orangenbeeren und dem Matagouri, einem dornigen, von Stürmen zerzausten Wüstenstrauch; eine Insel, bewohnt von Pupekos, Elstern, Enten und von Menschen, die, wenn sie von „zu Hause“ sprechen, immer noch England meinen, achttausend Meilen jenseits des Meeres. Ein Land, breit gesäumt von muschelübersäten Stränden, durchkreuzt von sandverwehten Straßen und Eisenbahntrassen durch staubiges Geröll, geplagt von eiskalten Wintern, in denen selbst die Pflanzen in Säcke gewickelt werden, um zu überleben, und gesegnet mit einem Übermaß an Elektrizität, an Schafen, Rahm und Butter – das ist die Heimat von Janet Frame, Schriftstellerin, geboren am 28. August 1924 in Dunedin, Neuseeland.

Hier wuchs sie auf als Tochter eines Eisenbahners, eines unsicheren, aus Nichtwissen grausamen Mannes, der Dudelsack spielte und das Angeln liebte und seiner Frau, die Gedichte rezitierte, manchmal auch eigene schrieb und die jeden ihrer Wünsche der Familie opferte, bis ihr Leben irgendwann zu Ende war. Außer Janet hatten die Frames noch drei andere Töchter und einen Sohn; zwei der Mädchen ertranken, Buddy, der Junge litt an Epilepsie. Seine Anfälle, die der Vater für ein Zeichen bössartiger Disziplinlosigkeit hielt, brachen als Schrecken von mythischer Dimension in die Familie ein, unverstehbar, unabänderlich und immer wiederkehrend.

Das dicke Kind

Janet war ein dickes Kind mit krausem rotem Haar und miserablen Zähnen, das sich der stets zu engen Kleidung schämte, unter der sich deutlich sichtbar die groben Handtücher abzeichneten, die ihr die Mutter statt Monatsbinden gab. Janet Frame erschloß sich ihre Umgebung durch die Namen, die sie bezeichneten, erwartete in Eden Street das Paradies, in Ferry (Fairy) Street Gestalten aus dem Märchenwald und entdeckte die Welt in den Geschichten ihrer Schulbücher, die sie

ebenfalls ganz buchstäblich nahm, wie das Abenteuer der Entdeckung von „the island“, dem Ist-Land. Dieses Universum, das ihr die Mutter, dann die Lehrpläne der Schule darboten, war bevölkert von Vorstellungen, Figuren, Tieren, den Gefühlen und Phantasien einer anderen Hemisphäre; es war die Welt von Shakespeare und Keats, den Schwestern Brontë und Yeats, später Auden und Freud.

Spiel mit Wörtern

Janet spielte mit Wörtern und Sätzen, sie wünschte sich „Phantasie“, weil sie Dichterin werden wollte, doch das Wesen der Fiktion blieb ihr fremd. Sie las und schrieb Gedichte wie „Tatsachenberichte aus der Welt der Natur“, nahm ihre Lektüre gierig in sich auf, um sie in der Wirklichkeit zu verankern, wo sie, wie sie lange meinte, hingehörte. Denn für sie waren – nach einem Satz von Shelley, an den sie fest glaubte – die Dichter die „unerkannten Gesetzgeber der Welt“. Sie lebte mit Caliban, König Lear und ein paar Gedichten von Rilke. Daß auch Neuseeland seine Dichter hat, erfuhr sie erst spät, als sie längst erwachsen war und selbst begann, als Schriftstellerin zu leben.

Den Tod der Schwestern im Abstand von zehn Jahren durchlitt sie im Rhythmus von Virginia Woolfs „Wellen“, den zweiten als Epilog zu den alten und Prolog zu einer Menge neuer Geschichten. Sie erlebte die Tragödie in einem Zitat von T.S. Eliot – „...zwei Wochen tot / Vergaß der Möwen Schrei“ –, ihre eigenen Gefühle überlagert von einer traumähnlichen Realität, in der sie selbst subjektlos blieb. Sie war, wo auch immer sie sich befand, Außenseiterin, schüchtern bis zur Selbstausslöschung, angstvoll dem Blick und Urteil anderer ausgeliefert. Als sie siebenundzwanzig war, erschien ihr erstes Buch, „The Lagoon“, eine Sammlung von Kurzgeschichten. Es rettete ihr wahrscheinlich das Leben, mit Sicherheit den Verstand.

Rettung durch Schreiben

Zu jener Zeit war Janet Frame, nach einem im Augenblick der Abschlußprüfung abgebrochenen Lehrstudium und einem Selbstmordversuch mit Aspirin, eingeschlossen in einer Irrenanstalt. Als schizophren, damit unheilbar (fehl-)diagnostiziert¹, war sie acht Jahre lang in verschiedenen Anstalten von insgesamt zweihundert Elektroschocks gepeinigt worden, jeder einzelne mit wachsender Panik erwartet „wie eine Exekution“. Jeder Widerstand, jedes Aufbegehren war als untrüg-

licher Beweis ihrer Krankheit gedeutet worden, ebenso jedes Anzeichen, sich in die verordnete Passivität zu fügen. Es gab kein Entkommen aus der Diagnose. Kurz bevor die Ärzte eine persönlichkeitszerstörende Gehirnoperation vornehmen konnten, erhielt Janet Frame ein Literaturstipendium und wurde aus der Klinik entlassen.

Sie galt in ihrer Heimat, noch lange nach ihrer Entlassung, als verrückt; doch ihre literarische Kraft wurde nie verkannt. Unumstritten ist sie heute die bedeutendste lebende Schriftstellerin Neuseelands. Seit der Verfilmung ihres dreibändigen autobiographischen Romans durch Jane Campion, die für „Ein Engel an meiner Tafel“ beim Filmfestival in Venedig 1990 mit acht Preisen geradezu überschüttet wurde, gewinnt Janet Frame langsam, Buch für Buch, das übersetzt wird, auch hierzulande eine Leserschaft.

Der autobiographische Roman, drei Teile in zwei Büchern, liegt seit kurzem vollständig auf deutsch vor. Fast gleichzeitig erschien die Übersetzung ihres Romans „Gesichter im Wasser“, als externes Mittelstück von „Ein Engel an meiner Tafel“ verstanden, dem zweiten Teil des großen autobiographischen Romans.

Feldstudien von Psychiatrie und psychischer Krankheit

Janet Frame hat sich gegen diese Lesart immer gewehrt. Und tatsächlich arbeitet sie in „Gesichter im Wasser“ mit einer anderen Form der literarischen Verdichtung als in den Bänden der Autobiographie. Sie schrieb dieses Buch schnell, konzentrierte sich vor allem auf Glaubwürdigkeit, zeichnete jedes Detail aus den Innenräumen der Kliniken, jede Nuance im Verhalten des Personals und der Patienten, jede Aktivität vom Fest am Krönungstag bis zum Essen nach dem Tanz, getreulich nach. Gleichzeitig schuf sie, indem sie Ticks und Versehrungen, den Wahn und die Ängste der Insassen, die sie in den Anstalten kennenlernte, ineinander verschränkte und miteinander kombinierte, halbfiktionale Charaktere. Gänzlich fiktiv ist die Ich-Erzählerin. Sie ist nicht die Autorin.

Janet Frame wollte ein Bild des Verrückten entwerfen, das sie in jenen Jahren um sich herum sah, und suchte eine Sprache, in der es sich ausdrücken konnte. Der Irrsinn, dieser „in Bruchstücke zerfallene Verstand, den eine geheime Explosion in alle seine vier Ecken zerstreut hatte“, ist nicht Motiv, sondern der eigentliche Protagonist des Romans. Ihm eine Sprache zu verleihen, die seiner eigenwilligen, von außen nicht zugänglichen Logik folgt und in der die Autorin doch gleichzeitig ihre eigenen Wahrnehmungen und Erfahrungen sprechen

läßt, ist der wütendste Kampf, der in „Gesichter im Wasser“ tobt. Janet Frame gewinnt ihn nicht immer.

Da sie selbst nicht wahnsinnig war, während sie eingesperrt lebte, doch die Verhältnisse in den Anstalten auch stabilere Persönlichkeiten als die ihre bis ins Fundament erschüttert hätten, klingt die Sprache, die sie erfindet, manchmal fast unbeholfen in dem Bemühen, den eigenen Verstand zu retten und ihn gleichzeitig in den Dienst derjenigen zu stellen, deren Welt sie beschreibt. Die bildhaften Vergleiche, eine der großen Stärken ihres Schreibens, ufern aus zu einem Metaphernmeer, durch dessen Brandung der Leser sich mühsam vorwärtskämpfen muß. Daß „Gesichter im Wasser“ keinen formalen Erzählrahmen und die Figur der Erzählerin Istina Mavet keine Geschichte, nicht einmal eine Krankengeschichte hat, macht die Lektüre zu einer bodenlosen Anstrengung. In den besten Passagen allerdings erreicht sie atemnehmende Intensität.

Autobiographie als literarischer Schöpfungsakt

Der große Roman ihrer Autobiographie wirkt dagegen in der Konstruktion kunstvoll, im Erzählen mühelos, obwohl es über weite Strecken wiederum um die Erfahrung mit und die Suche nach einer Sprache geht, in der das Verhältnis von Ich und Welt begreifbar wird und in der sich jenes besondere Universum erschaffen läßt, in dem die Schriftstellerin wie in einer „Spiegelstadt“ ihre Motive findet. Und auch einen Teil von sich selbst, der im Niemandsland der Realität stets ortlos blieb und schemenhaft. Es ist jener Teil, der in der fremden Literatur, in der Sprache und den Erfahrungen anderer lebte und den Janet Frame erst langsam, auf einer jahrelangen Reise durch Europa, zu sich, der Neuseeländerin, zurückholte.

Janet Frame schrieb den Roman ihrer Biographie nicht in der Absicht, Auskunft zu geben über ihr Leben und ihre Zeit, auch nicht, um sich ihrer selbst zu vergewissern. Sie läßt ihre Leser vielmehr teilnehmen an einem literarischen Schöpfungsakt – der über weite Passagen auch eine Schöpfung aus Literatur ist –, in dessen Verlauf sie viele Ichs erfindet bis sie irgendwann ganz unspektakulär in der Mitte des letzten Bandes, „Der Gesandte aus der Spiegelstadt“, souverän „ich“ sagen kann: als Gegenüber von anderen, als Frau und als Schriftstellerin, die in qualvollen Jahren gelernt hat, daß Literatur auch Täuschung ist und das Leben mehr und anderes als nur eine Bedrohung für die Kunst. Die zentrale Frage der meisten Autobiographien, die nach ihrer Faktizität, stellt sich bei der Lektüre Frames nicht. Sie beschreibt

nicht das Leben, sondern Möglichkeiten der Existenz: „Ich hatte Ichs geschaffen, aber nie von mir geschrieben.“

Zu einem dieser Ich-Fragmente gehörte ihre „Schizophrenie“, deren Diagnose sie, wie sie sich belehren ließ, mit Künstlern wie van Gogh oder Hugo Wolf verband. Diese Nähe, von der sie vermutete, daß sie sie durch ihr Schreiben allein niemals würde erreichen können, befriedigte sie und schützte ihren Wunsch nach künstlerischem Ausdruck vor den Anforderungen eines „normalen“ Lebens. Für eine Weile setzte Janet Frame die Diagnose bewußt ein, um einem Lehrer zu gefallen. Gleichzeitig fand sie, probeweise, in der Krankheit – nicht in den Kliniken – eine Heimat. Die Fehldiagnose war eine Falle; aber eine, die eine Zuflucht bot.

Jahre nach ihrer Entlassung entschloß sie sich, in London die Diagnose überprüfen zu lassen. Als sie die Ärzte für gesund erklärten, empfand sie diese Revision als unendlichen Verlust. Sie fiel in „die Armut“, nur sie selbst zu sein, nie wieder auch eine andere. Ohne die Krankheit blieb ihr nur ihr gewöhnliches Ich. Sie versank in ein Gefühl der Nichtigkeit, aus dem sie ein englischer Arzt langsam herausführte, indem er ihr, „als wäre er ein Maßschneider“, half, die „Nähte des Lebens“ zu verstärken, um unabhängig zu werden von dem Trost, den sie in der Vorstellung ihrer Schizophrenie gefunden hatte.

Nach sieben Jahren in Europa kehrt Janet Frame nach Neuseeland zurück, als Schriftstellerin mit „Übersee-Reputation“, die ihre Erfahrungen mit Fakten wie Fiktionen aufsammelt wie Schätze der Vergangenheit, um sie aus der Welt der Tatsachen in die Dichtung eines Landes zu transportieren, das literarisch noch nicht völlig vermessen ist. Sie lebt dort „wie in einem Zeitalter der Entstehung der Mythen“, ohne Begrenzung der Phantasie.

Anmerkungen und Literatur

- * Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 27.8.1994
- 1 Über einen Leserbrief wurde richtiggestellt, daß Schizophrenie eine heute zumeist gut behandelbare Krankheit ist, die bei einem Drittel der Patientinnen völlig ausheilt; bei einem Drittel einen verhältnismäßig günstigen Verlauf hat.
- Janet Frame: *Gesichter im Wasser*. Roman. Aus dem Englischen übersetzt von Kyra Stromberg und Monika Schlitzer. Piper Verlag, München 1994. 292 S., 38.-- DM
- Ein Engel an meiner Tafel*. Autobiographischer Roman. Aus dem Englischen übersetzt von Lilian Faschinger. Piper Verlag, München 1993. 384 S., br., 14.90 DM
- Der Gesandte aus der Spiegelstadt*. Autobiographischer Roman. Aus dem Englischen übersetzt von Lilian Faschinger. Piper Verlag, München 1994. 205 S., br., 16.90 DM

Interview mit Annegret Neraal

Frau Dr. Dr. med. Annegret Neraal ist Kinderärztin und Psychoanalytikerin (DPV). Seit 1984 ist sie Oberärztin der Abteilung für Psychosomatik des Zentrums für Innere Medizin an der Universitätsklinik Marburg
Das Interview führte Ulrike Hoffmann-Richter

Zusammenfassung

Annegret Neraal berichtet vom mühsamen Aufbau stationär psychosomatisch-psychotherapeutischer Arbeit. Sie beschreibt, wie die Behandlung von Patientinnen und Patienten auf internistischen Abteilungen und inmitten internistischer Patienten, Kolleginnen und Konzepten neben somatischem Denken und Arbeiten ihren Platz findet.

HR: Sie sind als Psychoanalytikerin in einer Institution psychotherapeutisch tätig. Wie kamen Sie dazu?

N: Ich bin seit 30 Jahren in Institutionen tätig, seit 13 Jahren in der Abteilung Psychosomatik der Marburger Universitätsklinik. Die jetzige Verantwortung als Oberärztin für acht psychosomatische Betten und eine psychosomatische Ambulanz habe ich seit 1989. Die Arbeit in Institutionen hat mich immer gereizt. Ich finde sie bis heute eine spannende Aufgabe. Ich hatte die Tätigkeit in dieser Form nicht gezielt geplant. Vielmehr ist sie mir durch meine Biographie zugewachsen. Am Anfang standen Interviews mit KZ-Geschädigten im Rikshospital in Norwegen. Damals wußte ich noch kaum etwas von Psychoanalyse. Die persönliche Auseinandersetzung mit diesen Menschen, ihre Berichte und die wiederholte Konfrontation mit der Nazi-Zeit als Deutsche in Norwegen haben mich für die psychosomatischen Zusammenhänge bei der Entstehung von Krankheiten sensibilisiert. Ein Kontakt mit Horst Eberhart Richter in Gießen und seiner Familientherapie bei Kindern war ein nächster Schritt.

Ich bin überzeugt, daß meine psychoanalytische Ausbildung eine notwendige und für mich die wichtigste Voraussetzung für meine Tätigkeit in der Psychosomatik ist, ich nutze die Psychoanalyse als Methode, um mit dem Unbewußten des Patienten in Kontakt zu kommen und gebe ihm Verdachtsmomente in die Hand, um sich und seine Krankheit besser zu verstehen. Die von mir psychosomatisch betreuten Kranken versuche ich für psychogene Ursachenzusammenhänge ihrer Erkrankung sensibel und dafür entscheidungsfähig zu machen, ob sie sich auf

den dornigen Weg der analytischen Psychotherapie in der Hoffnung auf mögliche Verbesserung oder Auflösung ihrer Erkrankung begeben wollen oder ob sie lieber in ihrem körperlichen Leiden verharren wollen.

HR: Wie sieht denn der institutionelle Rahmen Ihrer Arbeit aus und was haben Sie für ein Konzept für die stationäre Behandlung?

N: Das Konzept ist im Fluß, es wird ständig aufgrund wachsender Erfahrungen und den therapeutischen Qualifikationen der Mitarbeiter entsprechend geändert. Zunächst aber muß ich ein wenig ausholen und berichten, wie der jetzige Rahmen entstanden ist. Nach dem Umzug der psychosomatischen Abteilung in das neue Klinikum 1984 erhielt die psychosomatische Abteilung die lang versprochenen acht Betten. Es war jedoch nicht das Angebot einer eigenen Station damit verknüpft, sondern zwei mal vier Betten auf internistischen Abteilungen. Die Betten wurden nicht freigehalten, sondern mit anderen Patienten belegt, wenn sie nicht rechtzeitig von der Psychosomatik besetzt wurden. Unter diesen Umständen war es lange sehr schwierig, die endlich erhaltenen Betten zu nutzen. Schließlich wurde mir vor fünf Jahren die Aufgabe übertragen, mich um den stationären Bereich vorrangig zu kümmern. In mühevoller, zäher Aufbauarbeit gelang es mir, nach und nach alle acht Betten zu beanspruchen und auch zu belegen. Wir arbeiten mit kurzen Wartezeiten. Da unsere Abteilung zur Akutversorgung gehört, haben auch wir die Möglichkeit, Patienten notfallmäßig aufzunehmen. Das kann vorübergehend zu einer Überbelegung führen, die wir dann im nachhinein durch Abtreten eines Bettes wieder ausgleichen. Meine schwierigste Aufgabe bestand darin, die Mitarbeiter der Abteilung für die klinische Arbeit zu interessieren und zur Mitarbeit zu motivieren. Zu Anfang war ich allein mit einer schwer körperbehinderten Psychologin, die bereits Erfahrung aus einer psychosomatischen Fachklinik mitbrachte und sich sehr für die Versorgung der psychosomatischen Patienten und für die Supervision des Pflegepersonals engagierte. Der zu unserer Abteilung gehörige Assistenzarzt war seit Anbeginn der Abteilung Psychosomatik in die übliche internistische Ausbildungsrotation eingebaut und stand uns für unsere spezifischen Belange kaum zur Verfügung. Da bis auf eine Ausnahme die internistischen Assistenten nicht gewillt waren, in der Psychosomatik tätig zu sein, blieben wir von der Rotation ausgeschlossen und mußten notgedrungen mit den halbjährlich wechselnden Assistenzärzten auf den Stationen kooperieren. Schließlich gelang es mir, unseren Assistenzarzt für die Psychosomatik zu gewinnen. Inzwischen ist er ausschließlich für unsere acht Patienten zuständig, beteiligt sich jedoch am internisti-

schen Nachtdienst. Unser Forschungspsychologe hat sich inzwischen auch dem klinischen Team angeschlossen, so daß wir insgesamt zu fünf inklusive Abteilungsleiter die Versorgung der stationären Patienten durchführen.

Die somatische Betreuung unserer Patienten ist Aufgabe unseres Assistenzarztes, der vom Leiter der Abteilung, Herrn Prof. Schüffel, Internist und für die internistische Weiterbildung ermächtigt, supervidiert und in unseren Abteilungsbesprechungen immer wieder dazu angehalten wird, die somatische Betreuung der Patienten aus analytischem Blickwinkel zu betreiben, d.h. die körperlichen Beschwerden als Widerstand gegen eine Auseinandersetzung mit den psychischen Konflikten zu betrachten; die Patienten entziehen sich über körperliche Reaktionsweisen der Psyche. Wöchentlich findet eine Chefvisite in der Gruppe statt. Die in der Klinik üblichen täglichen Visiten haben wir durch eine dreimal wöchentlich stattfindende Gruppensitzung außerhalb der Station ersetzt. Wir versuchen, Untersuchungen in Grenzen zu halten und auf medikamentöse Behandlungen weitestgehend zu verzichten. Als Ausweg, sich an somatisch orientierte Kollegen zu wenden, bleibt den Patienten immer noch der Nachtdienst oder der Wochenenddienst. Außer den täglichen analytischen Gruppentherapie-sitzungen, die von mir durchgeführt werden, finden ein bis drei Einzeltherapiestunden für die Patienten pro Woche statt. Hier verteilen wir die acht Patienten auf uns fünf Mitarbeiter, wobei wir uns gegenseitig nicht vertreten. Es erscheint mir sinnvoll, daß die Patienten die Trennung und zeitweise Abwesenheit des zuständigen Therapeuten aushalten und bearbeiten. Die problematischsten Dinge können in der Gruppe aufgefangen werden. Die Kontakte zum Pflegepersonal der beiden Stationen werden vom Stationsarzt und der körperbehinderten Psychologin hergestellt, die einmal wöchentlich eine Besprechung der psychosomatischen Patienten anbieten.

Das Ganze ist natürlich ein sehr fragiles Unterfangen, da die Patienten auf zwei internistischen Stationen verstreut liegen, das Pflegepersonal nicht psychotherapeutisch geschult ist und unsere Kontakte mit den somatisch tätigen Kollegen und dem Pflegepersonal spärlich sind. Die psychosomatisch-psychotherapeutische Betreuung der Patienten findet außerhalb der Stationen in der Abteilung Psychosomatik statt, wo außerdem noch fünfmal wöchentlich Autogenes Training und fünfmal wöchentlich ein Körperwahrnehmungstraining angeboten werden. Die täglichen Gruppensitzungen sind die einzige Möglichkeit, ein Zusammengehörigkeitsgefühl unter den psychosomatischen Patienten herzustellen.

HR: Das stelle ich mir enorm schwierig vor. Wie ist die Arbeit unter solchen Bedingungen überhaupt möglich?

N: Die Arbeit erfordert ein großes Engagement und ständige Selbstreflexion. Da die meisten psychosomatischen Patienten zu Spaltungsprozessen neigen, gilt es, diese immer wieder im Mitarbeiterteam zu erkennen und aufzufangen. Das führt zu Spannungen bis zu regelrechten Konflikten, die nicht immer leicht auszuräumen sind. Aber bisher haben solche Auseinandersetzungen zur konstruktiven Weiterarbeit geführt. Die Mitarbeiter treffen sich dreimal wöchentlich zu sogenannten Teambesprechungen, zu einer dieser Besprechungen wird der an unserer Arbeit interessierte, das Körperwahrnehmungstraining anbietende Krankengymnast hinzugezogen.

HR: Wie sieht denn der Umgang der psychosomatischen Patientinnen mit den somatischen Patientinnen auf den Abteilungen aus?

N: Die psychosomatischen Patienten erleben sich auf der internistischen Station als Patienten zweiter Klasse. Die Schwestern auf den beiden Abteilungen haben durchgesetzt, daß die psychosomatischen Patienten ihre Betten selbst machen und ihr Essen selbst holen. Sie fühlen sich teilweise durch solche Regelungen zurückgesetzt, regelrecht entwertet, zu Patienten mit „schlechten Nerven“ oder „Macken“ abgestempelt. Sie leiden darunter, keine Patienten mit ernstzunehmenden Erkrankungen zu sein. Ich bearbeite mit ihnen diese Probleme in der Gruppe.

HR: Wie geht es den Schwestern mit den zweierlei Patientinnen?

N: Darüber weiß ich nicht viel, da der intensive Kontakt auf den Stationen durch den Assistenzarzt und die Psychologin erfolgt, die sich ihren Raum nehmen und ihn individuell gestalten. Wenn Krisen auftreten, werden diese in den Abteilungskonferenzen vorgestellt und besprochen, und den beiden Mitarbeitern wird die Handhabung der Konflikte auf der Station überlassen. Nur in seltenen Ausnahmefällen habe ich mich veranlaßt gesehen, Konflikthafes auf der Station zu klären.

HR: Haben Sie auch eine Poliklinik? Wie kommen Sie zu Ihren Patientinnen?

N: Zur Aufstockung unseres Mitarbeiterteams haben wir als Therapeuten niedergelassene Psychologen und Ärzte gewonnen, die im Wechsel mit uns die einmal wöchentlich stattfindende Ambulanz in der Poliklinik übernehmen. Am Dienstagvormittag werden vier Patienten zum Erstgespräch einbestellt, die vom diensthabenden Mitar-

beiter gesehen und anschließend dem gesamten Ambulanzteam vorgestellt werden.

Die acht- bis zehnköpfige Gruppe arbeitet wie eine Balint-Gruppe, versucht die Patienten zu verstehen, eine psychosomatische Diagnose zu finden und das weitere Vorgehen vorzuschlagen. Hier entscheiden wir, ob der Patient zuerst stationär und dann ambulant behandelt werden soll oder ob er gleich in eine ambulante Psychotherapie gehen kann. Oft kann sich auch schon jemand im Team die weiterführende ambulante Psychotherapie mit dem Patienten vorstellen.

HR: Um was für Patientinnen geht es dann?

N: Da ruft mich z.B. ein junger Kollege aus der Kardiologie an und bittet mich zu einer jungen Patientin, die mit ihrem vier Wochen alten Säugling aufgenommen worden ist. Ich treffe auf eine junge Akademikerin, die beim Schlangestehen Ohnmachtsanfälle erlitten hat, ohne dabei zusammenzubrechen. Sie ist mehrfach in der Poliklinik untersucht und wieder nach Hause geschickt worden. Schließlich hat sie sehr bestimmt erklärt, sie bleibe so lange mit dem Kind in der Klinik, bis man ihr Problem geklärt habe. Sie lasse sich nicht mehr abweisen. Sie sei dann durch die Mühle gedreht worden und im Ultraschall habe man einen auffälligen Befund an der Aortenklappe gefunden, der zu einer Endokarditis passen könne. Obwohl sie weder Fieber noch eine erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit noch sonstige Entzündungszeichen geboten hat, wird sie aus Gründen der Vorsicht als Endokarditispatientin mit Antibiotika behandelt. Nach kurzem Kontakt auf der Station gebe ich der Patientin mit ihrem Neugeborenen im Arm im Einverständnis mit dem behandelnden Arzt, dessen Informationen ich inzwischen gespeichert habe, einen Termin in unserer Ambulanz. Körperlich erscheint mir die Patientin wenig angeschlagen, doch psychisch steht sie unter enormer Spannung. Sie erzählt mir, wie sehr sie hat kämpfen müssen, um sich mit ihrem Anliegen der Aufnahme und ärztlichen Betreuung durchzusetzen. Solange sie sich nicht fit fühle, würde sie das Krankenhaus nicht verlassen wollen. Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, daß sie z.Zt. mit den beiden Kindern überfordert ist, zumal ihr Mann sich während der Woche aus beruflichen Gründen in einer weit entfernten Stadt aufhalten muß. Sie demonstriert mir szenisch in ihren Ohnmachtsanfällen, daß sie aufgefangen werden möchte, was sie sich als äußerst tatkräftige Frau, die bisher alle schwierigen Lebenssituationen gemeistert hat, nicht einzugestehen vermag. Die Symptomatik der Patientin scheint zu Krankheitsbildern aus dem hysterischen Formenkreis zu passen. Die mit Hilfe der

Sozialarbeiterin beschaffte und von der Krankenkasse bezahlte Haushaltshilfe kann sie annehmen und die Klinik verlassen.

Weiterhin fällt mir ein junger Medizinstudent ein, der an einem Melanom erkrankt ist. Er hat die Vorstellung, daß er dem Tod entrinnen könne, wenn sich etwas Grundsätzliches in seinem Leben änderte. Das Grundsätzliche scheint der Zugang zu seinen isolierten aggressiven Affekten zu sein, die ihm allmählich in Träumen zugänglich werden. Ob er den Kampf gegen den Tod gewinnen wird, weiß niemand, ich nehme ihn nach seinem stationären Aufenthalt in ambulante psychotherapeutische Betreuung.

Zu uns kommen Patienten aus den verschiedenen Kliniken und Fachabteilungen, von niedergelassenen Ärzten und auf eigene Initiative hin. Die Überweisungen sind abhängig von unserer Zusammenarbeit und unseren persönlichen Kontakten zu unseren ärztlichen Kollegen und wechseln dementsprechend.

HR: Ich habe neulich ein Buch von Shorter, einem Medizinhistoriker aus den USA, in die Hände bekommen. Es heißt: Moderne Leiden. In ihm beschreibt der Autor, wie seit ca. Ende des 18. Jahrhunderts in einer Art Pas de deux die Psycho- und Somatogenese auf ärztlicher und Patientenseite sich abwechseln. Interessant fand ich darin, daß Shorter spätestens seit den 80er Jahren eine neue Welle der Somatogenese sieht. Sie sei nicht zuletzt mit den Fortschritten der Immunologie aufgekommen. Man könne heutzutage ungeheuer viele Antikörpertiter nachweisen, wisse jedoch häufig noch nicht, was sie bedeuten. Gerade für viele Intellektuelle sei dies die Erlösung, da solche Befunde eine Erklärung für ihre Beschwerden böten. Sie bestünden heutzutage vor allem in Depressivität und allgemeiner Abgeschlagenheit. Sehen Sie auch so eine Entwicklung?

N: Dem kann ich nur zustimmen. Von der heutigen Gesellschaft können Schwächen körperlicher Art wie Abgeschlagenheit und psychischer Art wie eine depressive Entwicklung nicht toleriert werden. Wenn ich diese Schwächen als biologisch verankert und erklärbar betrachte, helfe ich dem Patienten, sich der Verantwortung für diese Schwächen zu entziehen, und er erfährt dadurch eine Entlastung. Es liegt im Interesse vieler Patienten, die seelische Dimension biologisch erklärbar und meßbar zu machen und so die hinter allen Krankheitssymptomen lauernde Depressivität (Krankheit gleich somatisierte Depression) abzuwehren. Der psychosomatische Patient hat große Widerstände gegen psychogene Ursachenzusammenhänge, er somatisiert, um sich von den psychischen Konflikten zu entlasten, er möchte die psychische Dimension nicht affektiv wiedererleben müssen.

HR: Neben Ihren Aufgaben in der Klinik führen Sie noch analytische Behandlungen durch. Wie geht das zusammen?

N: Meine Erfahrungen aus Analysen sind für meine Tätigkeit in der Klinik erforderlich. Ich muß ganz einfach mal in einer Langzeittherapie erfahren haben, wie sich körperliche Erkrankungen auflösen oder wie Körperreaktionen entstehen. Ich habe während eines Therapieverlaufes erleben können, wie eine Keratitis erosiva verschwindet, ein Colitis-Patient beschwerde- und medikamentenfrei wird, eine Pubertätsmagersüchtige im Alter von 21 Jahren ihre Menarche bekommt usw. Dieses Wechselspiel zwischen Psyche und Soma erscheint mir wie ein Wunder und das Erleben von Zusammenhängen hat für mich eine große Faszination.

HR: Haben Sie eine zeitliche Begrenzung für den stationären Aufenthalt in ihrer Klinik?

N: In der Regel bleiben die Patienten bei uns sechs Wochen, manche überschreiten diesen Zeitraum und bleiben bis zu zehn, zwölf Wochen, andere wiederum brechen vorzeitig ab. Abbrüche sind eher selten geworden.

HR: Und wie ist das mit Überschreitungen, Patientinnen, die nicht mehr gehen möchten?

N: Dieses Problem ist bei uns noch nicht aufgetaucht.

HR: Wissen Sie denn auch, was aus ihren Patientinnen geworden ist, haben Sie Katamnesen gemacht?

N: Wir haben die stationäre Behandlung von acht psychosomatisch kranken Patienten in den letzten fünf Jahren in dieser Form aufbauen können. Seit einem halben Jahr läuft eine Begleitforschung. Es liegt in unserem Interesse herauszufinden, welche Heilungsergebnisse wir erzielen.

HR: Wenn ich Ihre Beschreibungen Revue passieren lasse, so scheint mir, daß Ihr Kontakt zu den somatischen Kollegen das A und O Ihrer Arbeit ist.

N: Sehr selten kommen Patienten direkt zu uns. Wir sind auf die Überweisungen von Kollegen angewiesen. Hierfür sind gute persönliche Kontakte zu den Kollegen die Voraussetzung. Das Interessante an unserer Arbeit ist, daß wir an einem Akutkrankenhaus in unmittelbarem Kontakt mit den somatischen Kollegen arbeiten und die Patienten oft während des akuten Krankheitsgeschehens und nicht erst im chronifizierten Zustand überwiesen bekommen.

HR: Wie stellen Sie sich die weitere Entwicklung vor?

N: Ich bin nicht sehr optimistisch. In der heutigen leistungsorientierten Apparatedizin gibt es zunehmend weniger Raum für die seelische Dimension, so daß die Psychosomatik aus den Akutkrankenhäusern eliminiert und in periphere psychosomatische Fachkliniken abgeschoben zu werden droht.

Mir erscheinen die großen Kliniken oft wie Kampffelder, auf denen ständig agiert werden muß. Es bleibt keine Zeit und kein Raum, dem Patienten mit seiner Krankheit zu begegnen, ihn zu erfahren, geschweige denn mit seinem Unbewußten in Kontakt zu treten, was für psychosomatisches Verstehen meiner Auffassung nach unabdingbar ist.

HR: Vielen Dank für das Interview.

Tagungen

■ Koevolution – Ein Perspektivenwandel in der Psychotherapie

Bericht über den Psychotherapiekongreß „Koevolution“ vom 6.-8.10.1994 in Zürich, veranstaltet von der Psychiatrischen Poliklinik, Universitätsspital Zürich, in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe „Koevolution“.

Ins Tagungsthema führte Jürg Willi selbst ein. Die Begegnung mit Martin Bubers „Ich und Du“ habe ihn sein Lebensthema erfahren lassen: „Das Grundwort Ich – Du stiftet die Welt der Beziehung“. Dem Begriff „Koevolution“ liegt die These zugrunde, daß eine Person sich vor allem in der aktiven Gestaltung ihrer Beziehungen entwickelt. Menschen in Beziehungen entwickeln sich nicht unabhängig voneinander, sie entfalten sich im Spannungsfeld von gegenseitiger Herausforderung, Unterstützung und Begrenzung. Die Psychotherapie habe wohl die Individualität des Menschen oft überschätzt, es dränge sich ein Perspektivenwandel in Richtung vermehrter Beachtung der Vernetzung psychischer Prozesse auf. Eben so sehr seien in Psychotherapien die entwicklungsstimulierenden Seiten des Zusammenlebens gegenüber den krankmachenden Aspekten mehr in Rechnung zu stellen. Als Konsequenzen für die Therapie von Beziehungen schlägt Jürg Willi die

Techniken der „koevolutiven Fokusformulierung“ und der „Konstrukt-differenzierung“ vor, wie er sie zusammen mit seiner Arbeitsgemeinschaft „Koevolution“ entwickelt hat.

In ihrem Referat zum Thema „Developing Gender Equality in Marriage“ beleuchtete Ann Bakis die Gender-Frage des Zusammenlebens. In ihrem Denken ist sie nachhaltig beeinflusst von Betty Carter (Family Institute of Westchester, New York), die zusammen mit Marianne Walters, Peggy Papp und Olga Silverstein „Das Frauenprojekt in der Familientherapie“ in die Wege geleitet hatte, eine Arbeit, die sich 1989 im Buch „Unsichtbare Schlingen“ niedergeschlagen hatte. Ann Bakis glaubt, daß es keine wirkliche „Gender-Equality“ in der Ehe gebe ohne grundlegende soziale Veränderung, und daher müßten wir politisch und psychotherapeutisch aktiv sein. Der Zeitpunkt der Veränderung wird reif. Menschen, Frauen und Männer, leiden, weil die alten Wege nicht mehr funktionieren und neue Strukturen und Denkweisen noch fehlen, welche die alten ersetzen könnten. Wir hätten eine ausgezeichnete Gelegenheit, Veränderungen zu erleichtern, indem wir diese Themen in unsere klinische Praxis und in unser eigenes Leben einbrächten. Wenn wir dies nicht täten, werde unsere Arbeit im besten Fall nutzlos sein. Während sie nun langsam, betont und in gut verständlichem Englisch Fragen direkt an die

Zuhörerinnen und Zuhörer stellte, herrschte im Vortragssaal eine gespannte Stille: „Verdienen Sie soviel Geld wie Ihr Ehemann? Verdienen Sie mehr als Ihre Frau? Haben Sie noch weiteres Geld zur Verfügung, z.B. eine Erbschaft? Falls Ihre Ressourcen ungleich sind, haben Sie schon darüber nachgedacht, wie dies Ihre täglichen Interaktionen beeinflusst, insbesondere Ihre finanziellen Entscheidungen? Falls Sie Kinder haben: Wissen Sie, wieviele Stunden Sie und Ihr Partner für sie sorgen? Ist diese Zeit gleich? Falls dem nicht so ist, wie gehen Sie damit um? Wie geht es Ihnen mit Ihrem eigenen Ärger und dem Ärger des anderen Geschlechts? Versuchen Sie, ärgerliche Männer zu verstehen und zu besänftigen, aber werden ungeduldig mit ärgerlichen Frauen und pathologisieren diese? Unterstützen Sie eine Frau, ihren eigenen Ärger auf ihren Partner zu spüren und auszudrücken oder erleben Sie dies als gefährlich oder nicht annehmbar für sich selbst?“ Ann Bakis demonstrierte damit, daß Fragen exzellente Möglichkeiten sind, etwas zu vermitteln. Die Herausforderung bestehe darin, in Therapien Interventionen zu finden, die respektvoll die Dimensionen der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern einbeziehen.

Weitere Beiträge befaßten sich mit der koevolutiven Identitätsbildung in der Postmoderne aus philosophischer Sicht, mit der Frage der gegenseitigen Beeinflussung der Persönlichkeitsentwicklung von Geschwistern und der Rolle des Kindes als Therapeut. In Streitgesprächen wurden Thesen pro und contra diskutiert, wie etwa die These, die unterschiedliche Thera-

peutenidentitäten im Auge hat: „Psychotherapeuten sind dann am wirksamsten, wenn anstehende Entwicklungen des Klienten noch offene Entwicklungen des Therapeuten ansprechen“. In diesem Zusammenhang wurde die Frage diskutiert, ob ein Therapeut genügend „professionell“ sei, wenn er die eigenen Konflikte zwar nicht gelöst habe, sondern sich ihrer mehr bewußt sei, sie gestalten und spielerisch mit ihnen umgehen könne. In parallel veranstalteten Workshops ergab sich die Gelegenheit, ein Thema in einer kleinen Gruppe vertiefter zu erarbeiten. Brigitte Boothe ging es um die weibliche Entwicklung im szenischen Raum. Sie hob die Bedeutung der Vermittlung in der Mutter-Tochter-Beziehung im Gegensatz zur Symbiose hervor.

Es war die Absicht der Organisatoren, an diesem Kongreß Einzel-, Paar- und Familientherapeuten und -therapeutinnen miteinander ins Gespräch zu bringen, um die vorgegebene Thematik – Koevolution – aus verschiedenen Blickwinkeln, psychoanalytisch, systemisch, philosophisch einerseits, theoretisch und praktisch andererseits zu diskutieren. Dabei hätte die Kontroverse Einzeltherapie-Mehrpersonentherapie pointierter geführt werden können, gerade um die Aspekte der vorgegebenen Thematik der Koevolution in den verschiedenen Therapiearten besser benennen bzw. reflektieren zu können. Zudem erscheint es an der Zeit, bei einer solch reichhaltigen Veranstaltung dem Thema der gleichgeschlechtlichen Paarbeziehung Raum zu geben! ■

Regine Mahrer, Basel

■ Tagungssplitter

„Alle Gewalt geht vom Volke aus „ lautete der Titel des öffentlichen Symposiums während der diesjährigen gemeinsamen Tagung des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Deutschland e.V. (BKJPP) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Aachen vom 15. – 16. 9. 94.

Das Thema und die geplante Referentenliste lösten im Vorfeld heftige Diskussionen zwischen dem Berufsverband und der wissenschaftlichen Gesellschaft aus. Sollen und dürfen sich Ärzte auf einer Fachtagung mit heiklen gesellschaftspolitischen Themen auseinandersetzen? Diskreditieren sie sich nicht, wenn sie die reine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Ursachen, Diagnosen und Therapien von Störungen und Krankheiten verlassen? Besteht nicht die Gefahr, daß die Fachtagung zum Podium heftiger politischer Diskussionen wird? Dieses Symposium hat gezeigt, wie notwendig es ist, sich als Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychotherapeutin möglichen Folgen von Gewalt, auch von struktureller Gewalt in der Gesellschaft zu stellen. Dies ist in einer konstruktiven Atmosphäre möglich.

Gerade wir Ärztinnen sehen in unserer täglichen Arbeit häufig die psychischen, emotionalen und körperlichen Folgen verschiedenster Formen von Gewalt zwischen Menschen. Zu unseren ärztlichen Aufgaben gehört auch die Prävention. Die Arbeit

von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Psychotherapeutinnen kann daher nicht mit dem Schutz des kindlichen oder jugendlichen Opfers vor neuer Gewalt und mit der therapeutischen Bearbeitung des Traumas enden. Wir müssen uns und die Gesellschaft dafür sensibilisieren, Zeichen von Gewaltanwendung an Kindern und Jugendlichen zu erkennen. Wir müssen uns aber auch mit den intrapsychischen, innerfamiliären und gesellschaftlichen Bedingungen auseinandersetzen, die dazu führen, daß Kinder und Jugendliche zu Opfern oder Tätern werden. Schließlich gehört die Arbeit mit der zunehmenden Zahl gewalttätiger und aggressiver Kinder und Jugendlicher zu unseren wichtigen Aufgaben, auch im Sinne einer Prävention.

Letztendlich erwiesen sich denn auch die Befürchtungen einer polemischen Politisierung als unbegründet. Die Vielzahl äußerst interessanter Beiträge und Arbeitsgruppen verdienten alle eine detaillierte Würdigung. Die Themen reichten von Hypothesen und Analysen zur Gewaltbereitschaft von jungen Menschen, über Möglichkeiten der therapeutischen Arbeit mit gewalttätigen Jugendlichen, unbewußten autoaggressiven Mechanismen in der Adoleszenz, z.B. im Rahmen psychosomatischer Symptombildungen, Möglichkeiten der Gewalttransformation in Lebenslust, Maßnahmen zu Diagnostik, Schutz und Therapie von mißhandelten und sexuell mißhandelten Kindern und Jugendlichen bis hin zu Fragen der Macht und des Machtmißbrauchs im therapeutischen Umgang mit Kindern, Jugendlichen

und Eltern. Interessierten Lesern sei der Tagungsband zum Symposium empfohlen, (s. Literaturangabe).

Hervorheben möchte ich den Vortrag von Prof. Dr. Bahr, der bei seinem Vortrag über „Aggressivität und Lebenslust – Gewalttransformation aus konflikt-theologischer Sicht“ – vor allem auf die Tatsache einging, daß viele gewalttätige Jugendliche selber nichts zu verlieren haben. Er schilderte zwei Beispiele, in denen es gelang, diese Jugendlichen in sinnvolle sinngebende Projekte einzubinden, so daß die Jugendlichen plötzlich etwas zu verlieren hatten. In einem Fall kam es zu direktem Kontakt zwischen den Jugendlichen und ihren potentiellen Opfern, was zu einer Revision ihrer Feindbilder führte. Dieses persönliche Kennenlernen und Sehen scheint besonders wichtig, da aggressive Kinder und Jugendliche häufig den Blickkontakt meiden und dadurch ihre Umwelt und ihr Gegenüber nur eingeschränkt und/oder verzerrt wahrnehmen.

Besonders beeindruckt hat mich und viele andere Tagungsteilnehmer der Vortrag eines Betroffenen. Dr. K.C. v. Braunmühl schilderte seine Bemühungen und die seiner Brüder, die Motive für die Ermordung seines Bruders durch die RAF zu verstehen und mit den Tätern ins Gespräch zu kommen. Das Besondere an seinem Vortrag war, daß man ein sehr respektvolles Bemühen spüren konnte, den Werdegang und die politischen Ziele der Täter zu verstehen, ohne die Tat zu entschuldigen. Er fragte sich, wie gerade junge Menschen, die besonders sensibel für Gewalt und Ungerechtigkeiten in der Gesellschaft

sind, zu Gewalt greifen konnten. Er mahnte uns, diese Täter nicht auszu-sondern. Er konfrontierte uns mit der Tatsache, daß auch diese Täter ein Produkt unserer Gesellschaft sind. Sie fordern von uns eine Auseinandersetzung damit, wie diese Gesellschaft zu ihrer Entwicklung und den Taten beigetragen hat. Durch den persönlichen Kontakt zwischen den Brüdern des Verstorbenen und den Tätern wollten sie eine Veränderung der Einstellung der Täter zu Gewalt an anderen Menschen erreichen. Seine Analyse zeigte, wie die Gewalttaten im Dienste politischer Ideologien durch mangelhaften persönlichen Kontakt zu den Opfern begünstigt wurden. ■

Mariele Ritter- Gekeler,
Müllheim

Tagungsband des BKJPP:

Christian K.D. Moik, Wirichsbon-
gardstr. 5-9, D- 52062 Aachen,
Telefax 0241/404692

■
**Tagungsbericht zur „20th
European Conference on
Psychosomatic Research
(ECPR)“**

*vom 4.08.-27.08.1994 in Gent,
Belgien*

Neben den Kongressen des International College of Psychosomatic Medicine (der nächste wird vom 10.09.-15.09.1995 in Jerusalem stattfinden) ist die alle zwei Jahre stattfindende European Conference on Psychosomatic Research das wahrscheinlich wichtigste internationale Forum, in dem psychosomatische Forschungsergebnisse vorgestellt und diskutiert

werden können. In den deutschsprachigen Ländern wird diese Kongreßreihe durch die zwei Mal jährlich stattfindenden Arbeitstagungen des „Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin“ (DKPM) ergänzt.

Nach einem europäischen Forschungstreffen vor vier Jahren in Helsinki war der vor zwei Jahren in Jugoslawien geplante Kongreß den dortigen Verhältnissen zum Opfer gefallen, so daß die jetzige Genter Zusammenkunft die Forschungsentwicklung von vier Jahren zusammenzufassen suchte. Inhaltlich war während dieser Tagung eine beachtliche Vielfalt von Forschungsansätzen und Erkrankungsgruppen repräsentiert, die als Beleg dafür gelten können, daß die nur in Deutschland in diesem Ausmaß institutionalisierte psychosomatische Medizin sich als empirische Wissenschaft etabliert hat. Während in den 70er Jahren das Alexithymiekonzept und das Typ-A-Verhalten einen Boom erlebten, haben sich die Schwerpunkte heute ganz zweifellos auf vergleichende Therapiestudien, Fragen der Qualitätssicherung und der „Quality of Life“-Forschung verschoben. Nach wie vor eine zentrale Rolle spielen Modelle des psychosomatischen Konsultations-Liaison-Dienstes, die u.a. in einem Symposium einer multizentrisch arbeitenden European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) und einem Workshop zu Konsiliargesprächen thematisiert wurden. Auf der Ebene psychosomatischer Erkrankungen zeigte sich ein gewisser Schwerpunkt bei den Eßstörungen, zu denen mittlerweile gut evaluierte Präventions- und katamne-

stisch abgesicherte Therapieprogramme vorliegen, aus denen sich differenzielle Indikationen für bestimmte Patientengruppen ergeben. In den letzten Jahren hat sich zudem die psychoendokrinologische und psychoimmunologische Forschung stark weiterentwickelt, was sich in einer Reihe von qualitativ sehr guten Symposien niederschlug. Aufgegriffen wird in Europa jetzt zunehmend auch die in den USA inzwischen etablierte Forschung zu Realtraumatisierungen im Sinne physischen Mißbrauchs. Symposien zu dissoziativen Störungen und therapeutischen Angeboten verschiedener realtraumatisierter Patientengruppen belegen diesen neueren Trend.

Neben den positiven Seiten dieser Tagung, zu denen neben der sehr offenen und diskussionsfreudigen Atmosphäre auch jetzt erstmals realisierte Weiterbildungsworkshops zu speziellen psychosomatischen Fragestellungen gehören, gab es allerdings auch weniger Erfreuliches zu beobachten. Die „Tragik“ internationaler Kongresse dieser Art besteht zweifelsohne darin, daß die Veranstalter aus finanziellen Erwägungen auch solche Vorträge akzeptieren (müssen?), die besser nicht gehalten worden wären. Tatsächlich rekrutieren sich die Teilnehmer vorwiegend aus den Vortragenden, nur wenige Enthusiasten (und VIPs) sind in der Regel bereit, die manchmal horrenden Teilnahmegebühren zu zahlen. In Gent hielt sich der Betrag mit etwa DM 450,- noch im Rahmen. Dafür waren die Symposien mit Beiträgen angereichert oder besser vom Veranstalter aufgefüllt worden, in de-

nen es neben viel Anekdotenhaftem gelegentlich auch die Fotos des letzten Sommerurlaubs zu betrachten gab. Mit anderen Worten: auch unter Außerachtlassung der psychotherapeutischen Schulenzugehörigkeit und weiterer subjektiver Variablen, die derartige Tagungsberichte häufig prägen, wechselte die Qualität der Beiträge stark. So waren die Tagungsteilnehmer am besten beraten, die

den Kongreß unter Verwendung einiger Urlaubstage dazu nutzen konnten, sinnliche Erfahrungen in der wunderschönen alten Genter Innenstadt zu sammeln. ■

Harald J.
Freyberger,
Lübeck

Bücher

■ *John Kerr: Eine höchst gefährliche Methode. Freud, Jung und Sabina Spielrein. 688 S., Kindler Verlag München 1994, DM 68,--*

Unter dem Deckmantel notwendiger Psychoanalysekritik macht sich während der letzten Jahre eine höchst ärgerliche Denunziationsliteratur breit. Angefangen hat sie mit Jeffrey Massons „Was hat man Dir Du armes Kind getan?“. John Kerrs „Höchst gefährliche Methode“ wird sicher nicht das letzte Muster dieser Gattung sein. Die Autoren solcher Bücher profitieren von sehr unterschiedlich begründeten Zweifeln der Fachwelt wie der Öffentlichkeit am allein seligmachenden Charakter der Psychoanalyse. Die Theoriekrise innerhalb der Psychoanalyse, die überwältigenden Erfolge der biologischen Psychiatrie in der – amerikanischen, vorerst nicht in der deutschen – öffentlichen Meinung, das Ausufern der Vielfalt seriöser und unseriöser psychotherapeutischer Methoden sind Faktoren, die solche Zweifel verstärken. Krisen sind in einer Zeit, in der öffentliche Aufmerksamkeit fast alles ist, nicht nur Signal für ernste und konstruktive kritische Auseinandersetzung. Sie läuten zugleich die Stunde der Schakale ein. Der Gegenstand der Analyse und der Kritik rückt in den Hintergrund. Die Person ist gefragt. Es wäre doch gelacht, wenn da neben all dem Licht nicht auch dunkle Schatten zu finden wären. Welche Überraschung, sie sind es; und das nicht zu knapp. Freud ist kein Übermensch, erfahren wir da; ehrgei-

zig war er, krankhaft ehrgeizig sogar; und überhaupt seine Kokaingeschichten. Und Jung erst! Das haben wir uns doch schon immer gedacht, daß er in Wirklichkeit ein Schwerenöter war, nicht erst seit die Briefe und Tagebücher der Sabina Spielrein aufgetaucht sind.

John Kerrs Buch ist ein harmloseres Beispiel dieses Genre. Aber es ist da einzuordnen, obwohl der Autor das vermutlich nicht beabsichtigt. Mir tut es leid, das feststellen zu müssen angesichts der ungeheuren Fülle von Material, das Kerr auf fast 700 Seiten ausbreitet. Ich bedaure das auch, weil der Autor offenbar viele Jahre an dem Buch gearbeitet hat. Aber auch Bücher, in die man viel Zeit und Kraft investiert hat, können mißlingen. Ich nehme an, John Kerr hat sich schlicht übernommen, indem er die Geschichte der Psychoanalyse in den gemeinsamen Jahren von Freud und Jung mit der Geschichte von Jung, Freud und Spielrein verknüpft hat – und mit der Geschichte der Psychoanalyse überhaupt. Bereits mit der Wahl des Titels „Eine höchst gefährliche Methode“ – einem William-James-Zitat – hat er sich aufs Glatteis begeben. Und wer das tut, muß sich nicht wundern, wenn er ausrutscht und sich, wie der berühmte Esel im Sprichwort, ein Bein bricht.

„Die Geschichte, die nun folgt, ist nicht schön“, schreibt er in seiner Einleitung. „Sie ist keine Liebesgeschichte. Sie ist auch keine jener erbaulichen Geschichten, die erzählen,

wie ein paar unerschrockene Männer und Frauen einen wissenschaftlichen Durchbruch erzielten. Sollte ich sie in einem einzigen Satz zusammenfassen, dann würde ich sagen, daß es eine ausgesprochen gruselige Gespenstergeschichte ist. Das Gespenst, das am Ende schließlich alle verschlingt, ist kein menschliches Wesen, sondern eine Theorie – und eine bestimmte Art des Zuhörens.“

Diese Absichtserklärung ist die banale Erklärung dafür, warum das Buch scheitern mußte. Wer sich selbst davon ein Bild machen möchte, dem sei die Lektüre des zweiten Kapitels mit dem Titel „Ein psychiatrisches Kloster“ empfohlen. Gemeint ist das Zürcher Burghölzli unter Leitung von Eugen Bleuler – und in diesem Kapitel der Abschnitt „Der Basler Aristokrat“. Dies ist nun wahrhaftig nicht Psychiatriegeschichte. Dies ist reduktionistische Tendenzliteratur, wie wir sie von amerikanischen Autoren – auch solchen mit wissenschaftlicher Grundausbildung – leider allzu oft erleben.

Dennoch möchte ich nicht vom Kauf oder der Lektüre des Buches abraten. Es ist ein Steinbruch von spannenden Materialien. Es enthält auch eine Fülle von interessanten, zum Teil brillanten Ideen. Aber sie sind eben durcheinandergedurzt, überlagern einander und sind teilweise entsprechend schwer zugänglich; und sie entspringen der Sichtweise des Autors, über den wir im Klappentext lediglich erfahren, daß er Geschichte in Harvard und klinische Psychologie an der New York Universität studiert hat und daß er ständiger Mitarbeiter von The Analytic Press sei. Alter: un-

bekannt. Über noch etwas läßt der Verlag uns im unklaren: Das Erscheinungsjahr der amerikanischen Originalausgabe, obwohl Titel und Verlag angegeben sind. Sollte der amerikanische Verlag in weiser Voraussicht etwa von der Veröffentlichung abgesehen haben? ■

Asmus Finzen, Basel

■
G. Paulmichl: Ins Leben gestemmt. Neue Texte und Bilder. Haymon, Innsbruck, 1994

Georg Paulmichl ist geistig behindert. Er lebt und arbeitet geschützt. Seine Gedichte sprechen davon, daß er die Dinge unverbildet, ungeschützt in sich eindringen und die Worte aus sich herauskommen läßt. „Ins Leben gestemmt“ ist er den „Kinderbeinen entschunden“. Als Jugendlicher hatte er „schon einen langen Lebensbestand“ und sorgt dafür, daß die Echos nicht „im alltäglichen Behördenschutz“ „verdampfen“. Bis zum Tod, der „das Leben vor sich her“ treibt, erlebt, sieht, schmeckt, hört Paulmichl alltäglich allerhand:

Er stellt fest, daß „im Zeitungs-wirrwarr...die Wahrheit“ liegt oder daß „der Fernsehchef sagt: Du sollst keinen falschen Kanal neben mir haben“. „Der Heilige Geist ist ein Wesen mit tierischer Haltung“ und „der Maulwurf macht sich die Erde untertan“. Von der Kindheit bis zum Tod, vom Kirchen- und Jahreslauf, von der österreichischen Landschaft, den Tieren und vom Reisen, von der Universität, den Medien, ihren Botschaften und den Banken und vom alltäglichen Zeitvertreib weiß Paulmichl durchdringende Worte an seine Zeitgenos-

sen zu richten, denn:

„das Volk braucht einen Melodiereigenen“ und „die Menschen brauchen Lieder zur Erholung“. Paulmichl wir brauchen dich. ■

Ulrike Hoffmann-
Richter, Basel

■
Christa und Thomas Fengler, Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethnomethodologische Untersuchung. Reprint: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1994. 390 Seiten, DM 58,-

Die Ethnomethodologie hat man wohl allzu rasch als forschungspraktisch unbrauchbar abgetan. In dieser Studie, aus teilnehmender Beobachtung in einem sozialpsychiatrisch aufgeschlossenen Landeskrankenhaus entstanden, führen uns zwei junge Autoren vor, wie eine ethnomethodologisch begründete Forschung sinnvoll aussehen kann. Der Leser wird dabei in eine Welt versetzt, wo Schicht für Schicht abgelagerte Alltagsverständnisse bewußt gemacht werden, und von da aus wird er schrittweise zu einer durch sozialwissenschaftliches Bewußtsein rekonstituierten Institutionsinterpretation geführt. Daß dabei die Frage immer wieder aufkommt, ob denn überhaupt eine Differenz zwischen Alltags- und soziologischem Verständnis der sozialen Welt besteht oder ob, wie im ethnomethodologischen Verständnis vorausgesetzt, alltägliche und soziologische Formen der Realitätskonstitution ineinsfallen, macht angesichts der praktischen Anwendung des Wissens auf ein

psychiatrisches Krankenhaus eher einen methodologisch eingekleideten Reiz dieser empirischen Studie aus.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. In einem ersten Teil, der als Ethnographie eingeführt wird, versuchen die Autoren, die auf den beobachteten Aufnahmestationen gültigen Normen mittels der Praktiken zu beschreiben, die dort üblich sind. Dabei werden ethnomethodologische Konzepte wie jenes der Hintergrunderwartungen (S. 48), der interpersonellen und kulturellen Kompetenz (S. 62) oder der prekären und stets neu herzustellenden gesellschaftlichen Ordnung (S. 34) an Beispielen thematisiert. Der zweite Teil – „Die Sozialstruktur der Station als Werk ihrer Mitglieder“ – analysiert das Geschehen in fast parteiischer Geschlossenheit ausschließlich aus der Perspektive des Pflegepersonals. Die Autoren identifizieren ihr Erkenntnisinteresse folgendermaßen: „Wir (wollen) weitere Merkmale der gelebten Ordnung unserer Aufnahmestation analysieren. Dabei wollen wir zum einen den fortwährenden Herstellungsprozeß solcher regelmäßiger Strukturen wie etwa ‚Loyalität‘, ‚Gleichbehandlung‘, ‚Sicherheit‘, ‚Ordnung‘ etc. sichtbar machen. Zum anderen wollen wir untersuchen, in welcher Weise die Strukturen, die wir als ‚Herstellungen‘ der Mitglieder unseres Settings zu sehen gelernt haben, ihrerseits ‚objektive Gegebenheiten‘ darstellen, die von den Akteuren zur Grundlage ihres praktischen Handelns und Schließens gemacht werden.“ (S. 78)

Es zeigt sich, daß mit Hilfe dieses methodischen Vorgehens Praktiken

durchschaubar werden, die die Reformbestrebungen der Sozialpsychiatrie als Kärnerarbeit der kleinen Änderungen an Einstellungen, Meinungen und wahrgenommenen Möglichkeiten enthüllen, und Klaus Dörners rhetorische Frage aus der Einleitung gewinnt eine neue Dimension: „Welche Gewaltanteile sind gewaltsamer und einschneidender in die Person des Patienten, die Gewaltanteile, die über das praktische Handeln des Pflegepersonals, oder die Gewaltanteile, die über das sprachliche Handeln des therapeutischen Personals hervorgebracht werden?“ Die Arbeit der Fenglers zeigt in minuziös-mühsamer Verständnisarbeit der vorgefundenen Praxis, wieviel Sinn – d.h. organisatorische Rationalität – in diesen Gewaltanteilen allemal steckt, aber auch, wieviel Gewalt immer im Spiel zu sein scheint, wenn normative Ordnungen interpersonell sinnsetzend hervorgebracht werden.

Den dritten Teil des Buches nimmt eine Analyse aus der Perspektive des ärztlichen Personals ein, dem viel von der mitreißenden Puzzlearbeit fehlt, die den zweiten Teil zu einem höchst gelungenen Stück sozialwissenschaftlicher Normeninterpretation macht. Aber vielleicht bleibt der Leser hier nur deshalb eher unbefriedigt, weil er mehr Vorwissen zu haben meint über das, was hier näher geklärt wird. Nehmen wir als Beispiel folgende Passage (S. 313/4):

„Nur die Kombination der beobachteten Merkmale zu einer erkennbaren Symptomkonfiguration verschafft den jeweils einzelnen Merkmalen ihre funktionale Bedeutung als Ausdruck und Beweis für das Vorlie-

gen der unterstellten Krankheitseinheit. Für sich genommen und aus dieser Konfiguration herausgelöst, würden die einzelnen Merkmale ‚nichts‘ beweisen... Einen indirekten Beweis für diese Gestalt-Teile-Interdependenz liefert uns ein Arzt, der von seinem ‚uneinsichtigen‘ Patienten gezwungen wird, doch endlich zu erklären, was an ihm ‚krank‘ sei, und der folgendermaßen antwortet:

Patient: ‚Wieso bin ich krank?‘

Dr. Haller: ‚Das äußert sich in Ihren Verhaltensweisen, z.B. daß Sie Ihre Möbel verheizen.‘

Patient: ‚Vielleicht will ich mir neue Möbel kaufen.‘

Dr. Haller: ‚Dazu haben Sie doch gar kein Geld.‘

Patient: ‚Woher wollen Sie das wissen?‘

Dr. Haller: ‚Sie arbeiten doch nicht. Ihre Eltern bezahlen für Sie alle Rechnungen.‘

Dies leitet über zur Methode der Forschungsarbeit. Christa Fengler und Thomas Fengler haben zunächst Szenen protokolliert, möglichst wörtlich, die sich in ihrem Beisein abgespielt haben: dabei hielten sie sich streng an ihre Maxime der Identifikation mit einer bestimmten – eher als allen oder einer wechselnden – Gruppe innerhalb der Triade Ärzte-Pflegepersonal-Patienten. Die Analyse erfolgte als sinnkonstituierende Reinterpretation der protokollierten Szensätze, und die Darstellung im Buch als nachvollziehende Erklärung der Eigenheit und impliziten Rationalität dessen, was zunächst als mehr oder minder angemessene oder „gewaltsame“ Praxis dem Betrachter von außen bekannt ist oder bekannt gemacht wird. Daraus ergibt sich die weitrei-

chende Verwendung von Material. Dieses gibt dem Buch zugleich ein Moment nachvollziehbarer Erlebnisrealität.

Darin liegt gleichermaßen sein Reiz und seine Schwierigkeit. Denn der durch die Faszination des dargelegten Materials eingefangene Leser hat es naturgemäß schwerer, sich beispielsweise gegen bestimmte Interpretationen des Materials zweifelnd zur Wehr zu setzen, methodische Vorbehalte gegen die Flut plausibel und vernünftig erscheinender Teilinterpretationen dauernd zu vergegenwärtigen oder die Freude über die umsichtige Benutzung des ethnomethodologischen Begriffsarsenals nicht überhand nehmen zu lassen.

14 Jahre nach dem ersten Erscheinen ist das Buch immer noch höchst aktuell und durch die Forschung zwischenzeitlich nicht überholt worden. Auch heute noch bleibt am Ende dieses erstaunlich spannenden und dabei den Leser zur Mühe genauer Lektüre verführenden, fast spröden Buches das Gefühl, ein intellektuelles Abenteuer erfolgreich bestanden zu haben. Die Autoren drücken das auf der letzten Seite ihres Buches folgendermaßen aus: „Die Reflexivität auch unserer eigenen Darstellung einmal erkannt, erweist sich unsere Analyse als unhintergebar subjektiv. Die Frage nach der Richtigkeit unserer Untersuchungsergebnisse ist – in diesem radikalen Sinn – keine sinnvolle Frage.“ (S 371) ■

Uta Gerhardt,
Heidelberg

■ *Caroline Eliacheff: Vom Kind, das eine Katze sein wollte – Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. Verlag Antje Kunstmann, München, 1994, 194 S., 29,80 DM*

Diese spannenden kideranalytischen Behandlungsberichte von Säuglingen und Kleinkindern aus einem Pariser Säuglingsheim sind verständlich geschrieben und berühren einen Bereich, der gesellschaftlich relevant ist.

Nach Hospitationen bei Francoise Dolto übernahm die Kinderpsychiaterin und -analytikerin Eliacheff die analytische Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern des Säuglingheimes St. Anthony in Paris. Dies ist ein Übergangsheim für Kinder, die auf die Vermittlung in Adoptivfamilien oder Pflegefamilien warten. Sie stammen aus gewalttätigen, verwahten und/oder vernachlässigenden Familien und wurden entweder von staatlichen Fürsorgestellen oder den leiblichen Eltern in das Heim eingewiesen. In den Entscheidungsprozessen der staatlichen Behörden und Vormundschaftsgerichte über den weiteren Verbleib der Kinder geht die Individualität der Kinder oft verloren. Sie werden zu Verwahrobjecten. Säuglingsheime und Heime generell werden oft als Verwahranstalten betrachtet. Die Arbeit der Mitarbeiter dieser Heime wird kaum gewürdigt. Heime tragen den Nimbus einer für Kinder schädlichen Sozialisation. Dieses negative Image wirkt sich auf die berufliche Identität der Mitarbeiter, aber auch auf ihr Verhalten den Kindern gegenüber aus. Eliacheff schreibt: „Wird jedoch im Gegenteil ihre wenn

auch nur vorübergehende Betreuung der Kinder als nutzbringend oder gar therapeutisch eingeschätzt, ist die ganze Atmosphäre an diesen Orten eine andere: Das Kind wird als Subjekt angesehen, als eigenständige Person, um die man sich im Hier und Jetzt bemüht, wie auch immer die Dauer und Umstände der Unterbringung sein mögen.“ (S. 111) Dies scheint in der hier beschriebenen Zusammenarbeit der Säuglingsschwestern des Kinderheimes St. Anthony mit Kinderanalytikern in nachahmenswerter Weise gelungen zu sein.

Da Eliacheff die psychoanalytische Abstinenz in den Behandlungen der einzelnen Kinder für unabdingbar hält, kann sie sich im Einzelfall nicht einmischen und den Prozeß beschleunigen. Sie benutzt das Buch dazu, auf Mißstände und Probleme ihrer kleinen Klientinnen hinzuweisen, z.B. die häufig unabsehbare Zeit des Wartens und der Unsicherheit: „Erst nachdem ich einige Analysen durchgeführt hatte, ist mir bewußt geworden, daß viele psychische und körperliche Probleme, die bei den Kindern im Heim auftraten, in unmittelbarem Zusammenhang mit der Unsicherheit ihres Status standen, beließ man sie doch dadurch im Glauben, daß sie, entgegen aller Voraussicht, vielleicht wieder zu ihren Eltern kommen würden, und beeinflusste damit den mühevollen Prozeß des Trauerns, der nötig ist, um sich auf ein anderes Leben einstellen zu können.“ (158) Kinder hätten einen anderen Zeitbegriff als Erwachsene. Dennoch wäre die Mehrheit der Kinder in Frankreich über zwölf Jahre alt, ehe sie zur Adoption freigegeben würden, obwohl eine Adoptionsvermittlung bei strenger

Auslegung der gesetzlichen Fristen bereits nach einem Jahr „Gleichgültigkeit“ seitens der Eltern hätte erfolgen können. Eliacheff vermutet hinter diesen Verzögerungen, die nicht selten anzutreffende Auffassung, „daß ein Kind wie auch immer die familiäre Situation sein mag; am besten bei den Eltern aufgehoben ist“ (S. 159).

Neben dieser berechtigten und wichtigen Kritik institutioneller Entscheidungsfindungen (frau ist eher geneigt, von Entscheidungshemmnissen zu sprechen), wagt sich Eliacheff auf ein neues Terrain: Experimentalpsychologie und Verhaltensforschung könnten keinen Aufschluß darüber geben, was Säuglinge in bestimmten Lebenssituationen empfinden. Sie suchten Beweise für Hypothesen, während die Analyse sich auf Entdeckungsreisen begeben. Auch Säuglinge hätten ein Unbewußtes, das sich in einer Organsprache ausdrücke. In den Kasuistiken von Eliacheff litten sie unter Ekzemen, Atemwegserkrankungen, Eßverweigerung, Entwicklungsverzögerungen, depressiven Phasen und regressivem Verhalten etc. „Die psychoanalytische Behandlung eines Säuglings bietet vor allem die Möglichkeit, ihm den Grund für die Trennung mitzuteilen und das, was er erlebt, in Worte zu fassen.“ (S.21) Eliacheffs Ausführungen belegen, daß sich Kinder - auch schon vor dem Spracherwerb - wesentlich von Tieren unterscheiden, indem sie sprachlichen Sinngebungen und Äußerungen bereits in der präverbalen Phase zugänglich sind.

In dem Kapitel „Auch Babys haben eine Sprache“ beschreibt sie die Behandlung von vier Kindern, Oli-

vier, Zoe, Fleur und Bella, die unter teilweise dramatischen Umständen von ihren Eltern verlassen wurden. Im Kapitel „Papa hat Mama getötet“ berichtet Eliacheff von den besonderen Schwierigkeiten der Behandlung dreier Kinder von Elternteilen, die einen Mord begangen hatten. Diese Kinderanalysen führten Eliacheff oft an ihre Grenzen, weil sie lernen mußte, sich einer moralischen (Be-) Wertung der Eltern zu enthalten. Außerdem schien es gerade bei diesen Kindern wichtig, zur Schaffung psychischer Strukturen Regeln einzuführen und auf die Befolgung von Verboten zu achten.

Die Beschreibung von Matthias, dem Kind, „das eine Katze sein wollte“ wurde als Titel für die deutsche Ausgabe gewählt. Matthias stammt aus einer tierliebenden und verwahten Großfamilie und wurde wegen chronisch rezidivierender Atemwegsinfekte und Entwicklungsmängel in das Säuglingsheim eingewiesen. Parallel zur medizinischen Behandlung erfolgte die kinderanalytische Behandlung. Dabei fiel der Analytikerin auf, daß sich die pathologischen Atemgeräusche des Jungen wie das Schnurren einer Katze anhörten. Die Mutter dieses Jungen konnte sehr viel besser und lebendiger mit Katzen umgehen als mit Kindern. Die Deutung seiner Symptome als Versuch, zu einer Katze zu werden, um von der Mutter mehr Zuwendung zu erfahren, half dem Jungen, seine Symptome aufzugeben. Er entwickelte sich gut, trennte sich von der Mutter und ging in eine Pflegefamilie.

Die Bedeutung dieser Kasuistik könnte paradigmatisch für Eliacheffs

Anliegen verstanden werden: Wie oft werden diese verlassen Kinder auch von helfenden Institutionen als animalische Objekte behandelt, die man verwahrt, dressiert, medikamentös behandelt und frühfördert. Das Verständnis für ihre körperlichen Symptome als Ausdruck ungelöster und unbearbeiteter intrapsychischer Konflikte und Traumata fehlt häufig. Die Lektüre hat mich sehr nachdenklich gestimmt. ■

Mariele Ritter-Gekeler,
Mühlheim

■
Mehr, Mariella: Zeus oder der Zwillington. Roman, 272 S., geb. Ed. R & F, Zürich, 1994, DM 43,-

„... und natürlich geht es um die, die diesen Wahnsinn verwalten, betreuen, von ihm leben...“, also um Sie, liebe Leserinnen und Leser dieser Zeitschrift.

Buntes, pralles Leben findet statt in Narrenwald, das von allerlei skurilen Gestalten bevölkert wird. Ebenso bunt und originell ist die Sprache der Autorin, mit der sie diesen Mikrokosmos beschreibt. Dahinter steht aber die dramatische Lebenserfahrung von Fahrenden, denen „im Zuge gewisser Fürsorgemaßnahmen, von denen im Dorfe keiner etwas verstand, die Kinder weggenommen worden waren, um sie zu seßhaften, arbeitssamen und gehorchenden Bürgerinnen und Bürgern zu erziehen. Die Eltern lochte man – zum Wohle der Volksgemeinschaft – ein, die Männer in Arbeitsanstalten, die Frauen in Irrenhäuser, jenen Deponien, wie sie

für solch minderwertiges Pack zuhauf vorhanden waren“. Die Autorin hat dies alles als Tochter einer Jenischen selber erlebt. Im Lauf einer solchen – scheinbar humanitären Aktion zur Betreuung von Kindern Fahrender – wird auch Hera eingelocht. Daß dann Zeus nicht weit sein kann, leuchtet ein. Daneben spielen ehrwürdige Herren mit gutschweizerischen Namen wie Abderhalden und Wasserfallen ihre Rollen, die Kindermörderin Rosa Zwiebelbuch gewinnt unsere Herzen und das von Adolf Stauch, eines von „Gesundheit strotzenden Mannsbildes“.

Mariella Mehr weiß, wovon sie schreibt, wenn sie aus dem Inneren einer Klinik schreibt. Sie tut dies mit einer unnachahmlichen Dichte an Bildern, Geschichten, Empfindungen, gepaart mit Spott und genauer Beobachtung. Man muß selber lesen, wie beklemmend sie beschreibt, wie „... mit fließendem Strom versucht wird, die Köpfe des Krankengutes auf sehr brachiale Weise zu kurieren“ oder wie lebendig die Situation auf ei-

ner Eintrittsstation wird, wo es vorbereitete Einweisungsscheine für alle denk- und undenkbaeren Notfälle gibt, damit die oberärztliche Nachtruhe gewahrt werden kann.

„Ein Seelenarzt bleibt letztlich sein Leben lang ein Hasadeur“, läßt die Autorin sagen. Nicht nur ihnen, sondern allen in der Psychiatrie Tätigen sei dieses Buch empfohlen. Es ist gut, spannend, bedrückend und eindrücklich geschrieben. Der Roman ermöglicht einen neuen Blickwinkel auf Ihr Tätigkeitsfeld, vermittelt durch eine Dichterin, mit – wie das nachfolgende Gedicht von ihr zeigt – sehr poetischen Seiten.

*frieden
brücken zu dir hin
zart wie spinnengewebe
eine einzelne
blume nahe dem
weltendach*

■
Beatrice Alder, Basel

Berufspolitik

■ Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

*Ein Kommentar zu der neuen
Musterweiterbildungsordnung
der Bundesärztekammer*

Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der BRD eine relativ junge Spezialdisziplin in der Medizin (seit 1968). Erst im Jahre 1992 wurde sie als Fachgebietssektion in die UEMS (Union Europeenne des Mediciens Specialistes), einer der ältesten medizinischen Organisationen seit Gründung der EG, aufgenommen. Bis 1987 gab es in Westdeutschland und Westberlin nur 65 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen. Insgesamt gab es 1990 ca. 700 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen in der BRD, die jedoch oft in anderen Bereichen oder als Psychotherapeuten tätig waren. Dies lag unter anderem an schlechten Abrechnungsmöglichkeiten, so daß eine Niederlassung als Kinder- und Jugendpsychiaterin ihnen nicht die Ernährung einer Familie erlaubt hätte. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen hatten meist einen zweiten Facharztstitel und konnten dadurch existieren. Hier sind in den letzten Jahren erfreuliche Änderungen eingetreten, die zu einer Niederlassungswelle geführt haben. Der Bedarf ist jedoch bei weitem nicht gedeckt. Die bereits im Sozialgesetzbuch V geforderte sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern

und Jugendlichen durch Niedergelassene wurde erstmals im Juli 1994 durch die Sozialpsychiatrievereinbarung mit den Ersatzkassen für Ersatzkassenpatienten umgesetzt. Damit wird die gesetzlich geforderte sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zumindest von den Ersatzkassen auch finanziell honoriert.

Außerdem hat die Beschränkung der Behandlungsmöglichkeiten von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen auf bis zu 18 Jahre alte Patientinnen (zum Vergleich: Jugendhilfe dürfen inzwischen bis zu 27jährige in Anspruch nehmen) zur Folge, daß viele ihren Facharzt ruhen lassen. Sie haben im Rahmen ihrer Facharztausbildung und Zusatzqualifikation zur Psychotherapie ein- und mehrjährige Erfahrungen in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie gesammelt. Zudem hatten sie häufig den Psychotherapie-Zusatztitel an Instituten für Erwachsenenpsychotherapie erworben. Daher ließen und lassen sich viele Kinder- und Jugendpsychiaterinnen als praktische Ärztinnen mit Psychotherapie oder als Psychiaterinnen mit oder ohne Psychotherapie nieder. Sie wollen nicht auf die Behandlung aller Patientengruppen (gemäß ihrer Qualifikation) verzichten. Umgekehrt darf in der BRD jede Allgemeinärztin, Pädiaterin, jeder Praktische Arzt und Nervenarzt, Psychiater oder Neurologe Kinder und Jugendliche kinder- und jugendpsychiatrisch behandeln, ohne jegliche Zusatzqualifikation und ohne Erfahrungen in

der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychotherapeuten dürfen Kinder und Jugendliche behandeln, wenn sie zwei tiefen-psychologisch fundierte supervidierte Behandlungsfälle oder vier verhaltenstherapeutische Behandlungsfälle nachweisen können. Sie müssen eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklungs- und Lernpsychologie, spezieller Neurosenlehre und Psychodagnostik von Kindern und Jugendlichen nachweisen (auf welche Weise ist bislang nicht spezifiziert).

Eine Lösung des Problems besteht – meines Erachtens – nicht in einer verstärkten Abgrenzung der mit Erwachsenen arbeitenden und der mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Medizinerinnen. Die klinisch praktische Arbeit erfordert beides von beiden Fachgruppen: Die depressive Mutter, die nicht zum Psychiater und Psychotherapeuten gehen möchte, weil dies für sie mit einer Kränkung verbunden ist, ist unter Umständen auch eher bereit, sich mitbehandeln zu lassen, wenn es um das Wohl ihres Kindes geht. Auch der krankheitsuneinsichtige alkoholabhängige Vater läßt sich unter Umständen eher auf eine Kooperation mit Behandlungsmaßnahmen für das Kind und indirekt für sich selbst ein. Die gemeinsame Sorge um die Entwicklung des Kindes kann für eine Mitbehandlung der Angehörigen genutzt werden. Dies sollte von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen geleistet werden dürfen. Junge Erwachsene mit erheblichen psychischen oder emotionalen Reifungsverzögerungen können von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen nur unter einer

kränkenden Attestierung ihrer Unreife behandelt werden. Dies sollte ebenfalls geändert werden. Andererseits werden in der Erwachsenenpsychiatrie, wenn überhaupt, eher die älteren, erwachseneren Angehörigen in Gespräche mit einbezogen. Die Ängste und Verwirrungen von jüngeren Kindern, deren Eltern manisch oder psychotisch dekompenziert sind und die unter Umständen plötzlich einer fremden Pflegeperson oder gar -familie anvertraut werden, sind von der psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern ausgeschlossen und werden selten gesehen. Hier wäre es wünschenswert, daß auch die Erwachsenenpsychiater Kinder und Jugendliche in die Behandlung (z.B. in Familiengespräche zur Bewältigung der psychischen Erkrankung ihrer Eltern) einbeziehen und mitbehandeln.

Daher wäre auch wünschenswert, daß die Ausbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten eine praktisch-klinische Basisausbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit entsprechenden Behandlungsfällen und Grundkenntnissen in Familientherapie umfaßt.

Die neue, am 95. Deutschen Ärztetag beschlossene, Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie stellt im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Anpassung an die bereits praktizierte Realität dar. In einer Untersuchung zum Selbstverständnis von Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Westdeutschland und Westberlin, fanden Winter und Knölker 1991 heraus, daß achtzig Prozent der Kinder- und Jugend-

psychiaterinnen den Psychotherapie-titel hatten oder sich in Ausbildung dazu befanden. Siebzehn Prozent hatten den Zusatztitel Psychoanalyse. Zwei Drittel der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen sahen den Schwerpunkt ihrer Arbeit in psychotherapeutisch, familientherapeutisch ausgerichteten Interventionen. Aufgrund der hohen psychotherapeutischen Durchdringung der kinder- und jugendpsychiatrischen Tätigkeit können auch Fachärztinnen ohne den Zusatztitel in der Übergangszeit die Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erhalten, ohne sich zusätzlich qualifizieren zu müssen.

Die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie mußte bislang in vier Jahren klinischer Tätigkeit, davon ein Jahr in der Pädiatrie oder Psychiatrie, sowohl theoretische, als auch praktische Kenntnisse in der Neurologie (einschließlich der Indikationsstellung und Methodik neuroradiologischer und elektrophysiologischer Verfahren), Endokrinologie, Reifungsbiologie, Humangenetik, Epidemiologie, Entwicklungspsychologie, Psychosomatik, Neurosenlehre, Psychotherapie und allgemeinen und speziellen Psychopathologie, sowie dem Jugendrecht und der Jugendfürsorge erwerben.

Die neue Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie muß eine fünfjährige Weiterbildung, davon ein Jahr in der Pädiatrie oder Erwachsenenpsychiatrie, -psychotherapie vorweisen. Die Voraussetzungen des Zusatztitels Psychotherapie sind nun in den Facharzt eingeschlossen und auf die Behand-

lung von Kindern, Jugendlichen und Familien beschränkt. Mit aufgenommen wurde auch die Durchführung, Befundung und Dokumentation von zwei gruppentherapeutischen Behandlungen. Erstmals sind in den neuen Muster-Weiterbildungsrichtlinien neben den Richtzahlen für die psychotherapeutische Weiterbildung auch solche für supervidierte Erstinterviews und -untersuchungen, sowie für Fallvorstellungen und kontinuierlich dokumentierte Pharmako-Somato- und Soziotherapie bestimmter kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder und die Auswertung von EEGs vorgeschrieben. Durch die Verlängerung der Weiterbildungszeit und die Erweiterung des Weiterbildungskataloges ändert sich für Kinder- und Jugendpsychiater nicht viel. Viele haben dieses Bedingungen auch ohne Vorschrift in der Weiterbildung erfüllt (s.o.). Leider werden viele Assistenten in Weiterbildung sich jedoch nach wie vor ihre psychotherapeutische Ausbildung außerhalb von Kliniken holen müssen. Dies wird durch die Einengung auf die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie für die Weiterbildungskandidaten jedoch zunächst auch Probleme mit sich bringen, da es sehr viel weniger spezialisierte Ausbildungsinstitute für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie gibt. Schön ist allerdings, daß dem psychotherapeutischen Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nun auch nach außen Rechnung getragen wird. Die Beschränkung der psychotherapeutischen Ausbildung auf die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

ist und bleibt bedauerlich. Sie hat zwar den Vorteil, daß die spezifische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mehr Gewicht bekommt. Sie hat aber auch den Nachteil, daß Kenntnisse in der Erwachsenenpsychotherapie nicht mehr unbedingt gefordert sind. Diese sind aber für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen auch deshalb erforderlich, weil die Behandlung eines Kindes oder einer Jugendlichen fast nie ohne eine Einbeziehung und ggf. Mitbehandlung der erwachsenen Bezugspersonen erfolgen kann. Hierfür wird sich die genannte Berufsgruppe weiter einsetzen müssen. ■

Mariele Ritter-
Gekeler,
Müllheim

Literatur

- (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung der Bundesärztekammer, nach dem Beschluß des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 7.4.1994 gemäß 15(2) der (Muster-) Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln, S. 119-120
- (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln, S. 64-65
- Psychotherapievereinbarung, Sonderdruck aus Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 1990
- Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg über den Inhalt der Weiterbildung, Ärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 5, Mai 1981, S. 33-34
- Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 5.12.1981 über den Inhalt der Weiterbildung in den Bereichen, Ärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 3, März 1982, S. 8-9 (Bereich: Psychotherapie)
- Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Sonderdruck aus Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 1990
- Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Ärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 3, März, 1986, S. 24-25
- Winter, S. Knölker, U.: Eine Untersuchung zum Berufsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiater/innen in Westdeutschland einschließlich Berlin-West Mitgliederrundbrief des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland e.V., Aachen, III/1991, S. 43- 60

■ Gesundheits-Struktur-Gesetz: Falsche Sparsamkeit

Ambulante Psychotherapie vor dem Aus?

„Nur 0,2 % der Bevölkerung können mit psychotherapeutischen Behandlungsplänen versorgt werden, während 5,3 % einer ambulanten Psychotherapie bedürfen und eine solche beginnen würden, wenn ein Behandlungsplatz zur Verfügung stünde.“ So das Forschungsgutachten des Bundesministeriums für Gesundheit von 1991. Die Zahl qualifizierter ärztlicher, psychologischer und Kinder- und Jugendlichentherapeuten deckt demnach bei weitem nicht den Bedarf. Die Gründe dafür konzentrieren sich immer mehr auf die wirtschaftliche Misere dieses Berufsstandes.

Im Jahr 1992, d.h. vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes am 1.1.1993, lag der durchschnittliche Jahresumsatz eines Vertragspsycho-

therapeuten in der BRD mit 68.000 DM bei 17,5 % des Durchschnittsumsatzes aller Vertragsärzte. Diese kamen auf 388.000 DM. Nur ca. 20 % aller Psychotherapeuten hatten mehr als 100.000 DM, davon weniger als 5 % über 140.000 DM Umsatz im Jahr. Das zeigt zum einen, daß das Argument nicht greift, diese niedrigen Werte kämen durch die große Zahl der „Halbtagsfrauen“ zustande. Zum anderen wird klar, daß bei Praxiskosten von 50-60 % schon 1992 nicht einmal die Spitzengruppe von ihrer Arbeit angemessen leben, sich sozial absichern, schon gar nicht eine angemessene Altersversorgung aufbauen konnte.

Seehofers „gedeckeltes Budget“ und die diesem folgende „Mengenauweitung“ ließen seitdem den Punktwert von Quartal zu Quartal fallen. Da die Leistungen der Psychotherapie zeitgebunden und damit nicht beliebig zu vermehren sind, mußten in erster Linie die Psychotherapeuten die Zeche bezahlen: Ihr Honorar fiel in gleichem Maße wie der Punktwert, so in Bayern bis zum 2. Quartal 1994 bei den Primärkassen um 16,7 %, bei den Ersatzkassen um 11,7 %. Nach Abzug der Praxiskosten, die inflationsbedingt steigen, entspricht das einer Gewinnminderung von 30-40 %. Trotz der 10%igen Anhebung der Punktzahl zum 1.10.94 bedeutet das das Aus für die Vertragspsychotherapie!

Die Folgen für die Patienten

Um ihre Existenzgrundlage nicht ganz zu verlieren, sind die Psychotherapeuten gezwungen, Privatpatienten „zu bevorzugen“, obwohl sie

wissen, daß sie damit einer Zweiklassen-Medizin Vorschub leisten. Andernfalls können sie nur den Beruf wechseln. Beides führt zu einer Austrocknung der Vertragspsychotherapie, volkswirtschaftlich fatal und schlimm für die Patienten: Diese werden noch schwerer als bisher qualifizierte Therapeuten finden. Sie können dann nur zu sog. Erstattungspsychologen mit fraglicher Qualifikation gehen mit dem Risiko, durch eine nicht qualifizierte Therapie Schaden zu nehmen. Oder sie werden jahrelang im Bereich der Organmedizin hin- und hergereicht, erfahren vielleicht vorübergehende Besserung durch eine teure stationäre Therapie, die zu einer endgültigen Stabilisierung meist nicht ausreicht. Schließlich werden sie vielleicht Frührentner (18 % aller Frührentner sind psychisch Kranke). Jeder von ihnen wird im Vergleich mit einer rechtzeitigen adäquaten Therapie ein Vielfaches an Kosten verursachen, ohne daß ihm effektiv geholfen wird. Fazit: Mehr Leiden für die Patienten, mehr Kosten für die Solidargemeinschaft!

Psychotherapie ist finanzierbar
Mit einem Bruchteil der durch das GSG¹ 1993 eingesparten Kosten für Medikamente wäre die gesamte Psychotherapie zu finanzieren:

- Jede Mark, die für Psychotherapie ausgegeben wird, spart 3,50 DM an medizinischen Folgekosten.
- Die Ausgaben für Psychotherapie liegen bei 0,5 % des Gesamthonorars aller Ärzte. Eine adäquate Honorierung der Psychotherapeuten außerhalb des gedeckelten

Budgets würde den Punktwert der anderen Arztgruppen erst in der zweiten Stelle hinter dem Komma verändern.

- Die fraglich qualifizierten Erstattungspsychologen kassieren derzeit beträchtlich höhere Honorare als die Vertragspsychotherapeuten mit nachgewiesener Qualifikation, weil die Kassen nach dem Sozialgesetzbuch verpflichtet sind, deren Honorare „in der entstandenen Höhe“ zu erstatten, wenn die KV² ihrem Sicherstellungsauftrag nicht gerecht wird, d.h. keine ausreichende Zahl von Vertragstherapeuten stellen kann. Hier liegen nicht nur erhebliche Ressourcen, es können auch Folgekosten für inadäquate Therapien vermieden werden.

Warum werden diese Möglichkeiten nicht genutzt? Brauchen diejenigen Kollegen von der Organmedizin, die auf „Mengenausweitung“ gesetzt haben, angesichts des enger werdenden Markts, des Wettlaufs um den Patienten den Patienten, der nicht zu schnell gesund wird und damit für die „Mengenausweitung“ (diese Wortneuschöpfung ist eine echte Meisterleistung!) zur Verfügung steht? Hat die Pharma-Industrie Bedenken, daß Patienten, die durch Psychotherapie kausal geheilt werden, weniger Medikamente konsumieren könnten? Dies sind Gedanken, die man nicht gerne denken möchte, sie ergeben das Bild einer wenig erfreulichen Welt. Doch es geht um das Wohl unserer Patienten, auch um das Ansehen der Medizin und nicht um das Fortbestehen eines

nicht mehr stimmigen Medizin-Systems.

Was tut die Standesvertretung?

Seit 1993 gibt es bundesweit mehrere Tausend Einsprüche von Vertragstherapeuten gegen juristisch nicht haltbare Honorar-Bescheide, allein in Bayern sind es 470 pro Quartal! Sie werden von den KVen² sehr schleppend bearbeitet, weil – so deren Argument – die personelle Kapazität fehlt. Ein Ablehnungsbescheid ist jedoch die Voraussetzung für eine Klage beim Sozialgericht. Immerhin laufen bundesweit bereits mehrere hundert Klagen.

Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen sind gesetzlich verpflichtet, mit dem Instrument des Honorarverteilungsmaßstabs für eine gerechte Verteilung des gedeckelten Honorartopfs an alle Arztgruppen zu sorgen. In den zwei Jahren seit Inkrafttreten des GSG1 hat jedoch keine KV2 in der BRD die prekäre Situation der Psychotherapeuten zur Kenntnis genommen. Die Kriterien, nach denen einzelne Arztgruppen berücksichtigt oder eben nicht berücksichtigt werden, sind nicht nachvollziehbar. Es steht zu vermuten, daß hier Machtgerangel und Lobby-Denken eine entscheidende Rolle spielen. Anders ist es nicht zu erklären, daß eine so große Gruppe wie die der Psychotherapeuten, die weit abgeschlagen am untersten Ende der Verdienstskala aller Ärzte steht, ignoriert und ausgegrenzt wird.

Perspektiven

Sollte es den Psychotherapeuten trotz des erheblichen Engagements ihrer

aufgrund der finanziellen Misere gegründeten Berufsverbände auch im weiteren nicht möglich sein, mit der KV² in einen konstruktiven Dialog einzutreten, bleibt ihnen nur, sich an die Krankenkassen zu wenden: Diese werden zum 1.1.1995 zum Wettbewerb untereinander antreten. Sie sind dabei, mit einem an der Realität orientierten Pragmatismus neue Modelle zu entwickeln für eine Medizin, die die beschränkten Mittel sinnvoll nutzen soll. Die Kassen müssen mit wenig Geld möglichst viel Gesundheit produzieren. Dazu brauchen sie – und das wissen sie wohl – eine qualifizierte Psychotherapie. ■

Ursula Stahlbusch, München

Anmerkungen:

- 1 Gesundheits-Struktur-Gesetz
- 2 Kassenärztliche Vereinigung

■
Das Gesundheitsstrukturgesetz, die Psychotherapeuten und die Gründung des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)

Im Zuge des 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes begannen erstmals Psychotherapeuten in nennenswerter Zahl, ihre Aufmerksamkeit auf die eigene Honorarsituation zu richten und sich zu fragen, welche Auswirkungen dieses Gesetz wohl auf den Psychotherapiebereich haben würde. Es bildeten sich spontan regionale Zusammenschlüsse niedergelassener Vertragspsychotherapeuten. Das waren die Anfänge einer Beschäftigung mit den

materiellen Grundlagen psychotherapeutischer Praxistätigkeit von der Basis der betroffenen Vertragspsychotherapeuten aus. Die Einsichten waren ernüchternd, wie so oft, wenn man sich erstmals mit etwas beschäftigt, das man bis dahin glaubte, gestrost unbeachtet lassen zu können.

Als erstes zeigte sich, daß die Richtlinienpsychotherapie bereits lange vor Inkrafttreten des GSG¹, nämlich schon seit 1988, sukzessive und scheinbar von den Betroffenen völlig unbemerkt, gegenüber allen anderen Arztgruppen bezüglich des Honorars ins Hintertreffen geraten war. Diese Entwicklung kam sowohl durch die vergleichsweise bessere Honorierung apparativer und technischer Leistungen in EBM² und GOÄ³, als auch durch die Möglichkeit von Mengenausweitungen und Delegierbarkeit von Leistungen in der Organmedizin zustande. Apparative und technische Leistungen sind pro Zeiteinheit steigerbar, während sich in der Psychotherapie durch die fixen Zeitvorgaben das Einkommen auf der Basis eines Stundenhonorars errechnen läßt. (Kalkulationen des Einkommens auf Stundenbasis weisen übrigens alle anderen Arztgruppen dezidiert von sich, da auf diese Art kein „leistungsgerechtes“ Honorar zu erzielen sei.)

Die zweite Erkenntnis bestand darin, daß das GSG¹ die Honorare der Psychotherapeuten vergleichsweise sehr viel stärker absenken würde als die Honorare der anderen Arztgruppen. Dieses Phänomen kommt dadurch zustande, daß bei den Psychotherapeuten zusätzlich zum allgemeinen Punktwertverfall

der Punktwert um den Verlust des vorher als Sonderhonorar auf einen festen DM-Betrag fixierten Punktwertes absinkt.

Als dritte unangenehme, aber hoffentlich heilsame Erkenntnis folgte die Einsicht, daß diejenigen, die sich jahrelang berufspolitisch nicht, bzw. nicht ausreichend um ihre materielle Basis gekümmert haben und erst aufwachen, wenn das Schiff schon in Seenot ist, sehr schlechte Voraussetzungen dafür haben, dem Sturm mit heiler Haut zu entkommen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen gibt es keine Psychotherapeuten in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bezirksärztekammern, geschweige denn in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Bundesärztekammer. Und in diesen Gremien wird die Politik ohne die Psychotherapeuten gemacht, und, wie man sich leicht denken kann, machen die anderen Arztgruppen, je schlechter die Zeiten für sie werden, die Honorarpolitik besonders gerne zu den eigenen Gunsten und berücksichtigen nicht unbedingt die Interessen einer Gruppe, die sich selbst nicht vertritt.

Die Schlußfolgerungen liegen auf der Hand. Wenn man überhaupt eine Chance haben will, berufsständische und wirtschaftliche Interessen von Psychotherapeuten gegenüber den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, den Krankenkassen, dem Bundesgesundheitsministerium und der Politik wirkungsvoll zu vertreten, muß man über die traditionelle Zersplitterung der Psycho-Szene in X Untergruppen mit X Fachverbänden,

die alle etwas anderes vertreten, deutlich hinauskommen. Man braucht eine Bündelung der Kräfte in Form einer berufsgruppen- und methodenübergreifenden Interessenvertretung.

Und so entstand der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten.

Die regionalen Organisationen der Vertragspsychotherapeuten haben am 8. Oktober 1994 in Hamburg den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) gegründet. Mitglieder des Bundesverbandes sind Delegierte der einzelnen Regionalgruppen, die ebenfalls berufsgruppen- und methodenübergreifend organisiert sind und allen Richtlinienpsychotherapeuten offen stehen. Diese Delegierten wiederum wählen in der Bundesdelegiertenversammlung den Vorstand der Bundesvertretung. Auf diese Weise entsteht eine basisnahe Organisation auf Bundesebene, die der Interessenvertretung aller in der Richtlinienpsychotherapie tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, KJP⁴, analytisch und verhaltenstherapeutisch orientiert) verpflichtet ist und hoffentlich Schritt für Schritt Einfluß nehmen kann im Sinne der wirtschaftlichen und berufsständischen Interessen unserer Fachgruppe.

Der Bundesverband wird sich insbesondere für den Erhalt und die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Praxistätigkeit sowie für den Erhalt der Vielfalt psychotherapeutischer Methoden und Praxisstrukturen innerhalb der Richtlinienpsychotherapie einsetzen. Methodenspezifische Fragen der Aus- und Weiterbildung sind nicht Gegenstand

der Arbeit des Bundesverbandes. Weitere Schwerpunkte sind die Darstellung der Psychotherapie als einem Teilbereich der ambulanten Krankenversorgung, die Gleichstellung aller in der Richtlinienpsychotherapie tätigen Berufsgruppen und die Kooperation mit Berufs- und Fachverbänden der Richtlinienpsychotherapeuten.

Die wichtigsten berufspolitischen Aktivitäten in nächster Zeit werden die Mitwirkung an der großen EBM²-Reform und an der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes sein.

Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten repräsentiert bereits jetzt mit neun regionalen Organisationen über 1200 Mitglieder und dürfte damit der stärkste bundesweite Interessenverband freiberuflich tätiger Vertragspsychotherapeuten sein. ■

Birgit Clever, Freiburg

Anmerkungen

- 1 Gesundheits-Struktur-Gesetz
- 2 Einheitlicher Bewertungsmaßstab
- 3 Gebührenordnung für Ärzte
- 4 Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten

Die Autorinnen und der Autor

- Dr. med. Harald J. Freyberger
Klinik für Psychiatrie
der Medizinischen Universität
Ratzeburger Allee 160
D-23562 Lübeck
Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der Medizinischen
Universität zu Lübeck
- Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm Klein-Straße 27
CH-4025 Basel
Fachärztin für Psychiatrie;
Psychotherapeutin,
Oberärztin in der PUK
- Dr. med. Andrea Jakobitsch
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm Klein-Straße 27
CH-4025 Basel
Oberärztin in der PUK
- Verena Lueken
Frankfurter Allgemeine Zeitung
Hellerhofstraße 24
Postfach
D-60327 Frankfurt am Main
- Dr. Dr. med. Annegret Neraal
Zentrum für Innere Medizin der
Philipps-Universität
Baldinger Straße
D-35033 Marburg
Oberärztin in der Abteilung
Psychosomatik im Zentrum für Innere
Medizin der Philipps-Universität
Marburg
- Dr. phil. Ursula Plog
Lützelsteiner Weg 35
D-14195 Berlin
Diplompsychologin, Gesprächs-
psychotherapeutin, Leiterin der
Tagesklinik der Karl-Bonhoeffer-
Nervenklinik Berlin-Reinikendorf
- Dr. Sieglind Schröder
Potsdamer Straße 55A
D-12205 Berlin
Leiterin des Psychotherapie-Bereichs
der 1. und 2. Abt. für Allgemeinpsychi-
atrie in der Karl-Bonhoeffer-Nerven-
klinik Berlin-Reinikendorf

Dr. med. Angela Schürmann

Klinik für Psychiatrie der
Medizinischen Universität
Ratzeburger Allee 160
D-23562 Lübeck

Eva Waser

Oberärztin an der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie der
Medizinischen Universität zu Lübeck
Jugendpsychiatrische Abteilung der
Kinder- und Jugendpsychiatrischen
Universitätspoliklinik
Röschenzer Straße 7
CH-4053 Basel
Stellv. pädagogische Leiterin der
Jugendpsychiatrischen Abteilung der
Kinder- und Jugendpsychiatrie Basel