

— die Psychotherapeutin

Zeitschrift für Psychotherapie

4: Frühjahr 1996

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

Unter Mitarbeit von Johanna Lalouscheck, 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-4051 Basel

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

Dr. Ursula Plog
Tagesklinik Reinickendorf
Romanshorner Weg 165, D-13407 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 3-88414-198-8

© 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 Gleichberechtigung 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

Inhalt

Editorials:	
Quoten statt Pfoten	4
Das Scheitern von Beziehungen ist leichter als das Gelingen	5
Gabriele Wolfslast:	
Psychotherapie in den Grenzen des Rechts	
<i>Ulrike Hoffmann-Richter</i>	10
Tatort Couch	
Emil Pintér, sein Buch und seine Äußerungen	
<i>Ulrike Hoffmann-Richter</i>	15
Recht und Psychotherapie	
Interview mit Gabriele Wolfslast	
<i>Ursula Plog</i>	30
„Ja, welches Konzept ist das Bessere – da mag ich mich gar nicht so drauf einlassen...“	
Qualitätsbeurteilung	
<i>Petra Gromann</i>	42
Behandlung chronischer Eheschwierigkeiten	
<i>Jane Christ, Chrys Gouinlock</i>	75
Der verlängerte Arm	
<i>Dagmar Doege</i>	91
Die offenen Wunden Lateinamerikas	
Betreuung von Folteropfern	
<i>Doris Cech, Daniel Kersner</i>	97
Angehörige sind mitbetroffen	
<i>Marianne Bredendiek</i>	105
Forum	
Projektbericht	109
Tagungsberichte	113
Bücher	115
Leseempfehlungen	126
Autorinnen	128

Quoten statt Pfoten

Editorial der mitherausgebenden Verlegerin

■
Beatrice Alder

Ein Schweizer Politiker brachte es nach den Wahlen ins Schweizerische Parlament auf den Punkt: »Bringt uns Frauen, die uns gefallen, die werden wir schon fördern.« Beinahe zeitgleich fiel der Entscheid des Europäischen Gerichtshofes, wonach das Bremer Gleichstellungsgesetz nicht eurokonform sei. Nun ist die Schweiz – bekanntlich – nicht Europa und Quoten sind nicht unumstritten. Aus meiner Sicht ergibt sich jedoch aus der Verknüpfung des Schweizer Zitats mit dem Brüsseler Urteil die ernüchternde Bilanz, daß trotz aller Anstrengungen, den Frauen in Gesellschaft, Wissenschaft und Politik Platz zu schaffen, es heute immer noch ganz einfach heißt: Wir Männer bestimmen, wer etwas werden soll – und etwas werden darf, wer uns gefällt. Wir Frauen wollen es aber anders. Wir wollen eine gute Ausbildung und faire Chancen im Wettbewerb um Job, Ehre und Geld. Wenn wir dies nur dank Beziehungen zu Männern erreichen könnten, wären dies nicht nur verletzliche Beziehungen, sondern auch verletzende. Solange Sätze wie der anfangs zitierte noch gesellschaftsfähig sind, solange braucht die Gesellschaft Krücken zur Frauenförderung – wie z.B. Gleichstellungsregelungen, die mithelfen können, die heute übliche Männerquote aufzulösen.

Unser Heft handelt von verletzlichen Beziehungen im Berufsfeld der Psychotherapie, wo Verletzlichkeit und Verletzbarkeit besonders groß sind. Wenn es Leserinnen und Leser hellhörig und scharfsichtig dafür macht, hat es sein Ziel erreicht. Redaktion und Verlag freuen sich über entsprechende Reaktionen, Kritik und Anregungen.

Das Scheitern von Beziehungen ist leichter als das Gelingen

Editorial



Ursula Plog

Zu Beginn eine Utopie

Jürgen Habermas antwortet auf die Frage nach den Motiven seiner Arbeit: »Der motivbildende Gedanke ist die Versöhnung der mit sich selbst zerfallenen Moderne, die Vorstellung also, daß man ohne Preisgabe der Differenzierungen, die die Moderne sowohl im kulturellen wie im sozialen und ökonomischen Bereich möglich gemacht haben, Formen des Zusammenlebens findet, in denen wirklich Autonomie und Abhängigkeit in ein befriedetes Verhältnis treten; daß man aufrecht gehen kann in einer Gemeinsamkeit, die nicht die Fragwürdigkeit rückwärtsgewandter substantieller Gemeinschaftlichkeiten an sich hat. Diese Intuition stammt aus dem Bereich des Umgangs mit anderen; sie zielt auf Erfahrungen einer unversehrten Intersubjektivität, fragiler als alles, was bisher die Geschichte an Kommunikationsstrukturen aus sich hervorgetrieben hat – ein immer dichter, immer feiner gesponnenes Netz von intersubjektiven Beziehungen, das gleichwohl ein Verhältnis zwischen Freiheit und Abhängigkeit ermöglicht, wie man es sich immer nur unter interaktiven Modellen vorstellen kann. Wo immer diese Vorstellungen auftauchen... es sind immer Vorstellungen von geglückter Interaktion, Gegenseitigkeiten und Distanz, Entfernungen und gelingender, nicht verfehlender Nähe, Verletzbarkeiten und komplementärer Behutsamkeit – all diese Bilder von Schutz, Exponiertheit und Mitleid, von Hingabe und Widerstand steigen aus einem Erfahrungshorizont des, um es mit Brecht zu sagen, freundlichen Zusammenlebens auf. Diese Freundlichkeit schließt nicht etwa den Konflikt aus, was sie meint, sind die humanen Formen, in denen man Konflikte überleben kann.«

Aus dieser Idee nähren sich auch die vielen therapeutischen, vor allem psychotherapeutischen Beziehungen. Allerdings ist die Beziehung geplant, sie dient einem Zweck, sie unterliegt Regeln. Psychotherapie beinhaltet das Angebot der persönlichen Begegnung, des Verstandenwerdens, der neuen Erfahrung. Gerade weil sie über eine längere Zeit eine persönliche bis sehr nahe Begegnung mit einem anderen

Menschen bedeutet, können Übergriffe und Verletzungen nicht ausgeschlossen werden. Das Ziel, das Ergebnis einer gelungenen psychotherapeutischen Beziehung, ist nicht die Beziehung allein, sondern ein Drittes, nämlich das Zu-sich-in-Beziehung-Treten der einen Beziehungspartnerin und die Veränderung bestimmter Haltungen, Gefühle, Arten und Weisen in ihrem Leben.

Verletzung 1

Im Alltagshandeln vieler Therapeutinnen ist diese tiefe anthropologische Bedeutung sicher nicht ausgesprochen. Dennoch wird bei jeder neuen Beziehungsaufnahme davon ausgegangen, daß sie ihr Ziel schon erreichen werde, daß sie schon gelingen werde. Obwohl in einer auf Gefährdung angelegten Welt, in einem auf Gefährdung angelegten (Therapeutinnen)-Leben nicht davon ausgegangen werden kann, daß der Bereich beruflichen Handelns von der Gefährdung ausgeschlossen ist, ist das Bewußtsein von der ständigen Gefahr des Verfehlens in den Hintergrund gedrängt.

Die gelungene Beziehung wird als Ausdruck eigener Leistungsfähigkeit allein bewertet, nicht jedoch als Arbeit zweier Menschen, von denen einer wesentlich mehr riskiert.

In den Arbeiten von Gabriele Wolfslast geht es um die Frage, was ist, wenn das besondere Näheverhältnis, das die psychotherapeutische Beziehung ist, der einen Partnerin schadet. Hat sie – auch juristische – Mittel, sich zu wehren? Hat sie überhaupt die innere Haltung, aus der Rolle des Unterworfenseins herauszutreten und sich zu wehren? Es geht auch um die Frage, ob die andere Partnerin, die die helfende Beziehung anbietet, sich eben nicht nur der Möglichkeiten, sondern auch der Gefahren bewußt ist, der möglichen »Nebenwirkungen« des psychotherapeutischen Gesprächs, als da sind der Suicid, der Mißbrauch, nicht nur der sexuelle, sondern auch der Machtmißbrauch z.B., das Hineingeraten in eine psychotische Erkrankung, die Isolierung in den der Patientin oder Klientin eigenen Beziehungen.

Die aufgeworfenen Fragen sind Fragen, nicht Drohungen, sie beschreiben ein sich entwickelndes Berufsfeld und die Professionalisierung der Psychotherapie und sie können nicht durch Nichtbefassung unwirksam gemacht werden.

Verletzung 2

Ein Sonderfall, der eindeutigste, aber – wie gerade auch die Kommentierung durch Ulrike Hoffmann-Richter zeigt – gleichzeitig vielfältig

prekärste ist der sexuelle Mißbrauch von Patientinnen und Patienten in psychotherapeutischen Beziehungen. Ulrike Hoffmann-Richter macht darauf aufmerksam, daß Übertragung und Gegenübertragung Konstrukte sind und keine Realitäten. Sie dienen der Arbeit in der Psychotherapie, sie schaden, wenn sie als alleinige Realität des psychotherapeutischen Geschehens betrachtet werden. Am Beispiel des »Falles« Emil Pintér und seiner Rezeption in den Medien wird diese Verletzung der psychotherapeutischen Beziehung verdeutlicht. Dabei ist mit zu bedenken, daß der Gebrauch des Wortes Mißbrauch bereits eine Bewertung transportiert, die gar nicht mehr zuläßt, daß man das Phänomen der Sexualisierung einer therapeutischen Beziehung fassen kann. Vielleicht kommt es darauf an, mißbrauchende Therapeutinnen und Therapeuten nicht einfach nur auszuschließen, eine Regel, die die meisten Therapieverbände inzwischen bei Bekanntwerden sexuellen Mißbrauchs anwenden, um die Zunft reinzuhalten. Therapeutinnen, die mit sexuell mißbrauchten Jugendlichen, Frauen und Männern arbeiten, wissen, daß auch der Täter und die Täterin Hilfe brauchen, soll die Zunft integer bleiben. Hilfe heißt nun nicht die Leugnung des Falls, des Sturzes eines Menschen, sondern immer wieder die Beschäftigung mit dem besonderen Näheverhältnis Psychotherapie und seinen Implikationen. Vielleicht gibt es einmal eine weibliche Antwort zu Tilmann Mosers »Vorsicht Berührung«, ein Buch, das Gedanken enthält über den Körper in der Psychotherapie und die Angst vor der Sexualisierung und in dem Tilmann Moser zusammen mit Gisela Worm ein Kapitel über Lehranalyse und Körperarbeit – Gegensatz oder Ergänzung? – schreibt.

Dort geht es nicht, wie sonst oft in unglaublicher Rechtfertigung des sexuellen Mißbrauchs, um die (Pseudo-)Befreiung sexuell gehemmter Frauen, die ja über diese Art der repressiven Entsublimierung tiefer in ihr Leid gedrückt werden, sondern um den Versuch, den Körper in der Psychotherapie nicht auszublenden.

Versuchte Annäherung 1

Ein weiterer Sonderfall sind die Behandlungen von Verletzungen, die nicht in dem Machtverhältnis Psychotherapeut(in)-Klient(in) entstehen, sondern in dem Machtverhältnis zwischen einem Staat und den von ihm gefolterten Menschen. Wenn die grundlegende Erfahrung des Vertrauens eine Bedingung des besonderen Näheverhältnisses Psychotherapie ist, so ist das Vertrauen die wichtigste Komponente in der psychotherapeutischen Behandlung extrem Traumatisierter. Doris Cech und Daniel Kersner beschreiben in ihrem Artikel über offene

Wunden Lateinamerikas, wie sie Folteropfern begegnen, Menschen, bei denen das Überleben der Folter die Zerstörung der Persönlichkeit und ihrer sozialen Eingliederung bedeutet. Die Funktion von Folter ist nicht primär, wie oft vorgegeben, die Informationsgewinnung, sondern die Stigmatisierung und Zerstörung des einzelnen und die Vernichtung des Grundvertrauens in die ganze Gesellschaft. Hier ist auf das Buch »Zersetzung der Seele« (herausgegeben von Klaus Behnke und Jürgen Fuchs) hinzuweisen, in dem am Beispiel der Arbeit der Staatssicherheit in der DDR aufgezeigt wird, wie Zersetzung der systematischen Schaffung eines Klimas des Mißtrauens und der Angst dient, das eine leichtere Lenkung und Beherrschung der Bewohner eines Staates ermöglicht.

Gerade der Mißbrauch des Vertrauens ist in Psychiatrie und Psychotherapie ein unglaublicher Eingriff in die Behandlungsbeziehung. Dieser Bereich der Behandlung ist der heikelste und zerbrechlichste.

Versuchte Annäherung 2

Eine Besonderheit stellt Petra Gromanns Beitrag dar als Kurzfassung eines Projektes, in dem sie Patientinnen und Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit außerstationären Einrichtungen befragt hat. Ihr qualitativer Ansatz zeigt, daß die Befragten kritisch und differenziert Auskunft geben können – trotz ihrer Einschränkungen durch die Krankheit und trotz der Tatsache, daß sie weiter auf die Einrichtungen angewiesen sein werden. Es hieße, den Verletzungen durch die Krankheit und ihre Folgen eine weitere hinzuzusetzen, hörten wir nicht auf die Kritik von Patientinnen und Patienten.

Der Artikel von Jane Christ und Chrys Gouinlock über Behandlung chronischer Eheschwierigkeiten durch Paar-Gruppen Psychotherapie beschreibt in sehr offener, reflektierender Weise die Arbeit der beiden Therapeutinnen in dem benannten Bereich. Sie beschreiben die nötige Arbeit, wenn Ehepartner in ihren Rollen erstarren und sich Stereotypen im zwischenmenschlichen Verhalten ausbilden mit einem gleichzeitigen Gefühl von Abhängigkeit und Verwundbarkeit.

Die beiden benannten Annäherungen, aber auch die beschriebenen Verletzungen, zeigen, wie sehr die Immanenz der eingangs zitierten Utopie doch auch erforderlich ist, um in all dem Unheil Bilder zur Verfügung zu haben, die das Weitermachen ermöglichen, um auch einen roten Faden zu liefern, Gespräche über ethische Regeln und moralische Kriterien abzuleiten.

Die beiden Artikel von Marianne Bredendiek und Dagmar Doege

wenden die Perspektive und geben noch einmal andere Beziehungsaspekte frei. Die Mutter Marianne Bredendiek beschreibt ihre Verletzung als Angehörige eines psychisch Erkrankenden und benennt Forderungen, die eine Überwindung dieser Kränkung anpeilen.

Dagmar Doeges Bericht über ganz unterschiedlich strukturierte Beziehungen in dem beruflichen Werdegang einer Krankenschwester beschreibt zum einen, wie lange es dauern kann, bis jemand sicher in der Psychiatrie eine Berufsrolle haben kann. Ihr Bericht legt auch nahe, daß die Sozialisation zur Krankenschwester (zum Krankenpfleger) in der Psychiatrie Forderungen an die einzelne Frau (und den einzelnen Mann) stellt, derer sich akademisch und spezifisch psychotherapeutisch ausgebildete Kolleginnen, aber auch bereits gebildete Vorgesetzte bewußt sein sollten.

Eine Bemerkung noch:

Der Begriff Beziehung findet fast allgemein Verwendung. Es ist eine Anwendung, die sich in den letzten zwanzig bis dreißig Jahren etabliert hat. Zu bedenken ist, daß »beziehen« ein Wort des in Besitz-Nehmens oder der Warenwelt ist. Levinas lehnt es daher für die Anwendung im Zwischenmenschlichen ab. Vielleicht beschreibt Beziehung das Technische der therapeutischen Begegnung, vielleicht ist in der Benutzung dieses Wortes bereits eine Verletzung angedeutet. Auch Habermas sieht das Problem der Psychoanalyse und auch anderer professioneller Interaktionen in der Gefahr, die Möglichkeit der offenen Interaktion zu dem anderen durch ein bloß technisches Verhältnis zu verraten.

Literatur

- Behnke, K., Fuchs, J. (Hrsg.): Zersetzung der Seele. Rotbuch-Verlag, Berlin 1995
 Habermas, J.: Die neue Unübersichtlichkeit. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1985
 Levinas, E.: Humanismus des anderen Menschen. Felix-Meiner-Verlag, Hamburg 1987
 Moser, T.: Vorsicht Berührung. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/M. 1992

Gabriele Wolfslast: Psychotherapie in den Grenzen des Rechts

Der rechtliche Ort von Psychotherapie

■
Ulrike Hoffmann-Richter

Bereits 1985 erschien Wolfslasts Dissertation im Enke-Verlag*. Die Diskrepanz zwischen der großen Bedeutung von Psychotherapie in der Gesellschaft und ihrer geringen Beachtung im Recht ist seither kaum geringer geworden. Wolfslast hat in den folgenden Jahren zu rechtlichen Grenzen psychotherapeutischer Behandlung, psychiatrischer Behandlung und Behandlung wider Willen weitere Arbeiten vorgelegt (z.B. 1987). Das Thema findet nach wie vor wenig Beachtung. Wesentliche Veränderungen der rechtlichen Situation haben sich nicht ergeben. Aus gegebenem Anlaß wird deshalb Wolfslasts Untersuchung hier besprochen.

In welcher Weise sind psychotherapeutische Prozesse rechtlich zugänglich? Die Antwort des deutschen Straf- und Zivilrechts ergibt sich über drei Fragen: Ist die Seele und nicht nur der Körper ein strafrechtlich geschütztes Rechtsgut und wie können psychische Schäden haftungsrechtlich anerkannt werden? Gibt es Standards oder Regeln der Behandlung? Und ist ein Kausalzusammenhang zwischen sorgfaltswidriger Handlung und sich daraus ergebenden Folgen herzustellen?

Die Seele als geschütztes Rechtsgut

Von psychotherapeutischer wie von juristischer Seite ist bekannt, daß sich Psychotherapie schädlich auf Patienten auswirken kann. Die Folgen aus solchen Schäden sind nicht so einfach wie körperliche Störungen nachzuweisen. Ausnahmen bilden schwerwiegende Folgen wie z.B. Suizid. Während einer Psychotherapie muß der Therapeut mit einer Untersuchung wegen fahrlässiger Tötung rechnen.

Nach Wolfslast umfaßt der § 232 StGB mit dem Strafbestand der Körperverletzung auch psychische Schäden unabhängig davon, ob die Auswirkungen einer psychischen Störung körperlicher Art sind oder nicht. Der Vorwurf der Gesundheitsbeschädigung ist zu prüfen. Die Geringachtung psychischer Störungen durch einige Juristen rühre aus ihrer Unkenntnis. Das Argument der Unschärfe psychischer Störungen von Krankheitswert trage nicht. Wolfslast betont, daß das Problem

nicht wie vielfach angenommen in der Tatsache des Rechtsgutes liege, sondern in der Möglichkeit, einen Kausalzusammenhang herzustellen zwischen einer entstandenen psychischen Störung und einem Behandlungsfehler. Die Begrenzung liege hierbei in der Komplexität der Psyche. Denn der Nachweis eines Behandlungsfehlers setze voraus, daß Psychotherapie sich in normative Behandlungsweisen fassen lasse.

Mit einem Exkurs erläutert Wolfslast, daß neben dem Strafbestand der Körperverletzung durch Psychotherapie die Ehrverletzung (§ 185 ff. StGB) zur strafrechtlichen Verfolgung nur dann in Betracht kommt, wenn durch die psychischen Schäden der Tatbestand einer Ehrverletzung erhoben werden kann. Auch zivilrechtlich kann eine psychische Beeinträchtigung aufgrund von Psychotherapie schadenersatzfähig sein. Dazu bedarf es der Feststellung, daß die Störung über einer Störung durch das allgemeine Lebensrisiko liegt. Die Haftung für alle geringfügigen psychischen Beeinträchtigungen ist somit juristisch ausgeschlossen.

Behandlungsfehler

Zur juristischen Erfassung von Behandlungsfehlern muß der Behandlungsprozeß nach mißachteten Behandlungsregeln oder Verletzung der Sorgfaltspflicht untersucht werden. Behandlungsregeln aber gibt es für die Psychotherapie nur ganz wenige, teilweise bedingt durch die kurze Zeit, in der Psychotherapie durchgeführt und wissenschaftlich untersucht wird. Teilweise besteht in der Form psychotherapeutischer Behandlung selbst eine Schwierigkeit, Regeln aufzustellen, da die seelische Behandlung eines einzelnen Menschen individuelle Arbeit erfordert, d.h. Anpassungsmechanismen von seiten der Person und der Technik des Psychotherapeuten mit Rücksicht auf die Patientin, die Art ihrer Störung und die Qualität der psychotherapeutischen Beziehung. Sorgfaltspflichten, so Wolfslast, obliegen jedoch jeder Psychotherapeutin. Sie umfassen Mindestanforderungen an die Durchführung einer Psychotherapie. Sie sind nicht mehr als elementare Verhaltensregeln, die dem Schutz der Patientin dienen, ohne die Behandlungsmöglichkeiten zu unterbinden.

Nachdem in den USA der rechtliche Umgang mit Psychotherapie und insbesondere die Verfolgung von Behandlungsfehlern aus der Psychotherapie wesentlich weiter fortgeschritten ist, und außerdem das deutsche und amerikanische Haftungsrecht in entscheidenden Punkten übereinstimmen, hat Wolfslast amerikanische Literatur und Kasuistiken herangezogen. Danach gehören zu nachweisbaren Behandlungs-

fehlern der falsche Umgang mit der Übertragungsliebe, sei es durch eine positive oder negative Übertragung, die die Behandlung verzögert, z.B. wenn sich eine Patientin in ihren Therapeuten verliebt oder sich der Therapeut in einer aggressiven Gegenübertragung festbeißt. Die nachweisliche Mißachtung der Abstinenzregel kann ebenfalls strafrechtlich relevant werden. Insbesondere aber sind sexuelle Beziehungen zwischen Psychotherapeut und Patientin ein Strafbestand. Sexuelle Beziehungen können sich unabhängig von einem falschen Umgang mit dem Übertragungsprozeß entwickeln.

Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeut und Patientin werden als Ausnutzung einer Abhängigkeitsbeziehung betrachtet. Ebenso wie eine Therapie nicht aufgenommen werden darf, wenn zur Patientin persönliche Beziehungen bestehen, dürfen Rollenkonflikte nicht durch persönliche Kontaktaufnahmen während der Therapie herbeigeführt werden. Insofern es sich nicht um eine ausgesprochene und spezielle Sexualtherapie handelt, sind Argumente von Selbstlosigkeit oder Altruismus auf seiten des Therapeuten Scheinargumente oder zeugen von einer grandiosen Selbstüberschätzung, ganz abgesehen davon, daß fragwürdig ist, ob der Patient (oder die Krankenkasse?!) die Zeit bezahlen soll, in der er mit dem Therapeuten Geschlechtsverkehr hatte.

Was sind seriöse Therapieverfahren?

Insbesondere stellt sich das Problem der Beurteilung von Außenseiterverfahren. Die Anwendung von (körperlicher) Gewalt innerhalb einer Psychotherapie ist äußerst fragwürdig. Offensichtlich ist es jedoch nicht möglich, Gewalt grundsätzlich aus der Medizin zu verbannen. Eine Grenzziehung zwischen nicht mehr tolerierbarer Gewalt und dem Preis, den eine Patientin zu zahlen hat, gegenüber ihrem eventuellen Nutzen durch die Therapie, ist unerlässlich. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wann eine Behandlungsmethode mit Recht und Ethik unvereinbar ist.

Wolfslasts Auseinandersetzung mit Encounter-Gruppen ist im Hinblick auf andere nicht etablierte Psychotherapieverfahren lohnend. Vor Teilnahme an einer Encounter-Gruppe muß jede Teilnehmerin in einem Vertrag unterrichtet werden über Absicht und Ziel der Gruppe, anzuwendende Techniken, berufliche Herkunft, Ausbildung und Erfahrung des Gruppenleiters, entstehende Kosten, Schweigepflicht und Verantwortung von Leiter wie Teilnehmer und Teilnehmerin. Die Teilnahme muß auch während des Prozesses freiwillig bleiben, der Leiter ist verpflichtet, die Beendigung vorzubereiten. Er muß zur Durchfüh-

nung der Gruppenleitung in der Lage sein. Ist er dies nicht und führt dennoch solch eine Gruppe durch, kann ihm nach dem Zivilrecht ein Übernahmeverschulden angelastet werden.

In jeder Psychotherapie muß wiederholt das Suizidrisiko abgeschätzt und ggf. Maßnahmen zur Verhinderung ergriffen werden. Zur Entscheidung, ob Dritte informiert oder in eine Hilfsaktion miteinbezogen werden sollen gegen den erklärten Willen einer Patientin, muß sie der drohenden Suizidgefahr verhältnismäßig sein. Ansonsten ist die Information Dritter entgegen der Willenserklärung einer Patientin verboten.

Nachweis eines Kausalzusammenhangs

Im spezifischen Falle einer Patientin kann es durchaus passieren, daß für sie besonders schädliche Äußerungen oder Handlungen des Therapeuten nicht juristisch erfaßt werden können. »Die subtilen Möglichkeiten zur Einflußnahme können vorsätzlich oder fahrlässig gegen den Patienten verwendet werden, können ebenso stärken wie zerstören. Weder die Methode noch der – positive oder negative – Erfolg einer Psychotherapie ist greifbar, wie es eine medizinische Therapie meist ist. Diese Tatsache entzieht Psychotherapie rechtlicher Kontrolle in den Bereichen, die über das Handfeste, wie z.B. den Verstoß gegen die Abstinenzregel, hinausgehen.« (S. 169)

Der Nachweis des Kausalzusammenhangs zwischen einem psychischen Schaden aus einer Psychotherapie und dem Behandlungsfehler ist problematisch. Der Behandlungsfehler muß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Ursache des Schadens sein. Wegen der Komplexität psychischer Vorgänge sind jedoch fast alle Reaktionen möglich. »Nichts liegt außerhalb der Lebenserfahrung, keine psychische Reaktion, die zu einem Schaden führt, ist so unwahrscheinlich, daß eine Psychotherapie nicht mit ihr ... rechnen müßte.« (S. 179) Wolfslast verweist deshalb auf »Beweiserleichterungsmöglichkeiten«, nach denen Schadenersatzansprüche gestellt werden können, obwohl der volle Nachweis der Kausalität nicht gelungen ist. Dazu gehört der Anscheinsbeweis: die Tatsache, daß ein Ereignis nach allgemeiner Lebenserfahrung oder der Erfahrung aus der Psychotherapie ursächlich auf den Geschehensablauf zurückzuführen ist. Außerdem besteht die Möglichkeit der Beweislastumkehr, nach der nicht die Patientin beweispflichtig ist, sondern der Therapeut nachweisen muß, daß sein Behandlungsfehler nicht Ursache des eingetretenen Schadens ist. Und schließlich bietet sich noch die »Reduktion des Wahrscheinlichkeits-

maßstabes nach § 287 der Zivilprozeßordnung an«. Danach muß ein Schaden auch dann erstattet werden, wenn er nicht auf Heller und Pfennig beziffert- und beweisbar ist.

Wolflast plädiert abschließend für eine gesetzliche Regelung der Zulassung zur Ausübung von Psychotherapie, da berufsständische Maßnahmen immer nur diejenigen erfassen können, die in den berufsständischen Organisationen Mitglieder sind. Auch dann aber bedarf es eines Konsens von Rahmenbedingungen über psychotherapeutische Schulengrenzen hinweg.

Literatur

- * Wolflast, G.: Psychotherapie in den Grenzen des Rechts. 1985, 218 S. (Enke, Stuttgart)
- Wolflast, G.: Die Haftung des Psychotherapeuten. In: Recht & Psychiatrie, 1/87, S. 2-6
- Wolflast, G.: Rechtliche Grenzen und Behandlung. In: Therapie im Maßregelvollzug, 2. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der forensischen Psychiatrie vom 5./6.3.1987, Lippstadt, S. 39-52

Tatort Couch

Eine Analyse von Presseberichten über Emil Pintér, sein Buch und seine Äußerungen



Ulrike Hoffmann-Richter

Zusammenfassung

In Deutschland kaum beachtet blieb die Publikation von Emil Pintér »Nähe und Distanz in der Psychotherapie«. In der Schweiz wurde die Erklärung des Psychiaters und Psychotherapeuten zur erotischen, gegebenenfalls auch sexuellen Nähe in der Behandlung verzögert aufgenommen, dann aber heftig diskutiert, und juristische wie berufspolitische Konsequenzen wurden gezogen. In diesem Beitrag werden neben der Darstellung der Ereignisse, einer Pressedokumentation und -analyse kritische Überlegungen zur Nähe und persönlichen Beziehung in der Psychotherapie angestellt.

Rekonstruktion der Ereignisse

Im Herbst 1994 publizierte Emil Pintér im Satyr-Verlag Zürich ein Buch über »Nähe und Distanz in der Psychotherapie. Erfahrungen eines Arztes«. In der Einleitung erklärt Pintér: »Es ist mein Anliegen, ein Zeichen gegen eine neue sexual- und körperfeindliche, letzten Endes lebensfeindliche Welle zu setzen, die vor allem aus Amerika und aus fundamental feministischen Kreisen auf uns zukommt... Es darf nicht so weit kommen, daß unter dem Titel sexueller Mißbrauch jegliche Form der Nähe und des gesunden Gebrauchs der Sexualität geächtet wird... In diesem Buch möchte ich die Not jener Psychotherapeuten schildern, die von ihrer persönlichen Veranlagung her durchaus in der Lage wären, ihr eigenes erotisches Potential zum Wohle ihrer Patienten therapeutisch wirksam einzusetzen.« Pintér erklärt, er habe in seiner Praxis verhängnisvolle Fehler begangen, die er nicht einfach als Lehrgeld abtun wolle. Er habe die sexuelle Revolution auch in seiner Praxis stattfinden lassen. Sex und Körper stünden jedoch nicht im Vordergrund, es gehe um den richtigen Umgang mit Nähe und Distanz. Zwölf Begegnungen verdeutlichen, was Pintér damit meint. Seine kurzen Schilderungen entsprechen kaum einer psychotherapeutischen Kasui-

stik, eher Beschreibungen aus einem Groschenroman. Nach Jahrzehnten psychotherapeutischer Tätigkeit frage er sich: »Bin ich zu einem eigenen, reifen, rundum vertretbaren, wirklich heilsamen Therapiestil gekommen? Oder habe ich nur gelernt, wie man in der Therapie angenehme Dinge tut, wobei weder ich noch der andere nachweisbaren Schaden nimmt? Oder habe ich vielen Patienten wirklich schwer geschadet? Warum schweigen diese? Warum hat mich noch niemand angezeigt, von mir Schadenersatz gefordert oder mich von unserem Berufsverband tadeln lassen? In einer Sache bin ich allerdings absolut sicher: Mir haben weder die Küsse noch die Ohrfeigen geschadet, die ich von meinen Patienten bekommen habe.«

Im März 1995 wird das Buch in der Schweizer Ärztezeitung rezensiert als ein »einäugiges Plädoyer für grenzüberschreitende Therapiepraktiken«.

Pintér, aus Ungarn stammend und seit Jahren in der Schweiz eingebürgert, ist nicht nur schweizerischer Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, er ist Mitglied der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie (SGP) und der Zürcher Ärztengesellschaft für Psychiatrie (ZGP). Im Kanton Zürich ist er als Amtsarzt und Gerichtsgutachter sowie als Mitglied der Psychiatrischen Gerichtskommission tätig. Als solcher soll er für einigen Ärger gesorgt haben. Mit einem bereits 1986 publizierten Buch hatte er sich keine Freunde gemacht: »Der helvetische Alptraum. Die Haßliebe eines ungarischen Arztes zur neuen Heimat«.

Ebenfalls im März gibt er Interviews für Fernsehen und Presse. Am 29.3. berichtet die NZZ (Neue Zürcher Zeitung), daß die Zürcher Bezirksanwaltschaft ein Strafverfahren gegen Emil Pintér eingeleitet habe wegen Ausnutzung der Notlage von Patientinnen zu sexuellen Handlungen. Am 30.3. wird Pintér in Untersuchungshaft gesetzt wegen Verdunkelungsgefahr. Ehemalige Patientinnen werden aufgefordert, sich bei der Kantonspolizei, der Bezirksanwaltschaft oder beim Nottelefon für vergewaltigte Frauen zu melden.

Die Ärztengesellschaft des Kantons Zürich hatte bereits ein Standesverfahren gegen Pintér eingeleitet, das mit dem Verlust des Facharztstitels enden könnte.

Anfang April wird Pintér aus der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie ausgeschlossen. Der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie liegt ein Antrag vor, Pintér auf der Mitgliederversammlung im Mai auszuschließen.

Am 12.4.1995 beschließt der Regierungsrat Zürich, Pintér seines Amtes als außerordentlicher Bezirksadjunkt für Psychiatrie zu entheben. Von seinen Aufgaben als Gerichtspsychiater wird er voraussichtlich ebenfalls befreit werden, wenn der Gesamtregierungsrat dies be-

geschlossen hat. Die Gesundheitsdirektion Zürich erließ ein vorsorgliches Verbot für die weitere Behandlung von Frauen durch Pintér. Der Entzug der Praxisbewilligung wird bereits geprüft.

Am 19.4. wird Pintér aus der Untersuchungshaft entlassen.

Analyse der Presseberichte

Ab 25.3.1995 wurden die Ereignisse in der Schweizer Presse lebhaft berichtet und kommentiert. Der erste Bericht erschien am 25.3. im Tagesanzeiger Zürich mit der Überschrift: »Ich habe Gudrun und Ludmilla mißbraucht«. »Der Psychiater Emil Pintér überschreitet in seinen Therapien Grenzen, er »hilft« Patientinnen mit Zärtlichkeiten und Sex. Jetzt drohen Konsequenzen.« Der Bericht enthält Auszüge aus Pintérs Buch, Bemerkungen zu seiner Person und seinen verschiedenen Ämtern, Kommentare von fachärztlicher Seite, zum Beispiel Pintér betreibe Geschlechtsverkehr auf Krankenkassenkosten, ob Pintér in der Gesellschaft für Psychiatrie noch tragbar sei, sei fraglich. Oder sein Buch sei außerhalb der Lehrmeinung und der Standesregeln. In einem Extrabeitrag werden mögliche Straftatbestände diskutiert: die Ausnutzung einer Notlage, der »Angriff auf die sexuelle Freiheit und Ehre«, Schändung und die Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses.

Es folgen Interviews und Kommentare. In der Sonntagszeitung vom 26.3. wird Pintér folgendermaßen zitiert:

»Frage: Herr Doktor, mit wievielen Patientinnen haben Sie hier schon geschlafen – Pintér: Nur mit drei oder vier. Viel häufiger geht es jedoch um körperliche Nähe und Zärtlichkeiten. Früher war ich ein braver Schüler und hielt mich an die Abstinenzregel. Heute bringe ich meine Erfahrungen mit ein. Ich bin vom Schüler in den Erwachsenenstatus gekommen. – Frage: Das klingt ja nach Fortschritt. Andere nennen ihre Doktorspielchen allerdings Ausnutzung einer Abhängigkeit. – Pintér: Ach, das sind so fundamentalistische Feministinnen, die das behaupten, die reden auch immer von Belästigung am Arbeitsplatz. Ihr Ziel ist eine sterile Gesellschaft und immer mehr Distanz zwischen Männern und Frauen...«.

Die Überschriften lauten in den folgenden Tagen: »Zürcher Psychiater schrieb Buch: So trieb ich es mit Patientinnen auf der Couch« (Sonntagblick vom 26.3.1995). Der Tagesanzeiger titelt am 28.3.1995: »Sex in der Praxis. Jetzt wird ermittelt«. Im Kommentar spricht Thomas Illi von einer »pseudowissenschaftlichen Lebensbeichte eines fehlgeleiteten Mediziners«. Er nennt das Thema ein »Tabuthe-

ma« und vergleicht die Situation mit der Leugnung von Auschwitz. Das St. Galler Tagblatt überschreibt seine Mitteilung am 29.3. mit »Strafverfahren gegen Zürcher Psychiater. Psychotherapie mit Sexgedanken – Zürcher Staatsanwaltschaft schreitet ein«. In einem weiteren Beitrag im Tagesanzeiger vom 28.3. werden Beschreibungen von Patientinnen aus dem Buch zitiert und ihre Reaktionen darauf. In einem Kommentar von Bernhard Wenger im Bund am 29.3.1995 ist von »Männerspielen« die Rede. Am 29.3. berichtet auch die NZZ vom eingeleiteten Strafverfahren gegen Pintér. Der Präsident der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie, Ralf Krek erklärt, Pintér habe ein Thema aufgegriffen, »über das nicht gerne diskutiert werde«.

Außer der NZZ beschränkt sich keine Zeitung auf die Mitteilung der Ereignisse und eine kurze Skizzierung des Hintergrunds. In den ersten Tagen scheint die Mitteilung des eingeleiteten Strafverfahrens gegen den Psychiater und ab 30.3. seine Verhaftung Sensationsmeldung genug.

Ab dem darauf folgenden Wochenende erscheinen Artikel zum Thema Mißbrauch in Psychotherapien: Der Tagesanzeiger schreibt am Freitag, 31.3.1995: »Jeder Zehnte mißbraucht Patientinnen. Sexuelle Mißbräuche in den Therapien: Das Nottelefon ist laufend mit solchen Fällen konfrontiert«. Es bedürfe des Gesprächs. Dies breche das Tabu. Patientinnen sollten eigenen Gefühlen folgen. Eine Erklärung der Schweizer Gesprächspsychotherapeuten, die sich von Pintér distanzieren, wird abgedruckt. Unter dem Beitrag ist die Telefonnummer der Beratungsstelle für Frauen gegen sexuelle Gewalt abgedruckt. Am selben Wochenende erscheint ein Interview mit Tilmann Moser im Tagesanzeiger, überschrieben mit »Berührungen ja – Sexualität nein«. Wenn Sexualität in die Behandlung einströmt, dann droht eine Umdrehung ins Perverse. Moser erklärt in diesem Interview, daß Zärtlichkeiten in der Psychotherapie innerhalb einer Übertragung ausgetauscht würden. Patientinnen entwickelten ein »kindliches Vertrauen«. Wenn ein Arzt innerhalb der Psychotherapie eine erotische Handlung anbiete, stelle diese »Lust und Heilkraft zugleich dar«. Dies sei aber nur in Magie möglich, mit dem Therapeuten als Zauberer. Moser wird auf seine Publikationen zu seiner körpertherapeutischen Arbeit angesprochen und auf seine Kritik an der psychoanalytischen Abstinenz: Daß gar keine Befriedigung gewährt werden dürfe, schaffe für den Analytiker Probleme. Die Beziehung müsse mit einer Eltern-Kind-Beziehung verglichen werden. Pintér habe mit seinen provokativen Äußerungen aus seinen Verfehlungen eine Mission gemacht. Er klage verklemmte Therapeuten an. Er greife die große Angst der analytischen Therapeuten auf, daß Sexualität in die Behandlung einströme. Auf seiten des

Therapeuten genüge ein »kleiner Defekt im Über-Ich«, damit die Sicherungen durchbrennen.

Die Schweizer Illustrierte druckt ein Interview mit Pintér ab: »Ich hatte mit Patientinnen Orgasmen«. »Emil Pintér ist Amtsarzt und Psychiater. Jetzt schockiert der 66jährige mit dem Buch »Nähe und Distanz«. Mit Küssen und Geschlechtsverkehr therapierte er Patientinnen. Der Vertrauensmann – ein Schmutzfink?«. Die Fragen betreffen die Belegung von Pintérs Praxis, die Art der erwiesenen körperlichen Nähe zu seinen Patientinnen. Pintér erklärt, daß diese zu 98 % nicht sexueller Natur gewesen sei. Intimere Details aus sexuellen Kontakten werden erfragt. Pintér räumt ein, daß er in zwei Fällen Patientinnen mißbraucht habe. Mit etwa 15 habe er sexuellen Kontakt gehabt, es sei jedoch zu keiner körperlichen Vereinigung gekommen. Auf die Frage, ob in seiner Praxis kein Beischlaf stattgefunden habe, erklärte Pintér: »Nein, ich prostituiere mich doch nicht.«

Der Blick hat am 31.3. gleich Anlaß zur Vermischung von zwei Sensationsnachrichten gefunden: »Bubenschänder: Statt Knast Behandlung... Ausgerechnet beim umstrittenen Sextherapeuten Pintér«.

Die Sonntagszeitung widmet am 2.4. ihr »Thema« der Verführung auf der Couch. Ein ausführlicher Beitrag beschäftigt sich mit der Situation in der Psychotherapie, für die Pintér nur den Anlaß bietet: Sexuelle Kontakte in der Psychotherapie seien ein wenig erforschtes Tabu. Die Patientin dürfe alles tun, der Therapeut müsse sich an seine Regeln halten. Patientinnen könnten jedoch aus ihren Gefühlen heraus mit dem Erlebten nicht an die Öffentlichkeit treten. Die ersten Reaktionen von fachlicher Seite auf Pintér hätten sich auf Leserbriefe beschränkt. Der Beitrag schließt mit dem Hinweis darauf, daß die Weiterbildung für den Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie erheblich erweitert werde, einschließlich Vorschriften von Supervision und Selbsterfahrung. Ein Artikel beschäftigt sich mit dem Problem, Aussagen von Patientinnen zu erhalten, um Therapeuten strafrechtlich zu verfolgen. In einem anderen Beitrag wird Pintér ausführlich aus seinem helvetischen Alptraum zitiert. Regula Willi wird in einem Interview gefragt, ob auch Psychotherapeutinnen solche Situationen kennen. Sie selbst achte auf allfällige leuchtende »erotische Warnlämpchen«. Die therapeutische Beziehung vergleicht sie mit der Mutter-Kind-Beziehung. Der Bearbeitung von Nähe-Distanz-Problemen diene die Supervision. Der Schlußbeitrag berichtet über die Geschichte von Carl Gustav Jung und Sabina Spielrain. Hier wird aus dem in derselben Zeitschrift beschriebenen »wenig erforschten Tabu« ein »Klassiker«: »Wie die Beziehung zwischen Karl Gustav Jung und seiner Patientin Sabina Spielrain zu einem Modellfall wurde«.

Im Tagesanzeiger vom Montag, 3.4., werden verschiedene ausführliche Leserbriefe abgedruckt. Drei der fünf Leserbriefe sind von Fachleuten. Eine Frau erbost sich darüber, daß so viele Frauen noch immer nicht »nein« sagen könnten.

Ein weiterer ausführlicher Beitrag versucht, Zahlen zu referieren und die Situation in der Schweiz darzulegen. Aus einem Buch von Bachmann und Böker (Hrsg.): »Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie« (Huber, Bern, 1994) wird eine Umfrage unter Pflegepersonal zusammengefaßt. Der Beitrag unterscheidet nicht zwischen Pflegenden in der Klinik und einer psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis. Weder in diesem noch in anderen Berichten werden Zahlen unterschieden, die Prozentangaben von sexuellen Übergriffen aus den Umfragen von Patientinnen berichten, und solchen, die aus Angaben von Therapeuten und Therapeutinnen stammen. Statt dessen wird ein Täterprofil entwickelt und Symptome der Opfer beschrieben. Als Lösungsangebot werden Aufklärung, Weiterbildung, Supervision und Sanktionsdrohungen genannt. Übertitelt ist das Ganze mit »Vorkommnisse sind keineswegs selten«. Im St. Galler Tagblatt heißt es in ähnlicher Weise am 5.4.: »Sexueller Mißbrauch in der Psychiatrie. Totgeschwiegene Erlebnisse«.

Der Tagesanzeiger berichtet am 4.4.1995, daß der Geschäftsführer des Satyr-Verlages im Gefolge der Ereignisse zurückgetreten sei. Und die Basler Zeitung titelt am 6. April: »Psychiater an Sex-Affäre gescheitert«. Noch im Mai beschloß die Züricher Gesundheitsdirektion, Pintér die Praxisbewilligung zum 31.7. zu entziehen. Pintér legte Rekurs ein: Das Schicksal seiner Patienten werde nicht berücksichtigt. Am 28.7.95 berichtete die NZZ, daß Pintérs Rekurs aufschiebende Wirkung habe. Er dürfe bis zum Abschluß des Verfahrens arbeiten, aber nur männliche Patienten behandeln.

Während in den anspruchsvolleren Blättern zunächst versucht wird, das Problem sexueller Übergriffe in Therapien zu behandeln, wiederholt auf das Schweigen von betroffenen Frauen und auf mögliche Kontakte hinzuweisen, drohen fast alle Zeitungen anlässlich der Ereignisse um Pintér in Modethemen abzuleiten: Die Darstellung einer ungewöhnlichen Sex-Geschichte; sexueller Mißbrauch jeglicher Art und Moral und das Verhalten von Frauen.

Stellungnahme

Zweifellos gehören sexuelle Kontakte nicht in eine Psychotherapie. Je nach Ereignis können sie dem Straftatbestand der Ausnutzung einer

Notlage, der Ehrverletzung, der Schändung oder des Mißbrauchs Abhängiger entsprechen. Äußerungen oder Handlungen in sexueller Absicht innerhalb der Psychotherapie entziehen sich aber nicht selten dieser klaren rechtlichen Kategorisierung. Sie können zur Verwirrung beitragen, zum Entstehen von neuen Symptomen. In jedem Fall stören sie den therapeutischen Prozeß. Was sich in der Psychotherapie außer dem therapeutischen Prozeß noch ereignet und wie viele Zusammenhänge berührt werden, gilt es zu differenzieren.

Diskussion

Sexuelle Übergriffe in Therapien waren nie ein Tabu (Hoffmann-Richter/Finzen 1994; Krutzenbichler/Essers 1991). Eher trifft Kreks Umschreibung zu, daß über das Thema nicht gerne diskutiert werde. Zunächst ist eine Differenzierung von Therapeutenseite nötig: Wie in jeder anderen Berufsgruppe gibt es unter Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen gestörte Menschen, die ihren Beruf gezielt ausnutzen, z.B. indem sie sexuelle Befriedigung mit ihren Patientinnen suchen. Einige Therapeuten geraten im Laufe ihres Lebens in eine Krise und sind in dieser Phase anfällig für die Erweiterung therapeutischer Intimität ins Persönliche und Sexuelle. Darüber hinaus sind der therapeutischen Situation m.E. verschiedene Probleme inhärent, die nicht nur in der allgemeinen Presse, sondern auch in der Fachöffentlichkeit bisher nicht benannt werden.

Pintérs Verhalten seinen Patientinnen gegenüber wie seine Form der Darstellung – in seinem Buch und seinen Interviews – sind zweifellos auffällig und lassen vermuten, daß er zu den gestörten Menschen unter den Psychotherapeuten gehört. Die Heftigkeit, mit der verschiedene Therapieverbände sich von Pintér distanzieren und die Angelegenheit, mit der Pintér von einem Verband nach dem anderen ausgeschlossen wird, weckt den Verdacht, daß mit seinem Ausschluß auch die Problematik von intimer Nähe in der Psychotherapie »ausgeschlossen« werden soll. Wie wir an anderer Stelle ausgeführt haben (Finzen/Hoffmann-Richter 1995), ist der Beruf des Psychotherapeuten im Hinblick auf Intimität und sexuelle Kontakte ein gefahrengeneigter.

Der gefahrengeneigte Beruf

In den meisten Berufen gibt es Gefahren, die der beruflichen Tätigkeit inhärent sind. Zur Gefahrenneigung für psychotherapeutisch Tätige gehört m.E., sich in Patientinnen oder Patienten zu verlieben. In ande-

ren medizinischen Fachgebieten entsteht in anderer Weise große Intimität, z.B. bei der körperlichen Untersuchung. In einigen Ländern besteht deshalb die Vorschrift, daß ein Mann eine Frau oder eine Frau einen Mann nicht alleine untersuchen darf, sondern eine dritte Person hinzuziehen muß. Ähnliche Überlegungen wurden im Bereich der Psychotherapie bisher nicht angestellt. Die bisherigen epidemiologischen Untersuchungen zum Vorkommen sexueller Übergriffe in Psychotherapien sind gering und schwankend: Auf therapeutischer Seite schwanken sie vom Promillbereich bis zu 20 %. Auf Patientinnenseite schwanken sie zwischen 5 und 20 %. Dazu werden die beiden Arten der Befragung noch vermischt.

Das Behandlungsrisiko

Wer sich heute einer Operation unterzieht, muß vorher eine Einverständniserklärung unterschreiben, mit der er auch über die Risiken des Eingriffes aufgeklärt wird. Vor manchen Psychotherapien findet ein solches aufklärendes Gespräch statt. Ich habe noch nie gehört, daß das Thema Verliebtheit oder eventuelle sexuelle Kontakte in diesem Zusammenhang angesprochen wurde. Vor vielen Psychotherapien wird vorher noch immer keine strenge Indikation gestellt. Zu selten findet eine Risiko-Nutzen-Abwägung statt, wahrscheinlich weil das Risiko einer Psychotherapie unterschätzt wird.

Erwartungen

Demgegenüber bestehen nach wie vor übergroße Erwartungen von Patientinnenseite an die Möglichkeiten einer Psychotherapie. Von professioneller Seite werden vielfach Hoffnungen geweckt oder gar Versprechungen gemacht, die keine Psychotherapie erfüllen kann.

Ausbildung

Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind nicht ausreichend ausgebildet. Laien können keineswegs zwischen seriösen und unseriösen Psychotherapieverfahren unterscheiden. Der Zerfall des Psychotherapie-Angebotes in einen unüberschaubaren »Markt« (Finzen/Hoffmann-Richter 1996) hat zu einem verwirrenden Angebot vermeintlicher Therapien geführt, deren Versprechungen im Gegensatz zur Realität des Verfahrens und der Ausbildung zum Therapeuten steht. Auch die Supervision reicht nicht für alle Probleme aus. Nicht jede Verliebtheit kann wegsupervidiert werden.

Reale Beziehung

Ein entscheidendes Problem besteht in der großzügigen Ausklammerung der Tatsache, daß Therapeut und Patientin nicht nur eine Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung, sondern eine reale Beziehung eingehen. Der soziokulturell gelernte Umgang zwischen Mann und Frau hört nicht an der Tür des Behandlungszimmers auf. Auch im Zimmer befinden sich Mann und Frau. Sie kommen sich dort sehr nahe, und selbst der verbale Austausch erreicht in einer konstruktiven Psychotherapie eine intime Nähe, die sonst unter Erwachsenen nur Paare teilen. Der im Alltag erlernte Umgang mit Nähe und Distanz, mit Intimität und Sexualität, ist im Behandlungszimmer nicht ausgelöscht. Das bedeutet, daß die Neigung zur Intimität eher wahrscheinlich als unwahrscheinlich ist. Das bedeutet auch, daß selbst im Falle einer glücklich erlebten persönlichen Kontaktaufnahme über die therapeutische Beziehung hinaus von Anfang an eine Vermischung verschiedener Rahmen (nach Goffman 1977) stattfindet, die nur selten bewältigbar ist.

Heilung durch Liebe

Zu den Versprechungen von Psychotherapie gehört auch Freuds Zitat, daß sie »eine Heilung durch Liebe« sei. In seinen »Bemerkungen über die Übertragungsliebe« dreht Freud einige kunstvolle Pirouetten, um zu zeigen, daß die in der »Kur« entstehende Verliebtheit keine reale sei. Er beschreibt, wie der Therapeut sie nutzen kann und muß, damit sie ihm nicht selbst zur Gefahr wird, um schließlich einzuräumen: »Man hat kein Recht, der in der analytischen Behandlung zutage tretenden Verliebtheit den Charakter einer echten Liebe abzustreiten.« Mit Psychotherapie werden Erwartungen von Heilwerden, Wahrheitsfindung, Selbstverwirklichung, reiner Begegnung und wahrer Liebe verknüpft. Diese quasi religiöse Überhöhung der Psychotherapie trägt sicher dazu bei, daß mißglückte oder falsche Handlungen oder Äußerungen innerhalb der Therapie lange nicht als solche erkannt werden. Auch der Psychotherapeut oder die Therapeutin sind Menschen ihrer Zeit, ihrer Umgebung und ihrer Gefühle. Auch für sie bedeutet eine sehr persönliche Begegnung mit einem Menschen, wie dies in der Psychotherapie der Fall ist, daß sie diese Begegnung über die reale Zeit der Therapie hinaus begleitet. Übertragung und Gegenübertragung sind Konstrukte und keine Realitäten. Sie dienen der Arbeit in der Psychotherapie. Sie schaden, wenn sie als alleinige Realität des psychotherapeutischen Geschehens betrachtet werden.

Machtmißbrauch

Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie sind nur eine Form des Machtmißbrauchs in der Therapie. Andere Formen können zum Verständnis der Problematik beitragen.

Problematische Seiten

Selten wird der Vergleich von Psychotherapie mit Prostitution gezogen. Höchstwahrscheinlich hat dies mehr mit dem moralischen Ansehen beider Berufsgruppen und weniger mit dem tatsächlichen Geschehen zu tun. Ein Vergleich beider Tätigkeiten könnte dazu dienen, die problematischen Seiten der Psychotherapie zu verstehen. Grundsätzlich gilt es zu unterscheiden zwischen rechtlichen Tatbeständen, moralischer Beurteilung und menschenmöglichen Reaktionen. Eine ausführlichere Analyse sexueller Übergriffe in Psychotherapien aus soziologischer Sicht steht noch aus.

Dokumentation

»Wie G. Wolfslast ausführt, ist bis heute nicht klar, ob die Psyche überhaupt ein strafrechtlich geschütztes Rechtsgut darstellt. Es gibt keinen ‚Straftatbestand des Verbrechen‘ am Seelenleben eines Menschen.« (R. Schmid) Man kann auf Körperverletzung aber nicht auf »Seelenversetzung« klagen. R. Schmid führt aus: »Alle Fortschritte, die uns der menschliche Erfindungsgeist beschert, tragen erfahrungsgemäß bereits in ihrem Kern die Gefahr des Mißbrauches in sich... Wann der Einsatz strafrechtlicher Mittel bei konkret zur Regelung anstehenden, neu erkannten mißbräuchlichen Verhaltensweisen gerechtfertigt ist, kann aus... unbestimmten Formeln indes kaum hergeleitet werden. Häufig besteht im Hinblick auf solche allenfalls neu zu pönalisierenden Verhaltensweisen kein Konsens hinsichtlich der ethischen oder moralischen Verwerflichkeit, geschweige denn über die Notwendigkeit, mit Strafnormen einzugreifen.«

»Nun ist eine Grenzüberschreitung weder ein Wagnis noch ein Kunstfehler. Von einem vor dem Abschied stehenden Patienten können wir ohne Bedenken eine private Einladung annehmen, uns mit ihm an einem anderen Ort treffen, Geschenke und andere Zuwendungen entgegennehmen. Wenn wir wissen, daß eine Patientin gerne mit uns schlafen möchte, etwa um ihre Verbundenheit mit uns zu belegen oder

die bisherige Asymmetrie der Beziehung auszugleichen, und wir genauso wissen, daß dahinter keine tonnenschweren Übertragungsgefühle stecken und unsere Authentizität darunter nicht leiden wird, dürfen wir – im Ausnahmefall – darauf eingehen. Ein Geschlechtsverkehr im Rahmen der Psychotherapie muß ein einmaliges Ereignis bleiben – sonst wird daraus Konsum, der auf keinen Fall dem Sinn einer Psychotherapie entspricht. Vielmehr würde der Akt den Therapeuten in die Rolle eines Prostituierten hineinmanövrieren. Dabei muß uns klar sein, daß der Geschlechtsverkehr an sich weder eine Therapie noch eine Technik ist und die Wirkung kaum vorausgesagt werden kann. Deshalb die Strenge Beschränkung: erst am Ende der Therapie, nach dem (vollständigen) Abklingen der Übertragung/Gegenübertragung, nur als einmaliges Ereignis, in keinem Fall als Konsum, nur auf das klare Verlangen der Patientin und nur bei der vollen Überzeugung von seiner Unschädlichkeit.«

Pintér, Emil: Nähe und Distanz in der Psychotherapie, Erfahrungen eines Arztes: 1994; Satyr-Verlag, Zürich, ISBN 3-896429-19-8

»Rauswurf aus Berufsverbänden?: Emil Pintér ist Mitglied in der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich und der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie. In beiden Standesorganisationen wird über ihn diskutiert. Ralf Krek, Präsident der Gesellschaft für Psychiatrie, erklärte, daß an der nächsten Vorstandssitzung (3. April) der Fall besprochen werde. Klar ist für ihn, daß eine solche Meinung, wie sie Pintér verbreite, weder »fachlich noch ethisch unseren Vorstellungen« entspreche. Eine Therapie dürfe niemals die Bedürfnisse des Therapeuten befriedigen. Ein Therapeut »darf keine persönlichen Interessen haben«. Es gelte, der Patientin oder dem Patienten zu mehr Selbständigkeit zu verhelfen. Sanktionen sind angekündigt – vielleicht sogar ein Ausschluß aus beiden Verbänden. »Wir müssen uns fragen: Ist dieser Mann für uns noch tragbar?«, sagte Ralf Krek. Seine Aussagen stützt er auf die ihm zugestellten Fotokopien. Diese Auszüge hatte Gabrielle Mekler, Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik, verschickt. Für sie ist das Buch *überhaupt nicht »nachvollziehbar«*. Sie ist Mitarbeiterin der Meldestelle »für sexuelle Übergriffe in Arztpraxen«. Diese Stelle hat die kantonale Ärztesgesellschaft über den Fall Pintér informiert. »Wir distanzieren uns entschieden von solchen Aussagen und solchem Verhalten«, erklärte Mekler. Was Pintér predige, stehe *»außerhalb der Lehrmeinung und der Standesregeln«*. Distanziert hat sich auch das C.-G.-Jung-Institut. Nicht nur in der Sache. Sondern auch, weil sich Pintér im Buchumschlag als C.-G.-Jung-Dozent betitelte – was er aber, so Studienleiterin Irene Vetter-Lüscher, »nie war«.

Regierungsrat: »Beleidigung«: Auch in der kantonalen Gesundheitsdirektion wird Pintér's wegen »recherchiert«. Das erklärte Regierungsrat Ernst Buschor. Er behandelt den Fall zusammen mit Justizdirektor Moritz Leuenberger. Ein Entscheid ist noch nicht gefallen. »Wir können das nicht hinnehmen. Das Verhalten Pintér's ist ethisch für einen Bezirksarzt nicht möglich.« Buschor empfindet das Buch als »eine Beleidigung gegenüber Frauen«. Er ließ durchblicken, daß der umstrittene Arzt und Psychiater in seinen amtlichen Funktionen nicht länger tragbar sei: »Es gibt verschiedene Arten von Konsequenzen«.

(»Tagesanzeiger« vom 25.03.1995: Zürich: Barbara Bürer)

»Nun kommt ein Psychiater – notabene ein Amtsarzt – und berichtet in Buchform freimütig über seine sexuellen Spiele mit Patientinnen. Er bemüht als Begründung für sein Vorgehen etwa die sexuelle Revolution und vor allem die – aus seiner Sicht – gängigen, schon von den »Gründervätern« der Psychoanalyse angewandten Methoden, mit Frauen sexuelle Kontakte zu pflegen. Und nicht zuletzt ist er auch der Meinung, in der Psychotherapie könne in bezug auf die Abhängigkeit einer Frau »selten eine Notlage angenommen werden«.

In diesem medienträchtigen Skandal kommen all die alten Männerrituale wieder zum Vorschein, das pseudohumanistische Bild von der liebesbedürftigen, vernachlässigten Frau, der man eigentlich doch nur Verständnis und Gefühl entgegenbringt.

Es ist an der Zeit, daß solche Männerspiele aufhören, im Alltag und in der psychologischen respektive psychiatrischen Praxis. Die Grenzen, die ein Mann in solchen Situationen ziehen muß, sind – auch wenn dies immer wieder kolportiert wird – nicht flexibel. Die Frage darf nicht lauten, ob das Thema tabu ist – sondern die sexuelle Annäherung selbst muß ein absolutes Tabus sein.

(»Der Bund« vom 29.03.1995: Bern:
Kommentar von Bernhard Wenger)

Pintér: Ich gebe zu, daß ich in zwei Fällen Patientinnen mißbraucht habe.

SI: Was haben Sie gemacht?

Pintér: Vor rund 35 Jahren habe ich eine Therapie abgebrochen. Heute würde ich das nicht mehr tun. Im zweiten Fall habe ich eine Art Verhältnis entstehen lassen, das über die berufliche Basis hinausging.

SI: Genauer bitte.

Pintér: Wir trafen uns noch zweimal außerhalb der Praxis.

SI: Sie haben Ihre sexuelle Lust ausgelebt.

Pintér: Absoluter Quatsch.

SI: Sie haben keiner Frau gesagt, sie soll sich ausziehen?

Pintér: Keiner

SI: Mit wie vielen Patientinnen hatten Sie Sex?

Pintér: Etwa fünfzehn.

SI: Wann zuletzt?

Pintér: Vor zwei Jahren.

SI: Wie muß man sich denn eine Stunde der körperlichen Nähe vorstellen? Haben Sie sich nur ausgezogen, wenn es gewünscht wurde?

Pintér: Ja. Aber in den meisten Fällen habe ich mich auch dann nicht ausgezogen.

SI: Kein Beischlaf?

Pintér: Nein. Ich prostituiere mich doch nicht!

SI: Hatten Sie Orgasmen?

Pintér: Es gab Orgasmen. Auch ohne Berührungen.

SI: Bei den Frauen?

Pintér: Viele Frauen müssen nicht zwingendermaßen berührt werden, damit sie einen Orgasmus kriegen.

SI: In welchem Alter waren die Patientinnen? Jung?

Pintér: Eher gestandene Leute. Eine war über 70 Jahre alt.

SI: Und die jüngste?

Pintér: Um die zwanzig.

SI: Kinder und Jugendliche kamen nie in den »Genuss« Ihrer Praktiken?

Pintér: Ich behandle keine Kinder und Jugendliche.

(»Schweizer Illustrierte« S. 40-41,
Interview von Markus Eisenhut)

Leserbriefe

»Jeder gute Gestalttherapeut beispielsweise kann nämlich mit emotionaler (und auch körperlicher) Nähe ohne sexuelle Aufladung umgehen, jeder gute Systemtherapeut weiß seine Patienten zu neuen Erfahrungen anzuregen, ohne sich selber aufzudrängen oder zu prostituieren. Und jeder angehende Psychotherapeut lernt, daß er dann, wenn eigene sexuelle Empfindungen in die therapeutische Beziehung hineinspielen, in Supervision Klärung suchen kann (und muß), um keinen Schaden anzurichten.

Die transaktionsanalytische Psychotherapie sieht in einer sexuell motivierten Begegnung zwischen Therapeut und Patient ein sogenanntes psychologisches Spiel, eine ungesunde zwischenmenschliche Verstrickung. Die Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse

untersagt deshalb ihren Mitgliedern schlicht jede sexuelle Beziehung zu Patienten. Es ist auffallend, wie schwer sich viele Berufs- und Standesorganisationen mit diesbezüglich eindeutigen ethischen Richtlinien immer noch tun.«

(Dr. med. Kaspar Wolfensberger,
Psychiater und Psychotherapeut FMH, Zürich)

»Es ist selbstverständlich, daß Pintér sämtlicher Ämter mit sofortiger Wirkung enthoben werden muß. Allerdings genügt das nicht. Unserer Ansicht nach müssen *Auswahlkriterien für Amtspersonen* in solch heiklen Bereichen sowie funktionierende *Kontrollen* ihrer Arbeit geschaffen werden.«

(Michaela Grüntzig,
Psychologische Beratungsstelle für Frauen, Zürich)

»Ich vermute, daß das Buch von Pintér nur die Spitze eines Eisberges darstellt. Sexuelle Grenzüberschreitungen von männlichen Therapeuten gegenüber Frauen sind seit den Anfängen der Psychotherapie geschehen. Dies sollte endlich *enttabuisiert*, und heutige Fälle sollten *gerichtlich geahndet* werden. Die Geringschätzung der Frau, die bei Pintér zum Ausdruck kommt, wurde von Freud mit seiner Theorie, die die Frau als Mängelwesen deklariert, begründet.

Dabei gehört dieses Verhalten dem Formenkreis des Bindungsverhaltens an, das evolutionsgeschichtlich eine junge Erfindung ist und nach Eibl-Eibesfeldt den Eintritt der Liebe in die Welt bedeutet. Sexualität ist psychogenetisch viel älter und fand über Jahrmillionen völlig lieblos statt. Dies geschieht noch heute in der Prostitution. Wenn Therapeuten diese Verwechslung mitmachen, begehen sie einen schweren Kunstfehler. Dabei ist es wichtig, diese für Frauen verheerenden Folgen einer solchen Behandlung, die als Psychotherapie ausgegeben wird und eigentlich einer therapeutischen Perversion gleichkommt, offenzulegen und die Frauen davor zu warnen. Darum ist es ein Thema, das dringend öffentlicher Diskussion bedarf.«

(Maja Wyss-Wanner, Zürich)

»Die Verfehlungen sind schockierend und die Tragweite derselben für die betroffenen Frauen erschütternd. Solches Verhalten fast ausschließlich männlicher Therapeuten ist verwerflich und auf keine Weise zu rechtfertigen, auch wenn diese – wie Pintér – es immer wieder versuchen.«

(Dr. med. Werner Gerber, Facharzt FMH
für Psychiatrie und Psychotherapie, Winterthur)

»Mit Entsetzen und Wut verfolgte ich in den letzten Tagen die Veröffentlichungen zum Fall Pintér. Doch merkwürdigerweise richteten sich diese Gefühle nicht so sehr gegen den Mann, der seine Befriedigung bei sich ihm anvertrauenden Frauen fand, sondern gegen die Frauen, die ihm diese gaben. Zu Dutzenden waren sie nicht in der Lage, einem zudringlichen Mann Widerstand entgegenzusetzen. Sie »fühlten sich unwohl«, spürten, daß man »So etwas doch nicht darf«. Doch wieviel Gewicht mißt eine Frau ihrem Gefühl bei, wenn sich ein Mann die Mühe macht, ihr einige uralte Floskeln einzuflüstern? Da wird bereitwillig alles verraten und verleugnet was sich eine Frau an »Selbst« und an »Ich« schuldig ist.

So ist es denn auch nur folgerichtig, daß sie die Verantwortung für alles Tun und Lassen diesem Mann überläßt. Und später kann sie sich darauf berufen, sie habe nie ja gesagt. Hat sie denn nein gesagt? Statt dessen begibt sie sich in ihre urweibliche Gefühlswelt: Frau fühlt sich ausgenutzt, Frau wurde hintergangen, Frau ist verletzt und wurde beleidigt. Und das notabene erst, als sie erfährt, daß sie keineswegs die einzige ist in seinem Leben. Es ist mir klar, daß sich diese Frauen in einer Lebenslage befanden, in der sie wohl besonders anfällig für Zuwendungen welcher Art auch immer waren. Und dennoch scheinen sie, wie erschreckend viele andere auch, das Wichtigste im Leben einer Frau noch nicht gelernt zu haben: das Neinsagen.«

(Kerstin Beckmann, Zürich)

(»Tages-Anzeiger« vom 03.04.1995, Zürich: Leserbriefe)

Literatur

- Finzen, A./Hoffmann-Richter, U.: Sexualität in psychotherapeutischen Beziehungen. Die deutschsprachigen Monographien Teil I. Psychiatr. Prax. 22 (1995) 83-86
- Finzen, A./Hoffmann-Richter, U.: Psychotherapie im Angebot. Die Kleinanzeigen im »Markt« von Psychologie heute. Psychoth. Psychosom. med. Psychol. 1996 (im Druck)
- Freud, S.: Bemerkungen über die Übertragungsliebe. GW X, 209-232 (1915); Studienausgabe, Ergänzungsband S. 219-230, Fischer Verlag, Frankfurt 1982
- Goffmann, E.: Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt 1977
- Hoffmann-Richter, U./Finzen, A.: Sexualität in psychotherapeutischen Beziehungen. Die deutschsprachigen Monographien Teil II. Psychiatr. Prax. 22 (1995) 126-129
- Hoffmann-Richter, U./Finzen, A.: 1994. Bibliographien zu Liebe, Sexualität und sexuellen Übergriffen in der Therapie, unveröffentlicht, Basel 1994
- Krutzenbichler, H.S./Essers, H.: Muß denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers. Kore Verlag, Freiburg 1991

Recht und Psychotherapie

Das Interview mit Gabriele Wolfslast führte Ursula Plog

Zusammenfassung

Gabriele Wolfslast ist als eine von wenigen Frauen habilitierte Juristin und ordentliche Professorin für Strafrecht an der Universität Rostock. Anlässlich der Ereignisse um Emil Pintér und der Suche nach juristischer Literatur zu rechtlichen Grenzen der Behandlung und Behandlungsfehlern haben wir Gabriele Wolfslast um ein Interview gebeten. Es nimmt Bezug auf die vorangegangene Rezension ihre Buches und der Analyse von Presseberichten zu Pintér.

Wie sind Sie auf das Thema Recht und Psychotherapie gekommen, was war Ihr Anteil?

Frau Wolfslast: Die Beschäftigung mit diesem speziellen Thema – Behandlungsfehler in der Psychotherapie – ist von außen angeregt worden, von dem früheren Lübecker Rechtsmediziner Pribilla. Es paßte zu meinen Interessen und Arbeitsschwerpunkten – mein Lehrer, Hans-Ludwig Schreiber, machte viel Medizinrecht, und dadurch hatte ich auch schon Berührung mit den klassischen arztrechtlichen Themen wie Behandlungsfehler, Aufklärung und Einwilligung usw. Außerdem interessierten mich am Strafrecht damals vor allem die Fragen der Schuldfähigkeit, und dabei geht es ja rechtlich um den Umgang des strafenden Staates mit Menschen, die sich abweichend, normwidrig verhalten haben. Um mich ansatzweise schlau zu machen in bezug auf die Grundlagen der Schuldfähigkeitsbeurteilung, hatte ich einige Zeit im Göttinger Landeskrankenhaus hospitiert. Den Behandlungsfehler in der Psychotherapie zu untersuchen war eine andere Perspektive: Der Patient als Opfer, der vom Recht, auch vom Strafrecht, Schutz bekommen muß. Ich habe mich »meinem« Thema also praktisch von zwei Seiten genähert, meinem Interesse für die Psych-Wissenschaften, und dem Interesse für medizinrechtlich Fragen.

Heute wird ja sehr viel über den Weg ins Juristische entschieden, Schullaufbahnen z.B. Aber Psychotherapie oder Psychiatrisches ist tat-

sächlich immer noch kein Gegenstand der Rechtsprechung. Sie sind nicht über akute Fälle dazugekommen. Kennen Sie »Fälle«?

Persönlich nicht. Es war auch sehr schwierig, Fallmaterial hier in Deutschland zu finden, ich hatte praktisch nichts außer wenigen, zum Teil mündlich überlieferten Berichten darüber, daß Patienten nach »wildem« Gruppentherapien in psychiatrische Behandlung mußten. Ich bin dann drei Monate mit einem DAAD-Stipendium in den USA, in Kalifornien, gewesen. Das war eigentlich der ideale Ort, weil diese Themen gerade in Kalifornien sehr stark diskutiert werden. Da wird viel praktiziert, viel ausprobiert und dementsprechend lebhaft ist auch die Diskussion unter Medizinern und Juristen über Standards, Sorgfaltspflicht und die Rechtsfolgen einer Verletzung solcher Pflichten. Dort habe ich dann einiges Fallmaterial gefunden; es war zwar schwierig, ganz konkret etwas zu finden, aber über kurz oder lang lief es dann schließlich doch. Das heißt, es gab durchaus Fallberichte, aber sie waren wenig präzise. Psychiater schrieben beispielsweise: Wir haben Patienten bekommen; sie wurden eingeliefert, stationär behandelt, weil sie Zusammenbrüche erlitten oder irgendwelche wahnhaften Erlebnisse gehabt haben, die dann bei uns behandelt wurden.

Ich bin bisher nur auf die Idee gekommen, daß es sich um Fahrlässigkeit, Fehler der Therapie handelt; aber nie ist mir der Gedanke gekommen, zu sagen: Geh klagen!

Es klagen ja auch wirklich nur ganz wenige gegen ihren Psychotherapeuten, jedenfalls in Deutschland. Die Gefahr, mit einem Haftungsprozeß oder sogar einem Strafverfahren überzogen zu werden, ist bei uns ganz gering. Anfang der achtziger Jahre, als ich meine Arbeit geschrieben habe, habe ich bei Versicherungen nachgefragt, in wievielen Fällen Ansprüche gegen Psychotherapeuten geltend gemacht werden. Jedenfalls damals waren Psychotherapeuten in der Statistik noch nicht einmal separat ausgewiesen, sondern sie waren mit den Psychiatern zusammengefaßt. Und auch diese Zahl war sehr gering; Psychiater standen damals – wie es heute ist, weiß ich nicht – am untersten Ende der Häufigkeitsskala. Meine These ist, daß das spezifische psychotherapeutische Nähe-Verhältnis eine ganz große Rolle spielt. Hausärzte sind beispielsweise auch schon viel mehr herausgenommen, und je näher man jemanden kennt, desto weniger ist man, glaube ich, bereit, massiv gegen ihn vorzugehen.

Ist die Seele ein Teil des Körpers? Ist Seelenverletzung Körperverletzung?

Meines Erachtens ja, aber das entspricht jedenfalls dann nicht der sog.

herrschenden Auffassung, wenn sich die Seelenverletzung nicht irgendwie körperlich manifestiert. Eine seelische Verletzung muß praktisch sichtbar werden, oder auch faßbar, also praktisch sinnlich wahrnehmbar. Dahinter steckt vor allem wohl die Angst, daß der Tatbestand der Körperverletzung uferlos werden könnte, wenn jede Traurigkeit, Verstimmung schon als, wie Juristen sagen, tatbestandsmäßige Körperverletzung angesehen wird. Es muß also ein faßbarer Schaden – auf Juristendeutsch ein »Erfolg« – vorhanden sein, um eine Körperverletzung geltend machen zu können.

Eine Frage, die in diesem Zusammenhang auftaucht: Was wäre eigentlich ein Schaden? In Ihrem Buch steht: »Schaden über das Maß eines normalen Lebensrisikos hinaus.« Wie würde ich als Patientin an mir Schaden feststellen? Oder brauche ich das gar nicht, wenn ich zum Rechtsanwalt gehe?

Doch, das ist schon besser. Es muß ein Schaden da sein, damit ich einen Grund habe, zu klagen. Falsches Verhalten oder schlechts Benehmen allein reicht nicht aus, wenn nichts passiert ist. Es muß etwas in der Welt sein gewissermaßen, das kaputt gegangen ist, was schlecht gemacht wurde als faßbares Ergebnis, damit man etwas einklagen kann – Schadenersatz oder Schmerzensgeld etwa.

Können Sie zwei oder drei Beispiele nennen?

Jemand ist in einer labilen Verfassung, macht eine Gruppentherapie bei irgend einem »Scharlatan«. Dann kommt – ich sage es einmal laienhaft: – ein Zusammenbruch mit stationärem Aufenthalt. Wenn von vornherein eine vernünftige ambulante Therapie durchgeführt worden wäre – falls man sagen kann, was das ist; das ist das nächste Problem –, dann wäre diese Labilität sachgerecht angegangen worden, man wäre nicht ins Krankenhaus gekommen, hätte keinen Verdienstausschlag gehabt usw. Das wäre eine ganz handfeste Art von Schaden. Oder daß psychische Störungen bis zur Arbeitsunfähigkeit auftreten – solche Dinge also.

Und es würde zunächst ausreichen, daß ich subjektiv das Gefühl habe, das hängt mit der Psychotherapie zusammen, das ist in der Gruppe oder in der Psychotherapie passiert?

Vor einer Klage sollte meines Erachtens der Versuch stehen, das Problem mit dem Therapeuten selbst aufzuarbeiten. Dafür kann natürlich die Hilfe eines Anwalts sinnvoll sein. Aber es ist auch klar, daß eine Therapie so schiefgelaufen sein kann, daß der Patient oder die Patientin so verletzt ist, daß ein unmittelbarer Kontakt mit dem Therapeuten nicht mehr in Betracht kommt. Davon abgesehen ist eine Klage im

Psych-Bereich sicher heikel. Der Patient oder die Patientin muß, um eine Schädigung darzulegen, sehr viel von sich preisgeben, sehr Persönliches offenbaren und unter Umständen auseinandernehmen lassen. Hier können ähnliche Probleme entstehen wie für das Opfer einer Vergewaltigung in einem Strafprozeß: durch das Verfahren wird unter Umständen alles noch viel schlimmer. Je offensichtlicher ein Schaden und je größer ein Behandlungsfehler ist – Paradebeispiel ist der sexuelle Mißbrauch in der Therapie –, desto eher hat eine Klage Aussicht auf Erfolg. Aber die Preisgabe von Einzelheiten aus der Therapie, die man eigentlich nur dem Therapeuten anvertrauen und nicht auf den Markt tragen wollte, bleibt einem auch dann nicht erspart.

Im juristischen Bereich gibt es den Konflikt zwischen dem Kausalzusammenhang und dem, was Sie die Möglichkeit der »Beweislastermehrung« nennen.

Das ist weniger ein Konflikt als ein Ausweg, eine Hilfe für den Patienten. Der Nachweis des Kausalzusammenhangs zwischen fehlerhafter Behandlung und Schaden ist ja eine der großen Klippen bei fast jedem Prozeß gegen einen Arzt, und ganz besonders, wenn es um Psychotherapie geht. Man kann halt oft nicht hinreichend sicher feststellen – und verlangt wird die »an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit« –, daß der Schaden auf dem Behandlungsfehler beruht. Bei ganz groben Behandlungsfehlern – und hier kommt für die Psychotherapie vor allem wieder der sexuelle Mißbrauch in Betracht – kann es aber im Zivilprozeß, also bei einer Klage auf Schadenersatz oder Schmerzensgeld, zu einer sog. Beweislastumkehr kommen. In einem solchen Fall muß der Therapeut den Nachweis führen, daß sein Behandlungsfehler nicht kausal geworden ist für den Schaden.

Im neuen Psychotherapeutengesetz sind Versuche enthalten, zu formulieren, was Sie ein »normatives Behandlungswissen« nennen. Und die Forderung nach diesem normativen Behandlungswissen spielt natürlich sowohl für die Psychiatrie als auch für die Psychotherapie eine große Rolle. Es ist schwer, Psychiatrie und Psychotherapie zu standardisieren, die ja immer auch eine Mischung von Persönlichkeitsentfaltung und Stärkung der Ich-Funktionen und von Behandlung und Lebensrisiko sind. Das zu einem normativen Behandlungswissen zusammenzufassen, verstehe ich als Forderung. Aber wie das zu übersetzen wäre oder in der Tat zu einem Verfahren werden könnte, das stelle ich mir sehr schwer vor.

Das ist eine Frage nach dem Standard. Ein Standard hat ein faktisches und ein normatives Element, oder anders gesagt: verlangt wird die *erforderliche* Sorgfalt, nicht die übliche. Zunächst muß dafür der Stand

der Wissenschaft festgestellt werden, das sind die anerkannten Regeln des jeweiligen Faches. Wo es die nicht gibt, wird es natürlich sehr schwierig. Hier besteht ja immer ein Spannungsfeld zwischen Standard einerseits und Therapiefreiheit andererseits; kein Therapeut ist verpflichtet, eine bestimmte Methode anzuwenden. In der Psychotherapie mit ihrer Methodenvielfalt ist das Problem in der Tat noch verschärft. Da ist es dann sehr schwierig, von einem Standard zu sprechen. Oft bleibt nicht viel mehr übrig als die Verpflichtung zur Einhaltung elementarer Sorgfaltpflichten zum Schutz des Patienten. Im Extremfall sind es vielleicht nur zwei Leute, die eine bestimmte Methode praktizieren, so daß man von anerkannten Regeln dieser Behandlung gar nicht sprechen kann. Wer ein solches Außenseiterverfahren anwendet, muß dann in nachvollziehbarer Weise darlegen können, warum er von den üblichen Verfahren, so es welche gibt, abweicht, und seine Methode muß auch gewissen methodenunabhängigen Sorgfaltsanforderungen entsprechen. Z.B. werden bei ungewöhnlichen Verfahren höhere Anforderungen an die Aufklärungspflicht zu stellen sein. Je weiter der Therapeut sich vom Standard entfernt, desto mehr muß er das erklären.

Selbst mit dem neuen Psychotherapeutengesetz werden ja nur einige der Verfahren anerkannt, und viele andere bleiben unter den offenen Marktgesichtspunkten. Mir würde einleuchten, daß, wenn unter Anwendung eines der anerkannten Verfahren Schaden entsteht, eher Klagen kommen würden als unter der Anwendung eines auf dem freien Markt angebotenen Verfahrens.

Halb und halb. Auf der einen Seite werden Sie wahrscheinlich eher Gutachter bekommen, die sich zu den ersteren äußern. Andererseits: Wenn jemand eine »Außenseitermethode« anwendet – was immer das heißen mag –, wird ein Gericht unter Umständen schneller bereit sein, zu sagen: »Ihr habt euch nicht an die anerkannten Verfahren gehalten.« Und das könnte dann – dies sei mit aller Vorsicht gesagt –, zur Feststellung eines groben Behandlungsfehlers führen. Auf der anderen Seite ist es so, daß es »Außenseitermethoden« gibt und geben darf, daß Therapiefreiheit herrscht und daß von daher die Anwendung einer »Außenseitermethode« nicht per se einen Behandlungsfehler bedeutet. Von daher ist diese Festlegung im Psychotherapeutengesetz bzw. dem Entwurf in der Tat ein Problem. Das ist eine Art von Zementierung.

Ihrem Text habe ich auch entnommen, daß Sie in dieser Hinsicht sehr skeptisch sind und eine andere Art von Strukturierung und Standardfindung vorgeschlagen hätten.

Mir ging es in meiner Arbeit nicht um berufsständische Fragen, son-

dern um die Voraussetzungen zivil- und strafrechtlicher Haftung. Ich wollte auch keine Standards finden – das kann der Jurist auch nicht –, sondern untersuchen, ob es bestimmte Sorgfaltsanforderungen gibt, deren Verletzung zivil- und strafrechtliche Haftung auslösen kann. Die Vorgaben eines Psychotherapeuten-Gesetzes können dafür Anhaltspunkte liefern, aber im haftungsrechtlichen Sinn keine Standards fest-schreiben.

Ich habe mir solche Anhaltspunkte nochmal angesehen und festgestellt, daß die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen, über Schwankungen, über Ziele usw. eher vernachlässigt wird.

Auch über die Dauer.

Ich habe mir beide Seiten vergegenwärtigt. Auf der einen Seite die Klägerin: Wie komme ich dazu, Klägerin zu sein? Andererseits frage ich mich natürlich auch, wie sich Ihre Arbeit auf Psychotherapeutinnen auswirkt. Sie sagen ja, daß sehr viel mehr auch ethische und berufsethische Fragen diskutiert werden sollten. Gleichzeitig besteht die Gefahr, daß das Vertrauensverhältnis der Therapie länger distanziert bleibt, was natürlich kein gutes psychotherapeutisches Arbeitsverhältnis ist.

Das ist wirklich schwierig; auch Ärzte, die nicht psychotherapeutisch arbeiten, haben oft das Gefühl, daß Juristen zwischen ihnen und dem Patienten stehen, daß sie das Vertrauensverhältnis stören. Aber auch wenn in der Rechtsprechung eine Zeitlang zu weitgehende Anforderungen vor allem an die Aufklärungspflicht gestellt worden sind, hat die »Einmischung« der Juristen nach meiner Auffassung auch ihr Gutes. Ich glaube, sie hat mit dazu beigetragen, daß der Patient, die Patientin mehr respektiert wird, daß nicht so leicht über seinen oder ihren Kopf hinweg Entscheidungen in einer Therapie getroffen werden, daß Patienten stärker als Partner akzeptiert werden. Wenn man diesen Aspekt in den Vordergrund stellt – und eigentlich sollten das doch ganz selbstverständliche Dinge sein –, dann müßte das Berücksichtigen rechtlich-ethischer Fragen in einer Therapie eigentlich eine ganz fruchtbare Sache sein.

Das war auch mein persönliches Fazit: Neben allen Ängsten und Schuldgefühlen gibt es auch das Gefühl, daß das zur Klärung von Verhältnissen beitragen kann; einen also auch als Tätige vor bestimmten Dingen schützen oder bewahren kann. Insofern dachte ich, wir Therapeutinnen brauchen uns nicht nur zu fürchten.

Das muß man auch nicht. – Das ist so eine Sache in der Psychiatrie, wenn es um Aufklärung und Einwilligung von psychiatrischen Patienten

ten geht. Was da gesagt wird – da krieg ich oft zuviel! Das ist für mich ganz klar ein Nicht-Ernstnehmen. Als Laie, der ich bin, glaube ich – darüber hat man ja mit Ärzten schon genug gesprochen –, daß man auch mit schizophrenen Patienten in ihren Erkrankungen reden kann, wenn sie keinen Schub haben. Dann kann man sie aufklären über ihre Krankheit, die Medikamenteneinnahme mit ihnen besprechen usw. Wenn ich da die Meinungen höre, die eher von der älteren Generation noch vertreten werden, und daß Aufklärung nur als lästig empfunden wird, dann sträubt sich mir das Gefieder. Da habe ich das Gefühl, daß Menschen nur aufgrund ihrer psychischen Disposition, aufgrund ihrer Störungen von vornherein von den selbstverständlichen Rechten ausgenommen sind, die jeder hat.

Wenn ich das noch einmal auf die Psychotherapie wende: Ein Mensch mit Ängsten, mit Verzweiflung oder mit psychosomatischen Beschwerden kommt und sucht einen Therapeuten oder eine Therapeutin. Eigentlich ist das erste, was man versucht, eine Beziehung herzustellen, so daß Vertrauen entsteht und der Mensch prüfen kann, ob er hier auch Geheimnisse erzählen kann, ob er hier nicht nur eine Sache ist, sondern auch Mensch. Ich glaube, dann ist das so etwas mit der Aufklärung: Da muß man sich dann noch einmal gerade hinsetzen und sagen: »Und im übrigen...«

Jeder und jede kann z.B. in der Psychotherapie suizidal werden; das ist eine häufige Begleiterscheinung in bestimmten Phasen der Therapie. Die Frage ist, wie gehe ich damit um?

Ich glaube, daß es für solche Situationen keine pauschalen Handlungsanweisungen gibt. Die Aufklärung des Patienten kann nicht ganz am Anfang stehen, besonders nicht in der Psychotherapie. Aber wenn man selbst als Therapeutin eine Vorstellung davon hat, was geschehen sollte, wenn man sich ein Bild gemacht hat, dann muß man darüber mit dem Patienten reden, ihm oder ihr sagen, was man vorhat, wie lange das voraussichtlich dauern wird usw. Nach einigen Stunden sollte das möglich sein, und das Sich-gerade-Hinsetzen müßte dann doch auch positiv eingebaut werden können. Als Patientin will ich doch auch wissen, wie mir die Therapeutin helfen will, und was auf mich zukommen wird. Zu spät wäre ein Aufklärungsgespräch jedenfalls dann, wenn bereits eine Abhängigkeit der Patientin zur Therapeutin entstanden ist und die Patientin deshalb gar nicht entscheiden kann, ob sie z.B. überhaupt weitermachen will.

Die Patientin oder der Patient muß eigentlich vorher wissen, worauf er oder sie sich einläßt. In der Akutphase wäre es störend. Ich würde es wirklich für fehlerhaft halten, wenn jemand in einer depressiven Ver-

stimmung ankommt, und es käme dann zuerst ein Aufklärungsgespräch – gewissermaßen ein Verkaufsgespräch. Das würde dem therapeutischen Behandlungsauftrag zuwiderlaufen. Aber wenn jemand wieder halbwegs ansprechbar ist und die Sache eine Perspektive bekommen soll, wie es weitergeht, dann ist der Punkt – ich bin mir jetzt nicht ganz sicher, ob wirklich das Entstehen der Vertrauensbeziehung der entscheidende Punkt ist –, aber wo die Therapie eine Dimension bekommt, eine Richtung, wo es aus der Notfallmaßnahme, wenn es eine gab, in ein längerfristiges Konzept umschlägt; wo man weiß, daß das, was jetzt langfristig passieren wird, so und so lange dauert, damit es etwas bringt; daß es Auswirkungen auf das Leben des Patienten haben wird; und wo die Patientin in einem Zustand ist, in dem sie sich darauf einrichten muß und kann. Zum Zeitpunkt, wo das Gefühl der Abhängigkeit entsteht, ist es wahrscheinlich schon zu spät, dann wird der Patient oder die Patientin auf jeden Fall bleiben wollen.

Die Aufklärung muß in dem Zeitraum davor passieren. Meine Frage zielte aber auch darauf, ob man gewissermaßen zwischendurch wieder Aufklärung geben muß.

Immer dann, wenn der Therapeut das Gefühl hat, daß etwas nicht ganz angekommen ist; oder auch, wenn man in eine wichtige Phase kommt – wenn etwa in der 30. Stunde, wo man sich eigentlich dem Ende nähern sollte, die Therapeutin sagt, es dauere noch, der Patient sei noch nicht so weit; und meint auch verantworten zu können, die Therapie selbst weiterzuführen – das kann auch ein kritischer Punkt sein –; dann muß noch einmal etwas an Aufklärung passieren. Man muß zwar nicht sagen: »Normalerweise wären wir jetzt zu Ende, aber du bist noch nicht so weit.« Das kann falsch oder direkt kontraindiziert sein. Aber man sollte doch klarmachen, warum man verlängert und was das Ganze noch für Dimensionen hat.

Wir hatten über die Selbstzweifel der Psychotherapeutin schon gesprochen; daß Verlängerung oder Veränderung einer Begründung bedarf, und daß es irgendwie dokumentiert, festgehalten werden sollte. Vor allem die Begründung muß deutlich werden.

Die Begründung muß deutlich werden und nachvollziehbar sein: Hat der Therapeut, die Therapeutin sich die richtigen Gedanken gemacht? Es kann vorkommen, daß man sich im Ergebnis verschätzt; aber sind die richtigen Überlegungen angestellt worden? Hat man versucht, Fehler auszuschließen, Fehler überhaupt zu erkennen? Oder hat man es einfach so laufen lassen, sich selbst in die Vertrautheit der Situation hineingefunden? Man muß immer sehen, daß irgendwann, nach einem

langen Zeitraum vielleicht, der Patient oder die Patientin aufwacht, sich schüttelt und sich wie in einer langen Beziehung fragt – ich glaube, das tun eher die Frauen als die Männer –: Was ist eigentlich passiert 20 Jahre lang? Wo ist meine Zeit geblieben? Wo ist mein Leben geblieben? In einer privaten Beziehung ist das eine Sache. In einer therapeutischen Beziehung sollten die Therapeuten da eigentlich stärker sein und aufpassen, daß es nicht so weit kommt. Wobei das natürlich auch nicht ganz richtig ist: Daß eine Patientin darüber nachdenkt, ob es noch Sinn hat, ist ja nicht schädlich oder zeigt nicht, daß irgend etwas schief gelaufen ist – eher im Gegenteil. Aber es muß eigentlich immer wieder auch eine Überprüfung dessen, was in der Therapie passiert, durch die Therapeutin oder den Therapeuten stattfinden.

Aufklärung darf den Behandlungszwecken nicht zuwiderlaufen, wobei man allerdings sehr vorsichtig sein muß. Der BGH hat vor vielen Jahren in einem Urteil – das von der Formulierung her sehr umstritten war – gesagt, es müsse eine vorübergehende Verschlechterung in Kauf genommen werden: Verstimmung, Traurigkeit, Angst durch die Aufklärung – etwa bei der Aufklärung über ein Karzinom. Die Ärzte behaupten ja immer wieder, sie fügten den Patienten mit der Aufklärung unter Umständen Schaden zu. Dagegen sagt der BGH, das müsse man in Kauf nehmen. In der Psychotherapie muß man das natürlich ein bißchen differenzierter sehen. Es darf nicht – das hat der BGH auch gesagt – wirklich dem Zweck der Behandlung zuwiderlaufen. Wenn die Therapeutin beispielsweise überlegt, eine andere Methode anzuwenden, kann auch eine Art Überraschungseffekt therapeutisch sinnvoll sein. In diesem Falle wäre es natürlich völlig kontraindiziert, zu sagen: »Übrigens, jetzt ist wieder eine Aufklärung fällig; wir machen alles anders.« Aber irgendwann, nach ein paar Stunden, stelle ich mir vor, kann der Zeitpunkt erreicht sein, wo man mit dem Patienten darüber reden muß. Das ist keine Sache, die an einem bestimmten Punkt oder nur in einem Gespräch stattfinden muß; es kann sich auch etappenweise vollziehen, so, daß es in den therapeutischen Prozeß eingebaut wird oder ihn jedenfalls nicht stört. Nur darf man es sich damit auch nicht zu einfach machen. Ärzte haben das immer gern gesagt: Wir dürfen den Patienten nicht schaden und wir klären sie oder ihn nicht auf, um ihn zu schonen. Natürlich muß man vorsichtig sein; aber das kann sehr leicht eine ganz faule Ausrede werden. In der Psychotherapie gibt es indessen viele Situationen und Fälle, wo man mit der Aufklärung sehr viel vorsichtiger umgehen, sie anders gestalten und andere Formen finden muß. Formularaufklärung in der Psychotherapie wäre grauenhaft.

Würden Sie Nutzerinnen oder Nutzer ermutigen, zu klagen oder sich überhaupt erst einmal beraten zu lassen?

Sich zu beraten, ja, das kann hilfreich sein. Das kann Luft ablassen, den Druck nehmen. Gleich zum Gericht zu gehen bringt herzlich wenig, höchstens eine kurzfristige Befriedigung.

Zum Gericht sollte man bei Mißbrauch und Gewalt gehen. Es ist ja erstaunlich und gewiß mit diesem besonderen Näheverhältnis zu erklären, daß von diesen Mißbrauchsgeschichten nur sehr wenige vor Gericht kommen. Es gibt ja momentan fast mehr Therapeuten, die sich als solche outen, die mißbraucht haben, als Patientinnen und Patienten, die wegen Mißbrauchs klagen.

Das ist für mich gut nachvollziehbar: Man bringt das nicht nach außen, nicht nur, weil man viel von sich preisgibt, sondern auch wegen der Scham; aber auch weil die Patientinnen – ich vermute, das Problem betrifft überwiegend Frauen – mit dem Eingehen einer sexuellen Beziehung ganz andere Hoffnungen verbunden haben. Wenn sie sagen würden: ich mach das mal so, just for fun, dann wäre das ja in Ordnung; aber sicherlich ist damit sehr viel mehr verbunden. Und dann nach außen zu gehen und zu sagen: »Ich habe mich verrannt«, das widerspricht unseren Konventionen.

Was macht die Amerikanerinnen da mutiger? Haben Sie eine Idee?

Vermutlich das allgemeine Klima, weil dort häufig etwas auf dem Klageweg durchgesetzt wird, auch weil viel Geld dadrinsteckt, entsetzlich viel Geld. Fragen Sie bitte nicht nach Summen, aber es ist abenteuerlich. Das habe ich, glaube ich, auch in meiner Arbeit zitiert: »That's where the money is«, in den Prozessen. Daß man also unter Umständen sagt: »Jetzt habe ich schon den Schaden, es ist nicht besser geworden.« Dann ist man eher bereit, durch so eine Art von Tunnel hindurchzugehen. Zum Teil auch, weil es dort einfacher ist, zu klagen.

Auf der juristischen Seite ist die Bereitschaft stärker und die Erfolgsaussichten größer, was sicherlich auch Gründe sind: Das Gefühl, Augen zu und durch – ich überstehe es schon, und dann gibt es wenigstens ordentlich Geld, damit ich den Schaden ein bißchen kompensieren kann.

Aber das ist keine Entwicklung, die ich gutheiße. Ich bin sehr dagegen, daß Therapeuten im somatischen wie im nicht-somatischen Bereich tun, was sie wollen, und die Patienten quasi zu Objekten machen. Das Recht hat hier eine wichtige Funktion, von vornherein zur Vorsicht zu mahnen, daß die wechselseitigen Rollen gesehen und respektiert werden. Dennoch: Es ist ein Problem der Rechtsprechung und den USA

überhaupt, daß Schicksalhaftes nicht mehr als schicksalhaft anerkannt und akzeptiert wird.

Das Problem ist in den USA größer als bei uns.

Mit Sicherheit. Ich wünsche mir nicht, daß wir auf diesen Stand kommen. Umgekehrt kann es nicht schaden, wenn Psychiatern und Psychotherapeuten über das Recht vermittelt wird: Ihr arbeitet nicht geschützt unter einer Glasglocke, sondern es gibt Standards, auch normative Anforderungen, um die ihr euch kümmern müßt.

Ich möchte Sie in diesem Zusammenhang auf den Fall des Herrn Pintér in der Schweiz ansprechen.

In der Schweiz hat es offenbar einen wild aufgemachten Fall von sexuellen Beziehungen zwischen einem Therapeuten und vielen seiner Patientinnen gegeben. Herr Pintér hat sich richtiggehend geoutet und offen und freimütig zugegeben, sexuelle Beziehungen mit Patientinnen gehabt zu haben. Wenn diese es wollten, habe er das in die Therapie eingebaut. (Siehe den Beitrag von U. Hoffmann-Richter in diesem Heft.)

Im Grunde würde man in solchen Fällen ja wohl empfehlen, so jemandem die Behandlungsberechtigung zu entziehen.

Das wird, nach den Presseberichten, wohl auch passieren. Sexuelle Beziehungen zu Patienten/Patientinnen sind die Fälle, die ziemlich unproblematisch als Behandlungsfehler angesehen werden.

Sprechen wir noch kurz über das »Übernahmeverschulden«.

Das ist eine wichtige Sache. Man muß die eigenen Grenzen erkennen und entsprechend Fälle ab- oder weitergeben. Daß etwa jemand, der oder die »nur« als Psychologin oder Psychologe ausgebildet ist, keine Schizophrenie behandeln kann, daß man solche Fälle abgeben muß, u.U. an die Klinik.

Das ist ja fast noch das Einfachste. Psychotherapeuten arbeiten ja oft auch mit sich selbst, als Menschen, und da gibt es hier und da schon den Fall, daß ich merke: Das kann ich nicht. Fälle also, wo ich nicht sagen muß: »Gehen Sie in die Klinik oder zum Hausarzt oder zum Orthopäden«, sondern: »Gehen Sie zu einem anderen Psychotherapeuten« – sei es ein männlicher Kollege, sei es eine ältere oder jüngere Kollegin oder zu jemandem, der nach einer anderen Methode arbeitet. Das halte ich für ganz wichtig.

Das Erkennen der eigenen Grenzen. Wo kann ich es nicht mehr? Wo

muß jemand anderes einspringen? – Im äußersten Fall bis zum Behandlungsabbruch des Therapeuten; der sollte allerdings nur erfolgen, wenn die Behandlung woanders sichergestellt ist. Es könnte auch wieder ein Fehler darin liegen, wenn man zu abrupt abbricht. Das muß wieder sorgfaltsgerecht gemacht werden. Das sind auch Bereiche, an die man rankommen kann. Da würde ein Gutachter sagen: Das entspricht nicht den Regeln unseres Faches.

Das ist im übrigen der einzige Aspekt, unter dem ich mir mehr Klagen wünschen würde – ein sehr fachlicher Aspekt –: Damit da etwas passiert, damit einmal festgestellt wird, wie streng die Anforderungen an den Nachweis des Kausalzusammenhangs sein müssen; oder damit man einmal sieht, wie man eigentlich feststellen kann, worauf der psychische Schaden beruht – daß er eingetreten ist und ursächlich mit dieser Behandlung zusammenhängt. Daß man also nicht nur auf die sogenannte Beweislastumkehr gehen muß, wie das bei denn Fällen sexuellen Mißbrauchs zum Teil schon gemacht wird. Es gibt ein Urteil vom Oberlandesgericht Düsseldorf, demzufolge auf den Nachweis der Kausalität verzichtet werden kann, wenn ein so gravierender, schwerer Behandlungsfehler festgestellt wird; hier »vermutet« man also, daß das Problem, der Schaden darauf beruht. Das ist nicht ganz befriedigend; aber Gutachter und Fachleute können wohl feststellen, daß man von einer bestimmten Störung – wenn man die Behandlung nachvollzieht – sagen kann, daß sie mit der fehlerhaften Behandlung zusammenhängt. Unter diesem Aspekt würde ich mir wünschen, daß es Verfahren, also Klagen gibt, um da etwas weiterzubringen.

Ich danke Ihnen für das Gespräch.

**»Ja, welches Konzept ist das Bessere –
da mag ich mich gar nicht so drauf einlassen... «**
Qualitätsbeurteilung komplementärer psychiatrischer
Dienste und Einrichtungen durch ihre Nutzer*

■
Petra Gromann

Zusammenfassung

Die Autorin hat 19 Interviews mit psychisch Kranken geführt, die zum Zeitpunkt der Interviews eine geschützte Wohnform in Anspruch nahmen und/oder in einer geschützten Einrichtung beschäftigt waren. Zwei Besonderheiten zeichnen die Arbeit aus: Die Befragten äußerten sich zur Qualität komplementärer psychiatrischer Dienste und nicht stationärer Einrichtungen; die Auswertung erfolgte mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse. Trotz der Schwierigkeiten für Patientinnen und Patienten, sich kritisch mit den Angeboten auseinanderzusetzen, sind die Aussagen differenziert. Gegenüber früheren quantitativen Auswertungen bewerteten die Befragten Betreuung, Unterbringung und Arbeitsangebote im einzelnen durchaus auch negativ oder wogen Vor- und Nachteile ab. Die Autorin ist Mitglied der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischer Dienste im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums.

In den USA und Kanada wurden Patientinnen und Patienten seit Anfang der 70er Jahre nach ihrer Zufriedenheit mit der stationären Behandlung befragt. 1972 hatte der Bundesgerichtshof der Vereinigten Staaten entschieden, daß individuelle Behandlungspläne und der Standard psychiatrischer Behandlungssettings den Wünschen der Patienten angepaßt werden müsse. So verschieden das methodische Vorgehen war, versuchten doch alle Studien, Zufriedenheit quantitativ zu erfassen (z.B. Shista et al. 1986). Schon bald wurde festgestellt, daß in fast allen Studien überwiegend positive Antworten erfolgten. Kalman kommentierte dazu in einer Übersichtsarbeit 1983, daß der Konformitätsdruck zweifellos sehr hoch sei, »wo Patienten eine Instanz beurteilen sollen,

* Die Arbeit wurde durch das 2. Hochschulprogramm Frauenförderung unterstützt.

die sie in Zukunft wahrscheinlich wieder behandeln wird. Allein auf dieser Grundlage kann man erwarten, daß Patientenbefragungen hohe Werte ausgesprochener Zufriedenheit ergeben« (S. 49). Da Zufriedenheit etwas mit dem Verhältnis von Erwartungen zur wahrgenommenen Realität zu tun hat, wird Zufriedenheit auch bei relativ schlechten Lebensbedingungen geäußert, »wenn der Patient sich resignativ in die Gegebenheiten gefügt hat und die Erwartungen entsprechend tief sind«. Dieses Verhalten sei charakteristisch für chronische Patienten (Hofmann, Hubschmid 1989).

In Deutschland findet sich die früheste Studie 1971 (Irle, Pörksen). Nach einer Pause finden sich vermehrt Publikationen zum Thema seit Ende der 80er Jahre (z.B. Kolitzus, Feuerlein 1989; Kallert 1991; Eikermann 1991; Priebe u.a. 1992). Zu den Ergebnissen der Befragung schrieb Priebe 1992: »Summarisch läßt sich festhalten, daß wenig gesichertes Wissen darüber vorliegt, was Patienten zu einer mehr oder weniger positiven Therapiebewertung veranlaßt.« (1992/21) Die umfangreichste und sicher sorgfältigste quantitative Studie wurde in England anlässlich der Auflösung zweier Großkrankenhäuser durchgeführt. O' Driscoll und Leff publizierten 1993 die Zwischenergebnisse. Danach ziehen Langzeitpatienten die Unterbringung in der Gemeinde der Klinik eindeutig vor, wenn die Übersiedelung ausreichend geplant ist und ihnen angemessene Lebensbedingungen geboten werden. »Insbesondere schätzen sie, daß die neuen Wohnorte sehr viel mehr Autonomie für ihre Bewohner bieten, als dies in der Psychiatrischen Klinik der Fall war.« (Thornicroft et al. 1993/27)

Aus den 90er Jahren liegen auch einige gemeindepsychiatrische Untersuchungen vor (z.B. Counos 1987; Hofmann, Hubschmid 1989; Champney, Cox 1992). Eine alleinige Befragung nach der Zufriedenheit, ohne die konkreten Lebensumstände der Klienten zu erfassen ist demnach gerade im gemeindepsychiatrischen Bereich nicht sinnvoll. Seit den 80er Jahren wurde das Evaluationskonzept »Lebensqualität« entwickelt und ebenfalls versucht, quantitativ zu erfassen. Wiederholt wurde festgestellt, daß kaum Verbindungen zwischen der generellen Einschätzung von Lebensqualität und der Einschätzung des Lebensstandards bestehen (z.B. Malm et al. 1981; Flanagan 1982; Lehman 1982; 1983; Franklin et al. 1987; Simpson et al. 1989; Skantze et al. 1992). Patientenmeinungen gewinnen erst Aussagekraft, wenn es gelingt, bedeutsame Aspekte der Beeinträchtigung von Lebensqualität, bzw. gezielt individuelle angemessene Hilfen wie die Gründe der Nichtakzeptanz von Hilfeangeboten zu erfassen. In diesem Zusammenhang wird eine Evaluation von gemeindepsychiatrischen Diensten sinnvoll, die die »Decke der hohen Zufriedenheitswerte lüftet«.

Inhaltsanalytische Untersuchung von Interviews mit Nutzern komplementärer Dienste

Grundlage der inhaltsanalytischen Auswertung sind 19 Interviews, die von mir zwischen Dezember und März 1992/93 geführt wurden. Das methodische Vorgehen entspricht einer qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Flick, Keupp, 1991). Dabei war die Aussagegewinnung das Ziel und nicht der Ausgangspunkt der Forschung (vgl. Glaser, Strauss, 1967). Die Kodierung und Bearbeitung des umfangreichen Textmaterials (knapp 200 Seiten transskribierte Interviewtexte) wurde mit Hilfe eines sozialwissenschaftlichen Textinterpretationsprogramms (atlas/ti, U. Bergold, TU Berlin 1992/93) vorgenommen, das auf dem Hintergrund der methodischen Forderungen von Glaser und Strauss (a.a.O.) entwickelt wurde. Es war zunächst schwierig, Interviewpartnerinnen zu gewinnen. Häufig waren bei meinen Vorkontakten zuerst Männer (10) bereit, ein Interview zu machen. Ich habe dann relativ gezielt Frauen angesprochen. Die gewonnenen neun Interviewpartnerinnen waren im Vergleich weniger in festen Betreuungsverhältnissen verankert und eher selbständig in ihrer Lebensbewältigung.

Die Vermittlung zu den insgesamt 19 Interviews läßt sich wie folgt darstellen: (1) Mitarbeiter verschiedener sozialpsychiatrischer Dienste haben mir fünf Interviewpartner direkt vermittelt und durch Vorankündigung die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und einem offenen Kontakttreffen ermöglicht. (2) Selbst angesprochen bei Besuchen in Offenen Treffs oder durch Weitervermittlung habe ich drei, (3) bei einem Selbsthilfetreffen und einer offenen Kontaktgruppe habe ich sechs Interviewpartner gewinnen können. (4) Mitarbeiter einer Klinik haben mir drei, (5) Mitarbeiter einer Tagesstätte zwei Interviewpartner vermittelt.

Ich stellte nur eine einzige Eingangsfrage – *welche Erfahrungen die Betroffenen mit Hilfen und Einrichtungen außerhalb der Klinik gemacht hätten, was sie persönlich gut, was schlecht fanden.*

Bei einigen Gesprächen fragte ich gar nicht, kaum oder bloß wiederholend/bestätigend nach; bei anderen fragte ich lediglich zur Vertiefung von bereits Geäußertem. Um den Gesprächsfluß zu unterstützen habe ich manchmal noch die Frage gestellt, was mein/e Gesprächspartner/in denn noch wünschenswert im Bereich außerklinischer Angebote fände. Lediglich ein Interview wurde relativ strukturiert von mir geführt; der Gesprächspartner war sehr unkonzentriert und unruhig; er wollte auch nicht mit Cassettenrecorder aufgenommen werden. Dieses Interview ist auch das mit Abstand Kürzeste (acht Minuten). Durchschnittlich dauerten die Interviews 30-40 Minuten, manche al-

lerdings auch länger als eine Stunde. Das Ende wurde durch meine Partner/innen bestimmt, bzw. von ihnen durch Themenwechsel oder lange Pausen angesteuert.

Ungefähr 2/3 der Befragten haben Erfahrungen mit professioneller Unterstützung im Bereich Wohnen (Wohnheim 1/6, Wohngemeinschaften die Hälfte); ungefähr 3/4 Erfahrungen mit Unterstützung im Bereich Arbeit (Arbeitstraining 1/6, ambulante Arbeitstherapie 1/6, Arbeitsprojekt Tagesstätte 1/5, Werkstatt für Behinderte 1/6). Im Bereich Beratung/Therapie haben die Hälfte Erfahrungen mit Betreuung durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst, 1/5 mit ambulanter Psychotherapie und 1/5 mit einer Selbsthilfegruppe.

Die geringe Anzahl von Interviewpartnern, die Erfahrungen mit Wohnheimen haben, läßt sich aus der regionalen Situation erklären: In München selbst gibt es nur ein Wohnheim für psychisch kranke Menschen, in der Region Oberbayern zwei; bei einem dieser Heime habe ich mich direkt um Kontakte zu Bewohnern bemüht; mein Vorhaben wurde jedoch nicht unterstützt, so kamen Kontakte nicht zustande.

Bewußt habe ich keine persönlichen oder diagnostischen Daten erfragt. Aus meiner beruflichen Erfahrung im gemeindepsychiatrischen Bereich kann ich jedoch einschätzen, daß die verschiedenen Interviewpartnerinnen und -partner die übliche Spannbreite von Klienten gemeindepsychiatrischer Hilfen einer Region darstellen, die noch über große klinische Langzeitbereiche verfügt und in der das gemeindepsychiatrische Netz eher projektorientiert aufgebaut wurde. Ungefähr ein Drittel meiner Interviews fand mit Klienten aus dem großstädtischen Bereich, ein Drittel mit Klienten aus dem umliegenden Einzugsgebiet von München und ein Drittel mit Klienten aus weiter entfernt liegenden ländlichen Regionen statt.

Im folgenden stelle ich die inhaltlichen Aussagen meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner vor. Es kann bei einer qualitativen Analyse nicht um eine Wertung mittels der Häufigkeit von Aussagen gehen, von Bedeutung sind die thematischen Aussagen wie die inhaltlichen Zusammenhänge, die sich aus der Einschätzung der Dienste ergeben.

Konzept

Allgemein von Bedeutung erscheinen mir insbesondere meine ersten Eindrücke unmittelbar nach den Gesprächen und bei den ersten Durchgängen des Überlesens der Interviewtexte: Ich hatte zuerst den Eindruck, kaum direkte Antworten auf meine Frage »Was fanden sie gut,

was schlecht an ihren bisherigen Erfahrungen?» erhalten zu haben. Allen schien die direkte Bewertung ihrer Erlebnisse und Erfahrungen schwer zu fallen, die Frage löste zunächst meist lebensgeschichtliche Erzählsequenzen und Erinnerungen aus. Offensichtlich hatten sich bisher nur wenige diese Frage einmal selbst gestellt; die Frage nach der persönlichen Bewertung erfahrener Hilfen bedeutet eine ungewohnte Perspektive. Sie setzt beim Gefragten voraus, daß dieser sich in eine Rolle versetzt, die in diesem Arbeits- und Erfahrungsfeld in Deutschland eher unbekannt ist – die des mündigen »Konsumenten« von Dienstleistungen. Diese *Rolle des »mündigen Konsumenten«* einzunehmen hat verschiedenste Voraussetzungen:

(1) Zunächst geht man davon aus, daß die Person kognitiv in der Lage ist, die angebotene Dienstleistung in bezug auf ihren Wunsch nach Hilfe einzuschätzen, zu bewerten. Schon in dieser Voraussetzung steht das Konzept »mündiger Konsument« für psychiatrisch erkrankte Menschen bereits in Frage: bei akuten psychiatrischen Erkrankungen können Denk- und Wahrnehmungsstörungen diese Fähigkeit beeinträchtigen. Auffällig ist jedoch, wie diese zeitweise Einschränkung quasi selbstverständlich als dauerhafte und immer weiter bestehende Unfähigkeit, für sich selbst zu beurteilen, was einem gut bzw. schlecht »tut«, im Rahmen des medizinisch-psychiatrischen Krankheitsmodells fortgeschrieben wird (vgl. Krüll 1977/16-42).

Der Einbruch auch anderer Krankheitsmodelle in die psychiatrische Praxis hat zwar im psychiatrischen Alltagshandeln zu patientenorientiertem Handeln geführt, jedoch nicht soweit, Patienten nicht nur als Partner sondern auch als »Beurteiler« der Angemessenheit psychiatrischen Handelns ernstzunehmen. Interessant in diesem Zusammenhang sind Studien in den USA und England, die die Validität und Reliabilität von Patientenaussagen überprüft haben (Strauss, Carpenter and Nasrallah, 1977 USA, Thornicroft, Gooch, O' Driscoll, Reda, 1993, England). Insbesondere die neuere Studie aus England bestätigt, daß gerade auch »psychiatrische Langzeitpatienten fähig sind, klare und konsistente Aussagen zu ihren Lebensumständen zu machen; Aussagen, die von Mitarbeitern gesucht und respektiert werden müssen« (a.a.O. S. 27).

(2) Von großer Bedeutung für das Einnehmen einer »Konsumentenrolle« im nichtklinischen Bereich ist, daß ich in der Lage bin, über Interaktionen zu kommunizieren. Dies beinhaltet das bewußte Einnehmen einer »Meta-« oder auch »Beobachterperspektive« (vgl. Ludewig 1992/58 ff.). Der hierfür erforderliche prozeßhafte Wechsel der Zeitperspektive wie des Beobachtungsstandpunkts, bei dem die Innen- und

Außenperspektive des Selbst integriert werden muß, ist für viele Menschen – nicht nur für psychiatrisch erkrankte – schwierig und erfordert Übung.

(3) Das medizinisch-psychiatrische Krankheitsmodell (biogenetische Sichtweise: M. Krüll, 1977) war traditionell in der stationären Psychiatrie verankert und beginnt sich erst in den letzten Jahren zugunsten eines komplexen »Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Konzepts« zu verändern (Böker, 1991). Ein biogenetisches Krankheitsmodell (degenerative Abläufe, endogen organische Krankheitsprozesse) wird jedoch auch noch von vielen psychiatrischen Patienten akzeptiert. Diese Sichtweise hat nur wenige »Anknüpfungspunkte« an ein »Dienstleistungsmodell« psychiatrischen Handelns. Das traditionelle Modell legt nahe, für die Bemühungen der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter dankbar zu sein, deren Kompetenz und Zuständigkeit für weite Bereiche der eigenen Lebensorganisation anzuerkennen. In diesem Rahmen kann die medizinische Behandlung miteinander verglichen werden (Art und Höhe der Medikamentengabe sind z.B. ein beliebtes Gesprächsthema psychiatrieerfahrener Klienten und häufig Gradmesser von Vergleichen zwischen verschiedenen Kliniken), aber regt nicht an, auf dem Hintergrund der eigenen Lebenssituation die Gesamtheit der erfahrenen Hilfen einzuschätzen.

(4) »Mündiger« Konsument von Dienstleistungen zu sein, bedeutet auch, sowohl die finanziellen Ressourcen zur Kaufentscheidung zur Verfügung zu haben, wie auch entscheiden zu können, wann und wo ich diese einsetze (vgl. Maschmann, 1993).

Diese Grundlagen der »Konsumentenautonomie« sind im psychiatrischen Bereich nicht gegeben: Juristisch erhält zwar der Betroffene aufgrund seines individuellen Anspruchs die Mittel (meist der Sozialhilfe), die ihm ermöglichen, z.B. die Dienstleistung Wohnheim zu »kaufen«, faktisch ist dieses »sogenannte Dreiecksverhältnis« (Kostenträger, Einrichtungsträger, Klient) jedoch aufgehoben: Der Kostenträger verhandelt und bezahlt direkt mit dem Einrichtungsträger (vgl. Tagungsbericht, 1989).

(5) Ein weiterer Aspekt der »Konsumentenautonomie« ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung: ein psychiatrischer Patient ist meist auch im nicht-klinischen Bereich abhängig von den »Dienstleistern«. Die grundsätzliche Entscheidung für oder gegen die Hilfeleistung ist bei psychiatrischer nichtklinischer Hilfe nur eingeschränkt möglich: wenn ich sie benötige, hat das Nichtinanspruchnehmen Folgen, häufig

eine akute Wiedererkrankung. Weiterhin (und das ist in der Praxis bedeutsamer) gibt es fast überall insgesamt zu wenig Plätze und zu wenig unterschiedliche Angebote. Diese sind dazu noch regional ungleich verteilt und mit z.T. hohen »Aufnahmeanforderungen« an Klienten verbunden.

(6) Im nichtklinischen psychiatrischen Bereich ist davon auszugehen, daß die Angebotsinformation sich überwiegend an die Zielgruppe der »anderen Professionellen« richtet. Diese Informationspolitik geht davon aus, daß Klienten durch Professionelle des klinischen wie nichtklinischen Systems vermittelt werden. Hinzu kommt, daß es keinen geregelten Zugang zu den »Angebotsinformationen« gibt. Ausreichend informiert über Konzept, Aufnahmeanforderungen, Kosten und verfügbare Plätze sind meist nur erfahrene Professionelle; und diese auch häufig nur in dem für sie/ihre Einrichtung relevanten Umkreis. Der Vergleich zwischen Angeboten, der im »Konsumentenkonzept« ein konstituierendes Merkmal der »Mündigkeit« ausmacht, stößt also im Bereich psychiatrischer Dienstleistungen an enge Grenzen.

Es wird deutlich, welche Voraussetzungen nötig sind, um ausführliche und themenbezogene Antworten auf die scheinbar so unverfängliche Frage nach der Einschätzung erfahrener Hilfen geben zu können.

Die von mir theseartig zusammengefaßten Anforderungen an die »mündige Konsumentenrolle« spiegeln sich in den verschiedenen Interviewsituationen wider: Generell waren es eher die »belastbareren« und »sprachfähigeren« Mitglieder von Gruppen, die sich für ein Interview anboten. Nicht zufällig scheint mir auch, daß eher Gesprächspartner, die bereits mehrere Erfahrungen mit nichtklinischen Angeboten machen konnten und im städtischen Raum leben, mehr direkte Aussagen zu erfahrenen Hilfen machen können.

Hilfe für die Beantwortung der Frage bot für viele Gesprächspartner die chronologische Auflistung von erfahrenen Hilfen bzw. Lebensepisoden, die damit in Verbindung standen. Meine Frage war für viele Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner ein Anlaß, ihr vergangenes Leben »nach der Klinik« mehr oder weniger ausführlich zu schildern. Auch inhaltlich ergibt sich hier ein wichtiger Zusammenhang: die nichtklinischen Angebote im psychiatrischen Bereich sollen ja verbliebene Einschränkungen der selbständigen Lebensbewältigung nach akuten Krankheitsphasen kompensieren wie auch zur Wiederherstellung dieser Fähigkeiten beitragen. In diesem Zusammenhang ist es nicht erstaunlich, daß die Einschätzung der Dienste und Hilfen nur auf dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte geleistet werden kann.

Themen der Qualitätseinschätzung durch Betroffene

Die inhaltlichen Aussagen meiner Interviewpartner erschlossen sich in der Auswertung erst durch intensivere Beschäftigung mit den Texten. Zum einen tritt in der Textform der Spannungsbogen der erzählten lebensgeschichtlichen Teile in der Wahrnehmung zurück, so daß die in diese Zusammenhänge quasi »verpackten« Aussagen deutlicher werden. Zum anderen scheuten sich viele Gesprächspartner direkte Aussagen zu machen »Ja welches Konzept is des Bessere, da mag i mich jetzt gar net so drauf einlassen« (Int. 4). So werden viele Aussagen erst deutlich, wenn sie aus den lebensgeschichtlichen Sequenzen herausgeholt werden.

Ich habe zunächst diese Aussagen zu Erfahrungen mit Diensten, dort beschäftigten Mitarbeitern und gewünschten Hilfen (365 Zitate aus 19 Interviews) nach der zugrundeliegenden Positiv/Negativ-Einschätzung und dem zentralen Thema eingeordnet. In einem zweiten Arbeitsschritt wurden dann zusammenhängende Themenkomplexe gebildet. Ich entschloß mich, die in den Interviews überwiegende Bindung von Äußerungen an Angebotsformen nicht aufzulösen, so bleibt der Rahmen von Einzeläußerungen erhalten. Lediglich Themen, die im Gespräch nicht auf konkrete Hilfeformen bezogen wurden, sind von mir übergreifend zusammengefaßt worden. Besondere Stellung hierbei haben die Aussagen zu Mitarbeiterereigenschaften, die unmittelbar nach den Hilfeformen dargestellt werden.

Wohngemeinschaften

Ich beginne mit den Einschätzungen zu Wohngemeinschaften. Hierzu liegen mit Abstand die meisten Aussagen vor (insgesamt 83), etwas mehr als die Hälfte (46) sind negative Einschätzungen.

Wohngemeinschaften, ihre Regeln, die Vorstellungen über gelebte Gemeinschaft, die Belastung durch Mitbewohner und die Mitarbeiter-situation sind offensichtlich ein Erfahrungsfeld, daß Betroffene sehr beschäftigt.

Belastung und Stärkung durch Mitbewohner

Ganz im Vordergrund der kritischen Aussagen stehen die Belastungen durch Mitbewohner.

Die Schwierigkeiten im Zusammenleben mit ebenfalls psychisch erkrankten Menschen werden eindrücklich geschildert: »In der Regel kann mer damit rechnen, daß alle Vierteljahr, so halt einer nach dem anderen mal psychotisch wird, ne, des läuft aber in der Regel so, daß

mer ne lange Zeit ziemlich verunsichert ist, weil der sich ne ganze Zeit so komisch verhält.« (Int. 6, Zeile 355-359)

Die Befürchtung im Hintergrund ist die eigene Angst, selbst wieder »hineingezogen« zu werden in die Krankheit »weil ich kann mich ja net den ganzen Tag mit kranken Leuten beschäftigen, da werd ich ja auch wieder krank dabei« (Int. 13, Zeile 194-196); ein Interviewpartner benennt diese Form der Belastung auch als tatsächlichen Auslöser für seinen jetzigen Klinikaufenthalt: »Und dann kam da ein neuer Kollege rein, also letztes Jahr im September. Der ist aber irgendwie so hilflos. Daß du da genau wieder reinkommst in die Krankheit teilweise. Ich hab halt im Februar einen Selbstmordversuch gemacht ...« (Int. 8, Zeile 87-92)

Die tatsächliche Gefährdung ist wohl stärker, wenn der Betroffene auch sonst Anforderungen eher passiv gegenübersteht und gleichzeitig sich aber auch nicht entzieht (Int. 8). Oder sie wird als leidvolle Erfahrung eines »Veteranen« der Szene geschildert, welchen Streß man gewissermaßen »überleben« muß: »Ich saß beim Frühstück, und da geht die Tür auf, und der war seit drei Tagen eingezogen... und da steht der blutüberströmt an der Tür und meint, I soll den Sanka anrufen. Da hat der ein Selbstmordversuch gemacht, hat sich die Hauptschlagader aufgeschnitten, hat gewartet, ob er ausblutet, und dann geht die Tür auf und I sitz allein in der Wohngemeinschaft.« (Int. 6, Zeile 337-343)

Diesen erlebten oder zum Teil auch befürchteten Erfahrungen mit Mitbewohnern steht der Wunsch gegenüber »daß man (in der Wohngemeinschaft, Anm. d. Verf.) eher mit ähnlichen Leuten zusammen ist« (Int. 6, Zeile 357) »Weil wie gesagt, es muß vom Krankheitsbild auch irgendwie zurechtrücken« (Int. 13, Zeile 193).

Dieses »Zusammenpassen« bezieht sich nicht nur auf die Belastung durch etwa die Schwere der Erkrankung des anderen, sondern auch auf soziale oder biographische Attribute (Alter und Sozialstatus sollen vergleichbar sein) (Int. 14, Zeile 51 ff. und 68 ff.): »Also meinetwegen, die die nicht arbeiten, und die zusammen, die arbeiten, daß es also meinetwegen nicht solche Spannungen gibt wie bei uns.« (Int. 4, Zeile 350-353)

Dieses letzte Zitat verweist darauf, daß vieles, was an Belastungen erfahren wird, durchaus im Bereich des Alltagsärgers angesiedelt ist: »Des gibt halt viel Streit und Ärger, weil der eine, der spült halt nicht ab, und der nächste versauert im Sauberkeitsfimmel.« (Int. 6, Zeile 367-368)

»Also in der Nacht so ein Lärm, des kann ich nicht haben, ich brauch meine Nerven, und ich will mich erholen in der Nacht und nicht dann gestreßt sein.« (Int. 12, Zeile 184-188)

Diese allgemeinen Schwierigkeiten des Zusammenlebens, die ja auch in Familien alltäglich sind, werden aber von den Betroffenen selbst überwiegend auf dem Hintergrund der psychischen Erkrankung gesehen (Riemann 1987): »Das ist aber irgendwie, das liegt also nur daran, weil Leute nicht mit gesunden Leuten zusammenwohnen, sondern mit ihrer psychischen Erkrankung mit Leuten zusammen sind, die auch irgendwie Erkrankungen haben. Und das ist irgendwie das Problem.« (Int. 7, Zeile 271-275) Diese Haltung verweist auf eine grundlegende Ambivalenz der Situation von Wohngemeinschaften für psychisch kranke Menschen: man erhofft sich eine deutliche Linderung der eigenen Isolation und der persönlichkeits- oder krankheitsbedingten Kontaktprobleme durch die Gemeinschaft, trifft aber dabei auf andere Menschen, deren Anpassungs- und Abstimmungsprobleme im menschlichen Kontakt meist übergroß sind.

Die Lebensform Wohngemeinschaft stellt ja auch an »gesunde« Menschen hohe Anforderungen, was Toleranz und Kommunikationskompetenz betrifft.

Trotz dieser Belastungen werden auch positive Erfahrungen berichtet: von Stärkung durch Mitbewohner sprechen vier meiner Interviewpartner. Im Bereich der positiven Äußerungen zu Wohngemeinschaften ist dies aber kein so dominantes Thema wie die erfahrenen Belastungen.

So kann gerade die Verschiedenheit, auch des Alters, positiv gewertet werden: »Wir haben uns total schnell eingelebt, also das ging ruck zuck. Und das war schon interessant dann. Wie so jeder reagiert auf jeden, und was dann halt so mitspielt, daß man ein vernünftiges Leben lebt, das ist schon interessant.« (Int. 7, Zeile 83-88) Die Chance, daß sich erstmals im Leben enge Kontakte ergeben, bedeutet sehr viel: »Seit zwei Monaten, ne seit einem Vierteljahr hab ich jetzt eine Freundin, hier durch die Wohngemeinschaft. Wir machen vieles gemeinsam... und wir gehen einkaufen miteinander, und mache viel gemeinsam miteinander. Wir haben Spaß und viel viel Freude dazu.« (Int. 12, Zeile 25-34)

Gerade diese intensiven Kontaktwünsche können aber auch zu Problemen des Zusammenlebens führen. In zwei Gesprächen wurde zum Thema, daß Wünsche an sexuelle Beziehungen zu Übergriffen gegenüber Mitbewohnerinnen führen, die dann nur mit Mitarbeiterunterstützung »in Schach gehalten werden können« (Int. 12, Zeile 162 ff.) oder zur Rückkehr in die Klinik führen (Int. 6, Zeile 83 ff.) .

Eine Gesprächspartnerin berichtet von ganz starken Wünschen nach gleichen Interessen und unmittelbarer Sympathie an einen Partner oder Partnerin in der Wohngemeinschaft, die dann ihr aber soviel Bedenken machen – »ob das gut gehen mag«, daß sie gleich nach der

gebotenen Möglichkeit in eine Wohngemeinschaft einzuziehen, wieder Abstand nimmt (Int. 15, Zeile 75 ff.)

Wichtig ist mir noch zu bemerken, daß nicht etwa die negativen Äußerungen zu Wohngemeinschaften »leichter von den Lippen« gehen. Fast alle diesbezüglichen Aussagen werden erst in fortgeschrittenen Gesprächssituationen gemacht, während die positiv getönten eher früher genannt werden.

Gemeinschaftsvorstellungen

Von großer Bedeutung für die berichteten Erfahrungen ist die Angemessenheit der Vorstellungen zur Lebensform Wohngemeinschaft. Dies läßt sich nicht durch die Häufigkeit der Zitate belegen; es ist so, daß die Aussagen zu Gemeinschaftsvorstellungen eher die emotionale Tönung der Aussagen auch zu anderen Themen der Wohngemeinschaftserfahrungen festlegt.

Das Durchbrechen der eigenen Isolation, das bloße »Nicht-Alleine-Sein« kann so positiv besetzt sein, daß es auch eine ganze Reihe negativer Erfahrungen aufwiegt (Int. 4, 7, 12, 13). Auch die Erwartung, gelegentlich Freizeitpartner zu finden, erfüllt sich in der Regel und trägt so zum Wohlfühlen bei. Hohe Erwartungen in bezug auf das Gemeinschaftserleben (Int. 4, 6, 7 und 15) haben jedoch deutlich negativen Einfluß: sie verunsichern das Selbstgefühl des Betroffenen: »Und ich mußte jetzt auch feststellen, daß es wieder sehr lange gedauert hat, also bis jetzt eigentlich (über ein Jahr, Anm. d. Verf.), also wo ich mich ein bißchen eingewöhnt hab. Also das hab ich mir auch anders gedacht. Weil hier natürlich jeder seine eigenen Probleme hat und die Alltagsorgen und Auseinandersetzungen und ja und mit den Beziehungen, war's so, daß die also schon alle Partner hatten, die dort waren, ja innen und teilweise außerhalb der WG und ich insofern alleine war und kaum da irgendwie ran gekommen bin an die Leute.« (Int. 4, Zeile 223-233) »Weil i dann auch so falsche Vorstellungen von ner therapeutischen Wohngemeinschaft ghabt hab. Andererseits wars meine Entscheidung, und i hab des Gemeinschaftsgefühl gsucht, und den Zusammenhalt, und auch am Betreuer, so Halt am Betreuer. I hab halt des Gefühl ghabt, wenn i da jetzt raus geh, allein, des tät i net schaffen. Naja hinterher kann mer dann sagen, des war falsch.« (Int. 6, Zeile 255-266)

Regeln von Wohngemeinschaften

Nur wenige (negativ getönt drei, positiv getönt zwei) Gesprächspartner äußern sich hierzu, dies jedoch entweder wiederholt oder sehr ausführlich. Gerade weil es hier um Kritik oder Anerkennung von alltäglichen

Verfahrensweisen geht, scheint ein narrativer »Detaillierungszwang« (Schütze, 1976) zu wirken. Sich in Widerspruch zur Alltagsroutine zu setzen, hat offensichtlich zur Folge, sehr genau erklären (Ausführlichkeit) oder häufig betonen (Eindrücklichkeit des eigenen Standpunkts) zu müssen, warum man dies anders sieht. Dies drückt aus, daß es besonderer Anstrengung bedarf, um Alltagsroutine kritisch zu sehen, daß es üblich ist, diese »anzunehmen«, »hinzunehmen«. Für einen meiner Gesprächspartner steht dabei das kritische Thema »Aufnahme in die Wohngemeinschaft« im Vordergrund. Als Suchender hat er erlebt, daß die selbständige Suche (nicht etwa die Vermittlung durch psychiatrische Mitarbeiter, die üblicher ist) von Unklarheit (keine Antwort auf Anfragen) Unübersichtlichkeit (wo ist ein Platz frei, wo wird vielleicht einer frei) und Zufällen (andere Bewerber sind »dringender« oder kommen besser an) abhängt (Int. 4, sechs Zitate).

Ein anderer Gesprächspartner schildert sehr präzise, wie stark die Auswahl von »neuen« Mitbewohnern in einer Wohngemeinschaft durch Mitarbeiterentscheidungen (Vorauswahl) und strukturelle Gegebenheiten (Arbeitsbereich der Klinik entscheidet, wer überhaupt zugelassen wird) eingeschränkt wird »und eben zuletzt können dann die Bewohner a bissl mitreden, obs jetzt wirklich sagen, na der absolut nicht oder... 'ne Auswahl hat mer net. Es kommt halt irgendjemand dann rein, da kann mer sagen, ich bin halt bereit« (Int. 6, Zeile 306-311).

Das dritte intensiv wiederholte Thema eines Gesprächspartners ist die Regel, nach vier Wochen in einer Wohngemeinschaft eine Arbeit/Tätigkeit gefunden zu haben. Er selbst ist zwar von dieser Regel nicht betroffen, weil in der Wohngemeinschaft, in der er lebt, die Mitarbeiter dies nicht verlangen, aber seine Freundin lebt in einer Wohngemeinschaft, in der dies so gehandhabt wird. Die Vorstellung einem solchen Druck unterworfen zu sein, auf dem Hintergrund der nur kurz zurückliegenden Klinikentlassung, läßt ihn häufig (sechsmal) im Verlauf des Interviews darauf zurückkommen. Interessant ist, daß er seine eigene Situation in der Wohngemeinschaft als positiv sieht: »Und daß halt da wieder ein gewisser Druck da ist, wieder ins Alltagsleben zurückzufinden. Also die Resozialisierung kann man des ja nennen. Also ist gut, was hier geholfen wird.« (Int. 13, Zeile 38-42) Hintergrund seiner zunächst scheinbar ambivalenten Bewertung ist, daß er individuelle Entscheidungen möchte. Auf dem Hintergrund der Situation des Betreffenden sollen inhaltliche Regelungen (wieder eine Tagesstruktur entwickeln) umgesetzt werden. Wenn im Rahmen einer Wohngemeinschaft individuelle Regelungen getroffen werden können, empfinden Nutzer dies als außerordentlich positiv. Die positive Bewertung der individuellen Umsetzung von Regeln wird jedoch eher Mitar-

beitereigenschaften zugeordnet (vergleiche hierzu Abschnitt Mitarbeiterinschätzungen).

Das Thema eines »gewissen Drucks« zieht sich durch alle positiven Äußerungen zu Wohngemeinschaftsregeln: »Also was ich für wichtig halte, das ist, daß man Patienten auf alle Fälle ein bißchen Druck macht, daß sie raus gehen.« (Int. 14, Zeile 135-137) Alle sechs vorhandenen Zitatstellen variieren dieses Thema.

Mitarbeitersituation in Wohngemeinschaften

Alle Äußerungen, die nicht speziell zu einzelnen Betreuern gemacht werden, beziehen sich positiv wie negativ auf die Erreichbarkeit und das Engagement von Betreuern. Diese beiden thematischen Dimensionen scheinen im wesentlichen dazu beizutragen, daß Sicherheit (Erreichbarkeit) und Beziehung (persönlicher Einsatz) – gerade in der institutionell wenig »festgelegten« Struktur Wohngemeinschaft – entstehen kann.

Da im Bereich Oberbayern mitarbeiterbezogen (feste Mitarbeiter betreuen feste Wohngemeinschaften, kein »Mitarbeiterpool«) gearbeitet wird, ist es von besonderer Bedeutung, ob »Sicherheit« und »Beziehung« mit dem/der vorhandenen Betreuer/in erreicht werden können. »Also da is es halt mit der Personalgeschichte schon halt... verdammt, verdammt schwierig, ne. Vielleicht jahrelang sich von jemand betreuen lassen, mit dem mer absolut sich net versteht, also des wird a Problem. Und wie mer sich auch trickst und dreht, ich weiß net, glaub i, mir hats halt des verleidet, die ganze Wohngemeinschaftsgeschichte.« (Int. 4, Zeile 330-337) Stimmt die Beziehung, die Erreichbarkeit und das Engagement nicht, wird aufgerechnet: »Und die andere zahlt für einmal Gruppe und einmal Gespräch mit dem Therapeuten DM 1700 Betreuungskosten. Das find ich eine Frechheit, weil das sind ja effektiv zwei Stunden Betreuung.« (Int. 13, Zeile 238-231)

Strukturelle Aspekte des Angebots »Wohngemeinschaft«

In den positiven wie negativen Äußerungen hierzu (20 Zitate aus neun Interviews) stehen zwei Themen im Vordergrund:

- Es gibt zuwenig Plätze und sie sind regional (Stadt/Land-Gefälle) ungleich verteilt.
- Die Kostenregelungen sind kompliziert, man muß in der Wohngemeinschaft vielleicht zuzahlen.

Die Vorstellungen sind eindeutig: Die Wohngemeinschaft soll nicht zu weit weg von zu Haus sein, oder von dort, wo man Leute kennt. Zumindest eine Auswahlmöglichkeit sollte vorhanden sein. Sie sollte

in einer »normalen« Umgebung liegen: »Also ich muß sagen, für mich ist es sehr viel wichtiger, abends in die Kneipe zu gehen, mit Leuten wegzugehen, die nicht unbedingt mit Psychiatrie befaßt sind. Das ist mir erheblich wichtiger.« (Int. 14, Zeile 110-114)

Folgende Einzelaspekte werden noch benannt:

- es ist positiv, wenn es keine zeitliche Begrenzung gibt, auch wenn es sogar von einem selbst als Übergangssituation begriffen wird;
- eine zu große Wohngemeinschaft (hier sieben Plätze) verunsichert;
- Wohngemeinschaften, die sich als »geschlossene Gesellschaft« begreifen (Besonderheit: Wohngemeinschaften eines psychotherapeutischen Klinikträgers), haben bei eigeninitiativem Auszug erheblichen Kontaktverlust zur Folge.

Die Einschätzung, daß die Wohngemeinschaft als Angebotsform ein »Freiraum« sei, freieres, weniger kontrolliertes Leben ermöglicht, wird vor allem von Gesprächspartnern angesprochen, die kurz zuvor entweder in der Klinik oder einem Wohnheim gelebt haben. Für alle anderen wird diese »gängige« Vorstellung nicht erwähnt.

Wohnheim

Meine Gesprächspartner äußern sich sehr wenig dazu, obwohl diese Wohnmöglichkeit für psychisch kranke Menschen sehr verbreitet ist. Auch in Oberbayern leben die meisten psychisch kranken Menschen, die nicht bei Angehörigen oder allein leben können, in Heimen. Es gibt in der Region insgesamt jedoch nur drei Einrichtungen, die sich als Rehabilitations- bzw. Übergangseinrichtungen begreifen; alle anderen Einrichtungen sind allgemeine Alten- oder Pflegeheime. 1/6 meiner Interviewpartner/innen haben z.T. lange Zeiträume in einem der drei Wohnheime für psychisch kranke Menschen gelebt. Die meisten Äußerungen, die ich in diesem Abschnitt verwerte, sind erst durch mein Nachfragen in der Gesprächssituation entstanden. Ich interpretiere diese Zurückhaltung in der Bewertung so: Die Angebotsform »Wohnheim« scheint in der Wahrnehmung von Nutzern eher als »fremd gelebtes Leben« empfunden zu werden. Die Regeln und Abläufe scheinen wenig individuell beeinflussbar. So werden sie in den über Lebenserinnerungen vermittelten Bewertungen nicht abgerufen, können nur mit Nachfragen erschlossen werden (siehe dazu Riemann, 1987). Sogar die durch Nachfragen erhaltenen Informationen bleiben kurz und fragmentarisch. Anders wäre dies vielleicht, wenn ich ein Gespräch mit einer derzeit im Wohnheim lebenden Person geführt hätte; aufgrund

der Ergebnisse von Riemann vermute ich aber auch für diese Konstellation nur wenig spontan erzählende Aussagen.

Negativ werden folgende Themen zum »Leben im Wohnheim« erwähnt: Die Belastungen durch die regelhafte Mitverantwortung für den Küchendienst bei so vielen Menschen; das nie richtig allein Essen können (immer im Speiseraum mit vielen anderen) und der Verlust an Privatheit. Die Vielzahl der Kontakte im Wohnheim wird als Anstrengung und überfordernde Anpassung erlebt: »Dauernd war irgendwie Sitzung. Jeden mußttest du anders behandeln, von den Betreuern wie von den Klienten.« (Int. 8, Zeile 51-53) Auf meine obige These verweist folgendes Zitat: »Aber es ist so praktisch, die schlummern so dahin, in dem Heim, ne. Ich mein, des is ja auch nix anderes wie ne Klinik. Es wird ja alles abgenommen, die Verpflichtungen, was mer so täglich hat.« (Das Zitat bezieht sich auf eine Pflegeeinrichtung.) Positiv werden an Wohnheimerfahrungen die Fahrten, die gute Möglichkeit, Leute kennenzulernen wie eine teilweise vorhandene Ausstattung mit Einzelzimmern benannt.

Arbeitsbereich

Obwohl mehr als die Hälfte meiner GesprächspartnerInnen Erfahrungen mit Hilfen im Bereich Arbeit (ohne Arbeits-, Beschäftigungsprojekte im Bereich der Tagesstätten) gemacht haben, äußern sie sich hierzu wenig (im Vergleich zum Wohnbereich mit nur 2/3 Erfahrungen und 129 Textstellen ergeben sich hier nur 37 Textstellen). Ich interpretiere dies wiederum so, daß der Arbeitsbereich mit seinen verschiedenen Angeboten (Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Arbeitstraining, beschützter Arbeitsplatz innerhalb und außerhalb der Werkstatt für Behinderte, Berufsförderung und -ausbildung) ähnlich wie das Angebot Wohnheim als eher »feststehender«, wenig in Regeln und Ausführung veränderlicher Ablauf gesehen wird. Dem entspricht auch die übliche Haltung zu Arbeitsplätzen – deren inhaltliche Bedingungen kann nur jemand bewerten, der über eine Reihe von Vergleichsmöglichkeiten verfügt.

Inhalte und Organisation der jeweiligen Arbeitsplätze oder Trainingsmaßnahmen stehen denn auch im Zentrum der Äußerungen; wobei die positiven Einschätzungen überwiegen.

Das interessante und inhaltlich differenzierte Angebot, das auf persönliche Bedürfnisse zugeschnitten ist oder wird, ist zusammengefaßt das Thema aller Äußerungen: »Ich bin ja von Beruf im kaufmännischen Bereich, und es macht schon mehr Spaß, daß ich da ein gewisses Tätigkeitsgebiet hab und wo ich auch innerhalb der Gruppe bestätigt

werde, und es ist halt ne Aufgabe.« (Int. 19, 151-156) Überhaupt eine Arbeit zu haben, die stetige Beschäftigung bietet, der Versorgungsrahmen um den Arbeitsplatz herum (Kantine, Freizeitfahrten); dies wird gerade von einem Gesprächspartner betont, der lange arbeitslos war und sich auf dem normalen Arbeitsmarkt vielfach beworben hatte. Entsprechend negativ wird in fast allen Äußerungen zum Thema bewertet, wenn das Arbeitsangebot »langweilig« ist, »außerdem hab ich da auch schon gehört, das ist sicher nichts für mich, die Arbeitstherapie da, da kann ich gleich in die Klinik gehen, das ist genauso langweilig« (Int. 2, Zeile 182-185). »Die Arbeit ist halt von der Qualität her net besonders, weil manches is ganz gut, und es is halt ne stetige Beschäftigung.« (Int. 19, Zeile 43-45). Zwei Themen werden noch gesondert benannt: Als schwierig wurde von einem Gesprächspartner empfunden, wenn die Zusammensetzung der jeweiligen Arbeitsgruppe zu häufig wechselte; sehr negativ wird auch eingeschätzt, wenn keine Arbeit vorhanden ist, und eine zu überbrückende Wartezeit auf neue Aufträge entsteht.

Das persönliche »Dazulernenkönnen« ist wichtiges Motiv für eine Arbeitstätigkeit. Für manche besteht dies darin, wieder einen »Rhythmus« zu bekommen, für andere in den neuen Kontakten mit Arbeitskollegen oder im Wiederanknüpfen an vorherige Berufstätigkeit. »Ach, ich hab ja Schreiner gelernt, bin mit 19 krank geworden und konnts nicht zu Ende machen. In der Rehaeinrichtung hab ich auch bißchen was mit Holz gearbeitet, dann hab ich dort alle Werkstätten durchlaufen. Und jetzt bin ich seit 3 Jahren in der Holzwerkstatt. Das ist echt gut.« (Int. 7, Zeile 158-163) Fehlt dieses persönliche Motiv, irgend etwas »dazu« zu bekommen, kommt es zu einem Abbruch: »Und des hab ich dann nach vier Jahren, ne, war einfach unterfordert in der Behindertenwerkstatt.« (Int. 19, Zeile 77-79)

Die Belastung durch Kontakte mit anderen psychisch kranken Menschen – ein zentrales Thema im Wohnbereich/Wohngemeinschaften – steht im Hintergrund der Aussagen zum Arbeitsbereich: Nur ein Gesprächspartner erwähnt dieses Thema, und dies vor dem Hintergrund, daß er in einem Arbeitsprojekt quasi »Anleitungsfunktion« hatte und diese nicht bewältigen konnte: »Und die waren teilweise so krank, also ich hätt normalerweise denen was erklären müssen, weil ich der einzige dort war, der Buchbinden hat können. Und ich war der einzige, der weitergeben hat können. Und da stoßt man auf so viele Probleme, daß man mit denen Leuten gar nicht zusammenarbeiten können kann. Die machen mal des, dann machens a Pause, dann laufens die ganze Zeit umeinander, und Arbeit, nix, geh. Ich hatt einfach keine Lust mehr.« (Int. 13, Zeile 94-103)

Ein anderer Gesprächspartner berichtet von den Belastungen, die er in der Zusammenarbeit mit geistig behinderten Menschen erfährt: »Ja so einfach, ganz einfach die Behinderten. Und das nervt mich dann auch. Weil mit denen kann man nicht soviel anfangen. Die brausen gleich auf, wegen jeder Kleinigkeit und man versteht sie auch sehr schlecht. Aber man, was soll man machen. Ich mach den Job ganz gern, bin da halt schon irgendwo bei jetzt. Und des muß ich auch machen, ich mein, sonst wär ich auch in der Psychiatrie. Irgend etwas muß man ja machen.« (Int. 7, Zeile 211-221)

Wenn *Mitarbeiter in bezug auf den Arbeitsbereich* erwähnt werden, sind die Stellungnahmen sehr positiv: sie werden entweder als fachlich sehr differenziert erwähnt, oder der wohl so nicht erwartete gute Kontakt steht im Mittelpunkt: »... und dann auch die Gespräche mit Gruppenleitern, des war also sehr positiv.« (Int. 19, Zeile 87-88)

Bei den *strukturellen Bedingungen der Arbeitsangebote* steht positiv wie negativ die Bezahlung/Entlohnung im Mittelpunkt: Als positiv werden Finanzierung durch Übergangsgeld und unkomplizierte Zuverdienstmöglichkeiten eingeschätzt; die üblichen Entlohnungen – insbesondere, wenn sie auf Stundenlöhne umgerechnet werden – stehen im Zentrum der Kritik. »Nur, was ich nicht so gut finde, ich mein es is für die einzelnen Klienten die Bezahlung halt sehr gering.« (Int. 19, Zeile 54-55) »Und dann anschließend, wie des Übergangsgeld ausgelaufen ist, da hab ich nur noch Werkstattprämie bekommen. Das warn im Monat 345 DM, da habens in der Stunde für 1,20 DM gearbeitet.« (Int. 19, Zeile 73-77) Weiterhin erwähnt noch ein Gesprächspartner die langen Wartezeiten auf »therapeutische Arbeitsplätze«, womit er das Antragsverfahren beim Arbeitsamt für berufliche Trainingsmaßnahmen meint: »Ich weiß, daß die verdammt lange Wartezeiten haben, einfach schlimm, weil man verliert einen Haufen Zeit dabei.« (Int. 13, Zeile 65-68)

Angebote in Tagesstätten/offene Gruppen

Etwas weniger als ein Viertel meiner Gesprächspartner nutzt die Angebote von Tagesstätten oder Freizeittreffs. Die Nutzer dieser Angebote äußern sich gern und viel zu diesem Thema; auffällig ist, daß überhaupt nur zwei Gesprächspartner sich kritisch äußern. Diese beiden kritischen Äußerungen betreffen die fehlenden finanziellen Zuschüsse bei Ausflügen/Ferienfreizeiten und die Schwierigkeiten, sich in einer »offenen« Situation mit weitgehender Selbstverantwortung abzugrenzen: »Daß ich irgendwie gemerkt hab, daß das Konzept von der Mitverantwortung hier, und was sie schreiben, daß man selbst dazu

beitragen soll, daß hier was läuft und auch die Arbeit größtenteils selber machen, daß das auch wieder seine Kehrseite hat, weil jetzt in der letzten Zeit, wo es mir gar nicht so gut ging, ich wieder zuviel Energie hier reingesteckt hab, gar nicht mehr gemerkt hab, wann tut mir das überhaupt nicht mehr gut.« (Int. 4, Zeile 624-636) Gerade diese kritische Äußerung verweist auf das wichtigste Thema meiner Gesprächspartner: Tagesstätten, offene Angebote werden inhaltlich als Angebote zur Förderung der eigenen Selbständigkeit, der eigenen Autonomie angesehen. Alle Äußerungen enthalten diesen Aspekt. »Die ganzen Sachen, es funktioniert nur dann, wenn der Betreffende einfach von sich aus einbringen kann und auch nach sich ein bißchen gehen kann.« (Int. 1, Zeile 90-93)

Im Sinne der systemischen »Fehlerfreundlichkeit« kommt es so zwar für die einzelnen immer wieder zu Abgrenzungsproblemen, diese werden jedoch in Kauf genommen. Dies Ansprechen der eigenen Verantwortlichkeit wird von meinen Gesprächspartnern/innen wertgeschätzt: »Und ich find halt des Konzept hier halt recht gut, weil, weil mer gefordert ist, mer wird angesprochen in seim Antrieb...« (Int. 6, Zeile 172-175) So gesehen wird Tagesstätte/offener Treff zu »man hat wirklich nen Ort hinzugehen und eben ohne Druck« (Int. 1, Zeile 312-313). Die Kontakte, die sich hier ergeben, werden geschätzt: »Also ich find das Gute im psychiatrischen Dienst, daß mer sich, daß ich von der Isolierung, wo ich mich befinde, wieder wegkomme, auch wens nur alle 14 Tage ist. Daß mer sich treffen kann und unterhalten... Also ich find das insofern gut, daß mer halt wieder, daß sollt viel öfter sein, also in meinem Falle. Daß mer sich öfter trifft und mehr Kontakt hätte. Gemeinsam etwas unternehmen würde sozusagen von den Stimmen, was mich sehr belastet, wegkommen.« (Int. 15, Zeile 24-28 und 39-43) Nur in München bestehen drei Angebote, die kontinuierlich offen sind, in den ländlichen Gebieten sind die »offenen Treffs« nur an bestimmten Tagen für wenige Stunden möglich.

Alle 33 Äußerungen beziehen sich auf diese Qualität des Kontakts, die es Betroffenen mit Eigeninitiative auch ermöglicht, Bekannte, Freunde und damit soziale Unterstützung zu gewinnen. »Und zum Beispiel jetzt die Gruppe, da lernt man also Leute kennen, die also auch so sind wie ich, die Tagesfreizeit haben, die mich zwischendurch mal anrufen und mal im Sommer jetzt zum Baden gehen können oder im Herbst oder Frühjahr mal zum Wandern gehen können oder Spazieren gehen. Also irgendwie auch ein bißchen soziales Netz und also daß irgendwie ne Anlaufstelle ist.« (Int. 16, Zeile 98-105) Einer meiner Gesprächspartner, der Rentner ist, betont, wie wichtig diese Angebote für ihn zur Tagesstrukturierung sind: Er nutzt beispielsweise fast alle

Münchner Angebote in persönlicher Kombination. »Also ich bin halt jetzt 1 Jahr Rentner und ich führ trotz meiner Rente ein recht tätiges Leben, natürlich brauch i auch meine Tagesstruktur, des is mir verdammt wichtig... Bei mir is so, wenn i drei Tag daheim allein in der Wohnung rumsitz, dann kann i davon ausgehen, daß i in vier Wochen in der Klinik bin.« (Int. 6, Zeile 145-156) Wichtig an den Angeboten ist, daß sowohl »unstrukturierter Kontakt«, Kommunikation und Ablenkung von den eigenen Problemen möglich sind, wie auch Anregungen durch vorstrukturierte Angebote und Ausflüge entstehen: »Is halt mehr mit Konsumhaltung, is aber au net des Schlechteste, weil da am Nachmittag, wird halt die Betonung nur auf Freizeitbereich gelegt, da wird halt Freizeit angeboten.« (Int. 6, Zeile 177-181)

Sozialpsychiatrische Dienste

Die Hälfte meiner Gesprächspartner haben kurz- oder langfristig Kontakt mit Sozialpsychiatrischen Diensten. Sehr auffällig für mich ist, daß keine einzige kritische Äußerung erfolgt ist. Ich interpretiere dies so: Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet von seinen Strukturvorgaben in Bayern (Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste sind Wohlfahrtsverbände mit keinen hoheitlichen Aufgaben) nur Hilfe an, wenn diese von den Betroffenen selbst oder Angehörigen gesucht wird. Die Freiwilligkeit der Hilfesuche und die Möglichkeit, die Häufigkeit der Kontakte mitzubestimmen, scheint bei den Nutzern einen komplementären Eindruck zu erzeugen: Die Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird ebenfalls als »freiwillig« gesehen, d.h. diese begründet gleich eine Beziehung für beide Beteiligten, die in der Wahrnehmung keine kostenlose Dienstleistung ist. Weiterhin könnte sich dies auch durch die Auswahl meiner Gesprächspartner bedingen: Fast alle Nutzer des Dienstes wurden über Kontakte mit Mitarbeitern vermittelt.

Die *Offenheit und Zugänglichkeit* der Sozialpsychiatrischen Dienste wird am häufigsten erwähnt: »Hier krieg ich gleich nen Ansprechpartner, kriegt man nen Termin, daß man Aussprache hat, ist ja sehr erleichternd.« (Int. 16, Zeile 96-98). Selbst bei einer Gesprächspartnerin, die nicht selbst Hilfe angefragt hat, überwindet die »unkonventionelle« Art des Zugangs der SpDI-Mitarbeiter ihre anfängliche Ablehnung. Schnell einen Termin und Gelegenheit zur Aussprache zu bekommen bestärkt die sehr positive Haltung dem Sozialpsychiatrischen Dienst gegenüber: »Ja also was mehr, also für mich, ehm, ja die ham mir unheimlich geholfen, ich könnt mir gar nicht vorstellen, ich hab eben, was mir ganz, ich hab eben alles rausreden können, ja.« (Int. 18, Zeile 292-296).

Als *Qualität der Hilfe* wird erlebt:

- die eigenen Ängste jemandem mitteilen zu können, der diese relativiert; mit jemandem zu sprechen, der sich mit Verwaltung und Rechtsfragen auskennt: »Hier ist auch ein Sozialpädagoge, der kennt sich auch so mit rechtlichen Dingen aus. Und ich hab soviel Angst als Alleinstehende.« (Int. 16, Zeile 105-108)
- mit jemand zu reden, der einen aussprechen läßt und mit einem die eigenen Angelegenheiten sortiert. Dies klärt und gibt wieder Lebensmut: »Der hat mich dann irgendwie mit Worten, und hat mich ausreden lassen. Und er hat immer das Richtige gewußt drauf, ja. Und wie gesagt, des hat mir dann wieder Auftrieb gegeben innerlich, da war ich wieder glücklich.« (Int. 18, Zeile 271-275)

Neben bisher schon erwähnten Aspekten der *Arbeitsweise* wie schnelle Terminvergabe, kein »amtliches« Vorgehen, wird besonders betont, daß die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste auch Hausbesuche machen. Außer Gesprächsterminen bieten Sozialpsychiatrische Dienste auch *praktische Hilfen* an; hierbei wird besonders erwähnt: Die Hilfe bei der Wohnungssuche und den dazu nötigen Antragsverfahren; die Vermittlung von Arbeitsmöglichkeiten; die Hilfe beim Einrichten einer neuen Wohnung.

Ein Gesprächspartner stellt für sich in den Vordergrund, daß gerade die Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ein Herauskommen aus der üblichen Abhängigkeit von Betreuung ist: »I kann mich halt betreuen lassen, wie i will, i kann mich sporadisch betreuen lassen, i kann mi au regelmäßig betreuen lassen. Also i kann hingehen, wenn i was hab, oder i kann regelmäßig Termine ausmachen. Also mir persönlich ist die Art von Betreuung lieber... vielleicht grad deswegen, weil i ja fast 8 Jahre in der Vollbetreuung war und in der Zeit gemerkt hab, daß i jetzt das Gegenteil brauch, i will diese Abhängigkeit, dies rundum Betreuung nimmer ham. I habs 8 Jahr ghabt. Und i bild mir halt ein, i brauchs nimmer.« (Int. 6, Zeile 195-205)

Selbsthilfegruppen

Die Äußerungen zu Selbsthilfegruppen stammen alle aus drei Gesprächen, obwohl mehr meiner Gesprächspartner Erfahrungen mit diesen Gruppen haben. Zu diesem Thema haben sich nur Frauen geäußert; für alle meine Gesprächspartnerinnen ist die Gruppe ein zentraler Bezugspunkt ihres Lebens geworden. Eine der Gruppen, auf die Bezug genommen wird, gehört zu dem neu erstarkenden Bereich der Betroffenenvertretung – dem bundesweit neuen Verein der Psychiatrieerfah-

renen. Die andere Gruppe, auf die sich die Äußerungen beziehen, ist eine im Rahmen der Selbsthilfebewegung in den 70er Jahren entstandene Gruppe im ländlichen Bereich.

Ähnlich wie bei den Erfahrungen mit Sozialpsychiatrischem Dienst steht die Offenheit des Zugangs und die Selbstverständlichkeit des Umgangs miteinander im Mittelpunkt der Äußerungen: »Mir ist es letzte Woche schlecht gegangen, es war das und das, was meinst du vielleicht dazu' und so – ganz normales Gespräch unter Freunden.« (Int. 9, Zeile 75-78) »Und hatte auch die ersten dreimal nichts gesagt. Und dann hatte ich aber nachher gemerkt, da kommt irgendwie so ein Vertrauen mit den anderen, und da konnt man frei reden.« (Int. 11, Zeile 31-38) Gerade weil keine »Professionellen« dabei sind, entstehen in der Wahrnehmung andere Gruppenqualitäten: »Zumal des net einfach nach ner Regel geht. Jeder red frei und jeder erzählt, wenn er meint, er müßte das. Es wird niemand gezwungen. Und des is ja in andere Gruppe net selbstverständlich. Die sitze da mit nem Therapeut und mache net einmal de Mund auf.« (Int. 11, Zeile 233-238)

Das in Selbsthilfegruppen entstehende soziale Netz ist wesentlich dichter und zuverlässiger als das, was beispielsweise in offenen Kontaktgruppen sich entwickelt: »Und da haben doch an die vier Wochen die Leute aus der Selbsthilfegruppe sich um mich gekümmert. Sie haben darauf geachtet, daß ich eben nicht nur in meiner Bude sitze.« (Int. 2, Zeile 122-128)

Geborgenheit, Vertrauen und Akzeptanz stellen sich schneller her: »Ja, ganz bestimmt, weil die Leute haben dann auch ein ganz bestimmtes Vertrauen, weil sie denken, ja, der hats wirklich auch selber gelebt. Naja, dieser Abstand zu einer Autorität ist nicht da. man ist ja dann praktisch der Mitleidende. Oder derjenige, der eben auch mit gelitten hat.« (Int. 9, Zeile 510-516) Als ganz entscheidender Vorteil wird die »gleiche Ebene« erwähnt, die möglich macht, nicht bloß Ratschläge zu verteilen, sondern im anderen Selbsthilfe aktiviert: »Und dann kommen dann nicht irgendwelche Ratschläge, du mußt das so oder so machen, sondern, mer erzählt vielleicht irgendne Episode aus dem eigenen Leben, und der andere ist vielleicht grad in so ner Lage und ... und da kommt er vielleicht auf die Idee... « (Int. 9, Zeile 493-498)

Die beschriebenen Vorteile einer Selbsthilfegruppe (Offenheit des Zugangs, freier Umgang und Gestaltung der Treffen) können aber auch gerade ihren Bestand gefährden: »Da hats fluktuiert, da ist gar nichts mehr zusammengegangen... Also ich hab immer wieder festgestellt, daß eh viele Leute von Zeit zu Zeit regelrechte Angstanfälle wieder kriegen, überhaupt zu ner Gruppe hinzugehen. Es ist also schon dieses Grundbild da, man könnte vielleicht ausgehorcht werden... Ja

und deswegen hat es schon Zeiten gegeben, wo wir das Gefühl hatten, jetzt geht überhaupt nichts mehr zusammen. Und auf einmal waren dann wieder mehrere da.« (Int. 9, Zeile 31-48) Trotz dieser Gefährdung werden feste Angebote als Inhalt der Treffen von allen Gesprächspartnerinnen eher abgelehnt.

Ambulante Therapie/Behandlung

Obwohl dieses Thema von mir nicht angefragt wurde, haben sich hierzu fast die Hälfte meiner Gesprächspartner von sich aus geäußert (18 Textstellen). Die negativen Äußerungen beschäftigen sich bis auf eine Ausnahme mit dem Thema, zuviel Medikamente nehmen zu sollen oder zu müssen bzw. nur mit Medikamenten behandelt zu werden. »Da werd ich vielleicht auch noch falsch behandelt, weil die mit viel Medikamenten arbeiten da, die Ärzte, die da mitmachen und des kann ich absolut net brauchen. Des is das Problem.« (Int. 13, Zeile 204-207) »Aber was ich mir im Idealfall vorstellen könnte wäre, daß Medikamente auf rein freiwilliger Basis angeboten werden. Also das würd ich mir wünschen und das wär für mich auch das einzig Akzeptable. Im Moment, wies so ist, daß die Leute einfach grundsätzlich Medikamente kriegen, und zwar sehr viele, das find ich einfach unbefriedigend.« (Int 1, Zeile 262-268) Eine Gesprächspartnerin empfand das von ihr nicht gewünschte Zurückgehen in die eigene Kindheit als sehr unangenehm: »Also ich fand des was die Ärzte mit einem, und überhaupt, die gehen zurück in die Kindheit und so, haben hier gebohrt, und hier. Und mir gings nachher immer schlechter.« (Int. 11, Zeile 51-56)

Als positiv werden gewertet:

- daß eine Therapie Symptome zum Verschwinden gebracht hat und ermöglicht hat, mit Belastungen umzugehen: »Also bin ich zu diesem Therapeuten und hab gesagt, sie müssen mir helfen, also sonst bring ich mich um. Also nach den zwei Jahren, eigentlich seitdem, war das eigentlich nie mehr so.« (Int. 1, Zeile 119-122) »Aber da waren schon etliche Angstpsychosen, die ich also durchgestanden hab. Und dank der Therapie hab ich, bin ich einigermaßen damit klar gekommen.« (Int. 9, Zeile 473-476)
- daß ein Therapeut/Behandler die krisenfreie Zeit des Kontakts nutzt, um Betroffene zu ermuntern, für sich ein soziales Netz aufzubauen; daß der Therapeut auch direkte Ratschläge gibt und hilft von Medikamenten wegzukommen; daß eine besondere Beziehung (»vollkommenes Einlassen der Therapeuten auf die Klienten«) hergestellt wird.

Aussagen zu Mitarbeitern nichtklinischer Angebote

Ungefähr 1/5 aller Äußerungen in den Interviews haben Mitarbeiter-eigenschaften zum Inhalt; nach »Wohngemeinschaften« ist dies das wichtigste Thema meiner Gesprächspartner. Psychiatrisches Handeln vermittelt sich über menschlichen Kontakt, über Beziehung. Im Bereich der Klinik kommen Patienten mit einer Vielzahl von Mitarbeitern in Kontakt. Typisch dagegen für den nicht-klinischen Bereich ist, daß hier die Anzahl der Mitarbeiter geringer ist. Mitarbeiterkontakte können bedeutungsvoller werden, da sie – vor allem im Wohnbereich – sich auf weniger Mitarbeiter beziehen, in einem persönlicheren und »normaleren« Rahmen stattfinden.

Persönliche Eigenschaften der betreuenden Mitarbeiter werden am häufigsten erwähnt; wobei die positiven Äußerungen überwiegen. Den meisten Gesprächspartnern fällt es jedoch schwer, die besondere Qualität zu beschreiben: »Aber ich glaub, das war einfach auch eine persönliche Qualität von ihm, die nicht so oft, die's nicht so oft gibt nach meiner Erfahrung.« (Int. 1, Zeile 105-109) Dieses Persönlichkeitsein der Mitarbeiter/innen wird nicht als spezielle berufliche Kompetenz erlebt; es besteht aus erspürtem »wirklichen Interesse«: »Wissen Sie, des ist, wenn man sonst vielleicht mal jedem a bissl was erzählt oder was, da sagen die ja und Amen und man merkt, die hören gar net zu... Ja, des tut einem unheimlich gut, wenn ein Mensch versteht, und die Zwei verstehen wirklich was...« (Int. 18, Zeile 146-159)

In die positive wie negative Beurteilung der Person des/r jeweiligen Mitarbeiters/in geht weiter eine gewisse Reife (Alter, Lebenserfahrung) ein: »Ja, die entweder so kalt sind oder irgendwie gar nicht so – schlecht, vielleicht bißchen hochnäsig, einfach nicht so diese Reife haben.« (Int. 1, Zeile 167-171) Eine Haltung von »oben herab«, unabhängig von Kompetenz und konkretem Verhalten, wird negativ beurteilt: »Wenn Menschen sich geistig über diese Art von Menschen erheben, dann müßten sie eigentlich auch die Fähigkeit besitzen, auf solche Menschen einzugehen. Dann sollten sie sich nicht über sie stellen.« (Int. 9, Zeile 560-568) Grantigkeit und Lustlosigkeit werden noch als negative persönliche Eigenschaften erwähnt: »Grantig, grantig ist halt auf Deutsch gesagt, launisch. Der soll auf einen eingehen.« (Int. 8, Zeile 186-187)

Die Beurteilung der Kompetenz der Mitarbeiter fällt überwiegend positiv aus; hervorgehoben werden die Fähigkeit, gleichberechtigt mit den Klienten zusammenzuarbeiten, die Fähigkeit Regeln individuell abzustimmen und die Fähigkeit, sich gut mit anderen Kollegen zu ergänzen/in der Arbeitsweise abzustimmen.

Als eher »harte« Kompetenzen werden erwähnt: Wissen um rechtliche und verwaltungsmäßige Abläufe, psychiatrisches Fachwissen als »Frühwarnsystem« für den Klienten, kompetenten Rat geben können.

Als negativ wird gesehen, wenn Mitarbeiter nach »Schema F« vorgehen (Int. 1, Zeile 182) oder bloß der jeweiligen »psychologischen Schule« folgen (Int. 9, Zeile 523), oder »weil die so stur nachm Buch gemacht haben, und so stur immer gesagt hat, ich müßte das und das mache« (Int. 11, Zeile 116-118).

Ein Gesprächspartner berichtet, wie sehr ihn die Weigerung, konkrete Ratschläge zu geben, verunsichert hat.

Die folgenden *Aspekte der Beurteilung von Mitarbeiterverhalten* – *Vertrauen, Nähe/Distanz und Erreichbarkeit* – verdeutlichen, wie gelungener Kontakt/Beziehung von Nutzern charakterisiert wird. Ich halte diese drei Aspekte getrennt, weil ich davon ausgehe, daß so die Aussagen deutlicher werden. Es fällt fast allen Menschen schwer, gelungenen Kontakt zu beschreiben. Aus diesem Grund möchte ich erst einmal Zitate voranstellen:

»Im Prinzip gehört halt so in diesen Zeiten, wo man noch nicht so in der Krise steckt, wo man weiß, man ist vielleicht angeschlagen, aber man ist so krisenfrei, in diesen Zeiten müßten also so vertrauensvolle Kontakte aufgebaut werden, daß man sagt, zu dem hab ich Vertrauen, da ruf ich jetzt auch an, wens mir schlecht geht. Der kann das ja ruhig wissen.« (Int. 1, Zeile 297-304)

»Und der hat dann gleich all die Sachen angesprochen, wo er genau weiß, daß die jetzt wieder fällig werden könnten. Und das war für mich also ein ganz wichtiger Punkt – ...aber in dem Fall, da hab ich zu dem soviel Vertrauen gehabt, daß ich ihn angerufen hab, hab auch gewußt, ich stör den nicht bei irgendwas, der hat einen Anrufbeantworter... und wenn er Zeit hat, ruft er schon zurück.« (Int. 1, Zeile 334-343)

»Und ich hab da net mitgemacht, und mer mußte auch nicht, des war also schon gut sozusagen, daß se mir net gesagt hat, ich muß das jetzt machen. Die anderen habens gemacht und ich net. Weils mir halt net gelegen hat, und für die anderen, ja was ich gesehen hab, für die Anderen wars gut gewesen.« (Int. 11, Zeile 102-107)

»Und sie würde auch da eingreifen, sie würde nach Hause fahren und da sagen, hoppla so gehts nicht, ihr seids zu frech zu der ... und das geht nicht, und da würde sie halt für mich bereit... einstehen.« (Int. 12 Zeile 133-137)

Vertrauen entsteht hier also durch »Kontaktaufbau«, durch Anvertrauen der Klientinnen und wird durch persönliche Rücksichtnahme/Bezugnahme des/der Mitarbeiters/in, durch das Gefühl, der/die

andere steht für einen ein, bestärkt. Auffällig ist, daß die direkte Bezugnahme auf »Vertrauen« im positiven wie negativen nur von Frauen geschieht. In den zitierten Aussagen wird deutlich, daß zum »Vertrauen« ein »Sich-Öffnen« nötig ist. Dies fällt Frauen offensichtlich leichter. Vertrauen wird am stärksten verhindert durch das Gefühl, der Mitarbeiter »legt Verhalten aus«, »etikettiert«: »Wenn ich mir anschau, was mir schon alles als krankhaft angerechnet worden ist, was jemand, der mich gut kennt, sagt, wieso des stimmt doch, des ist ganz normal bei ihr. Sie hat das halt im Bild formuliert.« (Int. 1, Zeile 370-376)

»Da sind ja einige dabei, die schon hier im Bezirkskrankenhaus waren und die einfach Angst haben, was zu sagen, weil das die Ärzte immer irgendwie auslegen, und dann fange die an zu blockieren.« (Int. 11, Zeile 179-183).

Die Nähe und »Normalität«, die man mit Mitarbeitern herstellen kann, legen den Grundstein für vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen: »Wo die Mitarbeiter, wo man einfach zusammen auch arbeitet, da kommt gar nicht so diese Distanz auf, wie wenn ich jetzt zu meinem Psychiater geh oder in irgendeine Einrichtung, ja und dort vielleicht noch im weißen Kittel rumlauf oder so. Ich denk, daß es sehr viel damit zu tun hat, wie man sowas organisiert und strukturiert.« (Int. 1, Zeile 458-464)

»Ja erstens, was für mich sehr wichtig war, daß man die mit Du anreden konnte, die Therapeuten, was ich sonst noch nicht kannte. Was glaub ich für mich wesentlich war, um da überhaupt einen Zugang und das Vertrauen, was ich da in der Klinik auch nicht so hatte zu den Therapeuten, erstmals, daß es ein bißchen weiter kommt.« (Int. 4, Zeile 237-243)

»Ja, das Haus 4, wo ich das erste Mal war, war mein erstes Haus im Birkenhof, da hab ich einen guten Betreuer gehabt zwei Jahre. Der kam aus Essen, mit dem hab ich Spaziergänge gemacht, wir sind einkaufen gegangen, in die Stadt, auch mal Kaffee getrunken oder Eis gegessen, sowas stelle ich mir unter einem guten Mitarbeiter vor.« (Int. 8, Zeile 177-183)

Diese Zitate stammen alle von Männern. Vielleicht ist es für Männer einfacher, über gemeinsame Arbeitstätigkeit, Duzen und gemeinschaftliche Unternehmungen Beziehung zu beschreiben, Vertrauen zu entwickeln. Benötigen Männer mehr »Entgegenkommen« von psychiatrischen Mitarbeitern als Frauen? Oder sind sie das Entgegenkommen von Kontaktpartnern lebensgeschichtlich eher gewöhnt? Bei der Beschreibung der »Verhinderung von Nähe« wird dieser Aspekt verdeutlicht:

»Ganz kalt. Und ich hab das also schon ganz ganz oft in der

Psychiatrie erlebt, auch grad bei Pflegern so. Also quasi so ich muß mich schützen, ich darf mich nicht einlassen, ich muß also quasi mit meinem Fachwissen ne, ne Wand bauen und so weiter. Das Gefühl hatt ich eben da. Und das ist ein Gefühl, was ich sehr oft hab.« (Int. 1, Zeile 143-149)

»Ja wir erleben das so, daß man uns eher so hinstellt wie ‚ihr blöden Tölpel‘, ihr seid da unten, so ungefähr, ihr seid die Patienten, ja daß da irgendwo a bissl viel Dünkel da ist, daß man sich mit uns unterhält. So viele Ärzte haben leider auch noch immer die Einstellung dem Patienten gegenüber – ich steh hier und du stehst da – (zeigt in die Höhe und auf den Boden) so ungefähr. Es ist einfach kein gutes Verhältnis mehr, da wird schon irgendwo kein Vertrauen aufgebaut. Denn nur mit Medikamenten allein, kann man die Probleme, die wir schon haben und die weiter auf uns zukommen, wahrhaftig nicht lösen. Da muß schon mal offener geredet werden.« (Int. 9, Zeile 535-546)

Im letzten Zitat wird deutlich, wie wichtig das grundlegende Gefühl respektiert zu werden für die Entstehung von psychiatrischen Arbeitsbeziehungen ist.

Sehr unterstützend für das Gefühl, guten Kontakt zu dem betreuenden Mitarbeiter/der betreuenden Mitarbeiterin zu haben, kann deren *Umgang mit Zeit* sein. Zufriedenheit entsteht, wenn das Gefühl da ist, die Mitarbeiter grundsätzlich erreichen zu können: »Ich zahl hier 640 DM Betreuungskosten und ich kann sagen, die 640 DM rentieren sich, weil Frau Meier jeden Tag da ist und die Frau Meier kümmert sich um jeden persönlich, auch grad mit die Ämter.« (Int. 13, Zeile 218-222)

»Und wenn ich dann merke, das funktioniert nicht, oder ich hab am Wochenende Sorgen und kann ihn nicht erreichen, dann schwindet das Vertrauen wieder in die Beziehung und daß ich also son bißchen auf und ab. Obwohl so an sich, die Beziehung alles ausgehalten hat.« (Int. 4, Zeile 534-539)

Das Gefühl, der andere hat Zeit oder nimmt sich auch mal »extra« Zeit stärkt den Kontakt: »Auf jeden Fall war des für mich unheimlich gut, ja. Und ich lieb die zwei Menschen auch, ja... aber ich wüßte nicht ... ja... vielleicht daß ich am Anfang vielleicht ein bißchen mehr, aber des hab ich auch gemerkt, daß ich länger als eine Stunde dort war. Ich hab ja ne halbe, die meiste Zeit hab ich immer geheult.« (Int. 18, Zeile 299-309)

Dies gilt auch umgekehrt: »Obwohl sie da auf mich eingeredet haben, hörst du Stimmen, da hab ich gar nichts erzählt. Weil des so ein komischer Typ auch noch war, der eh nie Zeit gehabt, dann hat es immer schnell gehen müssen. Des ist es halt, die müßten viel mehr Zeit haben, daß sie sich halt auch mal die vielleicht langweilige Lebensgeschichte

eines Patienten von A bis Z anhören... Es sind halt doch verschiedene Variationen, die sind halt dann wichtig, wenn es einem dreckig geht.« (Int. 2, Zeile 358-370)

Die jetzt folgenden Aussagen wurden nicht mehr zu spezifischen Angebotsformen gemacht. Die Reihenfolge meiner Anordnung entspricht einem Weg von »innen« nach »außen«, d.h. sie beschreiben Aspekte des Umfeldes der nichtklinischen Angebote bis hin zu strukturellen Aussagen. Insgesamt sind jedoch zu diesen »allgemeineren« Themen wesentlich weniger Aussagen gemacht worden als zu den jeweiligen Angebotsformen und Mitarbeitern (42 Zitate insgesamt).

Persönliche Zustände, die Anforderungen an Angebote stellen

In diesem Abschnitt geht es um *Äußerungen zu Krisen, zu der Schwierigkeit von Wechseln und der Zugänglichkeit von Angeboten.*

Ein einschneidendes Erlebnis ist die Erfahrung, in einer persönlichen Krise nicht zu wissen, wohin man sich wenden kann. Es geht dabei nicht darum, daß auf jeden Fall das Bezirkskrankenhaus einen aufnehmen wird, sondern um eine »nähere« und »bekanntere« Aufgangssituation: »Ich weiß nicht, war das Weihnachten oder Anfang Januar, doch ne leichte Krise gekriegt, wo es mir also sehr schlecht ging und ich schnell wieder Medikamente genommen hab... Und hab halt da nicht gewußt, wohin. Das ist auch noch das Problem...weil ich hab gedacht, du hast es nicht nötig und nu, wo ichs nötig hatte, ja da war es gar nicht so einfach jetzt sofort, wohin.« (Int. 4, Zeile 676-691)

»Daß da sone Klinik in der Nähe ist... wär doch beruhigend, oder?... Ja das ist beruhigender, man ist näher beisammen und ein Massenbetrieb wie das BKH ist auch der Gesundheit nicht allzu förderlich.« (Int. 14, Zeile 84-90)

»Aber jetzt angenommen, da drüben wär eine Krisenintervention, ne Psychiatrie. Ich tät in meinen nichtkranken Zeiten da rüber gehen, mir das Personal anschauen, mich mal vorstellen, mich mal dort ein bißchen umschaun, daß wenn ich krank bin, ich dort schon jemand kenn und nicht zu fremd bin. Ins BKH, bis da jemand hin kommt oder bis ich von da heim komm, mit Ausgang hin und her, bin ich da nur am Fahren. ... Und das sind lauter solche Kleinigkeiten, wo man sich dann abgeschoben vorkommt. Und des Personal da draußen kann mich ja nicht kennen, ja bitte, des is ja total überfordert.« (Int. 2, Zeile 346-361)

Als sehr hilfreich wird empfunden, wenn in der Krisensituation die laufende Betreuung/Beratung dichter wird: »Ja zum Beispiel, wie's mir sehr schlecht gegangen ist, ja sehr schlecht gegangen ist, da hätt ich öfters ein Gespräch gebraucht. Da hab ich, am Anfang hab ich schon

alle 8 Tage, muß ich dahin gehen zur Beratungsstelle, aber dann auf'n Mai, da is wieder so schlecht gegangen, da wars dann 14 Tage. Da hätt ich bald nicht mehr erwartet, wissen sie. Da müßte dann, find ich, die Klientin oder der Klient, daß er öfter und daß er einfach anrufen darf.« (Int. 18, Zeile 237-246)

Wechsel – auch ein selbst gewollter – verunsichert, insbesondere, wenn damit auch die gewohnte Bezugsperson wegfällt: »Und denn hab ich gedacht, da ist wenigstens jeden Vormittag was handfestes zu tun und da muß ich aber merken, daß mir das gar nicht so gut getan hat, das war wieder auch alles neu, neue Technik, ja das Kochenlernen, ich mein ich hab ja auch nie gekocht vorher. Und das ist mir wahrscheinlich zuviel geworden... und außerdem hatt ich zu der Margret hier oben ein ganz gutes Verhältnis... und ich weiß nicht, ob ich das denn vermißt hab, oder, es ist schlecht zu sagen...« (Int. 4, Zeile 613-623)

»Das war eine Maßnahme, also das ging nicht anders. Das war befristet, mehr als zwei Jahre kann man schon drin bleiben, also bis 4 (zögert) Jahre, nur normalerweise sind halt die Leute nach 2 Jahren halt wieder irgendwo in 'ner Unterkunft.« (Int. 7, Zeile 124-127) (Gesprächspartner kam nach dem Wechsel der Wohnung in die psychiatrische Klinik, wo ich ihn auch interviewte.)

Der *Zugang, das Kennenlernen von Angeboten*, die jetzt oder später mal hilfreich sein könnten, funktioniert offensichtlich nur über Kontakte, Mitgenommenwerden oder gezielte »Kennenlernprogramme«. »Oder sagen, ah ja, da gibts die Soundsoeinrichtung, da hab ich ein Flugblatt in die Hand gekriegt, da ruf ich jetzt an... Also auch ich als Manikerin würd mich in der Krise nicht trauen, in eine total fremde Einrichtung zu gehen, und kein Gesicht, keinen Menschen irgendwie kennt, und sagen, hoppla, hier bin ich, ich brauch eure Hilfe. Also das tät ich nicht machen.« (Int. 2, Zeile 271-280)

Auswirkungen von Konzepten und Strukturen

Die Aussagen zu diesen eher »weiter« von der eigenen Person entfernten Themen stammen nur von zwei meiner Gesprächspartner. Beide könnte man als »Veteranen« der Szene bezeichnen, sie kennen beide fast alle komplementären Angebote in München. Angebote, die relativ »starr« funktionieren, ein festes Programm, bei dem alles mitgemacht werden muß, werden kritisiert: »S' ist einfach so, daß für mich... einfach unbefriedigend. Also ich seh das wirklich. Also die Leute, was sich in der gesamten Psychiatrie, wie ich das überblick, die Leute in erster Linie verwaltet werden, so zugeschaut, daß sie brav ihre Medikamente nehmen und ansonsten halt nicht auffallen.« (Int. 1, Zeile 213-218) »Des

wird dann aber auch immer ständig beobachtet, da gibts so Therapiehefte, wo alles abgezeichnet wern muß.« (Int. 6, Zeile 90-92)

Diese relativ »außenkontrollierten« Programme verhelfen aber auch zu Entscheidungsmöglichkeiten: »Ja, das sind halt die Sachen; außerhalb der Klinik denk ich, hat man, wenn man eben so den Trick raus hat, sich anzupassen, hat man relativ große Entscheidungsmöglichkeiten, grad was Medikamente so betrifft.« (Int. 8, Zeile 283-287)

Möglichkeiten der Angebotsverbesserung werden nur bei mehr Mitsprache der Betroffenen gesehen: »Wenn wirs nicht selber schaffen und hergehen aus unsrer Erfahrung raus ‚das ist gut‘, das ist für uns nicht gut‘ oder in irgendwelche Gremien reinkommen. Vorher denk ich ändert sich da wenig.« (Int. 1, Zeile 505-509)

Insbesondere die Möglichkeit, Einfluß auf die Auswahl der persönlichen Bezugsperson zu haben, betonen beide Gesprächspartner als wichtige Mitbestimmung: »Eh, der Sozialarbeiter, mer kann si auch den Sozialarbeiter net aussuchen. Die Sozialarbeiterin, die eine wird schwanger, die nächste kommt. Mer hat also net die Möglichkeit, sich selber ein auszusuchen, ne. Wenn mer Glück hat, ists ein Sozialarbeiter, den mer mag, ich hab halt mehr Pech ghabt. Also weil, bevor halt wegn ein Klient der Sozialarbeiter gekündigt werd... naja. Dann gibts halt allweil Ärger mim Sozialarbeiter und im Extremfall kann mer dann scho selbst gekündigt werd. Es muß dann einer gehn, in der Regel gehn beide nicht, dann wird so ein fauler Kompromiß, also da is es, naja, mer kann sich ja den Arzt au net selber aussuchen, aber Betreuung ist halt ne Vertrauenssache und es is immer Glücksache, ob mer mim Sozialarbeiter kann oder nicht. Also da is es halt mit der Personalgeschichte schon halt, verdammt, verdammt schwierig.« (Int. 6, Zeile 315-330)

Räumliche Lage von Angeboten

Alle Äußerungen (siehe auch bei Wohngemeinschaften), die auf die Lage von Angeboten eingehen, betonen, wie wichtig die Nähe, die Erreichbarkeit ist. Dies betrifft alle Angebotsformen: Wohnen, Arbeitsstelle, Kontaktstellen, Beratungsdienste, Krisenhilfe. »Und sonst die Einrichtungen... die Badstraße, die ist für mich viel zu weit weg... Und wenns mir schlecht geht, da schaff ichs dann bis danüber sowieso nicht.« (Int. 2, Zeile 181 und 197) »Und das ist ganz toll, in 10 Minuten bin ich von der Arbeitsstelle, geh ich zur Arbeitsstelle.« (Int. 12, Zeile 70-71)

Verwaltung und Finanzierung

Als problematisch und wenig durchschaubar wird von sechs Gesprächspartnern geschildert, wie »Ämtergeschichten« und unklare Finanzierungsregelungen ihr Leben und genutzte Angebote belasten. Exemplarisch hierfür der folgende lange »Stoßseufzer«: »Aber diese Ämter, ne. An mir wurd alles durchexerziert, was gibt. Des kann mer sich net vorstellen, wie die Leut belastet wern mit Ämtergeschichten, der Horror ist des. Und des solln dann Leut bewältigen, die mal psychotisch sind, also der Wahnsinn, jedes Paar Socken, des muß i, wenn ich Sozialhilfeempfänger bin, und viele sind des ja. Wenn jemand mit 25 krank wird, ja der wird nie mehr in die Rente reinkommen, ne. Der bleibt vielleicht die nächsten 30 Jahre Sozialhilfeempfänger. Naja, da ghört sowieso einiges vereinfacht. Der hat überhaupt kei Chance, damit selber klar zu kommen, ne. Da tut sich ja a Sozialarbeiter scho schwer sich durch die ganzen... Sozialhilferecht, des Arbeitsrecht, des Schwerbehindertenrecht, da studieren Sozialarbeiter Semester lang, damit des einigermäßen... was erwartet mer da von eim Psychisch Kranken, wenn er grad mal 4 Wochen geschlossene Abteilung..., wie er damit klar kommen soll? S'ist der Horror. Mer muß für jeden Schmarn nen Antrag stellen. Des ist, des ist, daß da die Leut net gsünder wern,... es ghört alles total vereinfacht.« (Int. 6, Zeile 416-437)

Die indirekten Belastungen, die erfahren werden, wenn das gerade genutzte Angebot (Tagesstätte, Wohngemeinschaft) in Finanzierungsschwierigkeiten steckt, werden von drei Betroffenen erwähnt: »Das andere für mich war, die haben wieder Schwierigkeiten gehabt, mich zu nehmen, weil ich wieder aus A-Stadt komm, vom Sozialamt... für mich wars unproblematisch, problematisch wars für die Wohngemeinschaft selber. I seh halt des Problem, weil es halt in ganzen Regionen von Bayern keine Wohngemeinschaften gibt, und die stoßen dann auf die Probleme, die ich habe.« (Int. 13, Zeile 133-148)

»Daß also die Tagesstätte, aufgrund ihrer Struktur, es wahnsinnig schwer hat, Gelder zu bekommen, finanziert zu werden. Und ich kann wirklich sagen, das ist das Beste, mit Abstand das Beste, was ich jemals gefunden hab.« (Int. 1, Zeile 378-383)

Außer den unklaren Laufzeiten von Anträgen bei der Arbeits- und Sozialverwaltung wird noch erwähnt, wie die Finanzierungsstruktur insgesamt, bei der man als psychisch Kranker immer wieder bei der Sozialhilfe landet, belastet: »Und dann wenn mer Sozialhilfeempfänger is, ja und dann ständig unter dem Gelddruck steht, noch zusätzlich zu seiner Krankheit, und die ganzen Ämtergeschichten und, und, und. Von Sozialhilfe leben das heißt i muß mit 420 Mark leben. Und damit soll

ich meinen schwerkranken Alltag gestalten, ne. A Wahnwitz is des, und des vielleicht 30, 40 Jahre lang. Und des is noch zusätzlich a wahnsinniger Druck, der da auf eim lastet, des kann mer sich vorstellen.« (Int. 6, Zeile 452-461)

Strukturelle Aussagen

Alle übergreifenden Aussagen (insgesamt sieben) kreisen um zwei Themen: Es sollte mehr von bestimmten Angeboten geben (mehr Wohngemeinschaftsplätze, mehr Selbsthilfegruppen, mehr Tagesstätten, mehr therapeutische Arbeitsplätze); die Differenziertheit von Angeboten, die Möglichkeit von Auswahl und die Chance, bei wechselnden Lebensproblemen »passende« Hilfen zu bekommen, ist von großer Bedeutung.

»Es ist halt des vielseitige Angebot, daß jeder sich halt des rausuchen kann, was er meint, was er braucht. Weil, so meiner Ansicht nach läuft dann langfristig daraufhin, ja daß jeder mit seim Konzept soweit kommt, sein Leben möglichst selbständig zu gestalten. Ja und da bin ich halt der Ansicht, daß a vielseitigs Angebot halt des Günstigste is. Weil der eine braucht vielleicht mehr, der eine will mehr Freiheit, und kann damit mehr anfangen, ge. Und er würd sich mit viel Betreuung net recht wohlfühle. Und an anderer, der braucht halt mehr vorstrukturierte Sachen, und halt im Prinzip des Personalangebot, die ihm halt schon viel vorgeben, des is dann... des muß eben jeder für sich entscheiden. Man kann net was Generelles für alles haben.« (Int. 6, Zeile 215-234)

Ausblick

Ein wesentlicher Unterschied zwischen quantitativen und qualitativen Untersuchungen beginnt bereits vor der Datenerhebung: Die Kategorisierung des Erhobenen, dessen, was als »Datum« erfaßt und interpretiert wird, erfolgt bei quantitativen Untersuchungen vor der Erhebung; bei qualitativen mit der Auswertung der Daten. In diesem Falle bedeutete das, daß Patienten und Patientinnen nicht direkt auf Fragen antworten mußten, was ihnen offensichtlich schwerfällt. Wegen ihrer begrenzten Autonomie und fortgesetzten Abhängigkeit von den Institutionen, die sie beurteilen, wegen ihrer mindestens zeitweise vorhandenen Denkstörungen, wegen der Schwierigkeit zur Abstraktion und dem ungewohnten Denkmodell als Konsumenten bieten sie keine fertigen Antworten. In vorgefaßten Fragebogen bewerten sie offensichtlich Ein-

richtungen und Behandelnde tendenziell positiv. Im Kontext ihrer Geschichte sind sie aber ganz offensichtlich in der Lage, sich differenziert und kritisch zu äußern – spontan in erster Linie über die verschiedenen Wohnformen und die Reglementierung, je mehr Betreuung besteht; über die Art des Umgangs der Betreuer mit ihnen; über die Gemeinsamkeiten mit anderen Patientinnen und Patienten, aber auch die Schwierigkeiten, wenn andere dekompensieren und alle instabil sind. Die Interaktion in den Gruppen wird problematisiert. Freiwillige und offene, flexible Angebote, wie dies beim sozialpsychiatrischen Dienst in Bayern der Fall ist, werden besonders geschätzt. Aufhorchen läßt, daß Institutionalisierungsprozesse in großen Einrichtungen ebenso wahrgenommen werden wie Zwischentöne im Umgang mit den Betreuern. 19 Interviews sind keine große Stichprobe. Aber sie geben deutliche Hinweise darauf, daß PatientInnen uns differenziert Auskunft geben können. Der Anspruch an Betreute wie UntersucherInnen besteht darin, die Kritik hören zu können und qualifizierte Auswertungsmethoden dafür heranzuziehen, die einer Methodenkritik standhalten.

Literatur

- Böker W.: Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Therapieverständnisses der Schizophrenie als Folge neuer Ätiologiekonzepte und Wandlungen des psychiatrischen Zeitgeistes *Psychiatrische Praxis* Vo. 18 1991 S. 189-195
- Counos F.: The impact of environmental factors on outcome in residential programs *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, Vol. 38, S. 848-851
- Eikelmann B.: *Gemeindenaher Psychiatrie – Tagesklinik und komplementäre Einrichtungen*, München 1991
- Flanagan J., *Measurement of Quality of Life, Current State of Art, Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 1982, Vol. 63, S. 56-59
- Flick U., Keupp, H. (Hrsg.): *Handbuch der qualitativen Sozialforschung*, 1991
- Franklin J.D., B. Solovitz, M. Mason, J. Clemons, G.E. Miller: An Evaluation of Case-management, *American Journal of Public Health*, 1987, Vol. 77, S. 674-678
- Glaser, B., Strauss, A.: *Grounded Theory 1967*; deutsch: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, München 1994
- Hofmann H. und T. Hubschmid: Die soziale Abhängigkeit des Langzeitpatienten, eine Untersuchung im sozialpsychiatrischen Ambulatorium, *Psychiatrische Praxis* 1989, Vol. 16, S. 1-7
- Irlé G., N. Pörksen: Soziale Integration bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht, *Der Nervenarzt* 1971, Vol. 42, S. 466-475
- Kalman Th.P., An Overview of Patient Satisfaction with psychiatric Treatment, *Hospital and Community Psychiatry*, 1983, Vol. 34, S. 48-54
- Kallert Th. W., Patientinnen mit depressiven Erkrankungen bewerten nach Entlassung

- die therapeutischen Angebote einer psychiatrischen Klinikbehandlung, *Psychiatrische Praxis* 1991, Vol. 18, S. 178-185
- Kolitzus H., W. Feuerlein: Zwei bis drei Jahre nach stationärer Krisenintervention: weitere stationäre Behandlungen, momentane Befindlichkeit und subjektive Beurteilung der Indexbehandlung im Rückblick, *Psychiatrische Praxis* 1989, Vol. 16, S. 71-77
- Krüll M., *Schizophrenie und Gesellschaft*, München 1977
- Lehmann A., The Well Being of Chronic Mental Patients, *Archives of General Psychiatry*, 1983, Vol. 40, S. 369-373
- Lehman A.F., N. Ward, L.S. Linn: Chronic mental patients: The Quality of Life Issue, *American Journal of Psychiatry*, 1982, S. 1271-1276
- Ludewig, *Systemische Therapie*, Stuttgart 1992
- Malm U., P. Ray., S.J. Dencker, Evaluation of the Quality of Life of Schizophrenic Outpatients: A Checklist, *Schizophrenia Bulletin* 1981, Vol. 7, S. 477-486
- Maschmann F., Die Absicherung des Pflegefallrisikos im gegenwärtigen und zukünftigen Recht, *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* Nr. 4, 1993, ins. S. 156
- O' Driscoll C., J. Leff »Design on the research study on Long-Stay-Patients« *British Journal of Psychiatry*, 1993, suppl. 19, S. 18-24
- Priebe S., *die Bedeutung der Patientenmeinung*, Göttingen 1992
- Riemann G., *Das Fremdwerden der eigenen Biographie*, München 1987
- Schütze F.: *Biographieforschung und narratives Interview*, *Neue Praxis* 1976, S. 283-293
- Shista S.K., S. Rinco, J.C.F. Sullivan: Clients Satisfaction Survey in a Psychiatric Inpatient Population attached to a General Hospital, *Canadian Journal of Psychiatry* 1986 Vol. 31, S. 123-128
- Skantze K., U. Malm, S. Dencker, P.A. May, P. Corrigan: Comparison of Quality of Life with Standard of Living in schizophrenic Outpatients, *British Journal of Psychiatry*, 1992, Vol. 161, S. 797-801
- »Das sogenannte Dreiecksverhältnis«, *Tagungsbericht*, Verlagswerk der Diakonie, Stuttgart 1989
- Thronicroft, Gooch, O' Driscoll and Reda, TAPS-Project 9, The reliability of Patient Attitude Questionnaire, *British Journal of Psychiatry*, 1993 162 (suppl) 25-29
- T.F. Champney, L. Cox: Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled, *Hospital and Community Psychiatry* 1992, Co. 43, S 899-903

Behandlung chronischer Eheschwierigkeiten durch Paar-Gruppen Psychotherapie

■
Jane Christ und Chrys Gouinlock

Zusammenfassung

Die Technik und der Verlauf einer Gruppentherapie mit mehreren Ehepaaren wird beschrieben. Leiterinnen sind zwei Frauen, beide Psychotherapeutinnen; die PatientInnen sind Paare mit längerdauernden Eheproblemen, die Ich-synton, d.h. zum eigentlichen Lebensstil des gestörten Ehepaares geworden sind. Der wirksame Ansatz der Therapie ist zunächst, die Kohäsion der Gruppe und die sich schnell bildenden Identifikationen der Ehepaare unter sich, bezogen auf ihr Verhalten zu fördern. Dies bewirkte schon kurzfristig Veränderungen unter den Teilnehmern. Bei der schwereren Pathologie allerdings, die in einigen der beschriebenen Fälle bestand, mußte eine längerfristige tiefenpsychologisch orientierte Einzelbehandlung der entsprechenden Personen erfolgen. Damit wurde die Gruppe einer regulären Psychotherapiegruppe ähnlicher. Der gruppenzentrierte und prozeßorientierte Ansatz in der Gruppentherapie wird beschrieben. Den Abschluß bildet eine kurze Diskussion über die Möglichkeit und Wünschbarkeit einer Paartherapie, die von zwei Therapeuten desselben Geschlechts ausgeführt wird.

Vorbemerkung zur deutschen Übersetzung des Beitrags

Die beschriebene Arbeit mit Ehepaaren hat in den späten siebziger Jahren in Atlanta, Georgia, in den Vereinigten Staaten stattgefunden. Der Bericht wurde 1978 geschrieben. Die Praxis und Technik der Ehepaargruppe ist in der deutschen Literatur schon von Hans G. Preuß (1966 und 1982) beschrieben worden. Wir finden unsere Arbeit seinem vorwiegend reflektiven und psychoanalytischen Ansatz sehr verwandt.

In den siebziger Jahren kamen vor allem in Amerika viele »neue«, leiterzentrierte und verhaltensorientierte Therapiemethoden auf, die sowohl in der individuellen Psychotherapie wie auch in der Gruppenpsychotherapie angewandt wurden. Auch die Ehepaargruppe war

damals als Neuerung viel im Gespräch. Es gibt viel Literatur aus dieser Zeit. Merkwürdig ist, daß das Thema in den achtziger und neunziger Jahren aus der amerikanischen Gruppenliteratur beinahe verschwand, obwohl durchaus Erfolge erzielt worden waren. Im deutschen Sprachgebiet hat Moeller (1982) Ehepaargruppen beschrieben. Wir wissen, daß Paargruppentherapie noch immer praktiziert wird, sowohl in Amerika wie auch in Europa und hoffen mit dem Beitrag Interesse zu wecken, auch hier darüber zu berichten.

Indikationen der Paar-Gruppentherapie

Absicht dieses Beitrages ist es, die Erfahrung von zwei Ko-Therapeutinnen wiederzugeben, die eine Paargruppenpsychotherapie mit Patienten und Patientinnen, die an chronischen Eheschwierigkeiten litten, zusammen leiteten. Wir werden einschlägige Theorien betrachten und versuchen aufzuzeigen, in welcher Art eine derartige Therapie wirken kann.

Die theoretischen Grundlagen der Paargruppentherapie sind dreierlei: (1) die Analyse der Übertragung in individueller Psychotherapie, (2) die gemeinsame Behandlung von Paaren und Familien, in der alle signifikanten TeilnehmerInnen zusammen gesehen werden (»conjoint« Paartherapie und Familientherapie) und (3) die reguläre Gruppenpsychotherapie, in der das Hauptaugenmerk auf der Interaktion zwischen den TeilnehmerInnen im Hier und Jetzt liegt.

Paargruppentherapie wird als Methode der Wahl für Paare mit chronischen Eheproblemen von Grunebaum, Christ und Neiberg (1969) angegeben. Neiberg (1976) schlägt einen Gruppenansatz vor für Paare, deren Probleme sowohl chronisch wie auch Ich-synton sind. Die Problemehe ist gewissermaßen der Lebensstil des Paares geworden. Typisch erleben solche Paare ihre Schwierigkeiten als nur in der Ehe selber liegend. Sie haben die Tendenz, die Schuld für ihr Leiden auf den Partner oder die Partnerin zu projizieren. »Wenn mein Ehegatte anders wäre, dann wäre alles in Ordnung.«

Wir haben diese Ehesituation im Sinne des »role lock«, des Eingefangenseins in einer spezifischen Rolle, konzeptualisiert, ein Terminus, der aus der Gruppentherapie stammt (Bogdanoff und Elbaum 1978). »Role lock« heißt eine stereotype, im Beziehungsverhalten verankerte Falle, für die ein Individuum keine alternative Handlungsweise sieht. Sicherlich gibt es verschiedene Grade des »Eingefangenseins in der Rolle«, die charakteristischen Schwierigkeiten bleiben sich aber qualitativ sehr ähnlich in allen Fällen. Solche Paare, so scheint es, können die wirkliche Perspektive und den nötigen Abstand nur in der

Gruppe gewinnen, wo sie ihr Problem im Hier und Jetzt durch andere Paare ausagiert sehen. Mit einer Therapeutin allein beschäftigen sie sich ausschließlich im Wiederholen von alten Themen und gehen im Kreise herum, abwechselnd angreifend und sich verteidigend, bis zu sehr regressiven Verhaltensweisen. Sie scheinen nur vor gegenseitiger Vernichtung zurückzuschrecken, weil ihr Bedürfnis für die Nähe zueinander so groß ist. Sie bleiben zusammen und inszenieren das schmerzhaft Erleben immer wieder, nicht weil es ihnen gefällt, sondern weil sie fühlen, daß sie einander brauchen um zu überleben.

Der »role-lock« kann als eine besonders starre Form der Kollusion gesehen werden, die von vielen Autoren, z.B. Haley (1963), Willi (1972) und anderen beschrieben worden ist.

In einigen der schwersten Fälle findet man, daß die Bedürfnisse nach Intimität in der eigenen Familie nie erfüllt waren. Die PatientInnen bringen dann außerordentliche Beziehungsbedürfnisse in die Ehe mit und die diese begleitenden Ängste, umschlossen oder absorbiert zu werden. Ein Kompromiß ergibt sich durch etwas Distanz, doch dieser ist nie befriedigend. Es wird aber daran festgehalten, weil er zumindest bekannt und sicher ist.

Fallbeispiel 1

Joe und Sally, ein Paar in den späten dreißiger und frühen vierziger Jahren, sind beide als Einzelpersonen erfolgreich in ihren Karrieren, haben aber extreme Schwierigkeiten, ihre Beziehung in gemeinsamen Tätigkeiten zu gestalten, wie etwa Geldausgeben, Kindererziehung und Sex. Joe neigt dazu auf Sally zu reagieren, wie wenn sie eine kastrierende, aber nicht besorgte Mutterfigur wäre, die er regelmäßig als Hexe bezeichnet. Sally sieht Joe als einen emotional fordernden, inadäquaten, kindischen Mann, genau wie ihr Vater war. Wenn Joe sich einen Schritt auf Sally zubewegt, dann wählt sie diesen Moment, um sich zurückzuziehen und alte Geschichten aufzuwärmen, und es geht ebenso im umgekehrten Sinne. Die Distanz zwischen den beiden tendiert dazu, immer gleich zu bleiben.

Fallbeispiel 2

Weiter fortgeschritten in der Arbeit mit dieser Problematik sind Jane und Jack, die ungefähr fünf Jahre jünger sind und beide aus benachteiligten Familien stammen. Jane hatte sich ihren Unterhalt vor der Ehe nicht verdienen können, Jack hatte einen Universitätsabschluß und hatte einigen Erfolg gehabt. Beide waren früher unglücklich verheiratet

gewesen. Ihr frühes Verhaltensmuster war, daß Jane trank und Pillen einnahm, um Jacks Abwesenheit auf Geschäftsreisen ertragen zu können. Sie hatte Hilfe bekommen, ihr Suchtverhalten einzudämmen, doch dies setzte Jack unter Druck sich mit ihrer Abhängigkeit auseinanderzusetzen. Zuerst kam Jane zur Behandlung und dann Jack, und sie schafften es eine Arbeitsbeziehung zu festigen, die es Jane erlaubte, an Jacks Geschäftserfolgen teilzuhaben. Sie ist noch immer die emotional demonstrative Frau, voller Bedürfnisse und äußerlich unsicher, und er ist der ruhige, geordnete und übermäßig vernünftige Mann. Ihre typischen Rollen sind allerdings jetzt weniger starr und weniger regressiv.

Solche Paare mit »role lock« fallen oft in die Zweiteilung der übermäßig kontrollierenden und der übermäßig abhängigen PartnerInnen. Ein witziges Mitglied unserer Gruppe beschrieb diesen Sachverhalt als »die Arschlöcher und die Tänzer«. Der überkontrollierende Partner macht zwanghafte Versuche, der oder dem andern das Recht abzusprechen, die Dinge anders zu erleben als er, was zu Streit führt. Er oder sie zeigt zwanghafte Starrköpfigkeit und die Tendenz, Liebe zu versagen unter dem Vorwand, arbeiten zu müssen, etc. Der übermäßig abhängige Partner ist anklammernd, oft auch agoraphobisch und leidet an Trennungsangst und Depression. Diese Beziehungsmuster zeigen sich unabhängig von Diagnose oder Geschlechtsrollen-Stereotypen. Die extreme Form dieses Phänomens sind die sogenannten »grausamen Zweisamen«, die furchtbaren Zwei. Es sind die Paare, die einer Therapeutin schon in der Abklärung nur als Gruppenpatienten erträglich zu sein scheinen.

Die Arbeitsweise der Paargruppentherapie ist zunächst ähnlich wie die in der Ehepaartherapie im allgemeinen. Das heißt, Paaren bewußt zu machen, was ihre Interaktionen und ihre wechselseitigen Bedürfnisse und Erwartungen sind, in denen sie vielleicht enttäuscht wurden. Die Kommunikation soll gefördert und durch mehr Individuation statt der symbiotischen Bindung mit dem oder der andern möglich werden. Anderes Rollenverhalten wird angeboten.

Die Gruppe hat einen Vorzug vor der Einzeletherapie als Arbeitsmedium, weil sie Stimulation, Motivation und Unterstützung vervielfacht und weil sie die oft gefühlte negative Gegenübertragung mildert, die solch widerstandsbetonte Paare in der Therapeutin auslösen. Weil alles in einer Gruppe stattfindet und nicht in einer Zweierbeziehung, wird das therapeutische Bündnis auch für die Paare weniger bedrohlich und realistischer. Denn Mitgliedschaft in einer Gruppe bedingt immer gewisse Strukturen, wie Normen und Regeln. Sie ist die konkreteste Form eines Arbeitsbündnisses, wie erwähnt von Greenson (1965) und Glatzer (1976).

Vorgehen für die Therapie

Vor dem Eintritt in die Gruppe halten wir eine vorbereitende Besprechung ab, in der alle Erwartungen an prospektive Gruppenmitglieder erklärt werden. Bevor ein Paar in die Gruppe aufgenommen wird, muß es sich darin einig sein, daß es seine Ehe ansehen und an ihrer Verbesserung arbeiten will. Regelmäßige Anwesenheit in der Gruppe und zeitige Absage, wenn sie verhindert sind, sowie das Zahlen eines gemeinsam festgesetzten Honorars wird ebenfalls gefordert. Wenn ein Partner verhindert ist, sollte der oder die andere trotzdem allein kommen. Die Partner sollten keine körperliche Gewalt anwenden, und wenn sie daran denken die Gruppe zu verlassen, so muß dies mit der Gruppe vorgängig diskutiert werden. Im weiteren sind alle individuellen Kontakte zwischen verschiedenen Mitgliedern der Gruppe offene Angelegenheit der Gruppe. Nach sechs Gruppensitzungen sieht eine der beiden Leiterinnen jeden Teilnehmer und jede Teilnehmerin in einer Einzelsitzung. Dies geschieht, um die Beziehung mit der Leiterin zu festigen und etwaige irrtümliche Erwartungen zu korrigieren.

Weil die Paargruppe auch eine Gruppe ist, bietet sie die günstigen therapeutischen Faktoren an, die Yalom (1970 und 1989) beschreibt: (1) Eingabe von Information, (2) Hoffnung einflößen, (3) Universalisieren, (4) Möglichkeit zum Altruismus, (5) korrektive Rekapitulation von Ereignissen in der Primärfamilie, (6) Entwickeln von besserem sozialem Umgang, (7) Imitationsverhalten, (8) Lernen eines besseren zwischenmenschlichen Verhaltens, (9) Gruppenkohäsion, (10) Katharsis. Wir möchten einen elften Faktor hinzufügen: die affektive Empathie, einen Begriff, den Norman Paul (1976) gebraucht. Affektive Empathie beschreibt eine Art Gegenübertragungsphänomen, in dem die Therapeutin und/oder andere Gruppenmitglieder *affektiv antworten* auf die emotionalen Obertöne des Dialoges der Gruppenmitglieder. Sie ist ein entscheidender Beitrag zur Psychotherapie dieser PatientInnen, deren Reaktion auf dem basiert, was sie intuitiv und affektiv vom inneren Selbst derjenigen wahrnehmen, die um sie herum sind. In unserer Gruppe waren es im besonderen die »Borderline«-PatientInnen, während es in Gruppen mit schwereren Störungen die Schizophrenen wären. Affektive, empathische Resonanz kann einen Eingang schaffen in die innere Welt um die bislang nicht gefühlten oder ausgedrückten Affekte zu öffnen.

Fallbeispiel 3

Von anderen in der Gruppe, die emotional offen sind, Resonanz zu spüren, hat einer unserer Borderline Patientinnen geholfen, ihre Wut und Frustration zu erkennen, die sie früher nur in dissoziativer Weise als obszöne Telefonanrufe hatte zeigen können. Ilene und Joe, ein Paar, das seit fünf Jahren verheiratet war, ohne Kinder, kamen zur Behandlung wegen Ilenes Überzeugung, daß sie »verrückt« sei und deshalb Joe nicht verlassen könne, der ihr durch außereheliche Affären und fahrlässig passiv-aggressives Geldmanagement viel Schmerzen bereitet habe. Joe ist ein kontrollierender, intellektualisierender Mann, der für seine Frau »Therapeut« spielt, mit der Aufgabe, ihre sogenannte »multiple Persönlichkeit« verständlich zu machen. Ilene intellektualisierte ebenfalls, was sie schon über fünf Monate in individueller Therapie getan hatte. Nur in der beschützenden Hülle der Gruppe wagte sie es, Resonanz auf der Gefühlsebene zu erleben. Die Gruppe wurde auch zum Anstoß, ihren »role lock« als Patientin-Ehefrau und Therapeut-Ehemann aufzugeben.

Weil unsere Gruppe eine Gruppe von Paaren ist, entwickelt sich die Kohäsion viel schneller, da Paare sich viel schneller mit ähnlichen Verhaltensweisen anderer Paare identifizieren. Wir ermutigen solche Identifikation. Das führt im allgemeinen zu einer frühen, aber nur kurzen Verbesserung und Symptomreduktion. In typischer Weise sagen Paare aus: »genau das tun wir auch,« wenn sie andere Paare beobachten, wie sie ihre charakteristischen Schlafzimmer- oder Küchenstreitigkeiten führen.

Fallbeispiel 4

Wir begannen unsere Paargruppe mit nur zwei Paaren, von denen beide in den mittleren oder späten dreißiger Jahren waren. Beide hatten zäh festgehalten an Verhaltensweisen in bezug auf außereheliche Affären und Kontrolle. Bei einem Paar war es der Ehemann der kontrollierte und beim andern die Frau. Sie identifizierten sich sofort miteinander in ihren Kämpfen. In diesen ging es darum, auf der einen Seite Gewißheit zu finden durch ein Detektivspiel oder auf der andern Seite sich freier zu fühlen für impulsives Handeln, Alkoholkonsum etc. Die beiden Paare empfanden nach einem Monat so viele Gemeinsamkeiten, daß sie überzeugt waren, wir hätte sie eigens ausgelesen, um zusammen zu arbeiten. Sie wehrten sich zäh gegen unsere Absicht ein neues Paar hinzuzufügen.

In dieser Anfangsphase der Identifikation mit ihrem wechselsei-

tigen Verhalten beginnen Paare, einander Ratschläge zu geben, wie man die Probleme durch eine andere Paarung lösen könnte. Dies mißlingt unvermeidlich wegen der Zähigkeit des ehelichen »role lock« und dem Widerstand gegen alle Veränderung, die in jeder Person bestehen. Aber inneres Wachstum kann auch in diesem Stadium stattfinden, dadurch, daß Interaktionen nicht nur mit dem Partner, sondern außerhalb der Paarbindung mit anderen geschieht. Die Themen bleiben dieselben, aber dadurch, daß man sich mit andern Personen auseinandersetzt, die mehr emotionale Distanz haben als der eigene Ehepartner, kann das Gruppenmitglied freier werden, weniger defensiv zu sein und mehr Möglichkeiten zu sehen. In der länger dauernden Gruppe kann ein erfahrenes Paar einem neuen Paar dadurch helfen, daß es ihm seinen eigenen Wachstumsprozeß mitteilt.

Zum Fallbeispiel 2

Zum Beispiel gibt Jane, eine attraktive und verbal kompetente Frau, ihre Erfolgserlebnisse über ihr Überwinden der Alkohol- und Medikamentensucht wieder. Sie gibt Martha, dem neuesten Gruppenmitglied, den Ratschlag, ihren Mann aufzuwecken, wenn sie nicht einschlafen kann. Jane teilt mit, daß es ihr gelingt Schlaflosigkeit und Abhängigkeit von Schlafmitteln zu überwinden und durch eine positive Sucht nach Sex zu ersetzen.

Weiterer Verlauf und Vertiefung der Therapie

Manche Paargruppentherapeuten konzentrieren sich vor allem auf diese Verhaltensstufe: die Erforschung und Behandlung der ehelichen Beziehung. Sie glauben, daß mit Gruppenunterstützung und mit Gruppendruck die Paare mit einer größeren Reihe von Verhalten experimentieren und damit ein besseres Gleichgewicht in der Ehe bewirken werden. Wir glauben, daß in der Tat eine Veränderung auf dieser Stufe genügend ist für Paare ohne schwerwiegende pathologische Symptome. Diese können dann auch von einer kurzfristigen Erfahrung profitieren.

Für Paare mit einem hohen Widerstand als »role lock« und schwerer individueller Pathologie allerdings ist eine längere und zunehmend individueller orientierte Gruppenpsychotherapie notwendig. Jeder Partner muß genügend Individuation erfahren, um eine Veränderung im ehelichen Gleichgewicht tolerieren und aufrechterhalten zu können. Wir unterstützen die Vorstellung, daß jedes Gruppenmitglied lernen muß, sich mit der eigenen Persönlichkeitsdynamik in Gegenwart des

Partners oder der Partnerin zu konfrontieren. Am Ende muß jede/r sich für sich selbst und aus eigener Kraft verändern und darf nicht vom Gatten oder der Gattin für diese Art Hilfe abhängen. Wenn Wachstum in dieser Art erreicht wird, in Gegenwart der Gattin oder des Gatten, dann wird die Erfahrung eine gemeinsame. Damit fällt die Bedrohung weg. Es gibt weniger gegenseitige Sabotage und, nebenbei, weniger Druck für Trennung oder Scheidung.

Wenn diese Gruppennorm des Wachstums akzeptiert ist, wird die Paargruppe einer Gruppe von Individuen ähnlicher; natürlich wird aber dauernd auf die Partnerschaft Bezug genommen wegen der Gegenwart des Partners. Wenn die Teilnehmer miteinander Probleme von Nähe und Distanz, Trennung und Zusammensein herausarbeiten, und sehen wieviel jede Person bereit ist, für die Ehe und für die Gruppe zu opfern, um daran zu gewinnen, dann gibt es parallele Veränderungen in der Ehebeziehung.

Wir haben dies viele Male mit einigen unserer Paare in der Gruppe gesehen.

Zum Fallbeispiel 2

Jane und Jack, die phobische, pillenorientierte Hausfrau und der ruhige Geschäftsreisende, sind jetzt Jane und Jack als Geschäftspartner, die manchmal zusammen reisen. Jane ist emotional weniger unkontrolliert und Jack kann seine Gefühle besser aussprechen. Das zeigt sich in der Gruppe dadurch, daß Jane weniger Episoden von hysterischer Emotionalität hat und daß Jack sich öfters ausspricht, auch in Beantwortung anderer Gruppenmitglieder. Individuell ist Jane daran, sich als eigene Person zu differenzieren und Distanz zu gewinnen von ihrer neurotischen Mutter und von ihrer Tochter im Schulalter. Sie ist sogar fähig, ohne ihren Ehemann zu Reisen. Jack lernte, wie sehr er von Jane's Intuition und ihrer gesellschaftlichen Kompetenz abhängig gewesen war und bezieht sie vermehrt als gleichwertige Partnerin ein. Er tut sich auch leichter damit, zu ihr zu sagen »cool it« d.h. »reg' dich ab«.

Fallbeispiel 5

In ähnlicher Weise sind Allan und Carol ein Paar, dessen anfängliche Interaktion die der emotional instabilen Frau war, die sich zwanghaft mit Allan's Beziehung zu seiner Ex-Frau und seinen Kindern beschäftigte, und des ängstlichen, abhängigen und überforderten Ehemannes, der nicht wußte, was er tat. Dies trug zur außerordentlichen Unsicherheit seiner Frau bei. Er hatte es zugelassen, in eine schlechte finanzielle

Situation gebracht und manipuliert zu werden. Carol lernte mit der Zeit, ihre eigenen langfristigen Ängste und ihre Furcht vor Verlusten von den Grundlagen ihrer Beziehung zu ihrem Ehemann im Hier und Jetzt zu unterscheiden. Allan lernte, daß er nicht ausschließlich verantwortlich war für Carols tief eingebettete Unsicherheit und daß er durchsetzungsfähiger werden mußte im Führen seiner Geschäfte. Er war von Beruf Treuhänder und hatte alle Qualifikationen dazu. Er brachte später in der Gruppe auch Beispiele von seinem Durchsetzungsverhalten gegenüber seiner dominierenden Mutter, von der er sein ganzes Leben lang abhängig gewesen war.

Bei einigen Paaren aber war es uns nicht möglich, merkliche Veränderungen im »role lock« des Paares zu zeigen und zu unterstützen. Die zwei Paare mit denen wir angefangen hatten, waren hervorragende Beispiele. Sie erreichten zwar eine etwas bessere Regulierung ihres Verhaltens; es gab weniger Wutausbrüche und weniger Ausagieren, und jede/r gewann etwas Verständnis für den/die andere/n durch die Erkenntnis der Verknüpfungen mit der Ursprungsfamilie. Die grundlegenden Interaktionsmuster veränderten sich jedoch nicht.

Zum Fallbeispiel 4 (die beiden ersten Paare)

Ehemann Nr. 1 blieb außerordentlich argwöhnisch gegenüber seiner Frau, bis zu einem paranoiden Ausmaß. Sie akzeptierte das weiterhin und demonstrierte damit ein vermindertes Bedürfnis nach Unabhängigkeit. Paar Nr. 2, Trish und Howard, versuchten einige weitere Optionen, begannen neben der Gruppe auch eine individuelle Behandlung, konnten aber noch immer nicht ihr Beziehungsmuster ändern, das Trish isoliert zu Hause sein ließ, beschränkt auf Telefonieren mit Freundinnen, während Howard in andern Städten herumreiste, wo er schnelle Beziehungen von »love them and leave them« (d.h. »liebe sie und verlasse sie«) zu Frauen herstellte. Es schien Trish zu genügen, daß er wenigstens nicht mehr betrunken nach Hause kam oder sexuellen Verkehr mit anderen Frauen hatte, wo Trish es bemerken könnte. Ihre Beziehung festigte sich im Prozeß des Widerstandes gegen die Gruppennorm des inneren Wachstums.

Fallbeispiel 6

Das dritte Paar, das wir in die Gruppe aufnahmen, hatte einen destruktiven Effekt auf die Gruppe als ganzes. Susie und Gus waren vor kurzem aus dem mittleren Westen zugewandert und erst seit ein paar Jahren verheiratet. Sie demonstrierten ein chronisches Interaktionsmu-

ster, das, wie es schien, aus Susie's individueller Pathologie stammte, das sie aber gut im interpersonalen Verhalten gebrauchen konnte. Susie war eine impulsive, manipulative und sehr intelligente Borderline Persönlichkeit, und Gus war ein unsicherer, abhängiger und passiv-aggressiver »netter Kerl«. Auf der einen Seite beugte er sich Susie, weil sie, wenn sie krank wurde, im Bett blieb, auf ein kindliches Niveau regredierte und ernsthafte psychosomatische Krankheiten entwickelte. Wenn sie wieder funktionierte, trieb er sie dazu Geld, zu verdienen und Verantwortung für ihn zu übernehmen. Er hörte immer auf zu arbeiten, wenn sie angestellt war. Für seine Abhängigkeit bestrafte und belohnte sie ihn abwechslungsweise. Die Gruppe war hilfreich im Auffangen der hohen Wellen von Susies regressiven Episoden, da sie bald realisierte, daß diese Resultat ihrer Entscheidung waren und nicht das Unglück, das sie befiel. Susies Gruppenverhalten änderte sich vom Liegen auf dem Boden, mit dem Gesicht nach unten, zum Sitzen in der Lotusstellung, mit dem Kopfe noch stets den Boden berührend, bis zum Sich Ankleiden »fit to kill«, d.h. sich ausnehmend schön zu machen um andere in den Schatten zu stellen. Dann konnte sie jede, die mit ihren vorgefaßten Meinungen nicht einig war, mit großer Expertise fertig machen. Gus konnte einsehen, daß sein jetzt erworbenes Durchsetzungsvermögen nicht die Ursache von Susies Krankheitsepisoden war.

Doch er beugte sich wieder und wurde von Susie in eine andere Gruppe weggeschleppt, als sie einen Machtkampf mit uns Therapeutinnen ausagierte. Wir wurden damals die schlechten Gruppenleiter (= die schlechten Eltern) und der andere Leiter der gute (= gute Eltern-teil). Der Kern des Machtkampfs hing an der Frage, wie krank Susie sich fühlte und wie krank wir fühlten, daß sie war. Sie provozierte uns zu sagen, daß sie, wenn sie in der Tat so krank wäre, wie sie sagte, wohl in ein Spital gehen müßte. Danach klagte sie uns an, ihren Fortschritt und ihr Selbstvertrauen zu behindern. Es war deutlich, daß wir nicht gewinnen konnten und daß sie die Gruppe verlassen mußte. Sie mußte uns in der Tat verlassen, da wir entdeckt hatten, daß sie für die letzten zwei Monate gleichzeitig beide Gruppen besucht hatte. Aber während sie daran war auszusteigen traf sie sich mit den Frauen der zwei ersten Paare zum Mittagessen, offensichtlich um über Fehler der Gruppentherapeutinnen zu sprechen. Wir hörten von den andern Paaren, daß sie auch die zweite Gruppe bald verließ. Wegen wiederholter psychosomatischer Probleme hielt sie sich in einer Klinik auf. Später erstattete sie Anzeige gegen ihren Arbeitgeber wegen Vergewaltigung. Dann sei sie mit ihm ins Ausland verreist.

Wenn die ersten beiden Paare gegen ihr Verbleiben in der Gruppe und ihre Veränderung weniger Widerstand entgegen gesetzt hätten,

hätte Susie sich vielleicht mit ihrem Mißbrauch der Gruppe auseinandersetzen müssen.

Unsere Orientierung als Leiterinnen der Gruppe

Die Art Gruppeninteraktion, mit der wir arbeiten, ist der *Prozeß im Hier und Jetzt*, d.h. das, was zwischen den Mitgliedern untereinander und zwischen Mitgliedern und Leiterinnen vorgeht. Wir pflegen einen demokratischen, nicht autoritären Ton, um den Beitrag jedes einzelnen ernst zu nehmen. Wir ermutigen die Mitglieder, Wärme, Humor und Spontaneität zu zeigen.

Die Erwartungen der PatientInnen scheinen mehr mit dem Erfolg der Therapie zu tun zu haben, als mit dem Verhalten der Leiterinnen. Vorbereitung ist deshalb wichtig. Eine Folge unserer Erkenntnis, daß Erwartungen wichtig sind, war eine bessere Transparenz unsererseits. Wir teilten unsere Gedanken und Gefühle in bezug auf die Gruppenerfahrung offen mit. Wir benutzten die Gruppe aber nicht (im Sinne der »Self-disclosure«) um eigene persönliche und familiäre Angelegenheiten einzubringen.

In den frühen Sitzungen, am Anfang der Gruppentherapie, waren wir aktiver im Stimulieren und Strukturieren der Gruppeninteraktion. Die Notwendigkeit dazu scheint immer dann gegeben, wenn neue Mitglieder aufgenommen werden. Unser Ziel dabei ist, Kohärenz und Gruppengefühl zu fördern. Bekanntlich können Leiter, die zu sehr auf Distanz und nicht direktiv sind, in den Anfangsstadien keine Interaktion zwischen den Paaren herbeiführen, die so wichtig für den Therapieprozeß wären (Cochrane 1973). Als Leiterinnen ermöglichen und erleichtern wir diese Interaktionen, wann immer nötig, und bieten klärende und unterstützende Deutungen, dessen was geschieht.

Wir setzen uns für die Flexibilität der Rollen in der Gruppe ein. Denn über die Gesamtdauer der Gruppe werden immer wieder andere Rollen aktuell – genau wie im täglichen Leben. Der Prozeß bleibt produktiv, solange er flüssig bleibt. Wenn Mitglieder in ihren Rollen erstarren, zeigen sich Stereotypen im zwischenmenschlichen Verhalten mit einem gleichzeitigen Gefühl von Verwundbarkeit und Abhängigkeit. Die Gruppenmitglieder werden abhängiger von der Therapeutin und fühlen, sie müsse »etwas tun«. Die PartnerInnen werden übermäßig abhängig voneinander, um sich persönlich wohlzufühlen.

Genau so wie wir meinen, daß chronische problematische Muster in der Ehe das Produkt von individueller Dynamik *und* zwischenmenschlichem »role lock« sind, so glauben wir, daß Rollenphänomene

in der Gruppe aus der Interaktion zwischen den Persönlichkeitskonflikten der einzelnen entstehen *und* den Konflikten, die durch den Gruppenprozeß im Ganzen zustande kommen. Es ist wichtig, der Gruppe diesen Doppelcharakter des Gruppenprozesses aufzuzeigen, da Gruppen die Neigung haben, nur mit der einen oder der anderen Seite allein umzugehen. Wenn z.B. ein Gruppenmitglied die Gruppenzeit monopolisiert, da¹⁹ sollte die Therapeutin sich nicht auf den Inhalt des Gesprächs konzentrieren, sondern die Frage der Partizipation der Gruppe aufbringen. Was ist der Gruppenkonflikt, der da hindurchscheint? Wenn es klar wird daß das Thema dominantes gegenüber unterwürfigem Verhalten ist, kann es erleichternd für Gruppenmitglieder sein, ihren Widerstand gegen die Veränderung ihres Verhaltens aufzugeben.

Die Theoretischen Konzepte

Die interaktionelle, prozeßbezogene Fokal-Konflikttheorie von Stock-Whitaker und Lieberman (1964) entwickelt diese Ideen weiter. Wir gebrauchen sie als Rahmenreferenz, um Gruppenprozesse aufzuklären. Diese Autoren sagen: »Die Folge der verschiedenen Ereignisse, die in der Gruppe geschehen, kann verstanden werden als ein gemeinsamer verdeckter Konflikt (der Gruppen-Fokalkonflikt), der aus einem Impuls oder Wunsch (das aufreizende Motiv) und im Gegensatz zur assoziierten Furcht (das reaktive Motiv), entsteht.« Wenn der Gruppen-Fokalkonflikt z.B. der Wunsch nach Fusion und andererseits die Angst vor der Ablösung und der Individuation ist, werden die Gruppenteilnehmer sich bemühen, eine Lösung zu finden, die die Angst reduziert durch das Erleichtern der reaktiven Furcht.

Lösungen können erfolgreich oder nicht erfolgreich sein, sie können restriktiv sein oder öffnend für neue Wege (»enabling«). Die restriktive Lösung verdrängt und negiert und enthält auch den »role lock«, aber die öffnende Lösung erlaubt ein konstruktiveres Niveau der Integration von Impuls und Furcht. Ein Beispiel von einem regressiven »role lock« kann ein plötzlich geheilter Patient sein, der vorzeitig von Beendigung spricht, statt sich mit seiner Wut und seiner Furcht auseinanderzusetzen, die z.B. durch den Ausfall einer der Leiterinnen oder eines anderen Gruppenmitglieds entstanden ist.

Die Entwicklung einer Therapiegruppe vom Anfang bis zum Ende ist charakterisiert (nach Stock-Whitaker und Lieberman 1964) durch das wieder und wieder Erscheinen der grundlegenden Themen unter progressiv sich erweiternden Bedingungen der Gruppenkultur.

Die TeilnehmerInnen kämpfen mit den Fragen, wie man mit Emotionen umgehen kann, ohne von ihnen überwältigt zu werden, und wie man die eigene Integrität behalten und zugleich das Leben bereichern könnte durch gegenseitiges Vertrauen und damit mehr Interaktion mit anderen. In einer Paargruppe spielt die Frage die Hauptrolle, wie man Aggression konstruktiv in persönlichen Beziehungen behandeln kann.

Häufige Befürchtungen in frühen Gruppensitzungen sind: (1) Furcht belächelt oder kritisiert zu werden, vor allem von andern Mitgliedern, (2) Furcht andere zu verletzen, (3) Furcht Schaden zu nehmen durch den Kontakt mit anderen »kranken« Personen, (4) Furcht vor Schuld über »Petzen«, (5) Furcht vor Verlust der Kontrolle über sexuelle Gefühle, (6) Furcht vor Rache, Beschämung oder Strafe oder Verlassenwerden vom Therapeuten. Solche Ängste kommen natürlich als Reaktion auf spezifische Wünsche, die man in die Gruppe bringt, z.B. der Wunsch etwas von den eigenen Problemen zu enthüllen, Rivalen auszuschließen, der Therapeutin zu gefallen, eine exklusive Beziehung zur Leiterin zu haben, wütend zu sein auf die Leiterin, weil sie nicht genügend Hilfe bietet oder intime Beziehungen zu ändern in der Gruppe einzugehen.

Die Ambivalenz, die entsteht zwischen Gratifikation eines Wunsches und die Furcht vor den entstehenden Konsequenzen, zwingt die Gruppe zu einigermaßen gangbaren Kompromißlösungen. Häufige Lösungen sind: (1) Verneinen, daß irgendwelche schlechten Gefühle bestehen zwischen den Mitgliedern, (2) Diskussion der Probleme einer außenstehenden Person, mit dem einmütigen Beschluß, daß jene Person Hilfe braucht: dies bedeutet Ansprechen und zugleich Verneinen der eigenen Hilfsbedürftigkeit, (3) Ansprechen von konkurrierenden oder eifersüchtigen Gefühlen in anderen Gruppen, außerhalb der eigenen, (4) Ausagieren von Konkurrenzgefühlen durch gescheite intellektuelle Argumente, (5) Verneinen aller sexuellen Gefühle für andere Mitglieder oder die Leiterinnen, »Alles ist nur Freundschaft«, (6) Überreden eines anderen Mitglieds, daß er oder sie ein Problem hat und ihn dann angreifen.

Eine andere Art Lösung ist das Erkennen der Impulse im Fokal-konflikt, diese jedoch zu minimalisieren oder zu rationalisieren. Zum Beispiel können aggressive Gefühle so gerechtfertigt werden, daß das Objekt die Strafe »verdient« habe oder Aggressionen auf sich selbst ziehe.

Die Gruppe versucht oft, die Therapeutin zu einem Lösungsangebot zu bewegen. Dies kann in verschiedener Weise geschehen, (1) z.B. als Anfrage um Anleitung, (2) als Forderung nach einer Garantie, daß das Resultat der Therapie schließlich all das Leiden und die Angst

aufwiegen werde, (3) als Insistieren, daß die Leiterin alles kontrolliere was geschieht, oder (4) von der Leiterin zu fordern, daß sie gegen ein anormales Mitglied vorgehe, ohne die eigene Quelle des Wunsches zu verraten. Restriktive Lösungen sind notwendig in den frühen Gruppensitzungen, da sie die notwendige Funktion erfüllen, die überbordende Angst zu mildern, was es für die Gruppe möglich macht zusammen zu bleiben. Wenn die Gruppe heranreift, beginnt eine graduelle Wendung von restriktiven Schnellösungen zum Ertragen-Können, der Erforschung der Angst, jedenfalls für den größten Teil der Gruppensitzung.

Sukzessive Gruppen-Fokalkonflikte bedrohen das Individuum, da sie seine/ihre entscheidenden persönlichen Konflikte zum Vorschein bringen. Sie oder er versucht die gewohnheitsmäßigen Lösungen einzubringen, jedoch bleibt dies meist ohne Erfolg, denn eine verbindliche Lösung kann erst gefunden werden, wenn sie mit den gegenwärtig geltenden Gruppenlösungen vereinbar ist. Wenn das nicht erreicht werden kann, wird sie oder er versuchen, die Gruppenlösung in seinem/ihren Sinne zu beeinflussen, um die Angst zu vermindern, oder – wenn das nicht gelingt – sich zeitweilig zu isolieren. Das bedeutet, die Person muß (1) das persönliche Kernproblem in der Therapiesitzung erleben, (2) die daraus resultierende Angst nicht mittels der gewohnheitsmäßigen alten Muster erfolgreich umgehen, und endlich, (3) sie muß erfahren, daß keine Katastrophe erfolgt, sondern neues Lernen; daß diese gewohnheitsmäßigen Lösungen also nicht nötig sind für ihre Existenz.

Zusammengefaßt dient die Gruppe dazu, daß die einzelnen Mitglieder im Hier und Jetzt der Gruppe ihre Art der Konfliktlösung und ihren Umgang mit Problemen, den sie in der Ursprungsfamilie gelernt haben und den sie auch in der Ehe weiterführen, rekapitulieren. Gruppentherapie ist damit eine wirkungsvolle Arena, offenere Lösungen zu finden und sich aus Gefangenschaft in restriktiven und unbefriedigenden Rollen in der Familie und im Eheleben herauszuziehen.

Die gemeinsame Leitung der Paargruppe

Zum Abschluß unseres Berichtes sollte die Frage der Ko-Therapie und die Frage gleichgeschlechtlicher Ko-Therapeuten kurz erörtert werden. Weit verbreitete Theorien vertreten, daß Paargruppen durch verheiratete Paare geleitet werden sollten, oder, wenn, das nicht möglich ist, zumindest durch eine Frau und einen Mann (Markowitz und Kadis 1968), so daß eine familienähnliche Atmosphäre entsteht. Wir fragten

uns, wie gleichgeschlechtliche Ko-Leiter die Entwicklung der Gruppe beeinflussen würden. Wir fanden keine erfaßbaren Unterschiede in der Art wie diese Gruppe sich entwickelte, im Vergleich zu einer ähnlichen Gruppe an einer psychiatrischen Ambulanz, die von einem Mann und einer Frau geleitet wurde. Es schien sogar, daß ein kleiner Vorteil für die Männer der Gruppe resultierte. Sie konnten ihren Widerstand gegen die Therapie leichter aufgeben, da keine männliche Autoritätsfigur zugegen war. Der natürliche Widerstand gegen Familienautoritäten war ebenfalls nicht vorhanden. Negative und positive Elternübertragungen konnten sich einstellen, unabhängig vom Geschlecht der leitenden Person.

Das gute Einvernehmen der Ko-Leiter ist von größter Wichtigkeit. Es fördert Kommunikation und Einigkeit über das Ziel jeder Sitzung und nicht-verbale und verbale Unterstützung füreinander während der Sitzung. Eine gemeinsame Besprechung nach jeder Sitzung dient der Feststellung, wo die Gruppe steht. Neue Strategien werden erarbeitet. Um wirkungsvoll zu sein, sollen Leiterinnen nicht konkurrieren und sich gegenseitig verpflichtet sein, das zu tun, was die Gruppe braucht. In dieser Atmosphäre kann eine Leiterin der andern helfen, in einer schwierigen Situation »aus der Patsche« zu kommen. Sie kann die andere unterstützen, wenn die Gruppe versucht, vor der Konfrontation mit wichtigen Themen zu flüchten. Im weiteren sind im Erfassen von schwierigen Gruppeninteraktionen zwei Köpfe besser als einer.

Eine weitere Hilfe im Ko-Therapieprozeß ist regelmäßige Supervision. Sie erleichtert und unterstützt den beidseitigen Leitungsprozeß und gibt einen neutralen Ort für einen Überblick, um eventuelle Sackgassen zu vermeiden. Sie ist eine große Hilfe für die Leitung, die Gruppen-Übertragungen auf die Leiterinnen zu erkennen. Sie können zwei allmächtige und gütige Elternfiguren sein, es kann eine gesplante Übertragung geben mit dem guten und dem schlechten Elternteil oder auch die benachteiligenden, kritischen, vernachlässigenden und verlassenden Eltern. Wir hatten beide die Tendenz, die negativen Haltungen uns gegenüber nicht zu erkennen. Dafür war die Supervision besonders wichtig.

Unsere Erfahrung mit der gemeinsamen Leitung einer offenen und langzeitigen Paar-Therapiegruppe, die weitgehend nach diesen Einsichten verlief, war sehr befriedigend, schlußendlich heiter und wachstumsfördernd.

Literatur

1. Preuß, H. G.: Die Ehe im Brennpunkt der therapeutischen Gruppe (Zur Gruppentherapie mit Ehepaaren) Seiten 125-133 in: Analytische Gruppentherapie« Grundlagen und Praxis, Hrsg. Hans G. Preuß, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1966
2. Preuß, H.G.: Ehepaartherapie (Beitrag zu einer psychoanalytischen Partnertherapie in der Gruppe). Überarbeitete Neuauflage, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a/M. 1985
3. Moeller, M.L. Zur Theorie und Technik der Paargruppenanalyse, Familiendynamik 2, 1982, 150-158
4. Grunebaum, H., Christ, J., and Neiberg, N. Diagnosis and treatment planning for couples. Int. J. Group Psychother. 19 (1969) 185
5. Neiberg, N. The group psychotherapy of couples. pp.301-410 In: Grunebaum, H. and Christ, J. (eds.) Contemporary Marriage: Structure, Dynamics and Therapy, Boston: Little, Brown and Company, 1976,
6. Bogdanoff, M. and Elbaum, P. Role lock: dealing with monopolizers, mistrusters, isolates, helpful Hannahs, and other associated characters in group psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 28 (1978) 247-262
7. Greenson, R. The working alliance and transference neurosis. Psychoanal. Quarterly 34 (1965) 155-181
8. Glatzer, H. The working alliance in analytic group psychotherapy Int. J. Group Psychother. 26 (1976) pp. 147-161
9. Yalom, I. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, englisch: 1970, New York, Basic Books, deutsch: Verlag J. Pfeiffer, München 1989. Kapitel 1. Die therapeutischen Faktoren in der Gruppentherapie pp. 19-33
10. Paul, N. The role of mourning and empathy in conjoint marital therapy in: Zuk, G. and Borszomeny-Nagy, I. (Hrsg.): Family therapy and disturbed Families.
11. Cochrane, N. Some reflections on the unsuccessful treatment of a group of married couples. Brit. J. of Psychiat. 123 (1973) 395-401
12. Stock-Whitaker, D. and Lieberman, M. Psychotherapy through the Group Process, New York 1964, Atherton Press.
13. Markowitz, M. and Kadis, A.L.: Short-Term Analytic Treatment of Married Couples in a Group by a Therapist Couple in: New Directions in Mental Health, B.F.Riess Editor, Vol. 1, pp. 50-68. 1968, abgedruckt in Progress in Group- and Family Therapy, Hrsgb. Clifford J. Sager und Helen Singer Kaplan, Brunner/Mazel, New York und Butterworths, London 1972

Der verlängerte Arm

■
Dagmar Doege

Zusammenfassung

Die Autorin beschreibt ihre wechselnden Rollen während der unterschiedlichsten Tätigkeiten, die sie als Krankenschwester ausübte. Sie bewegten sich zwischen dem Erleben, »verlängerter Arm« des Arztes zu sein und gesundheitlicher Verantwortung für die Mitarbeiter eines großen Betriebs, die ärztliche Qualifikation erfordert hätte. Verletzungen waren unvermeidlich. Was Pflege ausmacht, mußte sie wiederholt neu definieren.

Das Angebot, für die Zeitschrift einen Artikel zum Thema »Verletzliche Beziehungen« zu schreiben, hat mich anfangs sehr erschreckt. Zum einen habe ich derartiges noch nie getan, zum anderen bietet er mir aber auch die Chance, meinen Berufsweg, meine Beziehungen zu den Kollegen, meine persönliche Einstellung zur Psychiatrie und psychisch Erkrankten zu reflektieren. Im Alltag mit den alltäglichen Belastungen von Arbeit, Familie und den eigenen Ansprüchen ist kaum Zeit und Raum für umfassende Überlegungen.

Festgelegte Beziehungen

Soweit ich mich zurückerinnern kann, stand für mich mein Berufswunsch schon immer fest: »Ich werde Krankenschwester.« Beeinflußt wurde ich auch von meiner Großmutter, die selber Krankenschwester gewesen ist. Sie war eine liebe, gütige, fürsorgliche Frau, mein Vorbild. Als Familienangehörige stationär behandelt werden mußten, lernte ich schon früh, ich war ca. zehn Jahre alt, die Gefühle der Angst, Mutlosigkeit und des Ausgeliefertseins der Patienten und deren Angehörigen in solchen Situationen kennen. Der Wunsch, schützend, pflegend, tröstend und helfend wirken zu können, war meine Motivation, als Krankenschwester zu arbeiten.

Mitte der 60er Jahre waren zehn Jahre Schule und Lebensalter 18 Voraussetzung zum Beginn einer Lehre zur Krankenschwester. So mußte ich nach Beendigung der Schulzeit anderthalb Jahre als Vorschülerin im Humboldt-Krankenhaus ein sogenanntes Haushaltsjahr absolvieren. Einsatzschwerpunkte waren die Krankenhausküche, Nähstube,

Gärtnerei, das Servieren bei Festlichkeiten innerhalb der Klinik und bei den Mahlzeiten der Krankenpflegeschüler in der Kantine.

1964 begann ich im Rudolf-Virchow-Krankenhaus eine dreijährige Ausbildung zur Krankenschwester. Während der Lehre war es üblich, alle viertel bzw. alle halbe Jahre die Station zu wechseln. So lernte ich die Abteilungen für Hals-Nasen-Ohren, Gynäkologie, Chirurgie, Innere Erkrankungen, Infektionskrankheiten, orthopädischer Operationsaal, Kreißaal, Neurologie, chronisch Erkrankte kennen.

Nach meinem Examen arbeitete ich ein Jahr auf der Station für chronisch erkrankte Menschen und ein Jahr auf einer neurologischen Station. Aus dieser Zeit resultiert wohl auch meine Abneigung gegen Institutionen und festgefügte Hierarchien. In der Arbeit waren für mich die Beziehungen festgelegt und nicht hinterfragt. Die Ärzte waren unnahbar ‚die Götter in Weiß‘, die Oberschwester absolute Respektperson, die Kollegen diejenigen, mit denen die anfallende Arbeit getan wurde, die Patienten Krankheitsfälle, die zur Behandlung kamen und wieder aus meinem Blickfeld verschwanden.

Aufkommende Ängste, Zweifel, Unsicherheiten, Konflikte, Befürchtungen wurden verdrängt, nicht reflektiert.

Verlängerte Arme

Als mich ein Besucher der Station, auf der ich arbeitete, fragte, er war Orthopäde, ob ich nicht in seiner Praxis als Krankenschwester arbeiten wollte, willigte ich ein. Der Schichtdienst und ungünstige Dienstpläne für Krankenschwestern, die nicht verheiratet waren, hatte mein Privatleben ziemlich belastet. Fest geregelte Arbeitszeiten, jeden Mittwoch und jedes Wochenende frei, keine Überstunden – welch Luxus.

In der Praxis wurde ich zuständig für Spritzen, Verbände, Blutabnahmen, Hausbesuche, Führen von Patientenkarteen, Ausstellen von Rezepten, Überweisungen usw. und Quartalsabrechnungen. Die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen, zwei Arzthelferinnen, eine Krankengymnastin, war gut. Obwohl wir selbständig arbeiteten, waren wir nur die »verlängerten Arme«; Entscheidungen traf der Arzt.

Der Fachrichtung entsprechend konzentrierte sich die Behandlung der Patienten auf ihre körperlichen Beschwerden, die die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen können. Somit war es wichtig und nötig, den Menschen in seiner gesamten Lebenssituation zu sehen.

In den vier Jahren, in denen ich in der orthopädischen Arztpraxis arbeitete, änderte sich auch meine eigene Lebenssituation, ich habe

geheiratet, und als unser Sohn geboren wurde, gekündigt und war zwei Jahre nicht berufstätig. Diese zwei Jahre als Hausfrau und Mutter waren für mich eine wertvolle Erfahrung, die ich nicht missen möchte. Ich hatte aber auch einen Beruf gelernt, in dem ich immer gerne gearbeitet habe, und so griff ich freudig zu, als mir eine Stelle als Betriebskrankenschwester angeboten wurde.

Fürsorge, Anteilnahme

15 Jahre arbeitete ich insgesamt als Betriebskrankenschwester, davon fünf Jahre bei AEG-Telefunken. Die Sanitätsstelle war besetzt mit einem Betriebsarzt, einer Ersthelferin und mir; wir betreuten 2100 Betriebsangehörige. Erste Hilfe bei Verletzungen war ein großer Bestandteil unserer Arbeit. Da ich nie im Krankenhaus in der Aufnahme gearbeitet hatte, mußte ich zu Beginn lernen, besonders bei schweren Unfällen und lebensbedrohlichen Situationen, mit dem auftretenden Streß und der eigenen Angst umzugehen. Die Unterstützung des Betriebsarztes war mir eine große Hilfe. Weitere Bestandteile meiner Arbeit waren die Ausgabe von Medikamenten, z.B. Kopfschmerztabletten, Grippemittel oder andere Medikamente, die den Arbeitnehmern ermöglichen sollten, ohne Ausfall ihrer Arbeit nachgehen zu können. Eine für mich schwierige Situation, einerseits den z.B. von Kopfschmerzen geplagten Menschen entlasten zu wollen, andererseits sich dem Druck des Arbeitgebers bewußt zu sein, der durch unsere Arbeit Krankschreibungen verhindern wollte. Zwiespältig waren für mich auch die Hausbesuche, die ich auf Veranlassung der Personalabteilung bei Mitarbeitern, die längere Zeit krank geschrieben waren, machen mußte. Für die Personalabteilung waren folgende Fragen wichtig: Wie lange wird die Krankschreibung dauern, wurde eine Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente eingereicht, eine Kur beantragt, ist der Arbeitnehmer wieder an seinem angestammten Arbeitsplatz einsatzfähig oder muß für ihn bei der Arbeitsaufnahme ein sogenannter »Arbeitsschonplatz« bereitgestellt werden. Die Mitarbeiter empfanden diese Besuche eher als Kontrollen des Arbeitgebers. Meine Schwerpunkte waren die der Fürsorge, Anteilnahme und Beratung. Auf der einen Seite mußte ich die Positionen des Arbeitgebers vertreten, ohne bei den Mitarbeitern das Gefühl der Kontrolle aufkommen zu lassen, andererseits war da mein ganz persönliches Interesse an den Menschen und ihren individuellen Lebenssituationen.

Einsame Entscheidung

Anfang der 80er Jahre wurden 800 Mitarbeiter entlassen. Für die Sanitätsstelle war ich nun alleine verantwortlich, einmal wöchentlich kam ein Betriebsarzt für acht Stunden. Die Einsamkeit in den Entscheidungen und in der Verantwortung kann ich erst jetzt mit dem zeitlichen Abstand reflektieren. In der Regel hatte ich am Tag 60–80 Personen in der Ambulanz zu versorgen. Dadurch, daß ich die Menschen kannte, bestand zwischen ihnen und mir ein Vertrauensverhältnis. Gründe die Ambulanz aufzusuchen, waren körperliche Beschwerden jeglicher Art, Ärgernisse und Streit mit dem Vorgesetzten, den Kollegen oder Familienangehörigen, private Unfälle insbesondere nach den Wochenenden, Unfälle am Arbeitsplatz. In allem wurde von mir Rat und Hilfe erwartet und geleistet, doch eine Reflexion oder ein entlastendes Gespräch über die Vorkommnisse des Tages war für mich nicht möglich, mit Ausnahme bei Betriebs- und Wegeunfällen, wo vom Gesetzgeber eine Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsingenieur vorgeschrieben war. Die Einsamkeit in den Entscheidungen und das in mich gesetzte Vertrauen waren oft sehr erdrückend, z.B. bei Beschwerden in der Brust benachrichtigte ich die Feuerwehr. Fährt der Mensch mit dem Taxi zum Arzt, konsultiert er seinen behandelnden Arzt in der nächsten Sprechstunde oder ist ein Gespräch über Ärger und Wut und deren Entstehung angemessen? Ein Beispiel für diese Situation:

In die Sanitätsstelle kam eine Frau, die ich über Jahre als ruhige und ausgeglichene Person kannte. An diesem Tag jedoch war sie aufgelöst, ängstlich, den Tränen nahe und klagte über Halsschmerzen. Die Versuchung lag nahe, ihr Lutschtabletten für den Hals zu geben und sie wieder an ihren Arbeitsplatz zu schicken. Doch hätte das in keinem Verhältnis gestanden zu dem Zustand, in dem sich die Frau befand. Über ein längeres Gespräch konnten wir dann klären, was die Ursache für ihre Halsschmerzen und die Angst war. Die Familie hatte am Wochenende in der Wohnung renoviert und die Holzverkleidung gestrichen, dabei vergessen zu lüften und die Nacht in den ungelüfteten Räumen geschlafen. Wir haben dann zusammen überlegt, daß es das beste wäre, wenn sie mit dem Taxi in ein Krankenhaus fährt.

Am nächsten Tag war die Frau wieder an ihrem Arbeitsplatz und berichtete, daß durch die für das Holz verwendeten Chemikalien Dämpfe entstanden waren und eine Schwellung im gesamten Rachenraum verursacht hatten. Der behandelnde Arzt in der Klinik gab ihr eine Injektion und war der Meinung, wäre sie nur eine Stunde später gekommen, wäre sie erstickt.

Oft versuchten auch die Vorgesetzten ihre Verantwortung gegen-

über ihren Mitarbeitern auf mich abzuschieben, z.B. ob oder wann ein Mitarbeiter bei grippalen Infekten nach Hause gehen kann. Auch kam es vor, daß Mitarbeiter mich dahingehend benutzten, indem sie meine Worte verdrehten, um ihre persönlichen Belange bei ihren Vorgesetzten zu erreichen. Die 8 Stunden in der Woche, die der Betriebsarzt in der Sanitätsstelle anwesend war, waren meistens belegt mit Belangen, die den Betrieb betrafen, z.B. Einstellungsuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen auf gefährliche Arbeitsstoffe, Betriebs-Arbeitsplatzbegehungen, Besprechungen. Für mich blieb wenig Zeit, um die Geschehnisse der Woche zu besprechen und der Wunsch, in einem Team zu arbeiten, war immer ein Gedanke.

Dann, Anfang der 90er Jahre, wurde durch äußere Umstände unsere Firma umstrukturiert und viele der Mitarbeiter entlassen. Da die Bedingung für eine ständig besetzte Sanitätsstelle bei 500 Beschäftigten nicht mehr gegeben war, wurde ich zu meinem Entsetzen entlassen. Ich war tief verletzt (meine erste Kündigung) und hatte das Gefühl, ins Bodenlose zu stürzen. Wut – warum gerade ich –, das Gefühl versagt zu haben, Verarmungsängste und Zukunftsängste plagten mich. Die Wut, Ängste und mein Mut ließen mich Bilanz ziehen. Ich wußte, daß ich weiterhin arbeiten wollte, also krepelte ich die Ärmel auf und schrieb Bewerbungen. Doch zu dieser Zeit entließen viele Betriebe ihre Mitarbeiter, und eine Planstelle als Betriebskrankenschwester wurde nicht frei. Auf eine Annonce hin bewarb ich mich um die Stelle einer Krankenschwester in der psychiatrischen Ambulanz und Tagesklinik der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik. Das Vorstellungsgespräch verlief positiv, ich bekam die Stelle.

Die eigene Berufsrolle

Ich war neugierig auf die Menschen, die ich treffen würde, Patienten sowie auch Kollegen. Jetzt, mit einem Abstand von fast vier Jahren, muß ich feststellen, wie unerfahren ich doch in diese Situation gegangen bin. Ich arbeitete das erste Mal in der Psychiatrie und mußte bald feststellen, daß es trotz meiner jahrelangen Berufserfahrung Situationen gab, in denen ich mich hilflos, unsicher, gehemmt und auch orientierungslos fühlte. Der Wunsch, in einem Team zu arbeiten, offen gegenüber allem Neuen zu sein, allein reichte nicht aus. In dem Bemühen, alles richtig zu machen, war ich oft zu zwingend, zu drängend, zu schnell helfend, oft in meinen Entscheidungen auch ohne Absprache mit dem Team. Bei Kritik fühlte ich mich oft nicht verstanden, ungerecht behandelt, mutlos und enttäuscht. Wollte ich weiter in der Psych-

iatric arbeiten, mußte ich geduldiger an mir selbst und mit den anderen arbeiten.

Ich mußte lernen, nicht immer die Probleme, Fragen und Unsicherheiten mit mir selbst auszuhandeln, Offenheit und Gefühle zuzulassen, mich selbst neu kennenzulernen. In dem Maße, in dem ich meinen selbst errichteten Schutzwall um mich herum abbaute, erreichte ich die Menschen und sie mich. Es erleichterte mich, im Team die Möglichkeit gefunden zu haben, auch über meine Arbeitsschwierigkeiten und Erfahrungen berichten zu können. Durch die Gespräche mit meinen Kollegen habe ich gelernt, auch meine Möglichkeiten und Fähigkeiten in der für mich neuen Berufsrolle zu entdecken. Von der Ausbildung, den bisherigen Tätigkeiten in meinem Berufsleben und der Veranlagung her war ich immer ein praktisch denkender und handelnder Mensch. In Situationen die Ursachen zu erfassen (bei Unfällen), die Möglichkeit des Handelns gegeneinander abzuwägen und ins Handeln zu kommen, erforderten von mir ein hohes Maß an Flexibilität, Konzentration, Schnelligkeit, Bestimmtheit und Wissen um meine Möglichkeiten. Einige meiner erworbenen Fähigkeiten waren mir zu Beginn meiner Arbeit in der Psychiatrie hilfreich, andere behinderten mich.

Pflege neu definieren

Ich mußte den Begriff Pflege für mich neu definieren. Die Zusammenarbeit mit den Kollegen der verschiedenen Berufsgruppen ermöglicht eine Vielfältigkeit der Betrachtung des eigenen Tuns, sich selbst immer wieder in Frage zu stellen, die Bereitschaft dies zu tun, das Erreichte zu beleuchten.

In der psychosozialen Versorgung ist der Alltag und somit die Alltagsbewältigung und Alltagsbegleitung so verschieden wie die zu betreuenden, zu begleitenden und zu pflegenden Menschen. Was bei dem einen betreuend, begleitend und pflegend sein kann, ist für den anderen zu nahe, zu bemutternd und zu fordernd. Die individuelle, an der Biographie, an den Hindernissen oder an den Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten des einzelnen Menschen orientierten Überlegungen sind Ausgangspunkte der Kontakt- und Beziehungspflege. Wichtige Bestandteile sind Leben begleiten, gemeinsame Wege gehen, Krisen zusammen bewältigen und durchstehen.

Die offenen Wunden Lateinamerikas

Psychotherapeutische Betreuung von Folteropfern
und ihren Angehörigen



Doris Cech und Daniel Kersner

Zusammenfassung

Folteropfer sind eine ganz bestimmte Klientel in der psychotherapeutischen Praxis. Ihre Verletzungen machen ihnen eine Eingliederung in die menschliche Gemeinschaft, die sie verraten hat, oft unmöglich; häufig verlagern sich Symptome und Problemkreise auf darauffolgende Generationen. Die Symptomatik wird oft durch die (gesellschafts-)politischen Gegebenheiten verstärkt, bzw. ihre Auflösung verhindert. Von der besonderen Wichtigkeit des Vertrauensaufbaus in der psychotherapeutischen Beziehung zu diesen Menschen sprechen die (österreichische) Autorin und der (argentinische) Autor dieses Beitrages.

Zur aktuellen politischen Lage

Seitdem die Demokratie in den meisten ehemaligen Militärdiktaturen Lateinamerikas eingezogen ist, haben die Länder des Subkontinents in der »1. Welt« keine Schlagzeilen mehr bezüglich ihrer Menschenrechtspolitik gemacht. Während Politiker, Militärs und Wirtschaftsfachleute in seltener Einigkeit das Modell der »Modernität« preisen und dessen Königsweg, den »Neoliberalismus« auf ihr Banner geschrieben haben, hat die zivile Gesellschaft ganz andere Probleme zu bewältigen.

Wie in Europa, das sich vom Faschismus befreit glaubte, sind auch heute in Lateinamerika in Wirklichkeit die wichtigsten Positionen in Justiz, Wirtschaft, Verwaltung und Politik weiterhin von den alten Machthabern besetzt. Vor allem im Bereich der Justiz hat dieser Umstand bis heute eine gerechte Aufklärung vieler Menschenrechtsverbrechen verunmöglicht. Auf diese Art und Weise wurde auch die von den Vereinigten Staaten für Lateinamerika geforderte Doktrine der »Kontinuität der permanenten Institutionen« erfüllt. Schön für den großen Nachbarn, aber für die Menschen im Süden täglicher Zynismus und Schmerz.

Die Straffreiheit (*impunidad*) wird mittlerweile als größter Schandfleck für den Demokratisierungsprozeß bezeichnet. Es ist unmöglich, daß Friede und Gerechtigkeit ein Zusammenleben prägen können, wenn politische Gefangene der Militärdiktatur auch heute noch gleich behandelt werden, wie Verbrecher gegen Demokratie und Menschenwürde. Außerdem hat die einseitige Straffreiheit (für die, von den Militärs begangenen Menschenrechtsverletzungen) einen multiaxialen Einfluß auf die Gesellschaft des heutigen Lateinamerika. Sie verhindert einerseits die Entstehung einer neuen, natürlichen Menschenrechtskultur, andererseits äußern sich die psychosozialen Folgen im alltäglichen Mißtrauen gegen all jene, die sich als neue Repräsentanten ausgeben, in Hilflosigkeitsgefühlen und Apathie.

Die Ambivalenz gegenüber den Autoritäten, die man nun auch im Frieden als feindlich erfahren muß, schafft einen beachtlichen Unsicherheitseffekt und bedeutet politische Instabilität. Trotz beeindruckender Statistiken über Wirtschaftswachstum kann eine Gesellschaft unter derartigen Bedingungen nicht gesunden.

Die Arbeit jener Institutionen, die sich der Betreuung der Opfer von Extremtraumatisierungen während der Diktaturen widmen, ist heute so aktuell wie vor zehn Jahren. Die Traumata werden in die nächsten Generationen verschleppt, verändern ihr Erscheinungsbild und prägen weiterhin zwischenmenschliche Beziehungen Einzelner und die Gesellschaft als Ganzes.

Psychotherapeutische Arbeit mit Opfern von Staatsterrorismus und Straffreiheit

Als Behandlungsprinzipien gelten:

- Gleichzeitige psychische und physische Therapie
- Medizinische und soziale Unterstützung der Partner und Kinder
- Vermeidung von Auslösereizen der Foltersituation

Diese Grundsätze gelten sowohl für der Arbeit mit Traumatisierten in Lateinamerika selbst, als auch für Flüchtlinge in europäischen Zentren. Die Lage verkompliziert sich erheblich, wenn sich herausstellt, daß der nun Gefolterte möglicherweise zuvor selbst auch Folterer gewesen war. Da die Mehrzahl der Klientel jedoch über Zusammenarbeit mit Amnesty International in die europäischen Zentren kommt, bleibt dies die Ausnahme.

Die Funktion von Folter ist vielfältig und ihr Ziel nicht primär, wie vorgegeben, die Suche nach Informationsgewinnung, sondern die

Stigmatisierung und Zerstörung des einzelnen und in späterer Folge die Vernichtung des Grundvertrauens in den Menschen in ganzen Gesellschaften sowie die systematische Schaffung eines Klimas des Mißtrauens und der Angst, welches zur leichteren Manipulation und Lenkung der zivilen Gesellschaft führt.

Für das einzelne Opfer bedeutet das Überleben der Folter zu- meist die totale Depotenziierung seiner Persönlichkeit und Zerstörung seiner sozialen Eingliederung – neben (psycho-)somatischen Folgen. Zusätzlich gelingt es durch perfekte psychologische Mechanismen zu- meist, dem Opfer das schlechte Gewissen einer »Mittäterschaft« auf- zuoktroynieren (durch sexuelle Folter, »gute« und »vertrauenswürdige« Folterer, Verstöße gegen moralische, religiöse und soziale Werte,...). All diese Gegebenheiten machen diese Menschen zu einer besonders sen- siblen und gefährdeten Personengruppe innerhalb der Psychotherapie.

Das Vertrauen als wichtigste Komponente in der psychotherapeutischen Behandlung Extremtraumatisierter

Der argentinische Psychiater und Klinische Psychologe Daniel Kersner ist Mitglied der Argentinischen Arbeitsgruppe zur Psychosozialen For- schung. In seinen Vorträgen betont er immer wieder den Stellenwert, den die Vertrauensbasis gerade in der Psychotherapie von Folteropfern einnimmt:

Diese Menschen sind Personen, deren Vertrauen mißbraucht wor- den ist. Die soziale Einheit, welche sie hätte beschützen sollen, der Staat, hat dieses Vertrauen nicht nur mißbraucht, sondern trat zudem als Aggressor auf. Es gibt einen Rocksänger, Peter Gabriel, der sich in seinen Live-Auftritten von der Höhe der Bühne auf sein Publikum fallen läßt. Er fällt rückwärts auf die Zuschauer und immer fangen diese ihn auf und halten ihn. Er weiß, daß er gehalten wird, deshalb kann er sich fallenlassen und er kann auch nur deshalb gehalten werden, weil er sich fallen läßt.

Ich denke, daß dies etwas ist, was wir Therapeuten anbieten müssen, eine *Vertrauenswürdigkeit*, die es unseren Klienten erlaubt, sich fallenzulassen und auch traumatische Erfahrungen fallenzulassen, die in vielen Fällen jahrelang geheim geblieben sind, für Dritte und für das betroffene Subjekt selbst. Dies erlaubt es, dem Opfer einen Teil seiner persönlichen Geschichte, seiner Erfahrung zurückzuerobern, aber nicht als reine Wiederholung nach dem Neurosenmodell, sondern indem jenes Unaussprechbare, Bedrohliche und Zerstörende, welches

bisher nicht aufgearbeitet werden konnte, metabolisiert und in die eigene Psyche integriert wird.

Integrieren heißt, jenen traumatischen Umstand psychisch aufarbeiten, und diese Aufarbeitung besteht darin, das bisher Undenkbare zu denken und jenes Geschehen, welches eine irrtümliche oder inadäquate Bedeutung erfahren hatte, zu *überdenken* und neu zu beurteilen.

Ein Beispiel

Wir möchten dies an einem Beispiel verdeutlichen: Ein junger Mann kommt in die Praxis, weil er depressive Symptome zeigt, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hat und wenig Erfolg in seinen universitären Studien. Er erzählt, daß seine Eltern in seiner Kindheit aktive politische Widerstandskämpfer gegen die Militärdiktatur gewesen waren, was die Familie nötigte, im Untergrund zu leben. Als er 10 Jahre alt war und mit seiner Großmutter lebte, wurde ihr Haus von den Militärs gestürmt. Er war zu diesem Zeitpunkt bereits instruiert worden, welche Dinge er sagen konnte, und was er keinesfalls sagen durfte. Außerdem wußte er, daß von der korrekten Unterscheidung Leben und Tod seiner Eltern abhing. Vier Eindringlinge nahmen ihn mit und verhörten ihn. Der Bub sagte, was er gelernt hatte und verriet nichts über den Aufenthalt und die Aktivitäten seiner Eltern und deren Mitstreiter.

Trotzdem verurteilte er sich bis zu dem Moment, wo er die Praxis aufsucht, 16 Jahre nach dem Geschehen, Komplize der Aggressoren geworden zu sein. Worauf basiert diese Selbstverurteilung? Als die Militärs ihr Verhör beendet hatten und sich bereits zurückzogen, sagte der Junge »danke«.

Dieses »Danke«, ursprünglich unverständlich für ihn selbst, wurde später der Beweis seiner Zusammenarbeit und Mittäterschaft. Während er mir diese Szene schilderte – ein Bub, vier bewaffneten Erwachsenen ausgeliefert – dachte ich an Túpac Amaru*. Ich erzähle meinem Klienten, daß seine Phantasie in diesem Moment möglicherweise seiner Angst vor einer Zerstückelung gegolten hatte. Als er dies hört, beginnt er zu weinen. Bis zu diesem Moment hatte er nur die Angst vor dem Tod der Eltern wahrgenommen und die Angst vor dem eigenen Tod geleugnet. Diese Verleugnung war eine extreme Verteidigungshaltung seiner Psyche, um die traumatische Situation zu überstehen, ohne von der eigenen Angst überwältigt zu werden und auch, ohne seine Eltern zu verraten. Zerstückelungsphantasien sind sehr primitive Vorstellun-

gen der menschlichen Psyche und stehen in enger Beziehung einerseits zu einem hohen Grad an Hilflosigkeit, welche die betroffene Person erleben muß, andererseits zur psychischen Desorganisation, welche durch die Situation hervorgerufen wird und zur Regression, in welche die betroffene Person verfällt.

In dem Moment, wo dieser abgespaltene Teil der Phantasie integriert werden konnte, verlor das »Danke« seine Bedeutung als Ausdruck der Komplizenschaft und wurde zum Ausdruck des Gefühls eigener unterdrückter Angst und darauffolgender Erleichterung über ein heiles Entkommen aus dieser traumatischen Situation.

Es gibt noch einen weiteren Aspekt, der zur Vertrauensbildung führt, und zwar die *Haltung*. Man vertraut denjenigen, die uns Grund geben zu dem Glauben, uns (aus-)halten zu können. Und genauso wie das erste Ich, das primitivste, eigentlich körperlich ist, ist die Haltung am Anfang auch eine körperliche. Die erste Haltung, die wir als Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung stellen, ist unsere eigene Anwesenheit, unsere Begleitung, unsere Aufmerksamkeit. Im Fall des oben beschriebenen Mannes erscheint es interessant, daß ich am Anfang der Behandlung, lange bevor es zur fraglichen Erzählung kam, dem Klienten Tee angeboten habe, worauf er mir sagte: »so fühlt man sich menschlicher«. Ich glaube, daß dieser Tee für ihn eine symbolische Anerkennung seiner bedrohten Körperlichkeit darstellte, mit all dem evident Mütterlichen, das ein Tee darstellen kann. Das »Menschlicher-Fühlen« kann man als »Sich-ganz-Fühlen« verstehen, weniger zerstückelt, oder mit weniger Angst vor Zerstückelung.

Neutralität

Ein weiterer, unter Psychotherapeutinnen und -analytikern sehr strittiger Punkt in Zusammenhang mit dem Vertrauen in der Therapie, ist jener der *Neutralität*. Es handelt sich hierbei um ein psychoanalytisches Konzept, welches von der Therapeutin verlangt, gegenüber ihren Klientinnen oder dem, was diese erzählen, keinerlei Werturteil abzugeben. Dies impliziert, daß die Interventionen der Analytikerin asketisch zu sein haben, ohne persönlichen Inhalt. Wir glauben nicht an das Konzept der Neutralität. Unter anderem deshalb, weil es postuliert, daß die Therapeutin *über* den sozialen Strukturen steht, denen sie angehört. Dieser Umstand ist per definitionem unmöglich. Die Therapeutin ist ebenso konditioniert und definiert durch das sie umgebende soziale und politische Umfeld, ob sie es nun weiß oder nicht, anerkennt, oder nicht. Ihre eigene Ideologie zeigt sich nicht nur in ihrer verbalen

Ausdrucksweise, sondern auch in der Art, sich zu kleiden, die Praxis einzurichten, usw.

Ein interessantes, vielleicht extremes, Beispiel für diesen Umstand bot eine Kollegin, welche in einem Seminar einen Fall präsentierte, der dem obigen nicht unähnlich war, dessen Interpretation jedoch gänzlich anders ausfiel.

Bei der Klientin handelte es sich um eine junge Frau mit beträchtlichen Persönlichkeitsstörungen. Während der Militärdiktatur waren ihre Eltern politische Oppositionelle gewesen, welche wegen ihrer Militanz vehement verfolgt wurden. Die junge Frau präsentierte delirante Vorstellungen paranoider Art und eine ausgeprägte Isolierung von ihrer Umwelt. Die Therapeutin interpretierte diese dahingehend, daß die Symptome der Frau ihren Ursprung in der militanten Aktivität ihrer Eltern hätten und speziell in der Vorstellung, daß diese Menschen getötet haben könnten – denn dann könnten sie ja auch sie selbst töten.

Den Umstand berücksichtigend, daß diese Phantasie in einer unbewußten Vorstellung der Patientin durchaus vorhanden sein könnte, bleibt die Frage offen: Was berechtigt die Therapeutin, die von ihr gegebene Interpretation zu wählen – und keine andere? Warum interpretiert sie nicht die Todesangst *um* die Eltern, welche von den Schärpen der Diktatur verfolgt wurden, oder die Angst der Klientin, selbst Opfer der Unterdrücker zu werden?

In der vorgeschlagenen Interpretation gibt es eine Bewertung, eine Stellungnahme durch die Therapeutin. Diese ideologische Bewertung reproduziert beinahe wörtlich den politischen Diskurs der Militärdiktatur: politische Gegner sind subversiv, Subversive sind kriminell.

Ideologische Identifizierung und Abstinenzregel

Ein weiterer Punkt, welcher für die Vertrauensbildung unabdingbar ist, ist die *ideologische Identifizierung* (el vínculo comprometido). Unsere Klienten und generell die Opfer politischer Gewalt, haben in ihrer Mehrheit Institutionen aufgesucht, welche eine klare Haltung einnehmen. Sie lehnen Menschenrechtsverletzungen durch staatliche und parastaatliche Organe und Militärs ab. Die Inanspruchnahme solcher Institutionen versteht sich im ersten Moment aus Sicherheitsgründen, in der Folge erlangt sie jedoch auch Wichtigkeit für die Therapie selbst: Der soziale und politische Kontext muß nicht ausgeklammert, verschwiegen oder neutralisiert (eine andere Art des Unterdrückens) werden, sondern kann aus der gemeinsamen Situation heraus besprochen und interpretiert werden.

Unsere kritische Haltung gegenüber der Neutralität als Therapeutinnenhaltung und unsere Anerkennung der ideologischen Identifikation darf uns jedoch nicht die Notwendigkeit der *Abstinenzregel* vergessen machen. Die Abstinenz fordert unseren Verzicht auf die Übernahme der uns vom Klienten bewußt oder unbewußt auferlegten Rollen und sekundären Erwartungen. Wir halten es für angemessen, uns den Forderungen unserer Klienten nach Gerechtigkeit anzuschließen, aber es wäre unangebracht, die Rollen von Müttern, Töchtern oder anderen Bezugspersonen zu übernehmen, zu deren Übernahme sie uns vielleicht verführen wollen.

Unsere Aufgabe ist es, die Behandlung vorwärts zu treiben, zu begleiten, zu halten, zu klären und zu interpretieren, nicht jedoch z.B. den geliebten verlorenen Menschen zu ersetzen oder irgendeine andere Ersatzbefriedigung zu bieten.

Wir dürfen aber nie vergessen, daß es sich bei diesem Klientel um eine spezielle Form der Extremtraumatisierung handelt und daß es hier nicht immer um absolute Heilung gehen kann. Gefördert werden sollen Selbstkontrolle, Eigeninitiative und Vertrauen (in andere und auch in sich selbst). Das Erlebte ist derart prägend und einschneidend, daß eine völlige Bewältigung wahrscheinlich selten möglich sein wird.

Das Resultat kann schon als gelungen bezeichnet werden, wenn die Klientin sagen kann »Ich war Opfer. Ich bin Überlebende«.

Anmerkung

- * Der letzte Inka-Herrscher wurde 1572 von den spanischen Eroberern nach einem demütigenden Schauprozess enthauptet.

Literatur

- Agger, Inger: *The Blue Room. Trauma and Testimony among Refugee Women*. Zed Books. London 1994
- Amnesty International & Gustav Keller: *Die Psychologie der Folter*. Fischer. Frankfurt 1988.
- Dies.: »Wer der Folter erlag« Ein Bericht über die Anwendung der Folter in den 80er Jahren. Fischer. Frankfurt 1985
- Dies.: *Crímenes sin castigo. Homicidios políticos y desapariciones forzadas*. EDAI. Madrid 1993
- Dies.: *Cuando es el estado que mata ... Los derechos Humanos frente a la pena de muerte*. EDAI. Madrid 1989

- Bommert, Claudia: Körperorientierte Psychotherapie nach sexueller Gewalt. Beltz Verlag. Weinheim 1993
- CINTRAS: Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional. Santiago de Chile. 1992
- Gallucci, Ruben: Morgen ist ein anderer Tag. Ed. con. Bremen 1985
- Heller, Paul: Colonia Dignidad. Von der Psychosekte zum Folterlager. Schmetterling Verlag. Stuttgart 1993
- Herman, Judith Lewis: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Kindler. München 1993
- Jacobsen, Lone/Vesti Peter: Torture Survivors – a new group of Patients. RCT. Copenhagen 1992
- Kadir Konduk, Abdul: Folter. dipa. Frankfurt 1990
- Karaoulis, Kostas: Finsternis. Brandes & Apsel. Frankfurt 1988
- Pfeiffer, Erna (Hg.): Torturada. Texte lateinamerikanischer Autorinnen zu politischer Gewalt und Folter. Wiener Frauenverlag. Wien 1993
- Riquelme, Horacio (Hg.): Andere Wirklichkeiten – Andere Zugänge. Vervuert. Frankfurt 1992
- Ders: Erkundungen zu Lateinamerika. Vervuert. Frankfurt 1990
- Ders: Zeitlandschaft im Nebel. Menschenrechte, Staatsterrorismus und psychosoziale Gesundheit in Südamerika. Vervuert. Frankfurt 1990
- Ders: Aus dem Gedächtnis des Windes. Vervuert. Frankfurt 1989
- Schneider, Robin: Flüchtlinge. Lamuv. Göttingen 1992
- Tobler, Hans Werner; Waldmann, Peter (Hg.): Staatliche und parastaatliche Gewalt in Lateinamerika. Vervuert. Frankfurt/Main 1991
- UNHCR Report: Die Lage der Flüchtlinge in der Welt. Dietz. Bonn 1994
- Vesti, Peter et al.: Psychotherapy with Torture Survivors. A report of Practice from The Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT), Copenhagen. RCT. Copenhagen 1992
- Weiss, Walter: Fremde im Land. Kurz & Bündig. Wien 1990

Zeitschriften

- Amnesty Internacional, Wien, Madrid, u.a.
- Reflexión, Cintras, Santiago de Chile
- Torture, RCT, Kopenhagen, Dänemark
- Zebrat, Graz, Österreich

Institutionen

- CINTRAS: Eulogia Sánchez 064, Providencia, Santiago de Chile, FAX 00562-63 52 126
- ZEBRA – GESUNDHEITSSTELLE: Pestalozzistraße 59/II A – 8010 Graz, FAX 0043-316-81 05 39
- RCT – IRCT: Juliane Maries Vej 34, POB 2672 DK – 2100 Copenhagen, FAX 0045-31 39 5020
- BEHANDLUNGSZENTRUM FÜR FOLTEROPFER BERLIN Klinikum Westend, Spandauer Damm 130 D – 14050 Berlin, FAX 0049-30-30 35 3482

Angehörige sind mitbetroffen

■
Marianne Bredendiek

Zusammenfassung

Marianne Bredendiek ist Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Berlin. Aus eigener Erfahrung berichtet sie von der Konfrontation mit der Krankheit eines Kindes, der sie sich nicht entziehen kann und sich ihr doch unvorbereitet gegenübersteht. Entlastung durch die Klinik geht einher mit neuerlicher eigener Verunsicherung. Überlegt und konzipiert fordert sie die Zusammenarbeit der Professionellen mit den Angehörigen in mehreren Problempunkten ein.

Wir sind unfreiwillig Angehörige von psychisch Kranken! Wir haben uns diese Rolle nicht ausgesucht. Wir mußten sie unvorbereitet übernehmen, ob es uns paßte oder nicht. Aber glauben Sie mir, es ist schwer, in diese Rolle hineinzuwachsen, sie als zu meinem Leben gehörend anzunehmen. Die damit verbundenen Pflichten und Entscheidungen werden immer wieder als Gratwanderung auf dem Gipfel der Verunsicherung empfunden! Darum ist es so wichtig, die Gefühle Angehöriger in ihrer Not und Sorge um ihre betroffenen kranken Familienmitglieder zu respektieren. Angehörige sind mitbetroffen!

Wie genau erinnere ich mich an die Erkrankung meines Sohnes. Endlich war er überzeugt, daß ihm nur in der Nervenklinik geholfen werden könnte. Wir gingen gemeinsam und der Gedanke, er darf sich nicht vor die S-Bahn werfen, ließ mich nicht los. Wie erleichtert war ich, als ich meine Verantwortung abgeben konnte. Auf der Station kümmerte sich sofort die Ärztin um ihn – aber... ich mußte gehen! Eben noch in der Verantwortung, plötzlich ohnmächtig! In dieser Situation werden auch heute noch die meisten Angehörigen mit ihren Fragen, den Ängsten, der Hilflosigkeit allein gelassen und das oft über lange Zeit.

Ich fühlte mich niedergeschlagen, verloren und schuldig. Wie gut hätte es mir getan, wenn die Ärztin damals gesagt hätte: »Bitte, nehmen Sie Platz, trinken Sie ein Glas Wasser, ich sehe Ihnen an, wie schlecht Sie sich fühlen. Ich komme nachher zu Ihnen zurück.« Ich hätte gern lange Zeit gewartet. Mich drängte es, der Ärztin zu sagen: »So wie Sie meinen Sohn hier kennenlernen, ist er vorher wirklich nicht gewesen.« Darüber hätte ich gern mit ihr gesprochen, wie seine Entwicklung verlaufen war, wie ich meine Beziehung zu ihm sehe. Aber – das wollte

niemand wissen. Im nachhinein empfinde ich dies als eine unterlassene Hilfeleistung.

Der nächste schwere Schlag war der erste Besuch. Nein, das hatte ich nicht erwartet! Mein Sohn war kaum ansprechbar, er war ganz hilflos, in sich allein. Ich hatte mit einer Besserung hier im Krankenhaus gerechnet. Bis dahin war die Psychiatrie etwas Unbekanntes, Unheimliches, jetzt wurde sie zur Bedrohung. Ich machte mir große Sorgen und war verunsichert, als ich die hohe Medikamentendosis erfuhr. Da wurde die Schwere der Krankheit mir zusätzlich bewußt, ich sah die Nebenwirkungen, die den Patienten quälten. Keiner sagte mir, ob das so sein mußte und wie lange es so weitergehen wird. Und was verbarg sich hinter der Diagnose »endogene Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis«? Ein Kreis läßt sich mathematisch berechnen, aber wie ein schizophrener Formenkreis.

Meine eigene Unsicherheiten im Umgang mit meinem Sohn versetzten mich in Angst und Panik. Ist hierin der Grund dafür zu suchen, daß ich ihn täglich im Krankenhaus besuchen wollte? Ich denke schon, daß wir mit unseren offensichtlichen Sorgen dem Klinikpersonal auf die Nerven gehen.

Aber gerade darum kommt es, glaube ich, darauf an, daß die Professionellen unsere Hilfsbedürftigkeit, Angst und Ohnmacht überhaupt zur Kenntnis nehmen.

Das alles ist 20 Jahre her, vieles hat sich in Kliniken und psychiatrischen Abteilungen verändert, ist besser, menschlicher geworden, die Bevormundung des Patienten hat nachgelassen. Aber für wieviele Angehörige ist es immer wieder das erste Mal, daß sie die Rolle eines Mitbetroffenen plötzlich übernehmen müssen.

Bei meiner Suche nach »Wünschen« der Angehörigen an die Professionellen stieß ich in der Zeitschrift »Soziale Psychiatrie«, Heft 4/1994, auf einen ganzen Katalog. Einige der Wünsche möchte ich herausgreifen, weil sie mir besonders vorrangig erscheinen.

Der erste: Die Wahrnehmung der Familie als »Mitakteure«.

Die Familie ist eine Säule, die die Gesundheitspolitik in unserem Lande mitträgt. Zwei von drei Patienten werden von der Klinik in die Familie entlassen und 60 % der chronisch Kranken leben auf Dauer bei den Angehörigen. Die Familie darf also nicht nur Anamneselieferant sein. Dabei darf ein weiterer Gesichtspunkt nicht vergessen werden: Angehörige erleben ihren psychisch Erkrankten zu Hause anders. Ihre Beobachtungen und Befürchtungen lassen sie eine sich anbahnende Krise oft schon im Anfangsstadium erkennen. Und darum ist es ein Alptraum der Angehörigen, hoffentlich passiert nichts, bevor gehandelt wird.

Ein zweiter: Wir Angehörigen wünschen uns Zeit für Aufklärungsgespräche. Wir brauchen Informationen über psychische Erkrankungen und deren Behandelbarkeit, über Medikamente und ihre Nebenwirkungen. Aber nicht nur darüber, sondern auch ganz praktische Hinweise sind nötig, um den Alltag bewältigen zu können, z.B.: was ist »normal«, was ist krankheitsbedingt? Ist es »Faulheit«, wenn die Kranken bis mittags im Bett liegen? Soll ich, und wie soll ich es sagen, daß die Körperpflege für sie selbst und für alle, die mit einem Kranken umgehen, einfach nötig ist?

Weiter wünschen wir uns, daß die Schweigepflicht nicht als vorgeschützter Grund für die Verweigerung von Aufklärung gegenüber den Angehörigen genutzt wird. Schweigepflicht besitzt in der Psychiatrie einen besonders hohen Stellenwert und bei Anfragen von außen hat sie auch absolute Priorität, das ist selbstverständlich. Doch bei uns geht es weniger um juristische Aspekte. Wir sind durchaus der Meinung, daß es einen berechtigten Anspruch des Patienten gibt, als selbstbestimmter Mensch behandelt zu werden. Andererseits gibt es ebenfalls den berechtigten Wunsch der Angehörigen, in das einbezogen zu werden, was mit dem Patienten passiert.

Dr. Hermann Mecklenburg aus Gummersbach hat dies beim Bundestreffen der Angehörigen unterstrichen und gesagt: »Es geht also weniger um die ‚Schweigepflicht‘ im engeren Sinne, sondern mehr darum, wie die Kommunikation gestaltet werden kann in dem System aus Patienten, Angehörigen, Therapeuten und anderen, damit am Ende ein optimaler Gewinn für den Patienten dabei herauspringt.«

Es gilt anzuerkennen, daß Angehörige emotional stärker eingebunden sind als professionelle Helfer, sie sehen nur ihren Kranken, der das ganze Familienleben durcheinandergebracht hat. Aber wir Angehörigen sind durchaus auch der Meinung, daß der Patient nicht behandelt werden muß, weil wir als Angehörige es wünschen, sondern er muß behandelt werden, weil er sehr krank ist, weil er die Realität verloren hat, weil er sich oder andere gefährdet und allein nicht mehr zurechtkommt.

Als ein wichtiges Ziel erachten wir die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über die Probleme und Situation der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen. Politiker und öffentliche Institutionen brauchen unsere Hinweise, um problembewußter das Los der psychisch Kranken zu verbessern. Wir möchten uns einmischen, wenn es um die Qualität der psychiatrischen Versorgung geht. Dabei denken wir z.B. an Fragen wie:

- Wo fehlen Auffangstellen der Krisenintervention?
- Wie nötig ist ein psychiatrischer Pflegedienst?

- Wie sicher ist die Personaldecke in Kliniken an Sonn- und Feiertagen?
- Wo ist das unabhängige Gremium, das die angebotenen Leistungen – auch in der gemeindenahen Psychiatrie – kontrolliert und wo gibt es eine Institution als unabhängigen Ansprech- und Ausgleichspartner für beschwerdeführende Patienten?

Der Grad ist sicher von Klinik zu Klinik verschieden, fast überall gibt es im Therapieangebot Defizite. Müßten nicht der ambulante und komplementäre Bereich dringend weiter ausgebaut werden im Verbund mit der Klinik? Niedergelassene Nervenärzte haben sehr häufig für Gespräche keine Zeit, in 5 Minuten hat der Patient seine Spritze oder sein Rezept – muß das so weitergehen?

Ich bin der Meinung: es gibt für alle noch viel zu tun. Wir Angehörigen möchten dazu beitragen, die Bedingungen für unsere Kranken mit allen Beteiligten zu verbessern.

Projektbericht

■ Ein integratives psychoanalytisches ambulantes Behandlungskonzept zur Behandlung psychosomatisch erkrankter Mütter mit Kindern im Vorschulalter

Ein Projektbericht

Ausgangslage

Mütter mit psychosomatischen Erkrankungen sind Frauen, die sich in einer besonders schwierigen Lebenssituation befinden. Durch die Verantwortung für die Familie eingeschränkt, oft durch zusätzliche Berufstätigkeit doppelt belastet, führen die psychosomatischen Beschwerden sie oft nur in die allgemeinärztliche oder fachärztliche Praxis. Dort werden sie kostenintensiv organmedizinisch behandelt, ein ausreichender Behandlungserfolg kann in der Regel nicht erreicht werden.

Wird doch die Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung gestellt, bestehen – ebenso wie für andere psychosomatische Patientinnen und Patienten – lange Wartezeiten auf einen ambulanten oder stationären Therapieplatz. In jedem Fall wird die Einbindung in die Familie zu einem Problem für diese Frauen. So muß während einer ambulanten Behandlung eine Beaufsichtigung der Kinder organisiert werden, eine stationäre Therapie ist in der Regel mit einer Trennung von Partner und Kindern

verbunden. Im letzteren Fall erschwert die Sorge um die zu Hause zurückbleibenden Kinder den Müttern oft ein Einlassen in die Therapie, während die häufig mehrmonatige Trennung von der Mutter bei den Kindern einen negativen Einfluß auf ihre seelische und körperliche Entwicklung hat.

Auch die aktuelle Forschung hat sich mit der mütterlichen Lebenssituation beschäftigt. Eine Studie des Bundesministeriums für Frauen und Jugend (1993) zeigt, daß Mütter ihren mangelnden finanziellen Spielraum als größte Belastung empfinden. Daneben werden die besonderen Bedingungen der Mutter- und Hausfrauenrolle (ständige Verfügbarkeit, wenig Freizeit, keine Bezahlung, kein eigenständiger Status) als zweithöchste Belastung angegeben. Empirische Analysen der Zusammenhänge zwischen mütterlicher Berufstätigkeit und der Gesundheit (Borchert, Colatz 1992) zeigen, daß Frauen mit zunehmender Berufsorientierung und abnehmender Kinderzahl wesentlich gesünder sind als Frauen mit stärkerer Familienorientierung bei steigender Kinderzahl.

Bereits vorbestehende oder durch äußere Lebenssituationen aktualisierte neurotische Konflikte können in einer solchen ohnehin schon belastenden Situation zu einer Dekompensation des psychischen Gleichgewichtes und zu psychosomatischer Erkrankung führen.

In der Klientel von Patienten unserer psychosomatischen Poliklinik im Jahre 1992 stellte die Gruppe der Frauen, die bis 35 Jahre alt sind und ein oder mehrere Kinder haben, einen Anteil von 10 %. Der tatsächliche Anteil der Mütter in der Patientengruppe der psychosomatisch Erkrankten dürfte deutlich höher liegen, da – wie bereits erwähnt – für diese Frauen die Indikation zur psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung in der Regel erst spät gestellt wird.

Oft war es uns nicht möglich, diese Mütter adäquat zu versorgen. Eine stationäre Aufnahme zusammen mit den kleinen Kindern war, wie auch in den meisten anderen psychosomatischen Kliniken nicht möglich, ein ambulantes Behandlungsangebot aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht ausreichend. Eine überregionale Suche nach entsprechenden Einrichtungen zeigt, daß es nur wenige Kliniken gibt, die Mütter zusammen mit ihren Kindern aufnehmen und daß für diese Kliniken lange Wartezeiten bestehen. Aus unserer Erfahrung wurde eine solche Behandlungsmöglichkeit von den Betroffenen häufig abgelehnt, da hiermit eine mehrwöchige Trennung von weiteren im Haushalt lebenden Kindern verbunden gewesen wäre.

Für einige Mütter, die sich in einer Alltagssituation chronischer Überforderung befinden, kann die Teilnahme an einer Müttergenesungskur zu vorübergehender Entlastung führen. Im Anschluß an die Kurmaßnahme kehren die Mütter jedoch in den Alltag mit den bekannten psychosozialen Belastungsfaktoren zurück.

Insbesondere bei Müttern, die neben einem Überforderungssyndrom unter neurotischen Störungen leiden, die in früheren oder aktuellen neurotischen Konflikten begründet sind, kann der Erfolg einer Müttergenesungskur nur sehr begrenzt sein, da eine Bearbeitung der zugrunde liegenden neurotischen Konflikte, sowie eine Unterstützung der Coping-Ressourcen unumgänglich ist. Für diese Mütter ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert.

Ambulante Behandlungsangebote, die von ihrer Intensität her eine stationäre Behandlung ersetzen könnten, gibt es jedoch bisher nicht.

Theoretische Grundlagen

Eine umfangreiche Literatursuche ergab in der deutschsprachigen Literatur keinen Beitrag, der sich mit einem psychotherapeutischen ambulanten Behandlungskonzept von psychosomatisch erkrankten Müttern mit Kindern im Vorschulalter befaßt.

In der englischsprachigen Literatur haben Benson & Turk (1988) von 26 Patientinnen berichtet, die an Angstsymptomen und Depressionen litten und mit zweimal zehn Sitzungen à 90 Min. in einer von einem Psychologen und einem Allgemeinmediziner geleiteten Gruppe behandelt wurden. Im Vordergrund der Behandlung stand die Entwicklung von alternativen Bewältigungsstrategien. Eine signifikante Reduktion der Konsultationsrate der ärztlichen Praxis im Vergleich zu einer Kontrollgruppe konnte erreicht werden.

Stenvén (1989) entwickelte ein ambulantes Konzept für geschiedene, alleinerziehende Mütter mit psycholo-

gischen, sozialen, ökonomischen Schwierigkeiten und Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung, wobei vorwiegend verhaltenstherapeutische und psychodynamische Techniken zur Anwendung kamen. Genaue Zahlen über den Erfolg dieser Maßnahmen liegen nicht vor.

Daneben finden sich Beiträge zur Behandlung von Borderline-Müttern und ihren Kindern (Holman, 1985) und Beiträge über die gruppentherapeutische Behandlung von Müttern von Inzestopfern (Strand, 1990, Guzzi del Po et al., 1991).

Studien, die ein integratives ambulantes Behandlungskonzept für psychosomatisch erkrankte Mütter betreffen, sind auch in der englischsprachigen Literatur nicht beschrieben worden.

Das Modell

Vor dem Hintergrund dieser mangelhaften Versorgungssituation entwickelten wir ein ambulantes integratives psychoanalytisches Behandlungskonzept für psychosomatisch erkrankte Mütter mit Kindern im Vorschulalter, das ich im Folgenden vorstellen möchte.

Das integrative, ambulante, psychoanalytisch orientierte Behandlungskonzept, das seit Januar 1995 in der psychosomatischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durchgeführt wird, sieht eine gruppentherapeutische Behandlung der Patientinnen vor, die sich zeitlich auf die Vormittagsstunden beschränkt.

Die Kinder werden während der Therapiezeiten der Mütter, soweit sie nicht selbst für deren Beaufsichtigung sorgen, von einer Erzieherin betreut.

Bei einer Gruppengröße von maximal sechs bis zehn Patientinnen werden Mütter mit Essstörungen, depressiven Erkrankungen, Angstsymptomen und Somatisierungsstörungen behandelt. Die Behandlung untergliedert sich in drei Phasen:

Eine vierwöchige Vorbereitungsphase, in der die Patientinnen in Form von Einzel und Gruppengesprächen Informationen über die wesentlichen Elemente des therapeutischen Settings erhalten, die aber auch der Information und Aufklärung über die Krankheitsbilder und der Erarbeitung einer Behandlungsmotivation dienen.

Der Vorbereitungsphase folgt ein achtwöchiges Intensivprogramm, das auf die Vormittagsstunden beschränkt ist und aus psychoanalytischen Gruppensitzungen, vorstrukturierten Gruppentherapieverfahren, Einzelgesprächen und Familiengesprächen besteht. Ziel der psychoanalytischen Gruppentherapie ist es, sprachliche Bewältigungsformen für Konflikte, die bisher ihren Ausdruck in der Symptomatik fanden, zu entwickeln. In den vorstrukturierten Gruppentherapieverfahren (Kunst- und Körpertherapie) in denen eine Aufgabe oder ein Thema vorgeben wird, soll vor allem averbales Ausdrucksverhalten angeregt werden. In der Körpertherapie wird die gestörte Aneignung des eigenen Körpers bearbeitet, während die Kunsttherapie den Patientinnen die Möglichkeit bietet, ihre unbewussten Wünsche und Konflikte visuell darzustellen, wodurch sie der psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich werden können.

In der neunmonatigen Nachbetreuungphase werden die Patientinnen in Form einer analytischen gruppentherapeutischen Behandlung bei der Umsetzung der während der Teilnahme am Intensivprogramm gewonnenen Einsichten unterstützt.

Ausblick

Mit diesem Behandlungskonzept, das einen Modellversuch darstellt, der eine Versorgungslücke schließen soll, möchten wir den psychosomatisch erkrankten Müttern eine intensive ambulante Behandlung ermöglichen, die auch gleichzeitig die Belastungen für die Angehörigen, die sich aus der Trennung von der Mutter bzw. der Ehefrau ergeben, auf ein Mindestmaß beschränkt.

Darüber hinaus erfüllt der Modellversuch die im Gesundheitsstrukturreformgesetz angestrebte Zielsetzung, die Behandlung der Patientinnen mehr aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern.

Bei der ohnehin durchschnittlich langen Zeitdauer von Beginn der psychosomatischen Beschwerden bis zur Vorstellung bei einem Vertreter der psychologischen Medizin, die nach Meyer (1990) im Jahre 1988 sieben Jahre betrug, und dem hohen Anteil chronifizierter psychosomatischer Erkrankungen (Lamprecht et al., 1987, fanden unter der Klientel einer psychosomatischen Klinik fast 90 % chronifizierter Patienten) ist zu vermuten, daß Mütter aufgrund ihrer größeren Abhängigkeiten und ihrer geringeren Entwicklungsmöglichkeiten eher einen noch längeren Zeitraum benötigen, bis sie nach dem Er-

krankungsbeginn ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot erhalten.

Durch eine adäquate psychotherapeutische Behandlung werden andere medizinische Maßnahmen reduziert oder überflüssig, was mit einer Kostenersparnis für die Kostenträger verbunden ist (s. Wittmann, 1987). Darüber hinaus führt sie – worauf es uns hauptsächlich ankommt – zu einer angemessenen Behandlung der Patientinnen. ■

Annette Kersting,
Friedhelm Lamprecht

Literatur

- Betchen S. (1989): Therapy for divorced single mothers. Vol 13 (2), 59-74
- Benson P., Turk T. (1988): Group therapy in general practice setting for frequent attenders: Controlled study of mothers and pre-school-children. Journal of the royal college of general practitioner 38 (317), 539-41
- Borchert/Collatz (1992): Empirische Analyse zu weiblichen Lebenssituationen und -gesundheit. In: Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Brüderl L, Paetzold B, 1992, 189-209
- Guzzi des Po E., Koontz M.A. (1991): Group therapy with Mothers of incest victims. Arch of psychia Nurs 5, (2), 70-75
- Holman S.L. (1985): A Group Programm for Borderline Mothers an their Toddlers. Int J of Group Psychother. 35 (1), 79-93
- Lamprecht F., Schmidt J., Bernhard P. (1987): Psychosomatische Heilverfahren: Was ändert sich beim Patienten? Kongreßbericht des Bundeskongresses für Rehabilitation, 352-354
- Meyer A.E. (1990) Die Zukunft der Psychosomatik in der BRD – eine Illusion? PPM 40, 337-345
- Strand V.C. (1990): Treatment of mothers

in the Incest Family. Clin Soc Work J 18 (4), 353-366

Wittmann W. (1987): Zielsetzungen, Modelle und Bewertungsmöglichkeiten des Erfolges rehabilitativer Maßnahmen

der gesetzlichen Rentenversicherung, Kongreßbericht des Bundeskongresses für Rehabilitation, 223-231

Tagungsbericht

- 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, Travemünde, 15. – 17. September, 1995: Aggression und seelische Krankheit

Daß die Psychoanalyse zum Verständnis und zur Lösung des Problems der „zunehmenden Aggressionsbereitschaft in der Gesellschaft“ beitragen könne, sollte auf der diesjährigen Tagung der DGPT gezeigt werden. Ausländerhaß, Antisemitismus, Brutalisierung des Schulalltags, intrafamiliäre Gewalt, aktuell stattfindende Kriege, Folter und die Flut gewalttätiger Bilder in den Medien wurden von der Tagungsleitung als Hintergrund des gewählten Tagungsthemas angeführt.

Nun hat die Psychoanalyse sich ja von Anfang an auch mit der Frage der Entstehung von Aggression und Destruktivität beschäftigt und in der Tat einiges zum Verständnis von Gewalttätigkeit und indirekter Aggression beigetragen. In Travemünde versuchten die ca. 40 Referenten sich von verschiedenen Ausgangspunkten dem weiten Thema zu nähern. Das Spektrum der Vorträge spannte sich von Beiträgen zur Bearbeitung psychoanalytischer Literatur bis hin zu Be-

richten über die Arbeit mit Folteropfern. Ein immer wieder aufgegriffenes Thema stellte die Frage nach dem Umschlagen von konstruktiver in destruktive Aggression dar. Hierzu wurde sowohl die ethnologische Forschung berücksichtigt als auch zur Begutachtung und Therapie von Gewaltverbrechern Stellung genommen. Es gab zahlreiche Referate, in denen spezielle Aspekte des Themas beleuchtet wurden: Aggression bei Kindern und Jugendlichen, seelische Folgen destruktiver Traumatisierung, aggressive Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie, Aggression zwischen Männern und Frauen und ein Kandidatenforum mit dem Titel „Aggressionshemmung in der psychoanalytischen Weiterbildung?“

Besonders erwähnt werden soll die von Christa Rohde-Dachser vorgestellte Untersuchung zur Bedeutung der Aggression im Lebensentwurf von Männern und Frauen. Sie zeigte, daß empirische Forschung mit dem Konzept der Psychoanalyse zwar aufwendig, aber durchaus möglich ist! Sehr lebhaft schließlich ging es bei der Podiumsdiskussion zum Thema Gewalt in den Medien zu. Hier mußte der Programmdirektor des NDR-Fernsehens, Dr. Kellermeier, geballte Medienschetle über sich ergehen lassen, hatte aber in

Wulf-Volker Lindner einen vermittelnden und solidarischen Mitdiskutanten.

Insgesamt war es eine bunte Tagung, von der es einige Anregungen mitzunehmen gab. Gefehlt haben jedoch Forschungsbeiträge beispiels-

weise auch von soziologischer Seite, die mit entsprechenden Daten die gesellschaftliche und politische Relevanz des Themas hätten belegen können. ■

Angela Schürmann, Lübeck

Tagungsbericht

■
 Fachkongress „Blick über den Tellerrand“. Perspektiven für Frauen in der Psychiatrie.

Lübeck 03.11.1995

Die Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein hatte zur Tagung in die schöne neue Musik- und Kongreßhalle der Hansestadt eingeladen und wunderte sich, daß keine Männer (außer dem Psychiatriereferenten des Landes) der Einladung gefolgt waren. Dabei wurde schon aus dem breit verschickten Programm, das allerdings eine ortsansässige Psychiaterin wie mich erst drei Wochen vor dem großen Ereignis und meine zahlreichen Kolleginnen (50% der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen an der Klinik) erst nach einem kritischen Brief an die Ministerin erreichte, deutlich, daß Männer hier irgendwie nicht erwünscht bzw. wenig geschätzt würden. Auch als eine Frau, die (bei aller Selbstbehauptung) lebens- und nachahmenswerte Züge an Männern ihrer Umgebung schätzt, mußte frau sich hier deplaziert vorkommen, denn – so lautete die Ausgangsposition der Tagung – die Wurzel allen Übels ist das Patriarchat. Frauen sind die Opfer der Verhältnis-

se und nur deshalb so häufig psychisch krank.

Das erklärte Ziele der Veranstalterinnen, frauenspezifische Fragen in die gemischtgeschlechtlichen psychiatrischen Institutionen hineinzutragen und dort „Räume für Frauen“ zu schaffen, ist mit soviel Feindseligkeit gegenüber „der Psychiatrie“ und den besonders in den Kliniken arbeitenden Frauen und Männern, wie sie in den Hauptvorträgen des Vormittags vorgebracht wurde, sicher nicht zu erreichen. Dabei war es der Ministerin offenbar nicht bekannt, daß die meisten der in ihrem Bundesland etablierten psychiatrischen Kliniken weit davon entfernt sind, überhaupt Begegnungsräume für Frauen und Männer zu schaffen und eine strikte Trennung in reine Frauen- und Männerstationen aufrechterhalten – die früher üblichen Mauern mitten durch die Anstalt entlang der Geschlechtergrenze sind kaum abgeschafft. Ich bestreite nicht, daß die Verhältnisse in vielen Kliniken auch nach der Psychiatriereform immer noch zu wünschen übrig lassen und die individuellen Bedürfnisse der dort behandelten PatientInnen nur zu oft nicht berücksichtigt werden. Daß es aber mittlerweile eine breite und differen-

zierte Diskussion unter PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen und SozialwissenschaftlerInnen zur sich verändernden Situation der Frauen in unserer Gesellschaft, zu Aggressivität, Destruktivität und Täterschaft von Frauen und zu den Vorteilen der ewigen Opferrolle gibt, wurde komplett ausgeblendet.

Zum Schluß noch einige Fakten: 270 Teilnehmerinnen waren der Einladung gefolgt. Die Begrüßungsrede hielt die Frauenministerin Gisela Böhrk selbst. Im ersten Vortrag (Elisabeth Pahl: Macht die Gesellschaft Frauen krank?) wurden die sattem bekannten Konflikte und Widersprüche, in denen wir Frauen leben, nochmals aufgezählt, das Fazit war selbstverständlich eindeutig. Vortrag Nr. 2 von Polina Hilsenbeck („Irr-

sinn-Eigensinn-Ihrsinn“) versuchte Konzepte und Erfahrungen frauenspezifischer Einrichtungen als Alternative zur Psychiatrie vorzustellen. Vortrag Nr. 3 von Doris Luksch (Verein der Münchener Psychiatrieerfahrenen) zitierte einige Erlebnisse von Frauen in psychotischen Episoden. Das war der Vormittag. Am Nachmittag wurden fünf Arbeitsgruppen angeboten, in denen feministische Therapieansätze und Frauenprojekte vorgestellt wurden. In einigen der Arbeitsgruppen soll es sogar kontroverse Diskussionsansätze gegeben haben, da mancher Teilnehmer der Geschmack an der Opferposition zu vergehen begann. ■

Angela
Schürmann,
Lübeck

Bücher

■
Margrit Brückner, Birgit Meyer
(Hrsg.): *Die sichtbare Frau.*
412 Seiten, Kore Verlag, Freiburg
i. Br., 1994.

Der Untertitel „Die Aneignung der gesellschaftlichen Räume“ macht noch deutlicher als der Titel, worum es den Autorinnen geht: nach der Kritik an den bestehenden patriarchalischen Verhältnissen, die Frauen in der Gesellschaft eher als schmückendes Beiwerk denn als selbst Raum einnehmend betrachteten, hat jetzt die nicht nur inhaltliche sondern auch sichtbare Präsenz von Frauen in der Öffentlichkeit begonnen. Zunehmend selbstverständli-

cher besetzen Frauen „gesellschaftliche“ Räume. In 13 verschiedenen Beiträgen von Soziologinnen, einer Journalistin, Germanistin, Politologin, Philosophin und Psychologin wird ein wohlthuend breites Spektrum feministischer Betrachtungen dargestellt. Die einzelnen Artikel behandeln neben grundsätzlichen Überlegungen zum Thema konkrete Bereiche, in denen Frauen mit ihren Positionen sichtbar sind – so z.B. in Literaturwissenschaft, bzgl. Rassismus, in der Architektur, im Recht oder der Politik, in der Überlegung zu Körperkonzepten. Fast immer wird bei diesen Themen ein Stück Geschichte der Frauenbewegung mit

der Entwicklung von zunächst sehr polarisierten Positionen (z.B. Frauen als Opfer, Männer als Täter) hin zu einem zunehmend dialektischen Verständnis deutlich. Jeder Beitrag beinhaltet ein – unterschiedlich ausführliches – Literaturverzeichnis.

Vorteil und zugleich Nachteil ist die „Vielautorinnenschaft“ – einerseits ermöglicht dies die Aufnahme eines gerade bei diesem Thema wichtigen breiten Spektrums innerhalb der feministischen Diskussion. Andererseits fordert es bei jedem neuen Artikel wieder das Einstellen auf einen neuen Stil, zumal die Gliederung der einzelnen Beiträge sehr unterschiedlich ist. Dazu kommt dann immer wieder neu die Überlegung der Leserin, mit wem als Autorin sie es wohl zu tun hat – vermisst habe ich in diesem Zusammenhang auch eine kurze Vorstellung der Verfasserinnen – warum bleiben sie hier die „unsichtbaren“ Frauen?

Selbst immer wieder darum ringend, nicht nur, wie ich einen Raum besetzen kann, sondern auch, wie ich dies als Frau tun kann, hat mich der erste Beitrag von Margrit Brückner sehr angesprochen: in ihrer Darstellung einer eindeutigen weiblichen, d.h. auch geschlechtlichen Rolle, die über das Mithineinbringen von Leiblichkeit und Geschlecht das „geschlechtsneutrale“ Funktionieren von Frauen und Männern erheblich in Frage stellt, wird viel Lebendigkeit spürbar. Oftmals konnten Frauen bislang nur Anerkennung erwerben, wenn sie sich in die Rolle einer „Vartochter“ begaben. Auch von Frauen wird das Einnehmen einer sehr eigenständigen weiblichen Rolle bei

anderen Frauen oft kritisch beäugt – da verläßt eine Frau übliche Beschränkungen, was verunsichert, aber auch erheblichen Schwesternneid hervorruft. Vielleicht ganz treffend wird im zweiten Beitrag die Szene beschrieben, wie wir alle – im Zuschauererraum verharrend – unsere Anforderungen an „die öffentliche Frau“ auf eine phantasierte Bühne projizieren, um dann bei Nichtgelingen sie zu verachten. In den Beiträgen über konkrete Bereiche, wie z.B. dem Artikel über Frauen in der Politik, wird deutlich, welche Räume ganz konkret Frauen sich angeeignet haben und welche immensen Veränderungen z.B. im Vergleich zu der Zeit der Nachkriegsfrauen in der Politik jetzt bestehen.

Bei der Suche nach dem eigenen Weg des „Sichtbarwerdens“ als Frau kann das vorliegende Buch sicherlich motivieren – nicht zuletzt weil sowohl die Möglichkeiten als auch die Hemmnisse umfassend beleuchtet werden und eine Entwicklung sichtbar wird, die Räume öffnet. ■

Ute
Siebel,
Lübeck

■
*Helga Milz: Frauenbewußtsein
und Soziologie. Sozialwissen-
schaftliche Studien Heft 30/1994
Opladen, Leske und Budrich*

Dies Buch ist anders. Es enthält nichts von der gängigen Emanzipationsrhetorik, es ist ohne philosophischen Aplomb. Es nimmt die Geschlechterdifferenz als ein Produkt menschlicher Kulturentwicklung an. Helga Milz' Absicht ist es, die Ent-

stehung, Differenzierung und Verstärkung des Frauenbewußtseins in diesem Jahrhundert zu beschreiben. Sie beschreibt einen in sich vielfach gebrochenen Prozeß, dessen allmähliche Gewinne und Stabilisierung sich vor allem aus der produktiven Verarbeitung enttäuschter Hoffnung zusammensetzen.

Helga Milz' Untersuchungsmethode ist das, was sie Steinbruch-Arbeit nennt: pro Jahrzehnt dieses Jahrhunderts sammelt sie das in der Soziologie Recherchierte und Veröffentlichte. Sie geht aus von der Beobachtung, daß die Intensivierung der Bearbeitung insbesondere der „Frauenfrage“ als Teil der Bearbeitung der „sozialen Fragen“ innerhalb der wissenschaftlichen Soziologie von ca. 1900 an auf gesellschaftliche Kräfte weist, die auf einen Wandel der Frauenrolle drängen. Diesen Kräften im Sinne der Beschreibung von „Zeitkernen“ und zeitlichen Herausforderungen und Milieus, diesem Drängen im Sinne von Versuch des Zugewinns von gesellschaftlicher Freiheit, von Enttäuschung, von Gegendruck, von Umgehen mit neuen Versuchen, diesem Wandel auch im Sinne eines Zuwachses von Freiheit geht sie nach. In zwei Auswertungsschritten, einer vertikalen und einer horizontalen Analyse, beschreibt sie die in der Soziologie sich spiegelnde Entwicklung des Frauenbewußtseins.

In den vertikal beschriebenen Dekadensäulen seien einige Beispiele genannt, um die Grabungs-Funde, wie Helga Milz ihre Befunde nennt, zu kennzeichnen:

1. Zwischen den Kriegen beziehen sich Fragestellungen nach den zentra-

len Erwerbsmotiven auf die Bewahrung der Weiblichkeit. Sie erkunden die Folgen industrieller Fabrikarbeit für Körper und Seele der Frau, die zu „höheren Aufgaben“ bestimmt sei und sich wegen der Gebär- und Betreuungsfunktionen nicht dem Verschleiß hingeben dürfte. Methodenkritisch ist festzuhalten, daß die methodische Umsetzung der Fragestellungen vorwiegend auf die Erfassung von ganzheitlichen Kontexten konzentriert ist. Die aus den bürgerlichen Kreisen stammenden Forscherinnen erfordern die Entwicklung geschickter Formen der Annäherung an die ihnen fremde Welt der Arbeiterin. Nur selten reflektieren sie ihren kulturellen Abstand und Bewertungshorizont kritisch. Diese – von heute aus gesehen – methodische Schwäche wird besonders in den Klagen über den „sittlichen Verfall“ und die „sexuelle Haltlosigkeit“ von proletarischen Mädchen sichtbar. Diese Art skeptischer Bewertung und negativer Kommentare (von heute aus betrachtet), die die bekundete Lebens- und Arbeitsfreude als ausschweifig und haltlos kennzeichnen, nehmen befreiende Schritte von Frauen, die sich von herkömmlichen Zwängen ihrer Elternfamilien lösen, nicht wahr. Ebenso verdecken sie Bemühungen, im eigenen Haushalt Zeit- und Kraftaufwand zu reduzieren. Es erweist sich, daß Frauen der 20er und 30er Jahre an den Verheißungen teilhaben wollen, die mit dem „Aufbruch neuer Zeiten“ verbunden werden.

2. Ein weiteres Beispiel bezieht sich auf die Zeit nach dem Krieg als eine weitere vertikale Säule: Die Be-

funde und ihre Interpretationen umkreisen die kritischen Haltungen, die Frauen zu ihren Ehemännern einnehmen. In dem Draufblick der Metaanalyse zeigt sich die „Heimkehrerproblematik“ als Konfrontation von demoralisierten Männern mit selbstbewußten Frauen. Frauen haben den Zusammenbruch eher geahnt (die Ahnung bewußt werden lassen können), und es bestätigt sie nach dem Krieg um so mehr, als daß sie die katastrophalen Folgen aufgefangen haben. In dem empirischen Material aus dieser Zeit zeigen sich Risse und Brüche weiblicher Zu- und Nachordnungsbereitschaft. So sind Befunde von heute aus interpretierbar. Die Auswertung der 40er Jahre sieht das nicht so genau und ist ganz sicher ein Teil der Angst: das weibliche Selbstbewußtsein drängt auf eine neue Anordnung des Geschlechterverhältnisses in Ehe und Familie. Diese gesellschaftliche Dynamik kann nicht wahrgenommen werden. Erst der retrospektive Blick der Frauenforschung, so Helga Milz, deckt auf, welche gesellschaftspolitische Tragweite den zahllosen privaten Krisen innewohnt: Der politische Umbruch schlägt recht unmittelbar auf die persönliche Ebene durch, verlangt einen Verhaltenswandel der Männer, eröffnet aber auch neue Möglichkeiten der Gestaltung des Geschlechterverhältnisses im gesellschaftlichen Maßstab. Wir ahnen, wie die Geschichte weitergeht:

3. Die 80er Jahre erschließen das Frauenbewußtsein als differenzierte berufliche Identität. In den empirischen Studien wird nach dem Bewußtsein über geschlechtsspezifische

Benachteiligungen, nach Lebensplänen, -entwürfen, -zielen gefragt sowie nach konkreten Wegen der Vereinbarkeit. Die Befunde beinhalten Ambivalenzen, Differenzierungen und Lernprozesse im Bewußtsein von Frauen, die auf eine aktiv betriebene Individualisierung eben dieser Frauen weisen. Die Bewegung wird als Differenzierung, im Sinne der Individualisierung in der Differenz, im Sinne der Geschlechterdifferenz beschrieben. Die Suche gilt dem Gleichgewicht zwischen Familie und Beruf.

Zu diesen drei Beispielen gehört eine Fülle von Material und eine aufdeckende Methodenkritik. Helga Milz findet „starke“ und „schwache“ Dekaden. Stark sind solche, die die empirische Forschung zum Frauenbewußtsein erheblich vorantreiben, dazu gehören die 30er und 70er/80er Jahre.

Die horizontale Auswertung beschreibt differentiell und über den gesamten Zeitraum, daß die Untersuchungen ihren Deutungsrahmen aus den jeweiligen gesellschaftspolitisch brisanten Zeitfragen und dem jeweiligen Emanzipationsverständnis beziehen – und in welcher Form. Dabei liegt meist ein Konzept von Differenz oder Gleichheit zugrunde. Es schwingt immer die Suche nach einer Antwort und Definition dessen mit, was für „die Frauen“ und ihr Wirkungsfeld angesichts der drängenden Fragen der Zeit angemessen ist. Helga Milz zeigt über die Zeit, daß Frauen diese Option in der Regel nutzen. Sie zeigt, daß der wissenschaftliche Diskurs über Emanzipation versucht, die von den Frauen jeweils ge-

schaffene neue Realität nachzuzeichnen.

Und dies immer, wenn auch oft ohne Wissen und Wollen der Untersuchenden, als Spiegel der gesellschaftlichen Wünsche und Zustände. Soziologie – und sei sie noch so kritisch angelegt, erweist sich als zeitabhängige Disziplin.

Das Buch ist ein wissenschaftliches Buch. Es enthält sehr viel Material und anregende Hinweise. Es ist aufklärend. Es gibt ein Gefühl für die eigene Geschichte. ■

Ursula Plog,
Berlin

■
Edward Shorter: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten.

Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1994

Edward Shorter, Professor für Geschichtswissenschaft an der Universität von Toronto, hat sich an ein Thema gewagt, das durch einige zuvor publizierte Bücher mit so vielversprechenden Titeln wie „Der weibliche Körper als Schicksal, zur Geschichte der Frau“ bereits vorbereitet war: „Moderne Leiden – zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten“. Bereits das Vorwort läßt Schreckliches ahnen. Anstatt Walter Vandereycken, den namhaften Anorexieforscher, mit der Durchsicht des englischsprachigen Manuskripts zu betrauen, hätte Shorter einen deutschen Experten bitten sollen, die Übersetzung aus dem Englischen zu supervidieren. Wortschöpfungen wie „Psychogenie“ und „Symptompool“ wären dem Buch er-

spart geblieben. Das hier offensichtlich Schlamperei am Werk war, zeigt neben vielen anderen Beispielen (wenn es denn nur Beispiele wären!) die Einleitung der Danksagung: „... An dieser Stelle sind einige Worte des Dankes an der Ordnung...“. Es ist zu hoffen, daß der Rowohlt-Verlag sich nicht durch zuviel Unordnung selbst ruiniert.

Was dann folgt, ist eine medizinhistorische und medizinsoziologische Chronologie psychosomatischer Erkrankungen im weitesten Sinn des Begriffes. Was dabei psychosomatische Störungen sind, bleibt offen, wird immer wieder verwischt und orientiert sich wohl am ehesten an dem Konzept somatoformer Störungen, wie sich in der ICD-10 und im DSM-IV findet. Bei genauerer Betrachtung geht es im Kern darum, einen Bogen von den Veränderungen der konversionspolysymptomatischen Hysterien des 18. und 19. Jahrhunderts bis hin zum Fatigue-Syndrom zu schlagen, der ebenso spannend wie zum Teil abenteuerlich wirkt. Die historischen Quellen sind dabei überaus genau recherchiert. So ist die Geschichte des Jean Marie Charcot, dem berühmten Direktor der Pariser Salpêtrière, der mit seinen Seancen auch Janet und Freud zu ihren sehr unterschiedlichen Hysteriekonzepten anregte, präzise und spannend beschrieben. Die Grausamkeiten der operativen Gynäkologie (Stichwort: Klitoridektomie) werden nachgezeichnet und im gesellschaftlichen Kontext angemessen dargestellt. Mit der Schilderung früher und dann modifizierter psychoanalytischer Konzepte („...Die Psychoana-

lytiker annekieren die Psychotherapie...“) verliert sich Shorter allerdings rasch in antipsychoanalytischen Affekten. So wird in seinem Text (vielleicht auch mit gewissen Akzentuierungen des Übersetzers) Alexanders Konzept der Konfliktspezifität mit der sehr markanten Hypothese angereichert, daß mit der Etablierung psychoanalytischer Ansätze alle Hoffnung dahingewesen sei, im öffentlichen Bewußtsein eine Aufklärung über somatoforme Krankheiten zu erreichen: „...Die Psychoanalyse, die einst aufgebrochen war, die Allgemeinheit über die unbewußten Wurzeln der Neurose ins – einerlei, ob zutreffende oder unzutreffende – Bild zu setzen, zeigte mithin das paradoxe Ergebnis, daß die Allgemeinheit sich noch stärker an die Überzeugung vom organischen Ursprung der Neurose klammerte...“ (S. 439). Hier irrt der Autor, wie auch bei einem Teil seiner Ausführungen zur Neukonzeptualisierung des Hysterischen. Zweifelsohne spricht viel dafür, daß die mono- und polysymptomatischen hysterischen Störungen in ihrer relativen Häufigkeit in der Psychiatrie rückläufig sind und wir es heute mit verschiedenen somatoformen Störungen zu tun haben, denen wenigstens zum Teil auch die Schmerzstörungen und das Fatigue-Syndrom zuzuordnen sind. Gleichzeitig, und das übersieht Shorter, ist es allerdings keineswegs zu einem „Untergang der motorischen Hysterie“ gekommen. Sie taucht nämlich als polysymptomatische Störung mit erheblichen Prävalenzraten in der Neurologie wieder auf, nachdem die Patienten durch die Anforderungen unseres

komplexen Gesundheitssystems gelernt haben, immer subtilere Formen symptomatologischer Darstellungen zu wählen, um ihre Konfliktdynamik zu inszenieren (Spitzer et al., 1994). Das Shorter dies übersieht, liegt zweifelsohne daran, daß er in seiner Psychoanalysekritik bei Alexander stehen bleibt und die Konzepte der Ich-Psychologie und der Narzißmusktheorie übersieht, die über die Konzeptualisierung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation auch das Konstrukt der Dissoziation in ein neues Licht gerückt haben. Heute kann der Konversionsmechanismus und die ödipale Konfliktkonstellation nicht mehr allein zur Erklärung hysterischer oder dissoziativer Symptome herangezogen werden. Es sind andere Mechanismen auch im Zusammenhang mit Realtraumatisierungen breit diskutiert worden, ohne daß die Diskussion hierüber als abgeschlossen gelten darf (Ahrens et al., 1995). Wird das Skotom im Hinblick auf die Psychoanalyse mit aller Großzügigkeit, die dem Rezensenten möglich ist, verziehen, so bleibt noch ein weiterer „blinder Fleck“, mit dem Shorter eine Infragestellung seines eigenen Konzepts vermeidet. Er hat, und das fällt wohl eher in den Bereich der Verleugnung angesichts einer mindestens teilweise positivistischen Orientierung und einer tiefen Verbundenheit mit den US-amerikanischen Traditionen das DSM-III und DSM-II-R im Hinblick auf die dissoziativen Störungen fast vollständig übersehen. Einzig die multiple Persönlichkeitsstörung, die er im Zusammenhang mit der (iatrogenen) Suggestibilität der vermeintlich mul-

tipel gestörten Patienten sieht, wird umfangreich diskutiert.

So bleibt als Resümee Licht und Schatten, und die Frage, was derartige Bände in der Öffentlichkeit hervorgerufen. ■

Harald J. Freyberger, Lübeck

Literatur

- Ahrens S, Hasenbring M, Schultz-Venrath U, Strenge H (Hrsg.): Psychosomatik in der Neurologie. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 1995.
- Spitzer Ch, Freyberger HJ, Kessler Ch, Kömpf D: Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen in der Neurologie. Nervenarzt (1994) 65: 680-688

■
J.H. Gold, J.C. Nemiah: Beyond Transference. When the therapist's real life intrudes. Washington D.C., London, England: American Psychiatric Press 1993

Psychotherapeuten, insbesondere Psychoanalytiker, neigen dazu, alles das, was sich während der Behandlung zwischen Therapeuten und Patienten abspielt, in das Kategoriensystem von Übertragung und Gegenübertragung einzuordnen. Sie tun so, als existiere das wirkliche Leben nicht. Gelegentlich entsteht der Eindruck, es dürfe nicht existieren. Die vielfältigen engagierten Veröffentlichungen der letzten Jahre zum Thema sexuelle Beziehung in der Psychotherapie legen beredetes Zeugnis davon ab. Solche Beziehungen sind unmoralisch, verboten, krank. Sie dürfen einfach nicht vorkommen. Im wirklichen Leben kommen sie vor. Es würde lohnen, aus soziologischer oder aus sozialpsychologischer Per-

spektive die Frage zu stellen, warum das so ist. Kann es nicht sein, daß der Beruf des Therapeuten oder der Therapeutin, was die persönlichen Beziehungen anbetrifft, ein gefahrengeigerter Beruf ist, so wie der Beruf des Kraftfahrers im Hinblick auf Verkehrsunfälle oder der des Fußballers im Hinblick auf Verletzungen? Ich kann mir vorstellen, daß ein solcher Denkansatz nicht nur zum bessern Verständnis beitragen würde sondern auch zu besserer Prävention. Unter diesem Aspekt kommt das von Judith H. Gold und John C. Nemiah herausgegebene Buch „Beyond Transference“ gerade richtig. Es ist zwar bereits drei Jahre alt. Bücher brauchen offenbar eine Weile, bis sie über den Atlantik zu uns kommen. Aber es hat nichts an seiner Aktualität und nichts an seiner Bedeutung verloren. Es ist besonders hilfreich, weil es sich eben gerade nicht auf das Modethema der sexuellen Beziehung in der Psychotherapie konzentriert sondern andere Beispiele aufgreift, in denen das wirkliche Leben des Therapeuten bzw. Therapeutin sein Recht fordert und, weil unüberbrückbar, ununterdrückbar oder unübersehbar zum therapiebeeinflussenden, im Zweifel zum störenden Faktor wird.

Unübersehbar beispielsweise ist mit fortschreitendem Verlauf die Schwangerschaft der Psychotherapeutin, sind häufige, insbesondere unerwartete Abwesenheiten, sind schwere Krankheit und nahender Tod im Angesicht einer Jahre dauernden Psychotherapie. Andere einschneidende „wirkliche“ Ereignisse, die nicht sichtbar werden müssen, die aber dennoch Stimmung und Hal-

tung des Therapeuten nachhaltig beeinflussen, sind Reaktionen des Therapeuten oder der Therapeutin auf seine/ihre Scheidung. Besonders heikel kann das werden, wenn Therapeut und Patient gleichzeitig eine Trennungssituation durchleben. Alle diese Probleme und andere mehr sind Gegenstand des vorliegenden Buches. Die einzelnen Beiträge sind kompetent, fundiert und in gut verständlicher englischer Sprache geschrieben. Kaum einer ist dabei, der nicht beeindruckt, der nicht das eine oder andere Aha-Erlebnis vermittelt. Dazu gehört auch jener über das Dilemma der sozialen Beziehungen einer allein lebenden jungen Psychotherapeutin in einer amerikanischen Kleinstadt oder jener über Therapeutenreaktionen, wenn ein Patient bei sexuellem Mißbrauch durch einen früheren Therapeuten berichtet, den der jetzige Behandler kennt und schätzt. Die Herausgeber sind sich bewußt, daß sie kein alltägliches Buch veröffentlicht haben. Sie bedanken sich mit Recht für die Offenheit ihrer Autorinnen und Autoren, die ohne Ausnahme persönliche Erfahrungen eingebracht haben. Sie verweisen auf die „paucity of literature“ zum Thema, die sie als stummen Beweis für die Neigung selbst erfahrener Therapeuten betrachten, die Existenz der in diesem Buch beschriebenen Probleme zu verleugnen: ein gutes, Buch, ein anregendes Buch, ein wichtiges allemal. ■

Asmus Finzen,
Basel

■
J. Schaverien: Desire and the Female Therapist. Engendered Gazes in Psychotherapy and Art Therapy. London, New York: Routledge 1995. 233 S., Sfr. 36.85

Joy Schaverien war Künstlerin, bevor sie als Kunsttherapeutin arbeitete, Kunsttherapeuten auszubilden und schließlich Psychotherapeutin wurde. Sie ist Jungianerin. Sie dürfte Lacan nicht allzu fern stehen. Sie hat ein bemerkenswertes Buch geschrieben. Bereits der Titel läßt aufhorchen: „Desire and the Female Therapist“. Wenn man das Buch in die Hand nimmt, kann man mehr als einen Augenblick lang meinen, es gehe um das Lacansche „Begehren“ – so wird das französische *Désir* ins Deutsche rückübersetzt, obwohl es sich dabei ursprünglich um die französische Übersetzung des Freudschen Wortes „Wunsch“ gehandelt hat. Aber darum geht es ihr nicht. Ihr Anliegen ist es, „zu beweisen, daß die Erotik ein zentrales Element der Kunst wie der Psychotherapie ist: „Die erotische Übertragung und Gegenübertragung, wie sie sich in der Beziehung zwischen der Therapeutin und dem Klienten manifestierten, ist das Hauptthema dieses Buches... Das Begehren der Therapeutin steht am Anfang. Seinetwegen wird sie Therapeutin. Ohne das Begehren gäbe es keine Therapie.“

Schaverien läßt keinen Zweifel, daß sie Sexualität meint, wenn sie von Begehren schreibt. Unter Berufung auf Freuds Aufsatz über die Übertragungsliebe meint sie, es sei ein Mißverständnis, die Liebe, die in der Übertragungssituation erlebt werde,

allein als kindliche Erfahrung zu interpretieren und die Gegenübertragungsliebe entsprechend als mütterlich. Dies sei besonders bei Therapeutinnen üblich; das sei aber nur die halbe Wahrheit. Übertragung und Gegenübertragung zwischen Therapeutin und Patienten können durchaus Ausdruck reifer erwachsener Erotik und Sexualität sein; und wenn sexueller Mißbrauch zwischen Therapeutinnen und männlichen Patienten seltener sei als zwischen Therapeuten und Patientinnen bedeute das nicht, daß die sexualisierte Gegenübertragung in der Beziehung zwischen Therapeutin und Patienten nicht existiere.

Diese These steht im Mittelpunkt des umfangreichen zweiten Kapitels ihres Buches. Es handelt sich um eine ausgezeichnete soziologisch-psychotherapeutische Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungssituation und ihrer Erotisierung. Sie trägt mehr zu deren Verständnis bei, als irgendeine andere Untersuchung, die ich kenne. Schaverien ist überzeugt davon, daß sexuelle Empfindungen Grundbestandteile der psychotherapeutischen Situation sind, daß sie es sein müssen. Sie stellt fest, daß dies unter feministischen Therapeutinnen unbestritten sei, soweit die Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen zu Frauen zur Diskussion stünden. Sobald es um therapeutische Beziehungen zu Männern gehe, werde diese Tatsache jedoch ausgeblendet: „Wenn wir uns die Tatsache der Geschlechterdifferenz als Frauen voll zu eigen machen wollen, müssen wir uns auch zu unserer Sexualität innerhalb der thera-

peutischen Beziehung bekennen. Dies schließt unseren Wunsch ein, erotische Gegenübertragungsgefühle auszuleben. Entgegen allen Protesten bin ich davon überzeugt, daß wir nicht über eine größere Immunität gegen die Versuchungen durch unsere Bedürfnisse verfügen als unsere männlichen Kollegen. Solange wir dies nicht zugeben, spalten wir sie ab und betrachten sie lediglich als männliche Verirrung.“

Für Schaverien ist es von Bedeutung, daß die Rolle der Gegenübertragung, auch der erotisierten, in den fünfziger Jahren zuerst von Psychoanalytikerinnen herausgearbeitet wurde (so von Heimann, Little und Tower). Sie unterscheidet verschiedene Arten von möglicher Übertragungs- und Gegenübertragungsliebe auf kindlicher und auf erwachsener Ebene. Die reife erwachsene Form in der Beziehung zwischen Therapeutin und männlichen Patienten komme möglicherweise seltener vor als in der umgekehrten Beziehung; Sie gelte als unschicklich. Sie werde deshalb nicht zugelassen und mehr oder weniger aktiv mit therapeutischen Interventionen verhindert bzw. unterdrückt. Es könne aber durchaus sein, daß die erotisierte Übertragung (und Gegenübertragung) für die erfolgreiche Behandlung notwendig sei. Deswegen müsse sie zugelassen und bearbeitet werden. Daß dies nicht geschehe, könne der Grund für zahlreiche Therapieabbrüche durch männliche Patienten sein, ohne daß dies den Beteiligten bewußt werde. Schaverien geht soweit festzustellen, „dass es eine Form von Machtmißbrauch sein kann, wenn Therapeutinnen alle Ge-

fühle und Bedürfnisse, die der Patient in der Behandlung durchlebt, auf kindliches Begehren reduzieren. Solches Vorgehen kann zum Affront gegen den erwachsenen Mann werden.“ Es lohnt, auf dieser Schiene weiterzudenken; und es lohnt, mehr als einen Blick in Schaveriens Buch zu werfen, wenn man sich für Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme, die Soziologie der Therapeuten-Patienten-Beziehung oder für die Problematik der emotionalen und sexuellen Ausbeutung in der Psychotherapie interessiert. ■

Asmus Finzen, Basel

■ *Evas Biß – Weibliche Aggressivität und ihre Wirklichkeiten.*

Hrsg.: *Hamburger Arbeitskreis für Psychoanalyse und Feminismus*, Kore Verlag, Freiburg, 1995.

Das Buch ist das Ergebnis einer Tagung mit gleichlautendem Thema (Hamburg 1994), die ich seinerzeit mit etwas zwiespältigen Gefühlen erlebt habe (vgl. Tagungsbericht in der Psychotherapeutin Nr. 1) – wohl bedingt durch die dort herrschende Atmosphäre, die gekennzeichnet war durch Vermeidung kritischer (aggressiver) Auseinandersetzung zu den auf der Tagesordnung stehenden Sachfragen bei gleichzeitig bestehendem Anspruch, zur eigenen Aggressivität zu stehen und sich vom Leitbild der „friedfertigen Frau“ zu verabschieden. So habe ich den vorliegenden Band mit einigem Vorbehalt zur Hand genommen.

In ihrem Vorwort fassen die Herausgeberinnen die Entwicklung der gesellschaftlichen und psychoanaly-

tischen Diskussion zur Frage Weiblichkeit und Aggressivität prägnant zusammen. Dabei betonen sie, daß auch die Frauenbewegung der siebziger Jahre, die sich intensiv mit dem Zusammenhang zwischen weiblicher Unterdrückung und männlicher Herrschaft beschäftigte, im Grunde den entlang der Geschlechtergrenze verlaufenden Dualismus von Aggressivität und Friedfertigkeit anerkannte, und Frauen sich zunächst als schuldlose Opfer männlicher Täter verstanden. Obwohl bis heute die gesellschaftliche Wirklichkeit auf den ersten Blick die vermeintliche Schuldlosigkeit von Frauen, ihren Opferstatus und ihre prinzipiell eher friedfertige Gesinnung zu bestätigen scheint, drängte sich die „beunruhigende Frage“ nach weiblicher Aggressivität und weiblichen Machtgelüsten geradezu auf. Vor diesem Hintergrund befaßte sich der Hamburger Arbeitskreis seit 1988 zunächst mit den inneren und äußeren Strukturen, die das weibliche Verhältnis zur Macht bestimmen. Im Verlauf kristallisierte sich die zentrale Frage der weiblichen Aggressivitätsproblematik immer deutlicher heraus. Dazu nun sind einige durchaus anregende Beiträge in dem vorliegenden Buch zusammengestellt. Christa Rohde-Dachser und Karin Menge-Herrmann geben einen Überblick über den Stand der geschlechtsspezifischen Aggressionsforschung und gehen der These nach, daß eine typisch weibliche Form der Aggressivität vor allem dann entsteht, wenn der Wunsch nach Selbstbehauptung unbewußt bereits als verboten erlebt wird. Selbstbehauptung wird dann zu

einer aversiven Reaktion, die Schuldgefühle und Wiedergutmachungstendenzen auslöst. Gabriele Teckenstrup macht sich Gedanken zum weiblichen Trotz und Martina Christlieb berichtet über die Probleme in der analytischen Behandlung von Frauen mit eher „feministischem“ Selbstverständnis, die explizit eine Frau als Therapeutin wollen. Dabei würden negativ getönte Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse („analytische Damenringkämpfe“) häufig abgewehrt und extrem ängstigend erlebt. Marina Gambaroff zeigt auf, daß sowohl das Festhalten am Opferstatus wie auch die Neigung zum Selbsthaß Abwehrpositionen sind, mit deren Hilfe Frauen gefürchtete archaisch-aggressive Anteile ihres Selbst in der Verdrängung halten. Sonja Düring setzt sich mit dem zeitspezifischen Generationskonflikt zwischen „Nachkriegsmüttern“ und ihren Töchtern auseinander und Edda Uhlmann beschreibt anhand von eindrucklichen Beispielen die Zerstörung des Begehrens unter Frauen. Die drei literarischen Beiträge (u.a. von Elfriede Jelinek) fallen etwas aus der Reihe der durchgängig in der psychoanalytischen Terminologie verfaßten Arbeiten, beleben somit das Konzept des Buches, beschreiben jedoch eher sehr beklemmende Szenarien. Fazit: doch ein lesenswertes Buch! ■

Angela Schürmann, Lübeck

■ *Bulletin. Zeitschrift der Wiener psychoanalytischen Vereinigung. Picus-Verlag, Wien, Nr. 3, 1994*

Seit 1984 publiziert die Wiener psychoanalytische Vereinigung die Arbeiten ihrer Kandidatinnen und Kandidaten, die diese zur Erlangung ihrer Mitgliedschaft vorgetragen hatten. 1993 wurde aus dem Wunsch nach einer umfassenderen psychoanalytischen Diskussion und der Bereitschaft des Picus-Verlags, die Zeitschrift zu verlegen, das jetzige „Bulletin“. In Heft 3 wird die Deutsche Debatte um DPV und DPG aufgegriffen. Die Verstrickung der DPG in den Nationalsozialismus ist längst bekannt und diskutiert. Daß einzelne DPV-Mitglieder der nationalsozialistischen Partei angehörten, scheint auch heute noch kaum diskutierbar. Alfred Springer beschäftigt sich auf nationalsozialistischem wie aktuellem Hintergrund mit dem weltanschaulichen Streit um die Psychoanalyse. Historische Bezüge stellen der Beitrag zum Gedenken an Hans Strotzka wie ein Vortrag von Peter Schur über die Beziehung Freud – Max Schur her. Das Heft bietet vielfältige Anregungen zur Diskussion um die Eingebundenheit der Psychoanalyse in den jeweiligen historischen, politischen und persönlichen Kontext. ■

Ulrike

Hoffmann-Richter, Basel

Der Blick auf andere Bücherregale

■ *Katja Leyrer:*
Mama Papa Superkind

Dichtung und Wahrheit über das Leben mit Kindern

Die Autorin ist bekannt für ihren scharfen Blick und ihre unerbittliche Feder (heute wohl eher Tastatur), wenn es darum geht, den Mythos um die kuschelige Behaglichkeit in der Beziehung zwischen Müttern und ihren Kindern zu karikieren und kritisieren. In diesem Buch tut sie es in der Form eines Briefwechsels zwischen einer feministischen, allein lebenden Mutter mit einer erwachsenen Tochter und ihrer Freundin, Schwangerschaftsberaterin, Mutter eines kleinen Sohnes und in einer „Rollen-tausch-Beziehung“ lebend.

Im zweiten Teil des Buches mit dem Titel „Die Verhältnisse ändern!“ untersucht die Autorin die vergangenen 15 Jahre unter dem Aspekt der Mütterpolitik und plädiert für eine kreative Suche nach Lebensformen für Mama-Papa-Superkind.

1995, *Konkret Literatur Verlag*, 189 S. DM 28.--

■ *Rainer Neutzling: Herzkasper*

Geschichten über Liebe und Sex in der Pubertät

Die Pubertät ist eine besonders verletzliche Periode im Leben. Der Autor erzählt spannende, konkrete, romantische und realistische Geschichten dazu, die für Jugendliche und für Menschen, die mit ihnen leben, gleichermaßen hilfreich durch diese

schwierige Zeit führen. Das Buch ist eine unterhaltende Aufklärungsliteratur – ein besonderes Genre auf diesem Gebiet.

1995, *Rowohlt Verlag*, 316 S. DM 34.--

■ *Rebekka Agbono-Puntigam: Warum hast du mich jetzt geküßt?*

Eine schwarz-weiße Liebesgeschichte

Der Name der Autorin ist ein Pseudonym. Sie schreibt: „lieber hätte ich meinen richtigen Namen auf den Buchdeckel gesetzt“. Wie verletzbar sind Beziehungen zwischen Menschen verschiedener Kulturen? Wie verletzlich sind Männer und Frauen in ihren Beziehungen? Die kleine Geschichte beschreibt dies unsentimental, witzig und anrührend und mit einem offenen Ausgang – die Rezensentin wünscht ihr einen guten.

1995, *Edition dià*, 1974 S. DM 28.--

■ *Ute Marie Metje: Die starken Frauen*

Gespräche über Geschlechterbeziehungen bei den Minangkabau in Indonesien

Geschlechterbeziehungen sind verletzliche Beziehungen – hierzulande und anderswo. Die Minangkabau sind innerhalb der Sozialwissenschaften „berühmt“, weil dieses indonesische Volk die patriarchalischen Formen des Islam lebt bei der gleichzeitigen Existenz der mutterrechtlichen Traditionen. Dies manifestiert

sich in der besonderen Erscheinung der Frauen, die das Bild der Öffentlichkeit prägen. Die Autorin, eine Ethnologin, geht der Frage nach, wie der kulturelle Raum dieser Frauen aussieht, wie die Sozialisation der Mädchen erfolgt und wie die ideologischen Werte der Vergangenheit und Gegenwart verbunden werden. Anfänglich lernte sie die Frauen als Patientinnen der psychiatrischen Ambulanz des öffentlichen Krankenhauses in Padang (Provinzhauptstadt an der Westküste Sumatras) kennen. Sehr schnell wurde ihr klar, daß sie die psychosomatischen Erkrankungen ihrer Patientinnen nur verstehen könne, wenn sie über ein umfassenderes Wissen über ihre Lebensgeschichten verfüge. Daraus entstand dieses Buch, das unter vielen Aspekten lesenswert ist: als ethnologische Studie, als psychologische Beschreibung der Entstehung von Identität und Wege der Sozialisation und als Bereicherung des Aspektes „Frauenforschung“.

1995, Campus Verlag, 261 S., DM 48.-

■ *Christoph Geiser: Kahn, Knaben, schnelle Fahrt*

Eine Phantasie

Dies ist eine subtile Beschreibung des Hineinwachsens eines Knaben in seine Homosexualität. Der Autor zeichnet seine eigene Jugend aus der Distanz von dreissig Jahren nach, oszillierend zwischen Phantasie und

Wirklichkeit und dem Wunsch nach einer Versöhnung mit den verletzenden frühen Jahren.

1995, Nagel & Kimche, 238 S.

DM 38.80

■ *Luis Sepúlveda: Der Alte, der Liebesromane las*

Roman

Dieses Buch ist nicht neu. Es lohnt aber, wieder einmal darauf hinzuweisen, weil diese Geschichte in besonders poetischer Form ohne jegliche Sentimentalität die Verletzbarkeit der Beziehung zwischen Natur und Mensch zu ihrem Gegenstand hat. es geht um den Kampf eines alten Mannes am Amazonas gegen die Zerstörung der Natur durch die Zivilisation, spannend und mit einprägsamen Bildern geschrieben.

1991, Fischer Taschenbuchverlag,

111 S. DM 10.90

Zum Schluß dieser Lesevorschläge ein Vierzeiler von Eugen Roth:

Der Rezensent

Ein Mensch hat Bücher wo

besprochen

Und liest sie nun im Lauf von

Wochen.

Er freut sich wie ein kleines Kind,

Wenn sie ein bißchen auch so sind.

■ *Beatrice Alder*

Die Autorinnen

- Marianne Bredendiek
Albrecht-Achilles-Straße 65
D-10709 Berlin
Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker
Venediger Au 4, A-1020 Wien
Politologin und Psychotherapeutin i.A.
z.Zt. in der Flüchtlingsbetreuung tätig
- Jane Christ
Sevogelplatz 2, CH-4051 Basel
dipl. von der „Academy of Certified Social Workers“ und „Certified Group Psychotherapist“/USA. Einzel- und Paartherapie in Basel
- Dagmar Doege
Romanshorner Weg 165
D-13407 Berlin
Krankenschwester, z.Zt. in der Poliklinik der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik tätig
- Chryst Gouinlock
Adresse über Jane Christ
„Licensed Clinical Social Worker“ und „Board Certified Diplomate“ in klinischer Sozialarbeit. Private Praxis für Einzel-, Paar- und Gruppentherapie in Atlanta, USA
- Prof. Dr. Petra Gromann
Mittelfeld 6, D-82229 Seefeld
Soziologin, Professorin im Fachbereich Sozialwesen an der FH Fulda
- Dr. med. Daniel Kersner
Adresse über Doris Cech
Psychiater, Spezialist in medizinischer Psychologie, Mitglied der „Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo“
- Dr. med. Annette Kersting
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. für Psychosomatik und Psychotherapie, D-30623 Hannover
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
- Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. für Psychosomatik und Psychotherapie, D-30623 Hannover
Leiter der Abteilung
- Prof. Dr. Gabriele Wolfslast
Juristische Fakultät der Universität Rostock, Möllnerstraße 10
D-18109 Rostock
Lehrstuhl für Strafrecht