

die Psychotherapeutin

Psychotherapie und Sozialpsychiatrie
5: Herbst 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



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 183,-

Abonnement: jährlich DM/sFr. 45,-; ÖS 329,-

Bestellungen nehmen der Verlag sowie alle Buchhandlungen entgegen.

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Psychotherapeutin: Psychotherapie und Sozialpsychiatrie
Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453

ISBN 3-88414-199-6

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1996

Alle Rechte vorbehalten

Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee
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 Spra-
chen 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:	
Psychotherapeutin werden – das Werden der Psychotherapeutin	4
Psychotherapie – der unmögliche Beruf	5
Gespräch von Psychotherapeutinnen über ihren Werdegang	
<i>Angelika Ebrecht-Laermann, Monika Hoffmann, Bettina Kallenbach, Ursula Plog.</i>	
<i>Das Gespräch begleitete Achim Leschinsky</i>	15
Ärztin werden ist nicht schwer..	
Feldnotizen aus dem praktischen Jahr	
<i>Christiane Ramke</i>	32
Zum Dilemma des Assistenzarztes im klinisch-psychiatrischen Alltag	
<i>Monika Begemann-Deppe</i>	46
»...daß ich die Sittiche in mein Büro nehme und Sie dafür in der Klinik bleiben.«	
Oder: Ist Sozialarbeit Therapie?	
<i>Bettina Kallel</i>	72
Linguistische Kritik eines Inhaltsanalytischen Verfahrens in der Psychotherapieforschung	
<i>Jennifer Hartog</i>	80
Das Psychoanalytische Institut als identitätsbildende Anstalt	
<i>Ulrike Hoffmann-Richter, Sibylle Würzler</i>	105
Nachanalyse – in eigener Sache	
<i>Helmut Junker</i>	128
Forum	
Bücher	137
Der Blick auf andere Bücherregale	141
Die Autorinnen und der Autor	144

■ **Psychotherapeutin werden –
das Werden der Psychotherapeutin**
Editorial der mitherausgebenden Verlegerin



Beatrice Alder

Der soziologische Blick prägt das Thema dieses Heftes. Dazu passen die Hinweise in der Rubrik »Das andere Bücherregal« sowie ein kleines Buch, das mir kürzlich in die Hände kam. Es handelt von der Entwicklung und Bedeutung der Schrift. Der Autor führt aus, daß, während die Schriftzeichen selbst ihre Bedeutung nie ändern, ihre Formen steter Wandlung unterworfen sind. Diese wiederum drücken das aus, was der Autor als »Kollektivcharakter eines Volkes« bezeichnet. Das Schriftbild, die Zeilen, Abstände und Kolumnen gliedern die Fläche einer Seite und prägen deren Ausdruck: Zu den Aufgaben der Typographie gehören das Gestalten des Verhältnisses zwischen Ordnung und Unordnung, das Herstellen von Bezügen zwischen Inhalt und Form, kurz: die Gestaltung selbst ist auch Information. Jan Tschichold, einer der ganz Großen der Schriftgraphiker, prägte den Satz: Erfreuliche Drucksachen durch gute Typographie. Nebenbei bemerkt: er gab seiner Anleitung dafür den Untertitel »Eine Fibel für jedermann«. Jeder und jede von uns kommt in die Lage, Drucksachen zu gestalten. Die Verbreitung des Computers trägt mit dazu bei. Kenntnisse der Möglichkeiten und der vermeidbaren Fehler sollten also eigentlich zum Alltagswissen gehören.

Noch viel mehr ist natürlich die Verlegerin mit diesen Aufgaben konfrontiert. Ein kleines Heft wie die PSYCHOTHERAPEUTIN zu gestalten, ist eine Herausforderung, die die Edition Das Narrenschiff hoffentlich zu Ihrem Wohlgefallen gelöst hat.

- Meier, Hans Eduard (1994): Die Schriftentwicklung/The Development for Script and Type/Le développement des caractères. Cham, Syntax Press
Tschichold, Jan (1960): Erfreuliche Drucksachen durch gute Typographie. Ravensburg, Otto Maier

■ Psychotherapie – der unmögliche Beruf

Editorial



Ulrike Hoffmann-Richter

Freuds Zitat über den »unmöglichen Beruf« ist fast 60 Jahre alt. Im ersten Moment mag das Thema des beruflichen Werdegangs von Psychotherapeutinnen Gähnen provozieren. In Lindau erschienen dieses Jahr in der ersten der beiden Psychotherapie-Wochen mit diesem Leitthema tausend Teilnehmer und Teilnehmerinnen weniger als in der zweiten Woche – zum Thema Sexualität in der Psychotherapie. Aber bei genauerer Betrachtung sind es nur einzelne Facetten des Themas, die seit der Entwicklung der Psychotherapie zum Beruf in der psychotherapeutischen Gemeinschaft angesprochen werden. Freud hatte 1937 den fraglichen Erfolg der Arbeit im Blick: »Es hat doch beinahe den Anschein, als wäre das Analysieren der dritte jener ›unmöglichen‹ Berufe, in denen man des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann. Die beiden anderen, weit weniger bekannten, sind das Erziehen und das Regieren.« Max Weber hat sich mit der Frage beschäftigt, wie »Wissenschaft« und »Politik als Beruf« zu betreiben seien. Dies wäre nicht nötig, wenn es sich bei den genannten Tätigkeiten um eine »Profession«, ein etabliertes Berufsbild mit gesetzlich vorgeschriebener Ausbildung, beruflichen, juristischen und ethischen Anforderungen an die spätere Tätigkeit und einer Standesorganisation handelte.

Psychotherapeutin-Sein ist kein festes Berufsbild. In der Schweiz ist der Titel bisher ungeschützt. Jede kann sich Psychotherapeutin nennen. In Deutschland war bis vor kurzem »Psychotherapie« ein Zusatztitel zur Fachausbildung als Ärztin oder Zusatzausbildung als Psychologin. Mit der neuen Facharztordnung ist Psychotherapie Teil zweier Facharzt-Richtungen. Dies gilt jedoch nur für die anerkannten Psychotherapie-Verfahren. Für die anderen ist, je nach Therapie-Richtung ein Zertifikat erhältlich, das jedoch rechtlich nicht bindend ist. Psychotherapie, die Krankenschwestern oder Sozialarbeiterinnen in ihrer Tätigkeit ausüben, wird als solche nicht benannt. Dies bedeutet, daß die berufliche Sozialisation bisher über den ursprünglich erlernten Beruf erfolgt, aufgrund dessen der eine oder die andere psychotherapeutisch tätig wird.

Zu Beginn jeder Berufsausbildung steht eine mehr oder weniger ideale Vorstellung von der späteren Tätigkeit. In den genannten Berufsgruppen ist den Wunschvorstellungen des beruflichen Alltags bereits Ernüchterung gewichen, wenn die Weiterbildung zur Psychotherapeu-

tin abgeschlossen ist. Psychotherapie erscheint dann als die »bessere« Form, den Beruf auszuüben. Nicht bedacht werden auch hier die Niederungen des Alltags. Das sind in erster Linie Rahmenbedingungen, die von Ferne als Nebensache erscheinen, weil sie nicht den Inhalt der Tätigkeit ausmachen: Abrechnungsmodalitäten, die Form der Eingebundenheit in eine Institution, Räumlichkeiten und – nicht zuletzt – die Isoliertheit der Psychotherapeutin von alltäglichen Kontakten. Klassische Professionen, traditionelle Rollen, aktuelle Anforderungen, Vorstellungen von Männer- und Frauenberufen, institutionelle Gegebenheiten, der persönliche und der berufliche Werdegang sowie Fragen an die eigene Identität und die Bedeutung des Berufs für das »eigene Leben« sind noch nicht alle Aspekte, die im beruflichen Alltag eine Rolle spielen.

Selbst- und Fremdbild

An Janet Malcolms »Fragen an einen Analytiker«, die 1981 unter dem Titel »Psychoanalysis: The Impossible Profession« im New Yorker erschienen, rühmte die New York Times, daß sie Patienten die Fragen beantwortete, auf die der Analytiker ihnen eine Gegenfrage stellt. Wie aber steht es um die Fragen, die sich psychotherapeutisch Tätige selbst nicht beantworten? Wieweit ist die Unmöglichkeit ein Kokettieren mit den Schwierigkeiten, die in ihrer Tragweite lieber im unklaren gelassen werden? Solange in der Allgemeinbevölkerung Psychotherapie mit Psychoanalyse gleichgesetzt wird (Angermeyer et al. 1993), ist das geheimnisvoll Hilfreiche nicht notwendig aufzuklären. Aber schon hier gehen Selbst- und Fremdbild erheblich auseinander. Zum großen Ärger der Psychoanalytiker hat Moscovici 1961 seine repräsentative Untersuchung zur sozialen Repräsentation der Psychoanalyse und der Psychoanalytiker in Frankreich veröffentlicht. Der Ärger erwuchs aus der Tatsache, daß Psychoanalytiker ihrerseits zum Untersuchungsobjekt geworden waren. Die Befragten wurden unterteilt in Mitglieder der Mittelschicht, freier Berufe, Studenten und technischer Schulen (ecole technique). Sie hatten zur Frage, wem der Psychoanalytiker am ähnlichsten sei, die Alternativen: Weiser/Gelehrter (Savant), Priester, Psychologe und Arzt. Nur Schüler der technischen Schulen ordneten zu 35 % Psychoanalytiker dem Bild des Weisen zu. Die anderen Gruppen verteilten sich zwischen 35 und 51 % auf »Psychologe« und »Arzt«. Das Selbstbild der analytisch Tätigen bewegt sich zwischen Künstler und Heiler, in jedem Falle aber in deutlicher Abgrenzung zum bürgerlich etablierten Beruf des Arztes.

Wie weit die Wunschvorstellungen von der Realität entfernt sind, beschrieb Michael von Rad in seinem Eröffnungsvortrag in Lindau 1996 mit dem Hinweis auf die Erhebung von Orlinsky et al. unter fast 3000 Therapeutinnen und Therapeuten: Wunschvorstellung und selbst eingeschätzter therapeutischer Stil wurden fast identisch wiedergegeben als zu 97 % »akzeptierend«, zu 90 % »engagiert, tolerant« und zu 88 % »warmherzig« (Orlinsky et al. 1996). In persönlichen Gesprächen werde demgegenüber von Überlastung, Erschöpfung, mangelnder Kreativität und burnout gesprochen, wenn nicht gar von Aussteigewünschen und Suizidphantasien.

Unzweifelhaft unterscheiden sich Psychotherapeutinnen und -therapeuten von anderen Berufsgruppen, von den Behandelten wie von der Normalbevölkerung. Ob die bewußte Distanzierung, und zu welchem Anteil, aus der Selektion der Psychotherapeutinnen erwächst; der Art der Tätigkeit, die einsam macht, weil sie den persönlichen Kontakt auf Lebenszeit erschwert; oder der Abgeschlossenheit des Theoriegebäudes, sei dahingestellt. Diese Abgeschlossenheit hat vermutlich dazu geführt, daß Erkenntnisse aus anderen Fachgebieten nicht oder nur zu einem geringen Teil rezipiert wurden.

Auch in wissenschaftlicher Hinsicht führt die Psychotherapie ein abgeschlosseneres Dasein, als ihr gut täte. Freuds »Junktim« von Lehre, Forschung und Behandlung ist in der Regel nicht gegeben. Die Orientierung an naturwissenschaftlichen Methoden überwiegt gegenüber dem Einsatz von sozialwissenschaftlichen Verfahren. Durchaus nützliche und zur Verfügung stehende Methoden aus Sprach- und Sozialwissenschaften werden zu wenig eingesetzt. Wissenschaftliche Grundlagen sind nicht Teil der üblichen Ausbildung. Zu welchen Entwicklungen solche wissenschaftliche Isolierung führen kann, zeigt Hartogs Beitrag in diesem Band. Sie kontrastiert die vermeintliche Inhaltsanalyse mit Hilfe des zentralen Beziehungskonfliktthemas mit der diskursanalytischen Untersuchung des Ausschnitts einer Analysestunde. Daß sprachwissenschaftliche Untersuchungen einer Methode, die überwiegend mit Sprache arbeitet, den geringsten Anteil wissenschaftlicher Untersuchungen in der Psychotherapie ausmachen, ist nicht haltbar.

Berufliche Sozialisation

In der Soziologie existiert seit Jahrzehnten ein Schwerpunkt zum Thema Berufssozialisation. Der Arztberuf stand hier Modell. Die vorliegenden Untersuchungen sind zeit- und gesellschaftsgebunden. Viele von ihnen stammen aus den 60er und 70er Jahren (z.B. Becker et al.

1961; Luckmann, Sprondel 1972). Sie sind heute nicht mehr ohne weiteres gültig. Die vorhandenen Ergebnisse und Erkenntnisse sind jedoch kaum für den psychotherapeutischen Bereich nutzbar gemacht worden. Becker, Geer, Hughes und Strauss haben an der Medizinischen Hochschule Kansas eine umfangreiche Studie durchgeführt, aus der allgemeine Prinzipien erkennbar werden. So bringen die Studenten Vorerwartungen an den Beruf mit, die sich im Verlauf des Studiums ändern. In Kansas um 1960 bewegten sich die Vorstellungen von »the best of all professions« zu Beginn über »what they want us to know« bis zu »dealing with the faculty«. Die Ausbildungszeit ist zugleich die entscheidend prägende Phase für Normen und Werte und dient bei weitem nicht nur der Wissensvermittlung. Die Studenten kamen zum großen Teil aus bürgerlichen Verhältnissen, signifikant häufig aus Arztfamilien. Ihr Ziel einer Fachausbildung, Niederlassung etc. war 1960 ebenso abhängig von den aktuellen Gegebenheiten der Fakultät und der Stellenangebote wie 1995 (Sierles, Taylor 1995). Um 1990 orientierte sich die Spezialisierung nicht zuletzt an der häufigen Schuldenlast der Studentinnen und Studenten am Ende des Studiums und dem bekannten Durchschnittseinkommen der verschiedenen Fachärztinnen.

Schon die Wahl des Berufes ist also kein freier Entschluß. Oswald Hall beschrieb, daß die Arztkinder sich während der Ausbildung und mit der Facharztwahl leichter tun, nicht nur, weil ihnen in der Regel mehr Geld zur Verfügung steht, sondern auch weil sie selbstbewußter auftreten, die Standesorganisationen eher überzeugen können und klarere Vorstellungen von ihren Möglichkeiten haben (1972/303-317). Die Ausbildung soll für die Qualifizierung zum Beruf sorgen. Nebenbei führt sie zu einer realistischen Berufsvorstellung. Daneben aber führt sie von seiten des jeweiligen Berufsverbandes zur Selektion und Zulassungsbeschränkung. Rüschemeyer postuliert, daß in Berufen mit mangelnder Möglichkeit sozialer Kontrolle das Gewicht auf individuelle Selbstkontrolle gelegt werde. Diese solle durch einen langen Sozialisationsprozeß erreicht werden, »der zum Ziel hat, die erforderliche fachliche Kompetenz zu sichern und den Nachwuchs auf die für die Profession entscheidenden Werte und Normen zu verpflichten« (1972/168).

Thure von Uexküll kritisiert mit Hinweis auf die ideelle und normative Prägung durch die Ausbildung und ersten Praxisjahre den Aufbau des Medizinstudiums in Deutschland, in dem der erste Patient der Studentin eine Leiche sei (während des Anatomiekurses). Corwin beschrieb den Rollenkonflikt von Krankenschwestern im Hinblick auf unterschiedliche Ausbildungswege: Bei diplomierten Schwestern schwinde nach dem Abschluß der Ausbildung und damit dem Abschied von den Idealen der Schwesternschule die Identifizierung mit profes-

sionellen Grundsätzen. In den Vordergrund träten die Erwartungen der Krankenhausbürokratie, die von Anfang an bereits mit entwickelt worden seien. Auf dem College ausgebildete Schwestern behielten ihre professionelle Identifizierung. Sie müßten sich jedoch die bürokratischen Rollenanforderungen erst erwerben. Beide Anforderungen treten im beruflichen Alltag immer wieder in Konflikt miteinander (1972/91-105). Spezifische Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen – die Behandlung von Patientinnen und Patienten in der einen oder anderen Weise – sind nur ein Teil beruflicher Tätigkeit! Hinzu treten administrative, wirtschaftliche, institutionelle und berufspolitische Anforderungen. Schließlich wirkt die erreichte Ausbildung und Position auf die Stellung in der Gesellschaft zurück.

Traditionen, Rollen und Frauen- und Männerberufe

Die Geschichte der modernen Gesellschaft läßt sich als »Geschichte der Ablösung von Laienlösungen« begreifen (Luckmann/Sprondel 1972/15). Vor dem Eintritt in die Moderne waren Berufs- und Privatleben nicht getrennt. Überkommene klassische Berufe aus dieser Zeit sind die des Pfarrers, Arztes oder des Landwirts. Entgegen der Betonung, daß eine Trennung in Arbeit und Freizeit, Berufs- und Privatpersonen für ein gesundes und befriedigendes Leben unerlässlich sei, wird von in diesen Berufen heute Tätigen nach wie vor erwartet, daß sie »mit Leib und Seele« ihrer Berufung nachgingen. Die unklare Berufsidentität von Psychotherapeutinnen (Hoffmann-Richter, im Druck) besteht darin, daß sie zu den Verfechtern dieser Trennung gehören – und zugleich die »Ganzheit« propagieren. Die Mystifizierung mündet in die Vorstellung von Psychotherapie als modernem Priester- und Heilertum, das nicht nur von Beschwerden befreit, sondern zu sinnerfülltem Leben verhelfen soll.

Diese Entwicklung zur Professionalisierung beschränkte sich eindeutig auf Männerberufe. Berufsbilder, die sich aus hausfraulicher Arbeit und Mutterpflichten entwickelten, waren davon ausgenommen. Frauenberufe sind bis heute davon geprägt. »Kann denn Liebe Arbeit sein« titelte dazu im Mai 1996 die Neue Zürcher Zeitung. Die Moderne ist eine »halbierte« (Beck, Beck-Gernsheim 1994). Und diese Situation ist durchaus nicht so alt wie unsere Kultur. In dieser Form entstand sie erst im Bürgertum des 19. Jahrhunderts. Die Erwartung an Schwestern, nicht ganz so ausgeprägt an Sozialarbeiterinnen oder Psychologinnen, unbegrenzt zur Verfügung zu stehen, keine eigenen Bedürfnisse oder gar Geldforderungen zu haben, wurzeln in diesen Umständen. Es sind

dieselben, die auch zur geringeren Wertschätzung der Tätigkeit in der Gesellschaft beitragen: Beginnend im 18. Jahrhundert kam das bürgerliche Ideal des privaten Lebens im 19. Jahrhundert zu seiner Blüte, daß die Frau nicht weiter für den Unterhalt der Familie zuständig sein sollte (wie sie dies beispielsweise in der Landwirtschaft fraglos war oder auch in Arbeiterkreisen mit der Industrialisierung). Die Frau und Mutter sollte allein für das Wohl von Mann und Kindern, für das angenehme Heim, Liebe und Fürsorge dasein können. Mit der Idealisierung dieser Lebensform einher ging, daß die »Hausfrauen«-Tätigkeit als Daseinsform und nicht als Arbeit betrachtet wurde (Aries/Duby 1992).

Schwestern in den entstehenden Krankenhäusern waren analog um »Gotteslohn« als Ordensschwwestern tätig oder karitativ als Bürgerfrauen. Wo Frauen über diese klassischen Aufgaben hinaus eine höhere Schulbildung, Berufsausbildung oder ein Studium anstrebten, war dies zwar lange nicht erwünscht. In Konflikt mit der Gesellschaftsordnung kamen sie jedoch erst, als sie mit dieser Qualifikation nicht mehr karitativ tätig sein wollten – als Fürsorgerinnen, Armenpflegerinnen oder Betreuerinnen im Gefängnis, sondern als Ärztinnen und Anwältinnen (Stadler-Labhardt 1981). Damit erst forderten sie Bürgerrechte für sich ein. Ebenso die Frauen in den traditionellen Frauenberufen, die sich nicht weiterhin in einem Orden verpflichten wollten. Obwohl Agnes Karll bereits 1903 die erste Berufsorganisation von Krankenschwestern gründete, wurde die »Mütterlichkeit« als ethische Grundhaltung tradiert und noch bis in die 1960er Jahre hinein Schwestern, die keinem Orden angehörten, als »wilde« bezeichnet. Daß als Krankenschwestern tätige Frauen in ihrer Arbeit Befriedigung finden sollten und mit einem Taschengeld symbolisch entgolten wurden, ist noch nicht lange genug her, als daß die Anforderungen der anstrengenden und belastenden Tätigkeit entsprechend entlohnt würden (Rübenstahl 1994).

Spezifische Situation und prägende Phasen

Soziale Gegebenheiten spielen, wie bereits erwähnt, in besonderer Weise in den ersten Berufsjahren eine prägende Rolle für das spätere eigene Berufsbild der Krankenschwester, Psychologin, Ärztin oder Sozialarbeiterin. Wie bei anderen heiklen Themen geschehen, hat ein amerikanischer Arzt seine Erfahrungen während seines praktischen Jahres in Romanform veröffentlicht. Er wurde von einem Best- zu einem Longseller. Das Pseudonym sorgt für weitere Verpackung. Für alle angehenden Ärztinnen und Ärzte ist aber deutlich genug zu hören,

wie heftig der Autor die vorherrschenden Mechanismen des klinischen Alltags in einem renommierten Krankenhaus anprangert. Patienten spielen keine Rolle mehr; statt dessen steht die Stationsbesetzung, der Arbeitsaufwand, die finanzielle Absicherung der Belegärzte, die rechtliche Absicherung und das reibungslose Funktionieren des medizinischen Apparates im Vordergrund. Will der angehende Arzt den Patienten nicht schaden, muß er raffiniert werden, wichtige Therapien heimlich tun oder angeordnete Diagnostik umgehen. Die Suche nach Vorbildern, die der Orientierung dienen könnten, ist nicht sehr erfolgreich. Von seltenen Ausnahmen abgesehen besteht die Wahl zwischen Zynikern, Resignierten und Überangepaßten. Obwohl jede Berufsanfängerin im Krankenhaus mit der Dominanz des System konfrontiert wird, sind Berichte hierüber eine Seltenheit. Zu drängend ist die Forderung, sich mit dem System zu identifizieren, zu groß die Unsicherheit in der neuen Tätigkeit, solange Frau nicht »dazu gehört«.

Die banalen Gegebenheiten des Alltags wirken sich nicht nur auf die Entwicklung der beruflichen Identität während der Ausbildung aus. Sie sind fortgesetzt während der Berufsjahre von großer Wichtigkeit, ganz im Gegensatz zu dem Ausmaß, in dem über sie gesprochen und nachgedacht wird. Zur Professionalität von Psychotherapeutinnen gehört es beispielsweise, keine persönliche Beziehung zu Patienten aufzunehmen. In der Therapie bedeutet dies, möglichst nicht von sich selbst zu sprechen. Außerhalb der Therapie wird angestrebt, den Patienten schon gar nicht zu begegnen. Zweifellos ist die Begegnung als Privatperson nicht einfach. Aber wird sie nicht auch deshalb so krampfhaft vermieden, weil die »Einheit« von Psychotherapeutin und Privatperson damit in Frage gestellt wäre?

Nun ist aber die Trennung zwischen privatem und beruflichem Dasein nicht so einfach zu vollziehen. Sie mag dort möglich sein, wo die Psychotherapeutin in einer Großstadt in einer Institution, eventuell auch in der Praxis tätig ist. Auf dem Land, in einer Kleinstadt sind vielfältige Begegnungen unvermeidlich: Beim Einkaufen; in der Schule, in die die Kinder der Patienten wie der Therapeutin gehen; in der Arztpraxis... Gold und Nemiah haben einige Kolleginnen und Kollegen gebeten, über ihre Erfahrungen zu berichten. Sie haben sie 1993 in einem Sammelband zusammengetragen. Auch abgesehen von städtischen oder ländlichen Bedingungen, können private Schwierigkeiten auftreten, die in der Therapie nicht verschwiegen werden können: Tod eines nahen Angehörigen; eigene schwere Krankheiten, Scheidung u.a. »Beyond Transference« haben sie ihre Beiträge genannt, »wenn das reale Leben der Therapeutin eindringt«. Persönliche Veränderungen im Lauf der jahrzehntelangen beruflichen Tätigkeit wirken auf die Arbeit

zurück. Erstaunlich ist, daß solche Prozesse auch unter Psychotherapeuten und -therapeutinnen nicht problemlos thematisiert werden können.

Der Beruf als wichtiger Teil eigener Identität

Beck und Beck-Gernsheim haben wiederholt darauf aufmerksam gemacht, daß wir in einer Gesellschaft der Umbrüche und Veränderungen leben (Beck, Beck-Gernsheim 1992; Beck, Beck-Gernsheim 1994). Um so wichtiger ist die Suche nach der eigenen Identität. Sie soll Stabilität, Sicherheit und Orientierung vermitteln. Schelsky schrieb schon 1972, daß »die Berufstätigkeit immer noch der wichtigste Faktor für die soziale Bestimmung des menschlichen Lebens in unserer Kultur« ist. Zur Professionalisierung gehöre, »daß heute jegliche Form von Leistung in der Gesellschaft in Form eines ›Berufes‹ geschieht oder daß offensichtlich für jede Leistung und Tätigkeit von Lebenswichtigkeit und Lebensernst in unserer Gesellschaft nur noch das Modell des ›Berufes‹ als Sinndeutung zur Verfügung steht« (S. 29). Daß Arbeit zur Selbsterfahrung und Selbstverwirklichung beitrage, sei zwar nicht mehr ganz neu, so Windolf in seinem Vorwort zur »Beruflichen Sozialisation« von 1981. »In manchen historischen Zeitabschnitten wäre der Gedanke, im ›Reich der Notwendigkeit‹ die Chance zur Selbstverwirklichung zu suchen, sehr befremdlich gewesen.« Windolf wie Schelsky schreiben diese Entwicklung der protestantischen Ethik zu. Mit ihr seien Arbeit und Berufserfüllung zum zentralen Lebensinhalt avanciert. Insbesondere der Calvinismus habe bekanntlich im beruflichen Erfolg die religiöse Lebensbewahrung in der Welt gesehen.

Jüngeren Datums ist zum einen die genauere Betrachtung der Entwicklung während der beruflichen Ausbildung wie in den folgenden Berufsjahren, die in biographischen Studien als Statuspassagen beschrieben und als weitere Schritte der individuellen Sozialisation betrachtet wurden (z.B. Heinz 1995). Die intensive Suche nach dem »eigenen Leben«, das nach Beck und Beck-Gernsheim zum Begriff geworden ist, und die vielfältigen Veränderungen in den Biographien, die sich nicht nur auf die »Lebensabschnittspartner«, sondern auch auf wechselnde berufliche Tätigkeiten beziehen, fordern Psychotherapeutinnen in doppelter Weise – als Privatpersonen und in ihrem Beruf. Sie sollen die Spezialistinnen für Selbstverwirklichung sein. Psychotherapie soll nicht nur Beschwerden lindern, sondern zu befriedigendem, wenn nicht gar glückhaftem Leben führen. Psychotherapeutinnen sollen in der unsicher gewordenen Welt Sicherheit und Orientierung

bieten. Zugleich sind sie, wie durch von Rad beschrieben, als Individuen in Frage gestellt. Sie sind Zeitgenossinnen und Mitglieder der Gesellschaft wie alle ihre Patientinnen und Patienten. Ganz offensichtlich sind die Erwartungen, die Patienten wie sie selbst an sich stellen, grandios und unerfüllbar. Die Auseinandersetzung mit ihrer Sozialisation und ihrer beruflichen Situation wäre für alle Beteiligten ernüchternd, aber auch realitätsfördernd und entlastend. Die Arbeiten dieses Heftes wollen dazu beitragen.

Literatur

- Angermeyer, M.C.; Held, T.; Görtler, D. (1993): Pro und Contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 43, 286-292
- Ariés, P.; Duby, G. (Hrsg.) (1992): *Geschichte des privaten Lebens*. Bd. IV. Frankfurt, S. Fischer-Verlag
- Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (1990): *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag
- Beck, U.; Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.) (1994): *Riskante Freiheiten*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag
- Becker, H.S.; Carper, J. (1972): Elemente der Berufsidentifikation. In: Luckman, T.; Sprondel, W.M.: *Berufssoziologie*. Köln, Kiepenheuer und Witsch, 263-275
- Becker, H.S.; Geer, B.; Hughes, E.C.; Strauss, A.L. (1961): *Boys in White*. Student culture in medical school. Chicago London, The University of Chicago Press
- Becker, H.S.; Strauss, A.L. (1972): Karriere, Persönlichkeit und sekundäre Sozialisation. In: Luckman, T.; Sprondel, W.M.: *Berufssoziologie*. Köln, Kiepenheuer und Witsch, 355-372
- Corwin, R.G. (1982): Krankenschwestern im Rollenkonflikt. In: Luckman, T.; Sprondel, W.M.: *Berufssoziologie*. Köln, Kiepenheuer und Witsch, 90-105
- Freud, S. (1982): Die endliche und die unendliche Analyse (1937). Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt, S. Fischer, 351-392
- Goffman, E. (1961/1972): *Asyle*. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt, Suhrkamp Verlag
- Gold, J.H.; Nemiah, J.C. (Hrsg.) (1993): *Beyond Transference*. When the Therapists real life intrudes. Washington D.C. London, American Psychiatric Press
- Hall, O. (1972): Die Stufen einer Arztkarriere. In: Luckman, T.; Sprondel, W.M.: *Berufssoziologie*. Köln, Kiepenheuer und Witsch, 303-217
- Hartog, J. (1996): Linguistische Kritik eines Inhaltsanalytischen Verfahrens in der Psychotherapieforschung. In: *die PSYCHOTHERAPEUTIN*, 5, 80-104
- Heinz, W.R. (1995): *Arbeit, Beruf und Lebenslauf*. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Weinheim München, Juventa-Verlag
- Hoffmann-Richter, U.: Von der Notwendigkeit, die Psychotherapie zu entmythologisieren. Vortrag, Berlin, Januar 1996, Im Druck
- Luckmann, T.; Sprondel, W.M. (Hrsg.) (1972): *Berufssoziologie*. Köln, Kiepenheuer und Witsch
- Dies.: Einleitung. In: a.a.O., 11-21

- Malcolm, J. (1983): Fragen an einen Psychoanalytiker. Zur Situation eines unmöglichen Berufes. Stuttgart, Klett Cotta Verlag
- Moscovici, S. (1961/1976): La Psychoanalyse, son image et son publique. Press universitaire de France
- Orlinsky, D.E.; Willutzki, U.; Meyerberg, J.; Cierpka, M.; Buchheim, P.; Ambühl, H. (1996): Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von Psychotherapeuten? Psychother. Med. Psychol. 46, 105-113
- Rad, M. von (1996): Psychotherapie als Beruf. In: Psychother. Psychosom. Med. Psychol: 46, 83-89
- Rübenstahl, M. (1994): »Wilde Schwestern«. Krankenpflegereform um 1900. Frankfurt, Mabuse-Verlag
- Rüchemeyer, D. (1972): Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Professionen. In: Luckman, T.; Sprondel, W.M.: Berufssoziologie. Köln, Kiepenheuer und Witsch, 169-181
- Schelsky, H. (1972): Die Bedeutung des Berufes in der modernen Gesellschaft. In: Luckman, T., Sprondel, W.M.: Berufssoziologie. Köln, Kiepenheuer und Witsch, 25-35
- Shem, S. (1979/1995): The House of God. London, Black Swan, Transworld Publishers Limited
- Sierles, F.S.; Taylor, M.A. (1995): Decline of U.S. medical student careerchoice of psychiatry and what to do about it. In: American Journal of Psychiatry, 152, 1416-1426
- Stadler-Labhart, V. (1981): Erste Studentinnen der Staats- und Rechtswissenschaften in Zürich. Zürich
- Weber, M. (1988): Politik als Beruf. In: Ders: Gesammelte politische Schriften. Tübingen, Mohr-Verlag, 502-560
- Weber, M. (1922/1988): Wissenschaft als Beruf. In: Ders: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen, Mohr-Verlag, 582-613
- Windolf, P. (1981): Berufliche Sozialisation. Stuttgart, Enke Verlag

■ Gespräch von Psychotherapeutinnen über ihren Werdegang

■
Angelika Ebrecht-Laermann, Monika Hoffmann,
Bettina Kallenbach, Ursula Plog.
Das Gespräch begleitete Achim Leschinsky

Vorrede

Als wir uns mit möglichen Artikeln zu diesem Heft beschäftigten, war die Frage, wie es gelingen könnte, anschaulich und an die eigene Erfahrung gebunden über die Sozialisation zur Psychotherapeutin zu schreiben. Zwei jüngere und zwei ältere Psychotherapeutinnen haben sich zusammengesetzt und über ihre Werdegänge zur Psychotherapeutin gesprochen. In der folgenden Zeit wurden die Abschriften bearbeitet, gemeinsam und einzeln, so daß der nun vorliegende Text eine montierte Collage ist. Zu dem Text hat jede noch einige eigene bewertende Gedanken geschrieben. Als Darstellung von vier Fällen, als vier unterschiedlichen Varianten der Profession der Psychotherapeutin verstanden, kann dieses Gespräch dazu anregen, zu vergleichen, sich selbst zu bestimmen, mit anderen in Gedankenaustausch zu treten.

Vom Machen und Helfen zur Selbstreflexion und zum Begleiten

P: Wir haben darüber gesprochen, wie wir Psychotherapeutinnen geworden sind. Es ist sehr deutlich geworden, daß keine von uns eine Art Lehrplan absolviert hat. Das ist erstaunlich. Wir sind bei der Frage der Zeit geblieben: Es hat lange gebraucht, bis wir gesagt haben: »Ich bin Psychotherapeutin«, oder »Ich habe Psychotherapie gelernt«. Es gab immer wieder Neuanfänge, Versetzungen, andere Wege, und dann... Das war bei mir auch ein Impuls, daß ich sehr früh erkannt hatte, daß ich eine Art agierendes Helfersyndrom hatte. Ich wollte immer sehr schnell etwas tun. Und so habe ich eine Notwendigkeit gesehen, etwas zu üben, was mein Verhalten kontrolliert und mich kontrolliert...

H: Diese Erkenntnis ist bei mir erst viel später gekommen. Ich bin nicht mit der Vorstellung in den Beruf gegangen: ich werde jetzt Psychotherapeutin. Ich wollte Klinische Psychologin werden. In meiner Berufstätigkeit merkte ich dann, daß ich zwar Diagnostik beherrschte, daß ich

aber nicht wußte, wie es danach weitergehen sollte oder wie ich mein Gegenüber dazu ermutigen konnte, sich mitzuteilen. Aus dieser Not entstand ein Druck: Ich muß etwas lernen, ich muß Techniken erwerben. Konsequenterweise habe ich dann Verhaltenstherapie gelernt. Erst bei dem Versuch, Verhaltenstherapie auch bei sehr schweren Störungen anzuwenden, merkte ich, daß ich mich absolut verausgabte. Ich erkannte wieder, es muß noch etwas dazukommen, aber ich war noch nicht dazu imstande, meine Technikausrichtung zu hinterfragen. Statt dessen bemühte ich mich um Supervision, um Austausch mit anderen auf der Suche danach, wie ich das, was ich tue, besser mache. Die Frage, was diese Verausgabung mit mir als Mensch zu tun hat, stellte ich mir noch nicht.

P: Was ich wußte von mir, war, daß ich schnell einzuspannen war. Ich konnte nicht abwarten. Also suchte ich nach einem Mittel der Reflexion, der Selbstkontrolle, der geleiteten Zurückhaltung.

H: Ich wollte am Anfang nur lernen, mit Leuten reden zu können, und ich wollte denen auch zeigen, wo's lang geht. Eine Reflexion meiner eigenen Person war nicht vorgesehen, und in der anfangs von mir gewählten Therapierichtung konnte ich das ziemlich lange beibehalten.

P: In der du immer »machen« konntest.

H: In der ich machen konnte, in der ich auch mein Helfersyndrom bis an den Rand der Erschöpfung und darüber hinaus unreflektiert austoben konnte. Diese Erschöpfung zeigte mir dann, daß ich noch eine ganz andere Verantwortung habe und zwar die, mich selbst zu hinterfragen: Was ist eigentlich mein Anteil an dieser Interaktion, was mache ich hier im guten wie im bösen Sinne möglich? Also auch, was verhindere ich dadurch, daß ich so bin, wie ich bin?

L: Das würde heißen, eine Ausbildung als Schutz oder als Reflexionsmöglichkeit gegen einen eher naturwüchsig sich abspielenden und motivierten Interaktionsstil?

M: Schutz davor, die eigenen Anteile unreflektiert wirken zu lassen.

P: Das ist ein ganz wichtiger Punkt: Das »Machen«. Das hab ich auch sehr genossen, diesen Spaß daran, etwas zu entwickeln, und hinterher schnackelt's und klappt. Aber kommunizierbar zu machen, warum klappt es eigentlich, wie kann ich das fassen, das ist mir sehr wichtig geworden.

H: Ich wollte machen, und ich wollte mit Sicherheit auch helfen. Ich war ganz ungebrochen Helferin.

P: Das war ich auch. Meine Lehrer waren sehr unterschiedliche Menschen, aber sie hatten gemeinsam, daß sie etwas gegen die Psychotherapie hatten und vor allem gegen Psychologinnen, die in das Studium gingen, um helfen zu wollen – da spielte das Frausein eine große Rolle.

H: Ich hatte über Psychotherapie in meinem Studium Anfang der 60er Jahre in Göttingen gehört, daß es eine Psychoanalyse vor dem Krieg in Deutschland gegeben hatte, daß diese aber von zweifelhaftem Wert sei. Privat hatte ich Eysenck gelesen. Praxisanteile in der Ausbildung konzentrierten sich auf Diagnostik, speziell Gestaltdiagnostik und Gutachtentechnik. Psychotherapien und ihre Schulen wurden lediglich theoretisch am Beispiel von Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie gestreift. Ich glaube, das damalige Selbstverständnis der Klinischen Psychologie in Deutschland enthielt so gut wie keine therapeutischen Bilder. Zumindest haben auch meine Kommilitoninnen und Kommilitonen erst nach ihrem Studium Zielvorstellungen entwickelt, die therapeutische Bilder umfaßten.

Meine erste Berufstätigkeit fand in einer Einrichtung für schwerstbehinderte Menschen aller Altersstufen statt. Aufgrund von Kontroversen im Beirat wurde ich bald nach meinem Arbeitsbeginn zur kommissarischen Eingliederungsleiterin der gesamten Einrichtung ernannt. Wenn man sich einmal vorstellt, von was ich alles keine Ahnung hatte, und plötzlich hatte ich das Sagen! Dieser Praxisschock spielt eine wichtige Rolle in meiner weiteren Entwicklung. Am Anfang wollte ich nur lernen, wie ich meine Arbeit als Psychologin in einer psychosozialen Einrichtung anständig erledige. Später, in meiner Arbeit als Verhaltenstherapeutin mit Menschen mit schweren Zwangssyndromen und Depressionen, setzte etwas viel Selbstreflektierenderes ein.

L: Warum brauchtet ihr denn eigentlich eine zusätzliche therapeutische Ausbildung?

P: Ich brauchte sie. Warum ich ihrer bedurfte ist, daß ich doch immer wieder in Konfrontationen kam, daß Menschen mir immer wieder gesagt haben: Komm, laß das sein, du agierst, das ist nicht gut so. Da wollte ich ein Mittel haben, etwas von mir zu verstehen und davon, was mit »agieren« gemeint ist.

H: Bei mir war es nicht nur die Ausbildung – der Weg zur Psychotherapeutin war einerseits ein Reifungsprozeß, an dessen Ende ich mir gestatten durfte, mich hinterfragen zu lassen, und andererseits ein Erfahrungsprozeß, in dem ich lernte, daß ich zu viel »machte«. Ich benötigte immer wieder sehr viel Energie, um alles das in Ordnung zu bringen, was unreflektiert von mir in therapeutische Interaktionen hineingeflossen war. Ich hätte schon aus schierer Erschöpfung nicht weitermachen können, wie ich es bis dahin getan hatte, auf jeden Fall ermöglichte dieses Reiferwerden, Angstfreierwerden, daß ich mich endlich hinterfragen lassen konnte.

K: Auch in meinem Erleben war es ein langer Entwicklungs- und Reifungsprozeß, bis ich sagen konnte, ich kann psychotherapeutisch

arbeiten. Dieser Entwicklungsprozeß hat auch in der Lehranalyse stattgefunden und brauchte seine Zeit. Das erklärt auch noch mal, warum Lehranalysen so lange dauern. Ich erinnere mich, daß es anfangs ganz viel Befangenheit und Scham gab, über mich selbst zu reden, und dann, mit dem Darüber-Reden erst zu jemandem zu werden, der sich hinterfragen lassen kann.

L: Sich-hinterfragen-Lassen ist ja eine sehr anstrengende und aufreibende Tätigkeit, und du hast gesagt, du hättest gemerkt, wie du dich aufreibst aufgrund – sagen wir mal – einer ungebrochenen Helfereinstellung. Und da hilft, könnte man sagen, der Erwerb von Techniken, die die anderen nicht mehr so nah rankommen lassen und wo man die Klaviatur professionellen Handelns in Szene setzt.

H: Das Problem war ja: Warum, wann darf ich mich wie abgrenzen? Ich mußte es mir ja *erlauben*, mich abzugrenzen, ich brauchte eine moralische Rechtfertigung oder eine implizite Technikrechtfertigung, warum das sinnvoll ist. Und das ging nur auf dem Wege, daß ich kapierte, warum ich dafür eine Genehmigung brauchte. Damit mußte ich mich schon selber hinterfragen. Darin sehe ich keinen Absturz, sondern eine Hilfe, weniger Angst vor den Abgründen zu haben, die in mir sind, und vielleicht festzustellen, daß es ein ganz flaches kleines Tal ist und manchmal tatsächlich ein Abgrund; mich also mit dem, was mir Angst macht, mit meiner Bedürftigkeit, mit meinen Wünschen zu konfrontieren.

P: Das ist eine wichtige Erfahrung, daß du trotz aller Technik involviert bist, als Person mit eigener Konfliktgeschichte und Emotionalität. Diese Emotionalitäten kommen in die Supervision, und in dem Moment kommst du als handelnder Mensch ins Visier. Ich erinnere mich, gelegentlich in irgendwelchen Sitzungen angstvoll dagesessen zu haben. Die Frage war, warum um Himmels willen berührt mich das so, daß ich nicht mehr klar sehe, daß nicht mehr klar ist, wer mehr Angst hat und warum eigentlich. Der Zuwachs an persönlicher Souveränität durch die Selbstreflexion ist mir sehr nützlich. Ob ich den durch einen Zuwachs an Technik allein erreicht hätte? Ich denke, in den verstandenen Therapien verquickt sich das. Zuwachs an Kompetenz und Zuwachs an der Möglichkeit des Selbstverständnisses.

Suche nach sich selbst

E: Eigentlich ist für mich der Wunsch, selber eine psychotherapeutische Ausbildung zu machen, aus der ersten Analyse Anfang 20 entstanden. Ich dachte, ich möchte das selber mal machen können. Das hatte sicher etwas mit dem Gefühl zu tun, daß ich da mehr und Authentischeres

erfahren und erkennen kann als in allen anderen Lebensbereichen, die ich bis dahin berührt hatte. Ich hab' gemerkt, daß mich alles nicht so berührt und interessiert wie dieses. Das ist eigentlich bis heute geblieben, dieser Eindruck, daß ich da mehr erfahre über die Menschen, als wenn ich andere Wege gehe. Daß das nun sehr umwegig geworden ist und immer noch ein einziger Umweg ist, das hätte ich damals auch nicht gedacht. Aber gut.

K: Und bei mir war es der Wunsch, mich überhaupt mit mir selbst zu beschäftigen, und das in einem therapeutischen Beruf irgendwann mal nutzbar zu machen. Kurz vor dem 20. Lebensjahr war ich in einer Orientierungsphase, da war ein großer Bruch in meiner Biographie, durch den Verlust meines Vaters, der damals starb. Das führte zu der Suche nach einer Antwort auf die Frage: Wer bin ich eigentlich? Wer bin ich, und wie kann ich diese Frage nach meiner Identität jenseits von Mutter und Vater, von Zuhause, von Prägungen näherkommen, wo kann ich meinen Ort finden? Jenseits von familiären Wertvorstellungen, auch Rollenzuschreibungen an mich als Tochter und als erwachsenwerdende Frau: Was ich werden könnte, machen sollte. Die Fragen nach Sinnhaftigkeit, nach Verständnis: Wer bin ich, wer bist du, und was will jeder; menschliches Leiden, Subjektivität – das waren die Themen, denen ich nachgehen wollte und nachgegangen bin. Und zutiefst im Innern war es erst mal die Suche nach einem Ort, wo ich *meiner* Identität, Geschichte, meinem Leiden nachgehen konnte, bevor ich mich diesen Fragen in einem professionellen Sinne nähern konnte. Der Weg in die Psychoanalyse hatte einen Vorspann: ich hatte mich entschieden, Medizin zu studieren, aber recht halbherzig, weil es eine Zuschreibung zur Juristin gab. Ich habe mich früh für den sozialen Beruf interessiert und genau für dieses Verstehen und für das Dialogische mit anderen Menschen. Wenn ein helfender Beruf, dann im Gespräch, im Dialog, in der Dialogsituation. Dann bin ich innerhalb der Medizin auf die Psychosomatik gekommen. Mein Interesse an der Analyse hat sich über die Psychosomatik entwickelt. Dann hat es aber noch ganz viel Zeit gedauert – da war ich also 27 –, bis ich mich für eine Ausbildung beworben habe. Und das wiederum in einer biographischen Umbruchsituation. Analyse war für mich dann zunächst etwas Intellektuelles, was vom Kopf, was eigentlich noch ganz schön weit entfernt für *mein* Gefühl vom Gefühlhaben war. Auf die Frage, ob ich Angst hatte, mich zur Disposition zu stellen, antworte ich, daß ich erst mal ganz vorsichtig war. Zuerst war auch sehr viel Angst und Widerstand da, mich in der Analyse auf diese Beziehung wirklich einzulassen.

P: Die Idee, mit 20 eine Psychoanalyse zu machen, kommt mir beinahe verwegener vor.

E: Ich hab das damals gemacht, weil's mir wirklich schlecht ging. Und dann hatte ich ein bißchen mehr Boden unter den Füßen und hab aufgehört. Aber es hat mich – als grundsätzliche Haltung dem Leben gegenüber – eigentlich nie losgelassen, weil es die einzige Erkenntnis-methode für mich war, bei der ich auch am eigenen Leib erleben kann, daß das funktioniert. Diese Möglichkeit, trotz aller Schwierigkeiten, die das macht, sehr dicht bei sich selber zu sein und trotzdem weiter-zukommen, das finde ich nach wie vor sehr faszinierend und spannend.

K: Zuerst mal glaube ich, daß grundsätzlich bei jedem, der in die therapeutische Richtung geht, immer der Selbsterfahrungsaspekt und die Suche nach sich selbst am Anfang steht. Diese Hypothese stelle ich auf. Die Professionalität entwickelt sich dann daraus, daß man entdeckt, irgendwann ist diese Nabelschau und diese subjektive Beforschung so weit durchgearbeitet, daß man es für das eigene Handwerk, für den Blick auf den anderen verwenden kann.

P: Für mich war nicht der Weg zu *mir* der Ausgangspunkt, sondern der Weg zum anderen. Daß *ich* darin eine Rolle spiele, das habe ich eher mühsam begriffen, auch mit Tränen und Schmerzen. Aber wir waren vorhin schon bei der Frage, ob das den Menschen nicht auch deformiert. Ist das Stück zu einem hin, wirklich im Sinne von größerer Echtheit und Selbsterkenntnis, oder ist das nur ein Stück mehr Identifikation, auch mehr Kompetenzerwerb und eben Bei-sich-selber-Stehen(bleiben), die Selbstischkeit als Instrument pflegen? Könnte man noch mal darüber wegspringen und sagen: War alles ein Irrtum?

H: Hat mich diese Selbstreflexion eigentlich gelähmt, oder ist sie ein Fortschritt? Ich denke, für meine Arbeit ist sie das allemal. Aber ist sie das auch für mich persönlich? Das Motiv meines Handelns war am Anfang, wie gesagt, viel unreflektierter. Ich wollte etwas Sinnvolles tun, und das war Helfen. Die Erkenntnis, daß ich mir selber ein Hindernis bin in meinem Helfenwollen, hat mir erst die Fragemöglichkeit eröffnet, warum ich eigentlich helfen muß. Bei der Beantwortung dieser Frage bin ich allerdings auf mich zeitweilig lähmende Erkenntnisse gestoßen. Erst nach der jeweiligen Überwindung solcher Lähmung öffneten sich wieder neue Räume.

E: Wenn man nach sich selber sucht in der Arbeit, ist das für mich auch eine permanente Kränkung: Einerseits beim anderen nicht richtig ankommen zu können, weil man selber sich dazwischentritt, und auf der anderen Seite zu merken: Ich will eigentlich zu mir hinkommen, und komme aber ein Stück weit von mir weg. Denn es wird ja auch immer schwieriger, weil man merkt, wie sich die Konflikte wiederholen und wie langwierig das ist da durchzugehen, und wie hinderlich im Umgang mit anderen, weil man immer wieder auf sich selbst reinfällt – und auf

der anderen Seite hilft es einem doch wieder weiter. Also dieses Umgehenlernen mit so etwas wie einer ganz grundlegenden Unmöglichkeit in dem Beruf, das ist von beiden Seiten da – oder hättet ihr das Gefühl, daß ihr angekommen seid? Beim anderen?

(Lachen)

Therapie – Leben aus zweiter Hand

E: Ist die psychotherapeutische Arbeit nicht auch ein Leben aus zweiter Hand?

P: Für mich nicht: Allerdings brauche ich neben der psychotherapeutischen Arbeit auch andere Zugänge zum Leben, Anforderungen, Erlebnisse, die ganz anderer Art sind. Die Lebensgeschichten, die Menschen erzählen, sagen viel über den Menschen in der Gesellschaft aus, insofern haben wir ja die Daten aus der ersten Hand, aber mein Leben ist anders als das Leben der Patientinnen, Klienten, mit denen ich therapeutisch arbeite. Für mich ist wichtig, daß es nicht meine Arbeit ist, in einzeltherapeutischen Sitzungen, in freier Niederlassung allein mein Geld zu verdienen, sondern in der Sozialpsychiatrie unterschiedliche Rollen anzunehmen. Das schöpft mich besser aus.

E: Nun arbeite ich im Moment nicht nur therapeutisch, aber wenn ich mir das vorstelle, merke ich, ich hätte auch Angst vor einer Stagnation. Ich glaube, ich hätte Angst, daß ich leer werde oder daß das, was bisher so mein Antrieb war, nämlich etwas zu entdecken oder vielleicht einem Geheimnis auf die Spur zu kommen, sich verbraucht. Ich habe für mich das Gefühl, ich brauche auch die Spannung: Was kommt da Neues, oder was ist das eigentlich?

P: Angst davor, daß du denkst, du weißt alles? Das ist mir ja, Gottseidank, bisher nicht passiert in meinem Beruf, er ist mir nie langweilig geworden.

H: Ich frage mich auch, ob ich nicht zu ungeduldig wäre, nur Psychotherapie zu machen, weil die Prozesse so langsam sind. Gerade bei der Klientel, mit der ich arbeite, heißt das oft, lange Lebenszeiträume miteinander zu verbringen. Daraus ergeben sich noch einmal ganz andere Bindungen und Verpflichtungen zur Kontrolle dieser Bindungen. Wenn ich nur psychotherapeutisch arbeiten würde, befürchte ich, daß es mich zu viel Anstrengung kosten würde, mich nicht in diesen Bindungen zu verlieren.

P: Hat das nicht auch damit zu tun, daß wir da, wo wir arbeiten, mehr vielleicht als in vielen Psychotherapien, doch mit Bildern beschäftigt sind, die häufig brutal, katastrophal und in einer Weise vom anderen

Menschen her geängstigt und bedroht sind, daß das ganztags schwer auszuhalten ist? Oder daß wir mit einer gewissen Leere konfrontiert sind, wo es ja auch drauf ankommt, erst mal wieder Bilder zu ermöglichen? Und das geht in der Klinik eben auch durch Tun.

L: Mir ist aufgefallen, daß ihr gesagt habt, was ihr neben der Psychotherapie noch bräuchtet, sei ein eigenes Privatleben. Aber als Beruf könnt ihr euch die Psychotherapie sozusagen vollkommen vorstellen, oder?

K: Ja, ich kann mir inzwischen gut vorstellen, primär als Psychotherapeutin zu arbeiten und eben nicht mehr als Internistin. Ich habe mich in den vergangenen drei Jahren von meinem vorherigen Beruf als Internistin, die macht und behandelt und in den Körper eingreift, verabschiedet. In dieser Zeit ist – mit meiner Tätigkeit auf der psychosomatischen Abteilung – meine neue berufliche Identität herangewachsen, die der Psychotherapeutin. Sicher ist es wichtig, daß ich meinen neuen Beruf in der Klinik erlerne und in der analytischen Weiterbildung am Institut für Psychotherapie bin. Ich bewege mich also zur Zeit in einem geschützten Stationsrahmen, wo ich meine Sicht der Dinge und meine Entscheidungen immer noch einmal im Team besprechen, überprüfen und auch Hilfe bekommen kann. Ich finde es enorm erleichternd, zu wissen, es liegt nicht alles allein auf meinen Schultern, da sind auch noch andere. Ich bin noch nicht an dem Punkt zu sagen: Ich möchte sofort selbständig, auf eigenen Füßen, z.B. in einer Praxis als Psychotherapeutin, arbeiten. Da würde mir das Miteinander, auch die gegenseitige Kontrolle und Supervision fehlen. Aber was ich neben dem Beruf als Psychotherapeutin brauche, ist eine gute Balance mit meinem Privatleben, dem »wirklichen Leben«. Was ich auf jeden Fall sagen kann, ist, daß ich die Psychotherapie aufregend finde.

H: Zwischen dem Spaß an der Psychotherapie und der Pflicht kann man sich überanstrengen. Man kann die Verausgabung für eine Weile kompensieren. Zweimal in meinem Leben war ich an der Grenze zum Ausbrennen und dachte: Ich will nicht mehr, ich kann nicht mehr. Dann habe ich jedesmal eine neue Ausbildung begonnen. Jetzt passe ich besser auf mich auf.

P: Ich habe einmal gesagt: Natürlich reinigen wir uns innerlich am Ende eines Tages oder auch einer Woche von den schlimmen Bildern oder den Aggressionen, die Patienten uns darlegen. Und ich habe gedacht, wenn ich das jetzt laut sage, kommt nie wieder eine Patientin zu mir!

E: Es ist auch schon eine Crux. Wir sollen anwesend sein, das wird ja sehr stark gefordert, und zugleich auch wieder nicht. Also uns selber im Hintergrund zu halten, das Eigene nicht auf die Patienten zu packen, und trotzdem dabei zu sein – das ist eine wahnsinnige Anforderung.

Eigentlich auch unmöglich... Und zugleich zu akzeptieren, loszulassen – auch zu akzeptieren, wenn es nicht geht. Also nicht zu denken, das steht nun alles in meiner Macht...

P: ...und nicht am Ende des Lebens übrig zu bleiben als jemand mit lauter leeren Hülsen – also wie so Waben, wo alle Bienen ausgeflogen sind!

E: Da sind ja nicht nur die Ängste, sondern da ist auch das, was sich positiv entwickelt, und das finde ich eigentlich das Tollste, zu merken, da verändert sich was. Sich daran zu freuen, daß sich da etwas entwickelt, das finde ich wirklich was Wunderschönes an dem Beruf.

K: Auf einmal geht es auf einer anderen Ebene weiter, jemand konnte sich in der Beziehung zu dir entfalten und einen kleinen Schritt entwickeln.

E: Aber das verführt ja auch, diese Glücksmomente.

P: Du meinst jetzt im Sinne von Macht? Und der Kick?

E: Ja, das kann passieren.

K: Das ist viel in der Auseinandersetzung mit den Eltern. Da entdecke ich, daß es in meiner Entscheidung zur Psychotherapeutin auch um Machtzuwachs ging und um die Tatsache, daß Psychotherapie ein Ort ganz eigener Entwicklung ist, da kann meine Mutter gar nicht reinreden, da kann ich sie sogar entmachten.

E: Wenn auch zunächst alle Gespenster wieder auftauchen.

L: Noch einmal zur Frage der Ursache von Veränderungen: Ich stelle mir vor, in der Psychotherapie ist das ein Kampf im Nebel.

P: Da bin ich ganz gemächlich, weil ich denke, die Hauptsache ist, du bist dabei! Es gibt zwei Hauptsachen: Die erste ist, du bist dabei und hältst durch – das ist oft schon mutig. Und die zweite ist, du hast immer Bilder, und zwar möglichst positive, für Veränderungen, Brücken, Entwicklung, Mögliches – Bilder, die Hoffnung machen und nicht erdrücken.

Wie wurde der Beruf erlernt?

L: Gibt es in der Ausbildung oder danach so etwas wie eine institutionalisierte Form des Erfahrungsaustauschs und der gegenseitigen Kontrolle?

E: Einmal ist das die Frage nach der Vorbildfunktion: Wie wird Professionalität weitervermittelt? Zum anderen geht es ja an den Kern der Sache, daß diese Art von Tradierung nicht über einen Lehrplan oder irgendein äußerliches Gerüst, sondern in einer sehr engen persönlichen Beziehung geschieht.

L: Wie kontrolliert man, was der einzelne Klient mit dieser Lernsituation anfängt? Ab wann ist man »fertig«, und wie praktiziert man dann?

P: In der Gesprächstherapie ist man anerkannte Psychotherapeutin, wenn nach der Erbringung von mehreren Scheinen – die muß man schon erbringen – und einer bescheinigten Lehrtherapie fünf erfolgreiche Behandlungen nachgewiesen werden können, und die werden von einer Ausbildungskommission geprüft.

L: Und was heißt erfolgreich?

P: Erfolgreich heißt, daß das Therapeutenverhalten angemessen im Sinne der Schule ist und daß die Veränderungen, die die Klientin im Laufe der Therapie vollzogen hat, im Sinne von Gesundheit oder positiver Veränderung zu verstehen sind. Es gibt also schon eine Ritualisierung, die zur Anerkennung führt, und erst die Anerkennung erlaubt die ganz selbständige psychotherapeutische Tätigkeit. Gleichzeitig verpflichtet man sich in dieser Gesellschaft zu lebenslänglicher kollegialer Supervision. Man ist auch verpflichtet, einer Arbeitsgruppe anzugehören. Es gibt unterschiedliche Organisationsformen zur Kontrolle, die vorgeschrieben sind und bei denen ich mich verpflichtet habe, sie lebenslänglich zu nutzen. Ob die Identität bei Vielfach-Ausbildungen eine gesprächspsychotherapeutische ist und zu was man sich eigentlich verpflichtet hat, wenn man mehrere Ausbildungen hat, ist eine komplizierte Frage.

H: Ich habe 1970 in England eine Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin gemacht, und Victor Meyer war der erste Therapeut, den ich gesehen habe. Also mein Modell, das dann lange Zeit wirksam war, war mein Lehrer. Victor Meyer gehört zu den Urvätern der Verhaltenstherapie. Er kennt noch jeden anderen Verhaltenstherapeuten seiner Generation persönlich. Eine Ausweitung der Modelle oder der Vorstellungen darüber, wie das nun mit den Eigenanteilen, wie das mit der Supervision ist, die sind erst im Laufe meiner Sozialisation zur Psychotherapeutin entstanden. – Zur Frage übrigens, wann ich das erste weibliche Modell einer Psychotherapeutin gesehen hab': Das hat noch länger gedauert. Es waren Männer, die mich damals ausgebildet haben.

L: Wie hast du Verhaltenstherapie gelernt?

H: Ich war wirklich Lehrling. – Ich habe heute zwar Schwierigkeiten, mich als Verhaltenstherapeutin zu verstehen, aber ich kann sagen, das sind meine Wurzeln als Psychotherapeutin. Ich saß immer, wenn Victor Meyer Therapien machte, mit im Zimmer und guckte zu. Und irgendwann sagte er: Mach du mal, mach dies, mach jenes. Es war wirklich ein Lehrlingsverhältnis.

K: In meiner Therapierichtung, der analytischen Psychotherapie und Psychoanalyse, besteht die Ausbildung aus drei Bausteinen: der Lehr- oder Ausbildungsanalyse, der theoretischen und akademischen Ausbildung und fünf kontrollierten Behandlungen unter Supervision. Die

Lehranalyse habe ich dabei als wesentlichen Ort der Selbsterfahrung erlebt. Ich beobachte manchmal, wie ich im Lauf der Jahre meinen Lehranalytiker verinnerlicht habe, so daß ich, wenn ich jetzt therapeutisch arbeite, an bestimmte Haltungen oder Worte denke. Dann muß ich selbst schmunzeln... ich merke daran, wie mir mein Lehranalytiker auch als Vorbild, als Modell dient.

L: Gibt's denn neben diesem Lehrtherapeuten andere Modelle?

K: Sicherlich, die Supervisoren, die über lange Strecken in den Langzeitbehandlungen meine Behandlungen kontrollieren. Und dann spielt die theoretische Aneignung von verschiedenen psychologischen Theoriemodellen sicher auch eine wichtige Rolle. Ich habe den Eindruck, entscheidend für mich ist oft eine Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten und das Suchen nach dem theoretischen Blick, mit dem Therapeuten Patienten, Fälle diskutieren. Ich habe gemerkt, daß es wirklich enorm viel ausmacht, mit welchem Gedankenmodell ich mir Geschichten von Patienten angucke.

E: In der KB-Ausbildung (katathymes Bilderleben), die ja tiefenpsychologisch orientiert ist, gibt es kein eigenes, einheitliches Modell. Zum anderen ist das Lernen auch ein Aneignen von analytischen Theorien. Ich finde es schwierig, daß es so viele konkurrierende Modelle gibt und ich sie an bestimmten Punkten konzeptionell zusammendenken muß. Denn das heißt ja auch: daß man eine relativ sichere professionelle Eigenidentität haben oder herausbilden muß. Nun merke ich, daß ich neben den Modellen, von denen ich sowieso schon so viele im Kopf habe, auch noch zusätzlich meine eigene berufliche Identität klarkriegen muß. Das finde ich schon eine sehr schwierige Sache. Ich wünsche mir, am Ende meiner Ausbildung eine gewisse Sicherheit zu verkörpern und eine Balance hinzukriegen. Ich möchte sagen können: Das ist mein Bereich, in dem oder mit dem ich arbeite und in dem ich mich auch selber verstehe.

L: Und wie löst du das?

E: Ich kann nur sagen, durch Ausprobieren!

P: An dieser Stelle finde ich Supervision so hilfreich, weil es im konkreten Erleben des Patienten bleibt, mir über die Bilder der anderen dann doch Sicherheit gibt, und nicht nur unmittelbar über die Theorie. Insofern ist das auch Ausprobieren, aber ich fühle mich – durch die Supervision – sicherer dabei.

H: Bei meiner Ausbildung war das Ausprobieren kein Kunstfehler, sondern eine Selbstverständlichkeit. Ich habe Verhaltenstherapie bei schweren Zwangssyndromen und Depressionen kennengelernt, und Vic Meyer nannte alles, was er da machte, Verhaltenstherapie. Eine seiner Faustregeln, mit der er uns Lehrlinge immer ermutigt hat, war:

Man darf alles tun, man muß es aber hinterher lerntheoretisch erklären können. Ich bin zum Ausprobieren ermutigt worden, geriet dann aber später ins Schwimmen, als ich Techniken aus verschiedenen theoretischen Ansätzen in mir nicht integriert hatte und dadurch mich und meine Klienten bei ihrer Anwendung verwirrte. Daraus habe ich gelernt, daß ich Inhalte aus verschiedenen theoretischen Schulen erst selbst integrieren muß, bevor ich sie in der therapeutischen Arbeit verwenden kann.

K: Hier stellt sich noch mal die Frage für mich: Wie finde ich eigentlich meine Therapierichtung, mein Lehrgebäude? Nach welchen Vorstellungen habe ich damals gewählt – wie ist es heute? Verändert sich das?

E: Und bei welchen Ausbildern? Als ich angefangen habe mit der Ausbildung, fand ich ganz andere Leute toll als heute. Ich kann mir vorstellen, daß das mit Theorien so ähnlich ist, daß du dir so ein Feld erschließt und es langsam und immer wieder neu zusammensetzt.

L: Was nötigt einen eigentlich dazu, irgend etwas zu erklären, was man macht?

H: Wenn ich etwas Wirkungsvolles tue, kann ich auch schaden. Und da ich davon ausgehe, daß ich etwas Wirkungsvolles tue, muß ich überprüfen, ob ich etwa Schädliches für die Person tue. Und ich muß dafür sorgen, daß ich mich der Kontrolle offenlege.

P: Was mir an Supervision gut gefällt, ist, daß dort gewissermaßen mehrere Modelle zusammensitzen – und ich ja auch nur ein Modell bin. Dort werden mehrere Möglichkeiten geöffnet. Natürlich ist es dann wichtig, daß ich Fragen, Mutmaßungen, Vorhaltungen, Überlegungen der Kolleginnen und Kollegen überprüfe: Was für Gefühle und Bilder entstehen in ihnen, wenn ich berichte oder ein Band vorspiele, und was stimmt mit mir überein und wie kann ich dann sicherer weiterhelfen? Allein dieses Mehrere-Möglichkeiten-Haben oder Sich-Öffnen für mehrere Möglichkeiten mindert – das ist meine Überzeugung – die Möglichkeit, zu schaden.

K: Ich erlebe auch, daß die Supervision meine eigene analytische Selbsterfahrung noch mal tüchtig in Gang bringt, mich aufwirbelt und mir Fragen aufgibt, die ich nicht so schnell beantworten kann: wie ich am Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen beteiligt bin. Dabei geht mir durch den Kopf, daß in unserem Ausbildungsinstitut die Supervisoren die Lehranalytiker kennen und auf der Institutionsebene miteinander zu tun haben. Ich weiß nicht, wie das bei euch organisiert ist, aber ich fand diese Nähe von Lehranalyse – die ja mein Persönlichstes ist – zum Ausbildungszusammenhang, wo es ja auch um Normen, Kontrolle, Anpassung geht, immer sehr schwierig. Also, inwieweit kollidiert die Rolle des Lehranalytikers als Beziehungspartner in der therapeuti-

schen Beziehung zu mir mit seiner Rolle als Ausbilder, der der Institution gegenüber in gewisser Weise für eine »Leistung« verpflichtet ist?

E: Beim katathymen Bilderleben sind die Lehrtherapeuten nicht zugleich Ausbilderinnen oder Ausbilder. Das heißt, du kannst die Lehrtherapie auch in anderen Institutionen machen, aber du kannst sie eben auch bei jemandem machen, der mit der Ausbildung im Moment nichts zu tun hat.

K: Das wär mir gefühlsmäßig lieber: jemanden als Analytiker zu haben, der mit dem ganzen Lehr- und Ausbildungssystem nichts zu tun hat.

P: Das führt dann auch zu so etwas wie »Schülerin von...«. Während die Idee der kollegialen Supervision – wenn sie gut ist – die einer freieren Entscheidung ist.

H: Zu meiner Sozialisation in der Verhaltenstherapie gehört es, daß es keine Vorschriften gibt, bei wem ich mir die Supervision hole.

K: Ja, das ist bei uns auch so. Ich kann mir auch den Supervisor oder die Supervision frei auswählen. Das ist klar.

E: Auf der anderen Seite gehört das natürlich auch mit dazu, daß man lernt, mit solchen institutionellen Zwängen umzugehen – ich finde das auch wichtig. Denn für mich ist das auch ein Zeichen für Autonomie, wenn ich Konflikte ansprechen kann.

L: Was hier gelernt wird, kann man nicht mit dem Computer lernen. Das sind Lehrlingssituationen: Lehrtherapien, Lehranalyse, Modelle, Vorbilder, Supervision, Kontrolle – alles Lehrlingssituationen im Beziehungslernen. – Lehrlingssituationen sind unmodern.

P: Ja, die Psychotherapie ist unmodern.

H: Was ist eigentlich der Unterschied zwischen Kindergärtnerin, Lehrerin, Psychotherapeutin? Und was ist das Gemeinsame von allen dreien? Sie alle begleiten jemanden ein Stück des Weges.

P: Und sie werden zu wichtigen Personen.

H: Sie sind ein Stück des Weges da, und danach haben sie sich gefälligst überflüssig zu machen.

P: Im Vergleich verfügen Kindergärtnerinnen und Lehrerinnen über mehr offene Macht, während die der Therapeutinnen verdeckter ist. Außerdem sind Therapeutinnen auch schwerer austauschbar. Die Beziehung kann zwar in jedem Fall scheitern, aber das Scheitern einer therapeutischen Beziehung bedeutet eben Elend. Das Schwierige am Beruf der Psychotherapeutin ist: Da ist keine Sache und kein Wissen dazwischen. Ich *muß* beziehungsfähig sein. Ich muß die Phantasie anregen, um beziehungsfähig zu bleiben. Manchmal überkommt mich ein Neid auf Kolleginnen und Kollegen, die sich ihre Beziehungen aussuchen können. Und was für mich noch erschwerend hinzukommt ist, daß umgekehrt Leute mich auswählen und sagen, sie wollen jetzt

bei mir bleiben. Mir dann zu ermöglichen, diese Menschen auch zu mögen oder eben so zu mögen, daß diese Beziehung sie über vieles hinwegträgt, ihnen Entwicklung ermöglicht, ist oft schwierig. Schwierig ist es eben dort, wo die therapeutische Beziehung nicht freiwillig zustandekommt, sondern zwangsläufig oder nach vielen anderen Enttäuschungen jetzt so zustandekommt oder in Extremsituationen von Menschen zustandekommt. Ja, Psychotherapie hat mich beziehungs-fähig gemacht. Angesprochen bin ich schon immer, aber mitgehen können, aushalten können, differenzieren können, Distanz halten können, nicht übergriffig zu sein im Sinne von »Nähe hilft«, und das über lange Zeit, das verdanke ich meinen Lehr- und Wanderjahren.

H: Ich habe noch einmal über die Therapeutinnen nachgedacht und komme zu dem Ergebnis: Da war keine in meinen Anfängen, keine einzige! Es war ein Männerberuf, in den ich eingetreten bin, von den Modellen her. Frauen fand ich in der Peer-Supervision, also mit mir auf derselben Ebene sich befindende, aber als Lehrende, als Modell gab es keine.

P: Bei mir steht die Erfahrung mit einer Psychotherapeutin ganz am Anfang, aber es hat lange gedauert, bis ich dahin zurückgefunden habe.

E: Aber das würde ja dann auch heißen, daß ihr eine Art Trendsetting habt machen müssen, also selbst das Professionalisierungsvorbild zu schaffen für die anderen. Hättet ihr euch das denn manchmal gewünscht, daß es mehr Vorbilder gegeben hätte?

H: Es hat bei mir eine Weile gedauert, bis ich weibliche Vorbilder vermisßt habe. In der Zwischenzeit habe ich mich daran gewöhnt und habe auch unter den Gleichaltrigen Kolleginnen gefunden, von denen ich mir gerne etwas abgucke und deren Anerkennung mir wichtig ist.

P: Sicherlich gab es gelegentlich die Sehnsucht nach Anerkennung von jemandem, der darüber steht und sieht, daß ich es gut mache, und zwar von einer Frau. Auf der anderen Seite ist aber das Gefühl, es allein hingekriegt zu haben, auch etwas Gutes. Aber so eine verschmutzte Anerkennung: Ja, das habt ihr gut gemacht – das hat mir schon manchmal gefehlt.

Zu den Personen

Das Gespräch begleitete:

Achim Leschinsky, Prof. Dr. phil., Erziehungswissenschaftler, Institut für Schulpädagogik und pädagogische Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin.

Angelika Ebrecht-Laermann, Dr. phil., Dipl.-Psych., geb. 1957. Ausbildung: Studium der Germanistik, Politischen Wissenschaft und Psychologie an der FU Berlin. Promotion in Psychologie. Ausbildung in katathym-imaginativer Psychotherapie (noch nicht abgeschlossen). Tätigkeiten: Wissenschaftliche Mitarbeiterin für Wissenschafts- und Erkenntnistheorie am Psychologischen Institut der FU Berlin, gutachterliche und psychotherapeutische Tätigkeit in der Verkehrspsychologie beim TÜV Berlin. Derzeit wissenschaftliche Assistentin für Politische Psychologie am FB Politische Wissenschaft der FU Berlin und Tätigkeit als Psychotherapeutin in eigener Praxis. Veröffentlichungsschwerpunkte: Politische Psychologie, Psychoanalyse, Wissenschaftsgeschichte und -theorie, kulturelle Anthropologie, feministische Theorie, Ästhetische Theorie.

Ein unmöglicher Wunsch?: Ein abschließendes Wort zu der Frage, warum ich Psychotherapeutin habe werden wollen, kann ich nicht sagen. Es handelt sich um einen »Wunsch in progress«, der sich mit meinen Konflikten entwickelt. Daß auch ich ein »Helfersyndrom« habe, ist mir erst allmählich klar geworden; meines hat mich aber eher am »Machen« gehindert. Daran gehindert hat mich auch die Vorstellung, es gebe so etwas wie »die Therapeutin«, also ein normiertes Berufsbild, das ich erfüllen können muß. Meine Ambivalenzen, aber auch die Faszination am Neuen, Unvorhergesehenen und an der Erkenntnis, haben mich einen Weg zwischen Wissenschaft und Praxis wählen lassen. An diesem »Dazwischen« habe ich viel gelitten, es hat mich aber auch weitergetragen. Inzwischen ist mir klar, daß es gerade in der Psychotherapie wohl kaum einen vorgezeichneten Weg und schwerlich eine abschließende berufliche Identität gibt, daß ich diese vielmehr immer wieder von neuem aus mir selbst heraus für mich schaffe. Insofern ich es nicht *sein* kann, ist der Wunsch, Psychotherapeutin zu *werden*, vielleicht kein unmöglicher Wunsch. Die berufliche Realität verleiht ihm zunehmend Nachhaltigkeit und Evidenz. Irgendwann wird er dann hoffentlich von der Wirklichkeit eingeholt worden sein und den Antrieb einer Arbeit mit mir und anderen bilden, die notwendig unabschließbar ist.

Monika Hoffmann, Dr. phil., Dipl.-Psych., Jahrgang 1941. Wissenschaftliche Mitarbeiterin der TU Berlin, zur Hälfte der Dienstzeit tätig in der Erwachsenenpsychiatrie. Diplom in Psychologie 1967 an der Universität Göttingen, Promotion über »Symptome als fehlgeschlagene Problemlösestrategien« 1977 an der TU Braunschweig, VT-Ausbildung 1971 in London, Ausbildung in Kognitiven Therapien 1978/79 in New York, Familientherapie-Ausbildung 1988-1991 in Berlin.

Ein Weg entsteht beim Gehen: Es gibt sicher direktere Wege zu sich selbst und zur Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen, als ausgerechnet Psychotherapeutin zu werden. Im Rahmen dieser Gespräche wurde mir wieder deutlich, mit welcher traumwandlerischen Sicherheit ich diesen Weg gewählt habe und wie paßgenau mein persönlicher Werdegang und meine allmählich immer tiefer schürfende Ausweitung in die Psychotherapie – zuerst Verhaltenstherapien, dann Kognitive Therapien und letztlich Familientherapie – ineinandergreifen. Die oft zähen Blockierungen und Begrenzungen, denen ich auf diesem Wege über den anderen zu mir selbst und wieder zum anderen zurück begegnet bin, und das Schmerzhafte der Auseinandersetzung mit ihnen, wurden ausgeglichen durch befreiende Durchbrüche und Horizonterweiterungen, von denen sowohl ich als auch über meine Arbeit die anderen profitiert haben. Ich bin heute gerne Klinische Psychologin und Psychotherapeutin und Lehrerin und erlebe diese verschiedenen Elemente meiner beruflichen Identität als einander bereichernd und entlastend.

Bettina Kallenbach, Dr. med., Jg. 1960, Internistin und Psychotherapeutin in analytischer Weiterbildung. Als Internistin zuletzt schwerpunktmäßige Arbeit in der Palliativmedizin mit schwerstkranken und sterbenden Krebspatienten. Z.Zt. psychotherapeutische Tätigkeit in der Psychosomatischen Abteilung im Klinikum Benjamin Franklin, Berlin.

Der Wanderweg geht weiter...: Was mir nach der Arbeit an dem Artikel und dem gemeinsamen Sprechen über meine Wünsche, Findungsprozesse und Ausbildungswege zur Psychotherapie festzuhalten wichtig bleibt, ist die Erfahrung, daß Psychotherapie Verwandlungskraft hat. Diese Verwandlung vollzieht sich nur in der Beziehung zu jemandem, also hier: zur Therapeutin, zum Therapeuten. Und dieses Erlebnis möchte ich gern auch anderen Menschen ermöglichen.

Ich meine damit die Erfahrung, im Verlauf der »Lehr- und Wanderjahre« auf der Couch am eigenen Leib erlebt zu haben, daß so etwas möglich ist, daß sich in mir selbst etwas verwandeln kann: dadurch, daß jemand mit mir durch Erlebtes und Erinnertes hindurchgeht, stand hält, sich als Projektionsfigur für vielerlei Übertragungskleider anbietet und diese deutet und nicht müde wird, aufzuzeigen, wie sich eingeschliffene Beziehungs- und Erlebensmuster wiederholen und wiederholen und wiederholen... Aber irgendwann sind Konflikte und Fragen auch so durchgearbeitet, daß sich etwas verändert. Es »schnackelt« im eigenen Haus und andere Wege tun sich auf.

Jetzt bin ich als Psychotherapeutin in der umgekehrten Rolle –

als Seelenführerin, Pfadfinderin und Wanderbegleiterin. Jetzt muß ich auch mal ein Stück voraus denken, wo der Weg für den Patienten lang gehen könnte, um Entwicklungen zu ermöglichen, muß dabei Klippen und Widerstände erkennen und mit ihnen umgehen lernen, mich vom Schrittempo des Patienten führen lassen und manchmal auch in unwegsamem Gelände mit ihm stecken bleiben. Das ist schwierig und faszinierend zugleich an dem unmöglichen Beruf des Verstehens. Aber da ist auch das Lustvolle und das Antreibende der Neugierde: Wie erreiche ich den anderen? Und was will er/sie mir in der Beziehung erzählen?

Ursula Plog, Dr. phil., Dipl.-Psych., geb. 1940. Leiterin dreier Tagesklinken in Berlin-Reinickendorf. Studium der Psychologie, hilfswissenschaftliche Tätigkeit im Erziehungsberatungs-Zweig, Abschluß mit dem Diplom, Schwerpunkt Klinische Psychologie, 1965, 1975 Promotion, Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie, weiterer Schwerpunkt: Entwicklung von Fort- und Weiterbildungskonzepten im Rahmen des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung der DGSP, Tätigkeit als Ausbilderin ebenda. Seit über dreißig Jahren in der Psychiatrie tätig.

Komplementäre Zugänge zum Beruf: Die Tätigkeit mit der einzelnen und in der Gruppe: Das, woran mir in meiner therapeutischen Arbeit besonders liegt, ist in dem vorliegenden Text nur in Andeutungen enthalten: Meine Arbeit in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Team, das sehr kranken Menschen Hilfe ist und Hilfe vorlebt, wo die einzelne ihre berufliche Spezifität in Beziehungen einbringt, mit ihrer persönlichen Kompetenz die Begegnung belebt und als Angehörige einer Gruppe mit den anderen soziale Beziehungen aufnimmt und gestaltet. Dazu gehört die Gruppenpsychotherapie. Meine psychotherapeutische Qualifikation ist dabei wie eine wichtige Melodie in einem Musikstück. Um diesen Part übernehmen zu können, bedarf es aber auch des Kontrapunkts, der Einzeltherapie.

Ärztin werden ist nicht schwer...

Feldnotizen aus dem praktischen Jahr

■
Christiane Ramke

Zusammenfassung:

Die Autorin begann ihr praktisches Jahr – die letzten beiden Semester des Medizinstudiums – mit dem Wahlfach Psychiatrie. Die intensive Begegnung mit Patientinnen und Patienten, der Arbeit in der Psychiatrie, fiel zusammen mit den ersten eigenen Berufserfahrungen. Bedrückung, Irritation, die Fülle der Eindrücke und Anforderungen faßte sie in Tagebuchaufzeichnungen. Indem sie ihren kritischen Blick systematisiert anwendete, das Befremden beschrieb und die ersten Schritte des Hineinwachsens in ihre Aufgaben, wurden ihre Aufzeichnungen zu Feldnotizen aus der Sicht der teilnehmenden Beobachterin. Im Stationsleben wurde ihr Fragen nach Warum und Wie häufiger als irritierend denn als Anregung zum Nachdenken aufgenommen. Bestätigendes und ergänzendes Erzählen im Austausch mit anderen Studentinnen und Studenten im praktischen Jahr waren Anlaß dazu, dieses Hineinwachsen in den ärztlichen und speziell psychiatrischen Alltag nicht als möglichst schnell zur Routine werdenden Alltag abzutun, sondern diesen Prozeß der beruflichen Sozialisation, des Hineinwachsens in berufliche Selbstverständlichkeiten und Routine zu beschreiben und dadurch ins Gespräch zu bringen.

Nach 4 Monaten Psychiatrie-Wahlfach-Ausbildung im Rahmen des Praktischen Jahres habe ich mir als Betroffene einige Gedanken gemacht über einen Prozeß, der nach der Berufsfindung stattfindet und mit Berufszurechtfindung beschrieben werden könnte. Über diesen Sozialisierungsprozeß wird wenig gesprochen, obwohl alle Ärztinnen und Ärzte an ihm teilgenommen haben bzw. noch teilnehmen, denn es scheint mir nicht so zu sein, daß man diesen Prozeß an einem bestimmten Punkt beenden kann. Man erreicht kein Klassenziel oder bekommt ein Zeugnis. Man befindet sich vielmehr in einem Fluß, in einem Wachstumsprozeß, in dem man sich zunächst an anderen Ansprüchen mißt und dann immer mehr an den eigenen:

Wie sieht meine persönliche Arztrolle aus?

Ist es nicht erstaunlich, daß ich mir diese Frage zum ersten Mal in meiner Ausbildungszeit stelle? Ist es möglich, daß ich bisher zu ignorant, zu jung, zu naiv gewesen bin, oder könnte es sein, daß ich im Studium nicht genügend auf diesen Prozeß der Selbstfindung vorbereitet worden bin? Im Gespräch mit meinen Freunden, die sich in derselben Situation befinden, bin ich dieser Frage nachgegangen. Hier wurde deutlich, wie viele Gemeinsamkeiten es zwischen PJ'lern der verschiedenen Fachrichtungen gibt. Uns widerfahren ähnliche Situationen, uns plagen ähnliche Sorgen und drückt die Verantwortung im »klinischen Alltag«. (Übrigens ein vertrauter Begriff, der nie näher präzisiert wurde.)

Was mit mir passiert ist also etwas ganz »Normales«

Für den Moment ist es beruhigend für mich gewesen zu wissen, daß nicht nur ich alleine Probleme habe bei meinem Berufseinstieg. Diesen praktischen Teil der Ausbildung empfinde ich noch mehr als Schulung, als Formung, auch als Verformung, als das gesamte Studium vorher, da er nicht nur Einfluß auf mein weiteres Berufsleben hat, sondern meine Persönlichkeit direkt berührt. Dieses Hineinwachsen in meine Aufgabe geschieht nicht »einfach so«, wird von mir nicht beiläufig registriert, sondern ist ein sehr bewußtes, ständig von mir und meinen Ausbildern reflektiertes Wachstum. Es gibt also aktive und passive Anteile: Von mir selbst gewollte, aber auch von anderen angestrebte, als sinnvoll und hilfreich angesehene Anteile und Fähigkeiten für das tägliche Funktionieren als Ärztin. Da ich gerade zu Beginn vielen äußeren Einflüssen ausgesetzt bin, auf die ich reagieren muß, habe ich das Gefühl, daß ich geformt, verformt, verfälscht werde. Ich bin zu diesem Zeitpunkt der Ausbildung darauf angewiesen, daß ich nachahmen kann, am Beispiel lernen kann, üben kann. Anders machen kann ich etwas erst dann, wenn ich entweder genügend Selbstvertrauen und Routine habe, daß ich mir meine eigenen Gedanken machen kann, oder wenn ich ein anderes Beispiel bereits ausprobiert habe. Ich erkenne nicht nur die Notwendigkeit der Teilnahme an diesem Sozialisierungsprozeß, sondern auch seine Unausweichlichkeit. Ich spüre hautnah (und manchmal auch tiefer) seine Zwänge, aber auch die Erleichterung endlich dazu zu gehören. Frust und Lust.

Hätte ich mich besser auf das »System Krankenhaus« vorbereiten können?

Ich muß diese Frage aktiv formulieren, denn im nachhinein wird mir klar, daß ich viele kleine Randbemerkungen überhört und nicht hinterfragt habe, die in Vorlesungen, bei älteren Kommilitonen und bei Famulaturen gefallen sind.

»Das Wichtigste, was ein Arzt haben muß, ist ein dickes Fell.«

»Man wird Menschlichkeit von Ihnen verlangen, und Sie unmenschlich behandeln.«

»Schau' dir das hier gut an, und dann überleg' dir solange du noch kannst, ob du nicht was anderes machen willst. Wenn ich könnte, würde ich das auch.« (Ein Assistenzarzt an den Famulanten)

»Stell' dich mit den Schwestern gut, das ist wie eine Lebensversicherung – aber da hast du es als Frau natürlich schwerer.«

Alle diese Warnungen, Hinweise und Ratschläge habe ich vor nicht langer Zeit noch als Unkenrufe abgetan, in der festen Überzeugung: Ich mache es besser!

Seit 4 Monaten fühle ich mich nun als Teil des Systems. Es bestimmt mit Übermacht mein tägliches, arbeitszeitlich geregeltes Leben und damit auch die verbleibende Freizeit. Ich begreife ansatzweise die Frustration, die Arbeitsbelastung, die Hierarchiegebäude und die unerwartet hohe Verwaltungsarbeit eines Arztes. Ich befinde mich in einem Strudel von Eindrücken, Erfahrungen, Erwartungen, Anforderungen durch Patienten, Pflegepersonal, Kollegen, Vorgesetzte und versuche einen klaren Kopf zu behalten, indem ich diese Aufzeichnungen führe. Sie helfen mir nicht nur zu klären und einzuordnen, sondern auch dabei Distanz zu wahren:

Welche Erwartungen muß eine Pflerin erfüllen?

Wie erkenne ich meine Grenzen?

Wie kann ich »nein« sagen, ohne den Eindruck zu erwecken ich könne nichts, ich wolle nicht lernen, oder sei nicht interessiert?

Der Motivationsdruck »von oben« zeigt sich in Formulierungen wie z.B. »Ich hatte gedacht, Sie wollen etwas lernen...«. Solche Bemerkungen lähmen, lassen jeden Gedanken an freie Entscheidungen verstummen. Zusätzlich stehe ich unter einem nicht unerheblichen Druck durch mich selbst: Ich arbeite an meiner Rolle als Ärztin, reflektiere beständig mich und andere, beobachte mich selbst und mich in Beziehung zu anderen. Fast wie auf der Bühne studiere ich verschiedene Rollen, behalte sie unter kritischer Prüfung der Wirkung mehr oder weniger lange bei. Ich überlege, ob dieses oder jenes Auftreten zu mir paßt im Hinblick auf meinen Beruf. Dabei geht es nicht nur darum,

Gelerntes aktiv umzusetzen, z.B. bekannte Medikamente zu verordnen, oder selbst-bewußt-zu-sein in der Arztrolle, sondern es ist viel mehr ein »Sich-selbst-bewußt-Werden«. Gewissermaßen forme ich auf der Grundlage meines bisherigen medizinischen Wissens einen Teil meiner Persönlichkeit neu. Ich hätte mir gewünscht, daß ich zumindest die gedankliche Vorarbeit schon im Studium hätte leisten können.

Wahlfach Psychiatrie

Ich hatte mir vorgenommen, 4 Monate meines PJs in der Psychiatrie zu verbringen, um einschätzen zu können, ob ich mir meine Zukunft dort vorstellen könne. Ein Vorhaben, das in meinem Freundeskreis viel Skepsis und auch Ablehnung hervorrief, krönend in der Frage:

»Warum willst du dir das eigentlich antun?«

»Willst' wohl deinen Voyeurismus ausleben, was?«

»Psychiater wollen sich doch alle eigentlich selbst therapieren.«

»Ein Internist weiß alles, aber kann nichts, ein Chirurg kann alles, aber weiß nichts, und ein Psychiater kann nichts und weiß nichts!«

Ich frage mich, was an dem Fach Psychiatrie anders ist als an anderen Fächern. Warum wird es selbst unter Medizinern als minderwertiges Fach, als besondere Last angesehen? Wieso wird gleich angenommen, daß mit mir etwas »nicht stimmt«, wenn ich mich für dieses Fach interessiere? Zugegeben, es steckten auch in mir Zweifel und Vorurteile: Die Vorlesungen über Psychiatrie, die ich besucht hatte, hatten mich oft ratlos zurückgelassen. Es schien mir ein undurchschaubares Gewirr von Diagnosen zu geben, die sich noch beliebig miteinander verbinden und erweitern ließen. Trotzdem, oder gerade deswegen, faszinierte mich das Fach und auch die Art der Vortragenden. Einerseits schienen sie vor allem selbst fasziniert zu sein von den mannigfaltigen Ausprägungen der psychiatrischen Erkrankungen (was die ganze Angelegenheit glaubhafter machte), andererseits waren sie mit uns Studenten oft zynisch, trafen wunde Punkte, oder aber provozierten mit kritischen Aussagen über das Studium, über das Zusammenleben. Solche Äußerungen hatte ich im Studium sonst nirgendwo gehört. Tabu-Themen kamen ungeniert in die Vorlesung, Unsicherheit und Angst wurden freimütig zugegeben. Wir konnten über uns selbst und auch über die Patienten lachen, weil wir ansatzweise begriffen, wie dünn und unsicher die Grenzen gezogen waren zwischen »gesund« und »krank«. Die Stimmung schien eine andere als in den übrigen Fachrichtungen zu sein – vielleicht ehrlicher, menschlicher.

Ich beschloß, mir nicht nur die Vorboten, die nach außen dringen

anzusehen, oder nur das, was draußen gesagt wird, anzuhören, sondern auch einen Blick hinter die meist alten, meist an abgelegenen Orten gebauten Mauern der Psychiatrie zu werfen. Ich nahm einen Stadtplan und suchte die Klinik, an der ich arbeiten sollte, am Stadtrand. Dort fand ich sie auch. Dort würde also die Arbeit hinter verschlossenen Türen stattfinden. Die diversen psychotherapeutischen Methoden würden in Räumen angewandt werden, zu denen niemand außer den Beteiligten Zugang hat. Jeder psychiatrisch tätige Arzt würde diese Therapieverfahren individuell – auch an sich selbst – erlernen müssen und vor allem auch zahlen müssen. Jeder würde mit Psychopharmaka umgehen müssen, die z.T. immer noch auf unbekannte Art und Weise wirken. In diese Institution würde man nur gelangen als ein von Angehörigen Abgebener, als sich selbst Gefährdender, als Fremdgefährlicher, gerichtsärztlich Eingewiesener, gebracht von Polizei oder Sanität, als in Pflegeheimen nicht mehr tragbarer Patient oder als routinierter psychiatrisch Erkrankter, der gelernt hat, daß man hier Hilfe erhalten kann. Wenige würden freiwillig an diesen Ort kommen, an dem die Ver-rückten leben. Menschen, die dem gesellschaftsfähigen Rahmen ent-rückt sind. Ein Ort also, an dem die Patienten geschützt, abgeschirmt, bewahrt werden oder ein Ort an dem die Gesellschaft bewahrt wird vor dem »Nicht-Normalen«? Nicht nur mir werden gefängnisartige Züge dieser »Anstalten« auffallen. Und wenn ich als Medizinerin schon ein zwiespältiges Bild habe, zumindest nicht ohne Mißtrauen bin, wie muß es erst Laien gehen – Patienten und Angehörigen ?

Ich hatte begriffen, daß psychiatrisch erkrankte Menschen eine noch existentiellere Bedrohung durch ihre Krankheit erleben müssen, als rein somatisch Erkrankte. Sie suchen oft keinen Kontakt zum Arzt, denn sie sind selten krankheitseinsichtig und empfinden den Arzt nicht als Hilfe. Sie sehen ihn eher als einen Gegner, vielleicht auch als Bedrohung in ihrer ver-rückten Eigenwelt. Mir war bewußt, daß ein anderes »Arztsein« auf mich zukommen würde.

Alterspsychiatrie

So war denn auch mein erster Kontakt mit der Psychiatrie ein erschütternder, aber ungemein lehrreicher: Mein Berufsleben begann in der Alterspsychiatrie in einem Gebäude, das mein Klischee bestätigte. Kalt, zugig, grau, sauber und doch immer dieser latente Uringeruch in meiner Nase – beruhigend normal. Ein enger Gang mit 4-Bett-Zimmern, am Ende ein Aufenthaltsraum mit maskenhaften Gesichtern, knitterigen Körpern auf zerschlissenen Sofas vor dem Fernseher, der ständig

lief. Endzeitstimmung. Letzte Station im Leben. Weltraumkapsel. Dieses erste Gefühl sollte bleiben, während sich vieles andere änderte.

Ich ging auf eine Patientin zu, die im Aufenthaltsraum in einem abgewetzten Sessel sitzend scheinbar vor sich hin träumte. Ich wollte sie begrüßen und nach ihrem Befinden fragen. (Das alles ohne weißen Kittel, ohne Stethoskop, ohne Taschenführer und Normwerttabellen, die einem im Zweifelsfall immer Eindruck und Sicherheit verschafft hatten.) Die alte Dame sah mich zornig an, fluchte fürchterlich und fuchtelte mit den Armen. Erschreckt zog ich mich zurück und überlegte, was ich falsch gemacht hatte. Ich war so stolz gewesen, daß ich mich »dort hinaus« in den Aufenthaltsraum gewagt hatte, innerlich gefaßt auf nicht normales Verhalten. Ich fragte mich, ob ich überhaupt in der Lage sein könnte, mich in dieses Verhalten hineinzudenken, es zu verstehen und mich entsprechend zu verhalten. Was war eigentlich »normal«? Sollte ich mich in philosophische Literatur versenken, um medizinisch-menschliche Probleme zu lösen?

Tatsächlich empfand ich während dieser Zeit einige Fragen als existentiell, so daß ich oft sehr mit mir selbst beschäftigt war. Um nicht den Kopf zu verlieren, beschloß ich, meine Gedanken aufzuschreiben. Es entstanden Überschriften in meinen Aufzeichnungen, die sich als Lernziele und auch als Probleme des Systems »Krankenhaus« in dem folgenden Sozialisierungsprozeß für mich ergaben. Sie waren mir auch eine Hilfe dabei, die Veränderungen, die mit mir stattfanden, bewußt zu verfolgen und mit ihnen umzugehen.

Empathie

Ich entdeckte die Langsamkeit. Erst nachdem ich mich auf das Tempo der alten, meist dementen Menschen einlassen konnte, konnte ich sie ertragen, sie erleben und sie lieben lernen. Ein langer Prozeß, der zunächst von viel Mitleid und Hilfsbereitschaft gezeichnet war. Geradezu empört stellte ich fest, daß das Pflegepersonal scheinbar eine viel härtere Einstellung zu den Patienten hatte als ich. Ich begriff erst später, daß sie um Hilfe zur Selbsthilfe bemüht waren. Sie wollten die Selbstständigkeit der alten Menschen erhalten und sie auch sinnvoll beschäftigen. Vermutlich tat ich mich dabei genauso schwer wie die alten Leute selber, die oft aus Altenheimen kamen und daran gewöhnt waren, daß ihnen viel abgenommen wurde. Es war für mich eine ganz neue Überlegung, daß Helfen nicht nur »Geben«, sondern auch »Nehmen« bedeuten kann. Je mehr ich mich auf die dementen Menschen einlassen konnte, je mehr ich ihren »Eigen-sinn« annehmen konnte, desto weni-

ger Aggressivität und Ungeduld spürte ich in mir. Ich erlebte Situationen, in denen mich die unpräzisen und verwirrten Antworten, vor allem aber auch die schier unendliche Dauer derselben, »wahnsinnig« machten. Dieses »Am liebsten möchte ich dich schütteln, damit du endlich sagst, was du willst« schoß mir durch den Kopf, und es erschreckte mich, daß ich zu solchen Gedanken fähig war. Ich konnte aber auch nicht über diese Gefühle sprechen, weil ich mich schämte. Sollte ich für diesen Beruf doch nicht geeignet sein? Ich malte mir ähnliche Situationen in Heimen, aber auch mit pflegenden Angehörigen daheim aus. Mir fiel auf, daß über dieses Tabu-Thema der Aggressivität (bis zur Gewalttätigkeit) gegen Alte oder Pflegebedürftige wenig gesprochen oder geschrieben wurde. Vorsichtig begann ich das Pflegepersonal in diese Richtung zu befragen und entdeckte, daß teilende, Anteilnehmende Gespräche im Team nicht nur möglich sind, sondern auch enorm hilfreich. Ich lernte, daß zur Pflege auch Selbstpflege gehört. Zusätzlich war das Arbeiten im Team eine große Erleichterung für mich. Es wurde möglich, Verantwortung zu teilen, zu verteilen: Ähnlich wie im Studium in Kleingruppenarbeit bearbeitete jeder einzelne des Teams einen Teilaspekt des Problems entsprechend seinen Fähigkeiten, und alle (Pflegepersonal, Ärzte und Patienten) konnten profitieren. Diese Arbeitsweise war (endlich einmal wieder) vertraut und hatte sich mit Kommilitonen immer bewährt. Ich empfand diese »portionierte« Verantwortung als etwas sehr Schönes, weniger Beängstigendes.

Eigenverantwortlichkeit

Während der ersten Wochen hatte ich kaum Kontakt zu den Assistenzärzten. Ich konzentrierte mich ganz auf meine neue Aufgabe und hatte aufgrund meiner anfänglichen Planlosigkeit »keine Zeit für Pausen«. Langsam wurde ich ruhiger, weniger hektisch. Ich empfand einerseits Angst vor dem Alleinsein, vor eigenen Entscheidungen, vor Verordnungen, andererseits war ich begeistert über kleine Erfolge, mein wachsendes Selbstvertrauen. Nach dreimaligem Nachlesen konnte ich Gelerntes doch noch behalten! Die Situation, daß ich die Station alleine leitete, hatte sich ergeben, weil der zuständige Assistenzarzt im Militärdienst war, und ich auf Bitten der leitenden Oberärztin »einsprang«. Sie ermunterte mich mit dem Hinweis, daß mein Vorgänger (ein anderer PJ'ler) »das auch geschafft« habe, und ahnte nicht, welchem Druck sie mich damit aussetzte (oder doch?). Ich hatte das Gefühl, daß man es von mir erwarten könne, daß ich ohne viel zu fragen, ohne lästig zu sein, alleine zurecht käme. Mit etwas Distanz betrachtet, nutzte ich die

Rechte, die »Narrenfreiheit«, die ich als Anfängerin hatte, nicht genügend aus. Ich hätte auf Ausbildung durch einen Assistenten bestehen können. Der klinische Alltag sah eben anders aus. Es wurden unausgesprochene Verträge geschlossen, Erziehungspakte: Wir bilden dich aus, und dafür möchten wir auch etwas von dir haben... Rational eine geradezu selbstverständliche Forderung, und trotzdem spürte ich Trotzphasen. Bisher hatte ich ohne Gegenleistung lernen können und dürfen! Ich wurde als PJ'lerin ins kalte Wasser geworfen und schwamm, weil ich etwas lernen wollte. Ich schwamm, weil »man ja auch etwas dafür haben möchte, wenn man mich schon ausbildet«. Das Wissen und die wachsende Erfahrung waren mein Lohn. Ich war dankbar dafür! Nur leider ließ mir diese Ausgangskonstellation wenig Freiraum, eigene Forderungen zu stellen, oder gar eigene Vorstellungen zu verwirklichen. Ich war abhängig. Ich möchte hier gar nicht von einer finanziellen Entlohnung sprechen, obwohl sie durchaus gerechtfertigt wäre, denn das deutsche Studiensystem hat ganze Arbeit geleistet und mich dazu erzogen, es gerechtfertigt zu finden, daß ich nicht entlohnt werde. Ich bin eben eine billige Arbeitskraft.

Kränkend war allerdings die Feststellung, wie wenig es interessierte, was die Konfrontation Psychiatrie in mir auslöste, solange ich funktionierte. Etwas »Psychohygiene« am Abend wurde mir angeboten. Ich hatte das Gefühl, daß dies nicht aus Mitgefühl oder echter Sorge geschah, sondern nur aus Angst, ich könnte mich beschweren oder gar nicht mehr zur Arbeit erscheinen. Ich bekam keine Supervision, denn ich war ja nicht in der Facharztausbildung. Auf meine Anfrage wurde mir erklärt, daß ich insgesamt zu kurz da sei. Für mich war es eine Ewigkeit. Erwartete ich zuviel von Vorgesetzten und Mitarbeitern? Oder war ich tatsächlich noch »zu naiv«, sollte ich doch noch »viel lernen müssen«, wie mir ein erfahrener Assistent andeutete und mir beruhigend die Schulter tätschelte?

Ich lernte, daß Verantwortung nicht nur schwer zu tragen ist, sondern auch sehr befriedigend sein kann. Mir wurde klar, was für ein Privileg es ist, viele Fragen stellen zu dürfen, etwas nicht zu können, etwas unter Aufsicht durchzuführen und die helfende Hand im Hintergrund zu spüren. Ich hörte oft von den Oberärzten, die mir dann und wann mit Ratschlägen zur Seite standen, daß man am meisten lernt, wenn man es selber (falsch) macht. Wie wahr das ist! Niederlagen bzw. Erfolge begannen bei falsch verbundenen Telefongesprächen und endeten bei brüllenden Patienten. Je nachdem, ob ich es in dem gegebenen Moment schaffte, das Geschehene für mich positiv oder negativ auszuwerten, war es ein Lernerfolg oder aber keiner. Eine Erfahrung ist es ja bekanntlich letztendlich immer. Ein gewisser Widerspruch steckte in

dieser Aussage von den Ärzten, die mich ausbildeten, denn ich machte diese Fehler selber, während ich eine Rolle spielte. Das Fehlerhafte, das Unzureichende das bin ich selber, der Erfolg, die Weiterentwicklung das bin ich in meiner Rolle.

Rolle

Diese Rolle hatte (noch) sehr wenig mit mir persönlich zu tun. Ich erlebte mich gespalten. Ich war unsicher und lernte Formulierungen zu benutzen, die mich nicht entblößten. Ich hatte weniger Probleme damit, meinen »Narrenbonus« als Anfängerin auszunutzen vor Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern, als mein ausbildender Oberarzt, der mich ermunterte, mich gut zu verkaufen. Letztendlich fiel das Unprofessionelle ja auf ihn und die Station zurück.

»Es kommt meist gar nicht darauf an, etwas wirklich zu wissen, sondern darauf, daß man sich gut verkaufen kann.«

»Wenn du nicht von Anfang an sagst, daß du Assistenzärztin bist, dann kannst du es mit deiner Autorität gleich vergessen.«

Letztendlich verkaufte ich dabei ein Stück meiner Selbst – meine Ehrlichkeit, so empfand ich das. War das nötig? War das ein Teil des Sozialisierungsprozesses?

In der morgentlichen Konferenz, in der unter Anwesenheit aller Ärzte die in der Nacht und am Vortag aufgenommenen Patienten vorgestellt wurden, sah ich mich plötzlich als einzige Vertreterin der Station und somit gezwungen ungenügende, unsichere Auskünfte über »unsere« Patienten zu geben. Der zuständige Oberarzt kommentierte mein Handeln und Auftreten väterlich-abwertend, indem er mir den Rat gab, daß diese »Kleines-Mädchen-Masche« ja sonst sehr effektiv sei, aber in diesem Fall, d.h. wenn ich nicht genug Bescheid wisse, solle ich lieber meinen Mund halten. Solche Aussagen trafen mich nicht nur als Auszubildende, sondern auch als Mensch, als Frau. Der Rollenschutzschild war also durchlässig und ich war nicht teilbar. Ich schützte mich am besten, indem ich mich sobald als möglich anpaßte an feststehende Redewendungen, an hierarchische Gegebenheiten, an Erwartungen von verschiedenen Seiten, an Zeitdruck und an Formalitäten rechtlicher Natur. Das alles erforderte viel Aufmerksamkeit und Kraft von mir, und oft spürte ich nicht nur Wut, sondern auch Trotz und diebische Freude, wenn ich kleine Freiheitslücken in dem System entdeckte (z.B. eine Visite selbst zu gestalten). Ich lernte durch Personen und Ereignisse und verließ mich auf meine offenen Augen und Ohren. Ich sollte und wollte fachliche Kompetenz erwerben.

Kompetenz

Ich wollte kompetenter, menschlich sicherer werden und persönlich verantwortungsbereit sein. Ich versuchte, mich neutral zu kleiden, neutral zu benehmen, neutral zu handeln. Meine Verkleidung für diese Rolle begann morgens vor dem Kleiderschrank und endete abends zu Hause.

Was war die passende Kleidung für meine neue Rolle?

Ich begann meinen gesamten Kleidungsstil, den ich mir in den letzten Jahren »angelebt« hatte, neu zu überdenken. Ich empfand kurze Röcke, grelle Farben, enge Hosen plötzlich nicht mehr angemessen. Fettige Haare, schmutzige Fingernägel waren bisher unwichtige Kleinigkeiten, nun so auf der Station zu erscheinen war undenkbar. Ich verkleidete mich mit Braun, Schwarz und Dunkelblau – eben möglichst unauffällig, damit mich mein eigenes Äußeres nicht auch noch forderte, denn ich hatte genug mit meinem Inneren zu tun. Ich teilte das Innere meines Kleiderschranks in »stationstauglich« und »Freizeit«. Das Ergebnis war eine Fassade, die mir ein reibungsfreies Arbeiten erlaubte, aber sehr wenig mit mir selbst zu tun hatte.

War ich ehrlich? Konnte ich tagsüber die kompetente Ärztin mimen, und abends das junge Mädchen sein?

Ich spürte aber auch, daß Bewegung in diesem Prozeß war. Je sicherer ich mich fühlte mit meinem Wissen, mit meiner bescheidenen, aber wachsenden Erfahrung, desto mehr näherte ich mich auch wieder mir selber, man konnte fast sagen, ich ließ mir wieder mehr Raum. Das war für mich selbst spürbar an gewagter Kleidung.

Belastbarkeit

So gerüstet stürzte ich mich auf diesen riesigen Abenteuerspielplatz, der gefährlich war, aber geschützt. Das sagte man mir. Man sei nie alleine. Ich formulierte das anders: Ich war nicht einsam, aber ich war alleine. Ich war dort auf der Station in erster Linie als Mensch gefordert, mein bisher gelerntes, medizinisches Wissen half mir weniger. Ich war anders gefordert als in den Famulaturen, die ich bisher gemacht hatte. Nicht nur mehr Verantwortung, sondern plötzlich wurde es ernst – es gab nicht mehr den Fluchtweg zurück in das Studium nach den Semesterferien. Die Angst, die Aufregung vor neuen Situationen, die Last der Verantwortung für mein eigenes Handeln, aber auch für das der anderen, ließen mich oft schlecht schlafen. Sie belasteten meine Beziehung – denn wie konnte man das, was auf den psychiatrischen Stationen passierte, einem Außen-

stehenden erklären? Die Tage, die verbleibende Freizeit schien zu kurz, um sich mit den Ereignissen auseinanderzusetzen, und oft fehlten mir auch einfach die Worte. Ich wollte nur schlafen.

Distanz

Ich versuchte offen zu bleiben, mich nicht zu verschließen gegen die Beeinflussung von außen, sei es nun von Ausbildern oder Patienten und deren Angehörigen.

Ich wurde weniger selbstverständlich und zurückhaltender. Ich distanzierte mich. Und vielleicht begann die Distanz, dieser magische Schutzschild, um dessen Wichtigkeit alle wußten, aber den nicht alle benutzten, nicht erst im Kopf, sondern schon in körperlicher Distanz. Auf der Alterspsychiatrie hatte ich gelernt, daß ich mich in gebührendem Abstand näherte und versuchte mit den Menschen Kontakt aufzunehmen. Dieses Vorgehen erwies sich als sehr wertvoll gegen Enttäuschungen. Ich hatte zu akzeptieren gelernt, daß sich ein Patient nicht immer freut, »seine Ärztin« zu sehen.

Oder hatte ich gelernt mißtrauisch zu sein gegenüber den Patienten?

Tatsächlich war ich geradezu begeistert von deren herb-drastischen Ehrlichkeit, frei von Höflichkeitsfloskeln, falschem Lächeln oder Ehrfurcht.

Vor wem sollten sie denn auch Respekt zeigen ?

Das Problem nicht nur körperlicher, sondern auch seelischer Distanz empfand ich als schwieriger zu lösen. Das richtige Maß der Anteilnahme zu finden war eine Gratwanderung – meinen Beobachtungen nach. Ich erinnere mich an eine Situation mit der Mutter eines drogensüchtigen Patienten am Telefon, die mir den richtigen Kick gab: Sie machte mir Vorwürfe, weil ihr Sohn sich »meiner Obhut auf der akuten Entzugsstation entzogen hatte« und sie nun befürchtete, er könne sich »etwas antun«. Er war also einfach weggelaufen. Ich erklärte ihr, daß sein Auftrag an mich eine Entzugsbehandlung gewesen sei, woraufhin sie an mein Gewissen und Verantwortungsgefühl appellierte: »Das kann Ihnen doch als Ärztin nicht egal sein, was aus ihm wird.« Ich wurde wütend, da ich mich sehr um den Patienten bemüht hatte, und sagte ihr, daß ich mich gleich am nächsten Baum aufhängen könnte, wenn ich mich für jeden verantwortlich fühlte. Sie entschuldigte sich erschrocken mit den Worten: »Aber uneingeschränkter Einsatz für die Patienten erwartet man eben von einer guten Ärztin.«

Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden

Auf der Suchtstation herrschte ein großer Durchlauf. Eine Beziehung war zu Patienten im Entzug kaum aufzubauen, verglich man es mit der zwischenmenschlichen Nähe, die sich in der Alterspsychiatrie ergeben hatte. Ich bemühte mich, so schnell wie möglich meinen Platz zu finden und mich einzupassen, damit ich auch eine Hilfe sein konnte an einem Ort, an dem es so viel Arbeit gab. Es blieb mir auch nichts anderes übrig, damit ich unter dem Zeitdruck mithalten konnte. Ich mußte lernen, das richtige Maß zu finden, um meine Arbeit mit fast täglichen Neueintritten, mit Aufnahmegesprächen, mit körperlichen Untersuchungen, Arztbriefen, Kontrollen von Laborresultaten und Visiten schnell, aber nicht zu oberflächlich zu erleben und zu erledigen. Etwas nach meinen Ansprüchen gut zu machen, schien einfach nicht möglich zu sein. Noch nicht.

Wird das mein Berufsleben lang so weiter gehen?

Ich haderte mit mir, wollte in manchen Dingen perfekt sein. Ich war entsetzlich ungeduldig mit mir selbst, beobachtete aber mit Genugtuung, wie Handlungsweisen zu Routine wurden und weniger Platz in meinem Hirn einnahmen. Ich sah aber auch mit Schrecken, wie ich oberflächlicher und müder wurde, ignoranter, lässiger, schlechte Gewohnheiten übernahm und sie nicht mehr hinterfragte. Denn dieses kritische Hinterfragen war anstrengend, kostete auch viel Mut. Neben ungeduldigen Antworten erhielt ich teilweise auch wütende oder resignierende Entgegnungen:

»Wenn du soviel aufwühlst und nervst, dann machst du es dir erstens selber schwieriger, und zweitens hältst du alle nur auf.«

Wie kommen andere Ärzte mit der Oberflächlichkeit zurecht?

Bereitschaft

Auf der Suchtabteilung hatte ich zum ersten Mal in meinem Leben direkten Kontakt zu Drogen – Alkohol, Heroin, Tabletten. Auch die Welt, in der diese Menschen leben, war für mich neu und erschreckend. (In unserer heilen Studentenwelt fanden wir Joints rauchen schon sehr abenteuerlich...) Ich bekam diese Welt in Worten und Taten zu spüren. Meine Naivität wurde weiter dezimiert. Wünschenswert.

Durfte ich meine Unwissenheit zeigen?

Paßte das in die Rolle der Ärztin?

Wie wäre das gewesen, einen Heroinabhängigen zu fragen, wie Heroin eigentlich wirkt, wie man es spritzt, wo man es bekommt?

Autorität

Im Umgang mit den Suchtpatienten wurde mir ein weiteres Mal deutlich gemacht wie wichtig es ist, sicher aufzutreten und eine klare Linie zu verfolgen, nicht nur in meinem Sinne, sondern auch im Sinne des Patienten – als seine Hilfe. Es wurde mir klar, wie wichtig jedes kleine Wort sein kann und wie es ungewollt zu Verwirrungen des Patienten, des Pflegepersonals und auch der Kollegen kommen kann. Zusätzlich erschwerend war die Tatsache, daß Drogenabhängige dazu zu neigen schienen, das Team zu spalten, gegeneinander auszuspielen. Hier, wie auch in vielen anderen Situationen bekam ich viel Hilfestellungen von Schwestern und Pflegern der Station. Ihre Motivation besteht darin, die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen so reibungslos wie möglich zu gestalten.

Zusammenarbeit

Eine weitere Erziehungsinstanz im Sozialisierungsprozeß meldete sich zu Wort. Es war sicher nicht nur meine Erfahrung, daß PJ'ler besonders viele Anregungen bekommen, weil sie noch formbar sind. Ich fand es sinnvoll, meine Rolle auch von pflegerischer Seite reflektiert zu wissen. Problematisch war allein die Tatsache, daß der Schwerpunkt von allen Parteien, die an meiner Erziehung, Formung, Verformung beteiligt sind, anders gesetzt wurde. Ich konnte es niemandem recht machen. Plötzlich geriet ich auch zwischen die Fronten, die sich manchmal zwischen den beiden Lagern der Ärzte und Pfleger ergaben. Ganz einfach deswegen, weil ich Anweisungen von beiden durchführte, wurde ich auch zum Vermittler, zum Sprachrohr der Kritik. Manchmal gelang es mir aber auch, gute Kompromisse zu finden, vielleicht gerade weil ich noch nicht so festgefahren war.

War ich nicht ganz einfach ein Spielball der Parteien?

Wenn ich nicht vorsichtig jonglierte mit dem, was mir alle wohlmeinend mit auf den Weg gaben, konnte ich leicht anecken. Ich war den äußeren Gegebenheiten ausgeliefert. Ich erwischte mich dabei, wie ich alle beobachtete, bewertete und mir überlegte, ob diese oder jene Vorgehensweise, diese oder jene Eigenschaft wichtig oder wünschenswert wäre für mein ganz persönliches, wachsendes »Arztsein«.

Schlußfolgerung

Jeder durchläuft seinen eigenen, persönlichen Ausbildungsweg in unbestimmter Zeit, trifft seine eigenen »Zielheltern«.

Das Ergebnis dieser Beobachtungen ist ein Vorschlag, eine Meinung wie man sich besser auf diese Umwälzungen, die der Berufseinstieg mit sich bringt, vorbereiten könnte. In der Diskussion mit anderen PJ'lern wurde deutlich, daß eine Vorlesung z.B. mit dem Titel: »Einführung in den klinischen Alltag des Arztes« sehr gut besucht sein würde. Es handelt sich hier doch um den zentralen Kern des Studiums, das eigentliche Ziel der Ausbildung: Ärzte auszubilden, die wissen, was auf sie zukommt für mehrere Jahrzehnte Arbeitsleben und sich damit auseinandergesetzt haben.

Dieser Ausbildungsteil müßte so etwas Banales wie einen Schreibmaschinenkurs beinhalten, aber auch gezielt bestimmte Situationen durchspielen. Ich denke an folgendes:

- Erstkontakt mit Patienten: Wie baue ich eine gute Arzt-Patient-Beziehung auf?
- Wie erhebe ich eine präzise Anamnese?
- Wie komme ich zu einer Diagnose, bzw. Differentialdiagnose?
- Wie gestalte ich eine Visite?
- Wie überbringe ich einem Patienten eine schlechte Nachricht?
- Wie kläre ich Angehörige in verständlicher Sprache auf?
- Was darf ich wem überhaupt sagen? (Juristische Grundlagen)
- Wie schreibe ich einen Austrittsbericht?
- Wie informiere ich z.B. meinen Oberarzt kurz und präzise über Patientenleiden?
- Konflikte mit Krankenkassen und Rentenstellen – Was ist zu tun?
- Arbeitsrecht? Arbeitszeitregelung?
- Facharztausbildung – Wie geht das? Was erwartet mich?

Diese Liste könnte noch beliebig weiter fortgesetzt werden. Es handelt sich aber durchweg um Fragen, die mir als FamulantIn nie mit diesem Gewicht ins Bewußtsein gekommen sind. Nur mir?

Zum Dilemma des Assistenzarztes im klinisch-psychiatrischen Alltag*

■
Monika Begemann-Deppe

Statt einer Zusammenfassung:

Der folgende Text ist die geringgradig gekürzte Version eines 1985 in »Medizinische Soziologie. Jahrbuch 4« erschienenen Aufsatzes. Im Frühjahr 1983 innerhalb weniger Wochen im Vorfeld eines Orts- und beruflichen Perspektivenwechsels geschrieben, war er als eine Hommage an die im Untergehen begriffene »68er-Atmosphäre« konzipiert, die »meine« Assistenten-Generation geprägt und mitproduziert hatte. Während »unser« herausragendstes strukturelles Privileg der phantasierte Erwartungshorizont einer gesicherten Ausbildungs- und Berufsperspektive gewesen war, was dem Arbeitsklima unzweifelhaft eine gewisse Leichtigkeit verliehen hatte, schien mit den nachrückenden Assistenten ein »Mittelschicht«gebaren auf den Plan getreten zu sein, das sich etwa an verstärkten Tendenzen zur Einhaltung von Kleider-, Sprach- und Titelgebrauchs-Ordnungen festmachte und allein dadurch schon auf zukünftig intensiviertere horizontale Statuskämpfe und vertikale Statusängste verwies. – Die Textentstehung bezog ihre Dynamik aus der Schmerzhaftigkeit von Trennung und Abschied und aus der Lust, den Fehdehandschuh vor Verlassen der letzten biographisch bedeutsamen Sozialisations-Institution noch einmal kreativ aufzugreifen. Die Spannungslinie verläuft hier nicht zwischen den Polen männlich/weiblich hindurch; dies wäre ein anderer Essay geworden, wenn auch dem vorliegenden in der Struktur der Wahrnehmung und des Gedankengangs wesensgleich. Von daher konnte ich mich nicht entschließen, »ex post und durch Korrektur« die heute gebräuchliche Schreibweise »AssistenzärztInnen« zu verwenden und habe es vorgezogen, die *nicht* ausformulierte Geschlechterthematik in der zumeist irritierend-einseitigen Rede vom »Assistenzarzt« im Vollzug des Lesens unterschwellig präsent zu halten.

Einführung

»Wahr ist, daß das Subjekt, besser die Persönlichkeit des Arztes, wie des Kranken wesentlich ist im ärztlichen Tun, das philosophisch zu erhellen ist. Falsch aber ist, weil unmöglich, diese Wirklichkeit zum Gegenstand der Forschung zu machen und in das wissenschaftlich-begründete ärztliche Handeln als einen wissenschaftlich erkennbaren Faktor einzubeziehen.«

Noch heute gilt es innerhalb klinisch-psychiatrischer Forschung fast als anstößig, aus der Sicht des Psychiaters die Beziehung zum Patienten in der Weise zu thematisieren, daß einmal weniger vom Kranken und mehr vom *eigenen* Handeln die Rede ist. Im folgenden Text – dem Versuch einer *Rekonstruktion* – ist dies der Fall: Ich arbeitete fünf Jahre auf einer offenen Station einer psychiatrischen Universitätsklinik als Assistenz-(Stations-)ärztin. Diese Wirklichkeit und ihr Alltag ist Gegenstand meiner Untersuchung; noch präziser eingegrenzt steht im Zentrum meiner Überlegungen das konfliktreiche Verhältnis von klinisch-psychiatrisch tätiger Praxis einerseits und assistenzärztlichem Status andererseits, ein Abschnitt im Rahmen beruflicher Sozialisation, der in aller Regel mit dem Erwerb *fachärztlicher* Qualifikation verknüpft ist.

Sehr verkürzt und grob stilisierend stellt sich die Realität eines Assistenzarztes folgendermaßen dar: Der Anfänger wird meist einer Station zugeordnet, auf der bereits ein Kollege eingearbeitet ist. In einem überschaubaren Bereich wird er vertraut gemacht mit essentiellen Kompetenzen klinischen Arbeitens; er lernt, den Kontakt zum Patienten zu strukturieren, Visiten durchzuführen, Diagnosen und gängige Medikationsgebräuche zu handhaben, Krankengeschichten und Arztbriefe zu schreiben. Daß dieser Prozeß so reibungslos wie möglich abzulaufen habe, die übergeordnete ärztliche Hierarchie möglichst nur zu feststehenden Terminen (Oberarzt-, Chefvisite) und möglichst wenig korrigierend auf den Plan zu treten habe, diktieren die Alltagsroutinen.

Unter der Voraussetzung, daß die Einschleusung in die Institution relativ ungestört abläuft, unterwegs keine gravierenden Einbrüche stattfinden, konstituiert sich auf der subjektiven Ebene über einen allmählichen Kompetenzzuwachs ein zunehmendes Gefühl von Sicherheit und Bereitschaft, Verantwortung für ärztliches Handeln zu tragen, eine Bereitschaft, auf die eine psychiatrische Klinik mit dem Durchgang einer Vielzahl von Akutpatienten auf zumeist offenen Stationen angewiesen ist, um funktionieren zu können. Denn schon bald wird offen-

sichtlich (spätestens beim ersten Nachtdienst), daß eine kontinuierlich geteilte Verantwortlichkeit, in der etwa jede prekäre Situation durch Präsenz eines kompetenteren Dritten abgestützt oder zumindest unmittelbar ex post dialogisch einholbar ist, nicht gegeben sein kann. Die eigene Belastbarkeit und kalkulierte Risikobereitschaft vor dem Hintergrund vorausgegangener Erfahrungen wird zum permanenten Thema eigenen Arbeitens.

Ein junger, an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose leidender Patient, den ich während eines mehrwöchigen stationären Aufenthaltes nach einem schweren Suizidversuch behandelte, nahm mein Angebot, nach seiner Entlassung von Zeit zu Zeit, in Situationen drohender Dekompensation, aber auch bei Wohlbefinden, vorbeizuschauen, in Abständen wahr. Eines Nachmittags kam der Patient in einem panikartigen Angstzustand angelaufen und berichtete, daß er sich nach mehreren Ansätzen mit letzter Kraft in die Klinik geflüchtet habe, da er überall und ständig, auch im Schlaf, peinigenden Verfolgungen ausgesetzt sei, die sein Leben jetzt wieder unerträglich machten. – Er war akut psychotisch, halluzinierte lebhaft und äußerte drängende Suizidimpulse.

Er lebte in der Stadt isoliert, und ich bot ihm an, sich vorübergehend wieder auf die Station zurückzuziehen, wo er vor Nachstellungen sicher sei und darüber hinaus die Möglichkeit bestünde, seine Erlebnisse im gemeinsamen Gespräch auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen. Er willigte, offensichtlich dankbar und entlastet, zunächst ein, drängte dann aber abrupt darauf, noch einmal nach Hause zu gehen, um dort »irgendetwas« – worum es sich konkret handelte, blieb völlig im dunkeln – »nachzuschauen«. Aus der Vorgeschichte wußte ich, daß er aus einem anderen Krankenhaus, als man ihn in einer ähnlichen Situation auf eine geschlossene Station verlegen wollte, weggelaufen war und versucht hatte, sich zu suizidieren. – Die zunächst eingetretene Entspannung schlug erneut in massive Angst um, die ich in ihrem ganzen Ausmaß jetzt auch bei mir selbst registrierte.

In dieser sich binnen weniger Minuten zuspitzenden Interaktion geriet ich in die Schere, den Patienten entweder festzuhalten und damit sein Vertrauen, sich auch noch in psychotischer Verfassung selbstbestimmt an eine therapeutische Instanz wenden zu können, zunichte zu machen, oder aber darauf zu hoffen, daß die bisherige Strukturierung des Kontaktes und das Angebot einer Rückzugsmöglichkeit trotz der heftigen Ambivalenz eine Brücke darstellten, über die der Patient in einem weiteren Anlauf auch gehen würde. – Ich ließ ihn gewähren; er eilte nach Hause und kehrte nach einer Stunde wohlbehalten auf die Station zurück.

Strukturell ähnliche Situationen sind jedem in der Psychiatrie Tätigen hinreichend bekannt. Es ist ebenfalls schon fast ein Allgemeinplatz, welches Potential an Angst eine sich nicht kustodial definierende therapeutische Praxis bei Patient *und* Arzt freisetzt. Genau an dieser Stelle kommt aber der Kontext ins Spiel. So exklusiv dyadisch ein solcher Konflikt zunächst erscheinen mag, tatsächlich auch in Erscheinung tritt und ausgehandelt werden muß, so offensichtlich ist auch, daß er keineswegs nur eine Dyade betrifft, sondern in institutionelle Rahmenbedingungen und hierarchisch gestaffelte Mehr-Personen-Beziehungen eingebettet ist.

Die Angst, die ich als Ärztin spüre, hat mindestens zwei Qualitäten. Auf dem Wege einer empathischen Identifikation werden Affekte ausgelöst, die die Verfassung des Kranken abbilden. Dies ist die diagnostisch-therapeutische Ebene. – Darüber hinaus wird Angst evoziert, die in Zusammenhang steht mit meiner Rolle als Mitglied einer Klinik und Vertreterin institutioneller Regelmäßigkeiten und Normen. In der Assistenzarztrolle hat sich meine persönliche Stilisierung der Gesamtklinik einzupassen und unterzuordnen; dies zu verinnerlichen gehört mit zur »Ausbildung«. Das Aufflackern von Angst signalisiert mir, daß mein Vorphantasieren der Situationsbewältigung in Widerspruch zu geraten droht zum verinnerlichten institutionellen Therapeutenbild.

Die Situation ist in sich widersprüchlich. Dem Selbstverständnis universitätsklinischen Know-how's mit dem Anspruch einer differenzierten, patientenzentrierten, auch psychodynamisch fundierten, auf weitgehende Selbstbestimmung des Patienten gerichteten Psychotherapie laufen kustodiale Umgangsformen zuwider.

Andererseits wird über die Berufsrolle internalisiert – der Aspekt der externen Präsentation einer Klinik verquickt sich hier mit internen hierarchischen Geboten und Kontrollen –, Extravaganzen zu vermeiden, im Falle eines Zweifels und beim Auftreten von Unsicherheit, den Weg des geringsten Risikos zu wählen und mögliches Aufsehen zu vermeiden; im konkreten Fall, den Patienten eher festzuhalten und in Gewahrsam zu nehmen, die Konfliktsituation »intra muros« zu managen. Hier schlägt die Tradition durch.

Der therapeutische Selbstanspruch in einer medizinischen Disziplin, die randständig ist und auf Grund ihrer Geschichte von außen mit Mißtrauen und nicht selten auch mit Herablassung wahrgenommen wird (daß hier die Ärzte mit ihren Patienten in einem Boot sitzen, wird von den meisten Psychiatriekritikern unterschätzt), kann immens und erdrückend werden. Die Auswirkungen auf den Arzt, der das Glück hatte, einen der wenigen universitätsklinischen Ausbildungsplätze zu ergattern, machen sich bemerkbar. Von der »alten«, in den Anstalten

und Großkrankenhäusern praktizierten Psychiatrie gilt es sich abzugrenzen. Mit dem Negativbild vor Augen wächst der eigene Anspruch; dieser wird durch die Erwartungen von Patienten und Angehörigen weiter forciert.

Es bleibe dahingestellt, ob die Universitätskliniken heute tatsächlich eine bessere medizinische Versorgung leisten als die Landeskrankenhäuser. Sie stellen sie zumindest in Aussicht, sei es auch nur in Form der als geringer eingeschätzten sozialen Stigmatisierung, sind dabei aber, was die Angst vor der Berührung mit psychiatrischen Institutionen ganz generell betrifft, nicht etwa ausgenommen. Der Vertrauensvorschuß, den der Arzt bei den Patienten, die die Schwelle der Klinik bereits überschritten haben, häufig wahrzunehmen meint, täuscht über diese immanente Zwiespältigkeit des Kontaktes nur allzu leicht hinweg. Die Verführung zu gemeinsamer Verleugnung, der sich der Arzt gegenübersehen, ist groß: Die positiven Erwartungen einäugig überzubewerten und zu verstärken, die auch vorhandenen Vorbehalte und Ängste der Patienten jedoch auszublenden, beziehungsweise kontraphobisch dadurch zu beschwichtigen, daß therapeutische Effizienz inflationär in Aussicht gestellt und oft schon im vorhinein als der Regelfall suggeriert wird. Enttäuschung und Wut auf allen Seiten sind die logische Konsequenz, erweist sich diese – nicht zum geringsten Teil selbst produzierte – Hoffnung als trügerisch.

Ein empfindlicher Gradmesser für die Befangenheit in dieser Selbsttäuschungskonstellation scheint mir die Einstellung einer Klinik bzw. einer Station gegenüber der *Suizidalität* von Patienten zu sein; denn Suizide sind bekanntlich die unerbittlichste Absage an therapeutische Allmachtsphantasien. Ob und wie weit es gelingt, Suizidalität richtig einzuschätzen und Suiziden aus akuten Krisensituationen und schweren psychotischen Verfassungen heraus im Rahmen einer Klinik gegenzusteuern, wird ganz entscheidend vom *Binnenklima* der Institution abhängen; davon, ob der Behandlungsauftrag vor dem Hintergrund einer Perhorreszierung des Suizides angesiedelt ist, der unlösbare Anspruch im Raum steht, daß Suizide unter allen Umständen und mit allen Mitteln zu verhindern sind, oder ob hier eine Besorgnis am Wirken ist, die nicht primär angstgetönt und damit zu Fehleinschätzungen geradezu prädisponierend, sich aufmerksam, wach und verlässlich für die Bedürfnisse der Patienten bereithält.

Für die komplexen und störanfälligen Interaktionen einer offenen psychiatrischen Station hat die kaskadenartige Weitergabe von Angst und Schuldgefühlen auch langfristig negative Konsequenzen. In den fünf Jahren, während derer ich kontinuierlich auf einer Station arbeitete, meine ich eine eigentümliche Pendelbewegung wahrgenommen zu

haben: Nach einem schweren Suizidversuch oder Suizid wurden Angst, Wut und Enttäuschung über latente und offene Schuldzuschreibungen in der Hierarchie der Ärzte von oben nach unten bis auf die Ebene des Pflegepersonals weitergegeben. Häufig tat sich der behandelnde Therapeut mit Schwestern und Pflegern zusammen, und panikartige Reaktionen schaukelten sich auf. Patienten, die plötzlich »undurchsichtig« erschienen, erhielten keinen Ausgang mehr; war ein Patient kurzfristig nicht auf der Station auffindbar, löste dies hektische Suchaktionen aus; bis dahin, daß vorübergehend – in stillschweigendem Konsens, daß es in erster Linie um die eigene Entlastung ging – die Stationstüre abgeschlossen wurde.

Für das Klima zwischen Personal und Patienten hatte dies fatale Folgen. Der Status von Bedürftigkeit kehrte sich vorübergehend gleichsam um. Nicht mehr allein die Patienten waren an ihre Situation von Hilflosigkeit ausgeliefert, auch das Personal war der suizidalen Bedrohung, die im Raum schwebte, ohnmächtig preisgegeben. Denn die Irrationalität derartiger Maßnahmen ließ sich nicht lange verbergen, zumal sie dem eigenen Konzept der Arbeit zuwiderlief und gerade von psychotischen Patienten häufig richtig erspürt und beispielsweise im Rahmen der Gruppensitzung konfrontativ oder karikierend zur Sprache gebracht wurde. Massive Ambivalenz schaukelte sich auf, wenn die aggressiv getönte, als Besorgtheit und Uneigennützigkeit deklarierte Kontrolle durchschaut und mit Kränkungen quittiert wurde. –

War einige Zeit ins Land gegangen, dann schlich sich allmählich wieder – wie in einer langsamen Gegenbewegung – ein Laissez-faire ein, das das permanente suizidale Potential, die Angst, dem gesetzten therapeutischen Anspruch nicht genügen zu können und die untergründigen aggressiven Impulse aus dem Blick verbannte und verleugnete, bis die Routinen bei einem ähnlichen Anlaß erneut zusammenbrachen und das Pendel wieder zurückschlug.

Auch die Befürchtung, die in diesem Zusammenhang als klinische Erfahrung immer wieder einmal ins Feld geführt wird, daß ein auf einer Station eingetretener Suizid nicht selten weitere Suizidhandlungen nach sich ziehe, hat nach meiner Erfahrung nicht nur mit den Verarbeitungen der Patienten zu tun, ist keinem bloßen »Imitationseffekt« zuzuschreiben, sondern steht mehr noch in Zusammenhang mit der allgemeinen Labilisierung des Stationsgefüges, das dann keinen Halt mehr bieten kann.

Zeit und Erzählkompetenz

Auch Zeit unterliegt einem institutionellen Reglement. Primär verschiedene Konzeptualisierungen, Zeitqualitäten und individuelle Bedürfnisse treten aus unterschiedlichen Richtungen aufeinander und müssen – so der Anspruch – in Einklang gebracht und institutionsgerecht zugeschnitten werden.

Unter ökonomischem Blickwinkel sind Behandlungszeiten teuer; die Zeit- und Verrechnungseinheit ist der »Tag« mit seinem »Satz«. In Form regelmäßiger Anfragen nach der Indikation zur Fortsetzung der Therapie in klinischem Rahmen bringen sich die Kostenträger nicht gerade aufdringlich, aber doch hartnäckig ins Spiel. Über griffige Formulierungen und auf Distanz ist dieses Zeitbudget kraft ärztlicher Autorität und universitätsklinischem Background flexibel zu halten; Langzeitbehandlungen über viele Monate haben jedoch eher Ausnahmeharakter.

Erheblich schwieriger ist die Antizipation psychopathologisch konstituierter Zeithorizonte. Daß Bücherwissen hier alleine nicht trägt, ohne jenes Amalgam aus Fach- und Alltagskompetenz, eingeübten Konventionen und subtiler Kenntnis institutionsspezifischer Stärken und Schwächen, einschließlich derer ihrer Akteure, die man »klinischen Blick« nennt, wertlos ist, lehrt die Praxis. – Endomorph-depressive Phasen remittieren erfahrungsgemäß; vorausgegangene Phasen berechtigen zu approximativen Prognosen der aktuellen Krankheitsdauer. – Akute »lärmende« Psychosen, neuroleptisch »angegangen«, zeigen häufig ebenfalls eine gute Remissionstendenz, die sich, sollte sich diese Einschätzung bewahrheiten, auch bereits am Anfang der Therapie abzeichnet. – Bei chronischen Störungen, Alterskrankheiten, Krisensituationen wird das Ad-hoc-Timing vollends zur Illusion, die Terminierung einer Therapie Gegenstand von Aushandlungen, die von der Behandlung inhaltlich nicht zu trennen sind.

Hier könnte man gelassen zuwarten, brächte nicht der Patient seine eigenen Vorstellungen und Erwartungen mit ein und versuchte mit zu definieren, wieviel Zeit er seiner Behandlung einräumen will. Die widersprüchlichen Affekte, die mit der Vereinnahmung durch die Klinik mobilisiert werden, verschaffen sich nicht selten darin Ausdruck, daß Patienten, kaum aufgenommen, wieder nach Hause drängen, beteuern, »keine Zeit« zu haben, »körperlich« fehle ihnen nichts, der Arbeitsplatz stehe auf dem Spiel, sie würden in der Familie gebraucht etc.

Zeithorizonte der Institution verschränken sich mit Zeithorizonten des sozialen Milieus. Vollends kompliziert wird die Sache, wenn der

Patient darüber hinaus noch an krankheitsbedingten Störungen des Zeiterlebens leidet.

Die Anforderungen an den therapeutischen Dialog sind hoch. Schrumpft die Zeit zusammen oder dehnt sich unerträglich bis zum Stillstand, ist kein Warten und keine Antizipation einer besseren Zukunft mehr möglich, dann droht der Suizid als einziger noch gangbarer Weg aus dem Dilemma. –

Nicht selten entsteht der Eindruck, ein Patient lasse sich mit seiner Behandlung »zuviel Zeit«; man spricht dann von Hospitalisierungstendenzen. Der Konsens über die stationäre Behandlungsbedürftigkeit gerät ins Wanken und wird zunehmend fragwürdig, der Kranke besteht jedoch darauf, noch »Zeit zu brauchen«, anfängliche Zuwendung verkehrt sich in Ablehnung. Auch innerhalb des Personals einer Station sind kontroverse Zeitbemessungen an der Tagesordnung. Dies drückt sich dann etwa so aus: »Frau X ist schon viel zu lange hier!« oder »Soll Herr Y schon wieder aufgenommen werden?«, typische Kommentare, in denen untergründig anklingt: Hier erhält ein Patient ein Übermaß an Zeit zugebilligt, hier werden stillschweigende Konventionen überschritten. Aber auch diese Konventionen sind nicht statisch, sondern unterliegen Veränderungen je nach personeller Besetzung der Station, »Bettendruck« und gerade vorherrschender Stationsatmosphäre. – Gelegentlich bekommt der Arzt bei Befindensverschlechterungen seiner Patienten zu hören, er habe den »richtigen Zeitpunkt« für eine Entlassung ungenutzt verstreichen lassen – ohne daß ihm vorher kundgetan worden wäre, wann dieser in den Augen der anderen erreicht gewesen wäre.

Fehlt es dem Therapeuten an Flexibilität, Durchsetzungsfähigkeit und Überzeugungskraft, wird das auch für den Patienten spürbar und Therapie schwierig. Denn für den Arzt ergibt sich ein weiteres Problem. Konsumtion von Zeit, die dem Patienten zukommt und die der Arzt zuteilt, ist auch ein Gradmesser für seine therapeutische Leistungsfähigkeit. Bei jedem Patienten stellt sich neu die Frage: In welchem Zeitraum kann ich bei einer gegebenen Störung mit welchen Mitteln welchen Effekt erzielen? (Daß in diesem Zusammenhang auch therapeutische Maßnahmen ihren je spezifischen Zeithorizont in sich tragen, im Alltag bestimmten Klassen von Medikamenten, etwa den Neuroleptika unterstellt wird, daß sie »schneller« wirken als die Anwendung dialogischer Therapieverfahren, sei nur am Rande vermerkt.)

Je weniger nach außen hin sichtbare, in Kurven und Krankheitsgeschichten veröffentlichte medikamentöse oder andere eingreifende Maßnahmen zur Anwendung gelangen und dokumentiert sind, um so mehr wird es darauf ankommen, daß sich der Arzt zunehmend eine

legitimatorische Kompetenz aneignet, die ihrer inneren Logik nach eine *Erzählkompetenz* ist.

Aus der Sicht der Station ist die Chefvisite eine solche Legitimationsveranstaltung, im Rahmen derer in wöchentlichem Takt Effektivität in Augenschein genommen wird.

Die Kontrolle geschieht aus zweifacher Distanz. Zum einen besteht Übereinstimmung darüber, daß das Eindringen in die innere Welt eines Kranken eine Atmosphäre von Ruhe, Geduld und Vertrauen erfordert, die am ehesten in der dyadischen Situation und nicht in der Hektik einer Visite unter Zeitdruck zu verwirklichen ist. Symptome und Leidensgeschichte werden in dieser Konstellation – wobei sowohl der Arzt als auch der Patient vorübergehend an der Fiktion festhalten (der Arzt zur Herstellung des affektiven Klimas, der Patient, um sich öffnen zu können), daß dieser Raum hermetisch abgeschlossen ist und bleibt – zu Protokoll genommen und erst ex post memorierend kondensiert, mehr oder weniger stark transformiert und weitergegeben. – Die Distanz erklärt sich darüber hinaus aus der punktuellen Anwesenheit der übergeordneten ärztlichen Hierarchie auf der Station, die nur einen ausgestanzten Blick auf den Patienten ermöglicht, der mitunter zwar auch Wesentliches erfaßt, jedoch vor Täuschbarkeit nicht gefeit ist.

Für den behandelnden Arzt geht es im Kern darum, für seine komprimierte Darstellung Vertrauen zu gewinnen. Es kommt darauf an, ein Gespür dafür zu entwickeln, wie eine Verlaufs- und Behandlungsgeschichte aufzubauen ist: Was kann angesprochen werden, was sollte nicht in die Erzählung einfließen, was erscheint peripher, was zentral – gemessen am Fall, aber auch unter der taktisch-strategischen Perspektive persönlicher Selbstdarstellung. Sprachregelungen sind einzuhalten, bis hinein in die Begrifflichkeit, institutionelle Tabus sind zu berücksichtigen. Sexualität und Gegenübertragungsphänomene sind solche prekären Themen – wir werden darauf zurückkommen.

Zwei Aspekte sind zentral; einen roten Faden zu konstruieren, Konsistenz sichtbar werden zu lassen und dabei glaubhaft zu machen, daß die Therapie »fortschreitet, »vorangeht«, daß Zeit nicht vergeudet wird.

Gelingt es dem Arzt nicht, eine Perspektive zu gewinnen, so muß auch dies so erzählt werden, daß nicht der Eindruck entsteht, es läge an seinem therapeutischen Unvermögen, sondern die Erzählung ist so aufzubauen, daß die Schlußfolgerung sichergestellt ist, der Patient selbst (oder seine Angehörigen oder sonst irgend jemand) lehne sich gegen eine Klärung auf, möglicherweise sogar als »Symptom« der Gestörtheit.

Die therapeutische Beziehung muß in die *Sprache der Institution*

übersetzt werden, wobei diese Konstruktion je nach theoretischer Orientierung, Kompetenz und individueller Stilisierung auch bei ein und demselben Patienten höchst unterschiedlich ausfallen kann. – Das heißt in der Quintessenz pointiert formuliert: Die Tatsache, *daß* etwas erzählt wird und wie erzählt wird hat Vorrang vor dem, was erzählt wird und unter Umständen auch vor dem, was *de facto* geschieht.

Dies berechtigt jedoch keinesfalls zu der Schlußfolgerung, daß hier Willkür und Beliebigkeit Platz greifen können. Erzählung und Praxis gehören zusammen. Die Tradierung und Eingrenzung von Erzählstrukturen ist keineswegs ein äußerlicher Vorgang. Eine langfristige Funktion von Konferenzen, Chefvisiten, Fallseminaren und auch das Führen von Krankengeschichten besteht nicht zuletzt darin, den Rahmen immer wieder neu abzustecken und exemplarisch zu definieren, innerhalb dessen Störungen und deren Therapien sprachlich und praktisch anzusiedeln sind, und damit sichtbar werden zu lassen, in welche Räume sich Erzählungen ausbreiten können, um im Milieu akzeptabel zu bleiben, nicht »anstößig« zu werden und zugleich Handlungsanweisungen für den praktischen Alltag zu liefern. Aus der Perspektive des Assistenzarztes ist es auch eine Auseinandersetzung um die Grenze zwischen institutionellem und individuellem Therapeutenbild im Rahmen hierarchischer Strukturen, d.h. ein Spiel mit ungleich verteilten Definitions- und Gewinnchancen.

Therapeutische Kompetenz

Manfred Bleuler soll einmal gesagt haben, wohl nur wenige junge Ärzte würden sich entschließen, Psychiater zu werden, gäbe es nicht die *schizophrenen* Patienten, eine Äußerung – so würde ich vermuten –, die man dahingehend paraphrasieren könnte: die *jungen*, noch nicht an einer chronifizierten Schizophrenie leidenden Kranken.

Unter der Überschrift »multifaktorielle Genese« und »mehrdimensionale Therapie« sind speziell bei dieser Erkrankung institutionspezifische konzeptuelle Spielräume im Bereich des diagnostischen und therapeutischen Managements gegeben. Die Zeiten gehören zwar der Vergangenheit an, als Ärzte, die psychodynamische Kompetenz verfolgten, sich diese heimlich und im Schutze der Dunkelheit aneignen mußten (Loch). Die Kontrollen sind subtiler geworden, das Klima an einer Klinik kann von außen besehen sogar außerordentlich permissiv erscheinen, dennoch ist die *Front* zwischen »*Psychopathologen*« und »*Psychodynamikern*« im Alltag weiterhin deutlich spürbar und auch praktisch relevant. Indem jene in ihrem diagnostischen und therapeu-

tischen Zugriff empathische Identifikationen außen vor halten bzw. äußerst sparsam dosieren, sind sie vor Verunsicherung und Labilisierung weitgehend geschützt, können Ruhe bewahren auf der sicheren Plattform, von der aus Psychopathologisches in Augenschein genommen wird, um dann mit Medikamenten und Sozialmanagement beeinflusst zu werden. – Diese, in ständigem, auch sich selbst bespiegelndem Dialog befangen, der eine spezifische Befriedigung zu bieten und auch beachtliche Therapieerfolge aufzuweisen hat, von denen jene, so die Einschätzung, nicht einmal in ihren Träumen etwas ahnen, strafen die »Psychopathologen« mit Verachtung. Wo auf der einen Seite Größenphantasien zu Ernüchterung und zu Enttäuschung führen können, ist dort das Verdikt mangelnder Differenziertheit zu ertragen. – Beide übersehen dabei, daß sie – wohlgemerkt: in einem Milieu stationärer Versorgung mit praktisch nicht vorselektierter Klientel – durchaus voneinander profitieren könnten. Die »Psychodynamiker« blenden aus, daß es für den Therapeuten auch entlastend und für den Patienten unter Umständen weniger risikoreich sein kann, an kritischen Punkten die ungleich neutralere, distanzierte Position einzunehmen und durchzuhalten. Die »Psychopathologen« – so mein Eindruck – scheinen oft genervt von der Phantasietätigkeit der »Psychodynamiker«, werden dabei aber ihren Patienten in ihrer Fokussierung auf vordergründig Machbares nur begrenzt gerecht und erhalten dieses Defizit in ihren Therapien auch zurückgespielt.

Die Wahrnehmung und Zuordnung von Symptomen aus psychopathologischer Perspektive ist im allgemeinen wenig zeitaufwendig, erfordert kein intensives Eindringen in biographische Zusammenhänge und ermöglicht damit ein rasches und effektives therapeutisches Eingreifen »ohne Zeitverlust«. In den Neuroleptika (es wurde bereits erwähnt) stehen diesem Zugriff nach dem heutigen Stand unseres Wissens optimal angepaßte, quasi maßgeschneiderte Interventionshilfen zur Seite, da sie ebenfalls fast immer rasch und merkbar »greifen«. Betrachtet man die Sozialisation des Arztes in der Klinik, so ist der psychopathologisch-diagnostische Blick und die Handhabung antipsychotischer Medikamente eine der ersten und kardinalen Kompetenzen, die er sich anzueignen hat und die auch relativ schnell erlernbar ist.

Dialogisches Arbeiten erfordert Zeit in dreifacher Hinsicht: Die Ingangsetzung eines empathisch geleiteten Dialoges, die therapeutische Arbeit vor lebensgeschichtlichem Hintergrund ist nicht zu erzwingen. Jedes Drängen von seiten des Patienten, aber mehr noch von seiten des Arztes, zerstört das Gespräch mehr als daß es ihm förderlich wäre. Nur selten ist auch der Effekt so unmittelbar sichtbar, auch er »läßt sich Zeit«. Dies liegt in der Struktur des Verfahrens. Und schließlich ist der

Erwerb dieser Kompetenz in einen zeitaufwendigen, allmählichen Lernprozeß eingebunden, der komplexe Erfahrungen, Intuition und atmosphärisches Gespür erfordert, therapeutische Möglichkeiten, die nur über lange und vielfältige Erprobung in unterschiedlichsten Situationen anzueignen sind, in einem Prozeß, der kaum je zu einem Abschluß kommt, da er sich aus der Verschiedenartigkeit und Besonderheit jeder einzelnen therapeutischen Beziehung kontinuierlich aufsummiert.

Während der Arzt auf der Station, der die basale Versorgung trägt und im dichtesten Kontakt zum Patienten steht, sich sowohl als »Psychodynamiker« wie auch als »Psychopathologe« stilisieren kann, sind die Ärzte, die von außen kommen, nur sporadischen Kontakt zum Patienten aufnehmen, primär auf die distanzierte Position des »Psychopathologen« verwiesen. Der Versuch, diese Distanz zu überbrücken, ist zwar möglich, indem die Erzählung als Vermittlungsinstrument zwischengeschaltet wird; daß dies Probleme mit sich bringt, wurde bereits ausgeführt.

Ein wiederkehrendes Thema im Rahmen von Oberarzt- und Chefvisiten war, daß die behandelnden Ärzte angehalten wurden, bei Patienten mit rezidivierenden psychotischen Episoden die Einstellung auf ein Depot-Neuroleptikum in die Wege zu leiten. Es handelte sich dabei fast immer um Schizophrene, die die Medikamente subjektiv und objektiv schlecht tolerierten, unter den Nebenwirkungen litten, Absetzversuche in Eigeninitiative unternommen hatten und hierbei erneut psychotisch dekompenziert und stationär behandlungsbedürftig geworden waren. Es liegt auf der Hand, daß auch die nur sporadische Gabe der Medikamente (etwa in vierwöchigem Intervall) dieses Problem im Kern nicht löst; denn auch hierzu müssen die Patienten sich nach ihrer Entlassung in Eigeninitiative bereitfinden. Gerade bei dieser schwierigen Patientengruppe führt kein Weg daran vorbei, die tieferen Motive und Ängste vor Medikamenten im Detail auszuphantasieren und zu versprachlichen. Jeder Druck von außen verstärkte mehr die Angst und Aversion, als daß er motivierend wirkte. Es bleibt meist keine andere Möglichkeit, als den ganzen Bogen der Ambivalenz mitzuschwingen, den Patienten zu begleiten – auch um den Preis eines erneuten Rezidivs. Verführen und Abwarten sind die therapeutischen Möglichkeiten, die es zu handhaben gilt und zu akzeptieren, daß das, was mir richtig erscheint, und was »objektiv« angemessen ist, der inneren Wahrnehmung des Patienten strikt zuwiderlaufen kann.

Der Arzt auf der Station steht im Zentrum des Konfliktes zwischen der Wahrheit einer »objektiven« Medizin mit modernen, auch prophylaktischen Möglichkeiten und der komplexen und widersprüchlichen Verständigungsarbeit mit dem Kranken. In der Rolle des Vermitt-

lers hat er dafür Sorge zu tragen, in dieser Konstellation auch eigenen Tendenzen entgegenzuarbeiten, unbequeme und widerständige Patienten (»uneinsichtige« Kranke) unter Druck zu setzen, ins Abseits zu manövrieren oder zu verstoßen, etwa durch eine abrupte Entlassung. Am Ende geht es darum, im Interesse des Patienten, möglicherweise auch gegen die Logik der Institution Klinik und ihrer Vertreter, die Effizienz ad hoc erwarten und diesen Anspruch repräsentieren, in Langstreckenperspektiven zu denken und auch unproduktiv erscheinende Behandlungsphasen als therapeutische Zwischenetappen zuzulassen auf dem langen Weg in einen möglichen, aber freilich nie gesicherten Konsens.

Verstehe ich mich als »Psychopathologe« oder als »Psychodynamiker«? Wenn ich Neuroleptika verordne und dosiere, muß ich mich der Symptome des Patienten vergewissern und gezielt nachfragen. Ob der Patient diese Behandlung für sich akzeptieren kann, bestimmt die Form des Dialogs. Jede einseitige Stilisierung und Akzentuierung des therapeutischen Zugangs geht zu Lasten der Versorgungsqualität.

Tabuisierungen

Welche therapeutische Haltung ich einnehme hängt, wie wir bisher sahen, von drei Faktoren ab: Kompetenz, Zeitdruck und Effizienzdruck – Determinanten klinischer Praxis, die zwar nicht laut reflektiert werden, die jedoch »bewußtseinsfähig« den Alltag strukturieren.

Gehen wir ein Stück weiter in der Betrachtung institutioneller Konzeptualisierungen eigener und fremder Subjektivität, der Ein- und Ausgrenzung von Thematiken im klinischen Kontext. Therapie im Alltag geschieht vor dem Hintergrund von Konventionen und Konstrukten, die die Realität notwendigerweise verkürzen. Häufig als bare Münze genommen und in der Oberflächenstruktur nicht offen zutage tretend, sondern im Verborgenen wirkend, unterliegen sie darüber hinaus zumindest teilweise der Tabuisierung.

Psychiatrie und ihre Umsetzung im klinischen Alltag, wie ich sie kennengelernt habe, blendet das Thema *Sexualität* mehr oder weniger und exzessiver als legitim und notwendig aus. Tellenbach (1974) hat im »Typus melancholicus«, einer Konzeptualisierung endogen-depressiven Krankseins mit zugegebenermaßen hohem Evidenzcharakter, einen Patienten »ohne Unterleib« erfunden. – Es werden immer mehr gemischtgeschlechtliche Stationen eingerichtet, über Sexualität wird in diesem Zusammenhang kaum je gesprochen oder geschrieben. – Die Patienten erhalten Neuroleptika, die erwiesenermaßen auch auf die

Sexualfunktionen spürbare Auswirkungen haben – dies wird stillschweigend übergangen. – Auch die Psychoanalyse mit ihren Beiträgen zur Schizophrenietheorie und -therapie läßt sich problemlos in Dienst nehmen. Bekanntlich befinden sich die Patienten auf dem »präödiptalen Niveau« der »Grundstörung«, von dem aus sie erst eine Menge aufzuholen haben, bevor sie eine »reife Sexualität« leben können. – Kommt es im Rahmen stationärer Behandlungen zu Übertragungen der Verliebtheit, ist dies eher lästig und ein Störfaktor, der möglichst schnell durch eine rasche Entlassung »abgestellt« werden muß oder der Lächerlichkeit preisgegeben wird.

Ungeachtet des Verbotes bahnen sich dennoch gelegentlich sexuelle Beziehungen an. Handelt es sich um Patienten, dann wird die Regelverletzung über Sanktionierung durch Entlassung aus dem Wege geräumt. – Wesentlich komplizierter wird es, wenn sich zwischen Angehörigen des Personals und Patienten eine sexuell getönte oder manifest sexuelle Beziehung entwickelt. Hier kommt der öffentliche Diskurs an die Grenze seiner Belastbarkeit, und es bleiben nur zwei Möglichkeiten: Diesen Tatbestand zum Anlaß einer sofortigen Ausstoßung zu nehmen (bei Institutionsmitgliedern mit ohnehin geschwächter Position) – oder sich damit arrangieren zu müssen, daß keine Sprachebene zur Verfügung steht, auf der öffentliche Aushandlungen möglich sind; um so intensiver erfolgt die »Bearbeitung« über Gerüchte, Denunziation und Tratsch.

Auch das Phänomen der *Gegenübertragung* ist aus dem öffentlichen Diskurs weitgehend ausgeschlossen. Es ist verpönt zu denken oder gar offen auszusprechen, daß die Entscheidung für oder gegen jegliche therapeutische Maßnahme immer mit der Subjektivität des Arztes verknüpft ist und daß an dieser Tatsache kein Weg vorbeiführt. Hier sind hochgradige Tabuierungen statuiert, die zu Spannungen führen, und dies um so mehr, je rigider an ihnen festgehalten wird.

Daß jeder Patient »gleiche« Behandlung erfährt, sich der therapeutische Zugriff ausschließlich aus sachbezogenen Erwägungen herleitet, dieser Anschein wird strikt aufrechterhalten und verteidigt. Daß die Realität komplexeren Gesetzen folgt, spürt und weiß jedermann untergründig.

Dem Selbstverständnis naturwissenschaftlicher Medizin sind Parsons' Attribute der Arztrolle von Universalismus, funktionaler Spezifität und emotionaler Neutralität (1970) auf den Leib geschneidert. Auch der »Psychopathologe« ist verführt, sich dank der Verobjektivierung subjektiven Leidens mit dieser Haltung unkritisch zu identifizieren.

Die Inangsetzung eines empathisch-identifikatorischen Dialogs

erfordert weit komplexere Vergewisserungen, die die Subjektivität des Arztes primär einschließen. Dies ist bekannt und im Konzept der Gegenübertragung ausformuliert. Daß auch bei dieser Form der Therapie der Dialog nicht davor geschützt ist, auf die schiefe Bahn zu geraten – diese Erfahrung bleibt keinem psychiatrischen Anfänger erspart. Sodomasochistischer Clinch, die Etablierung endloser, undurchschaubarer Abhängigkeiten, massive Ängste und manifeste Dekompensationen, die ganze Familien und hämische Kollegen auf den Plan rufen können, sind nicht eben seltene Pervertierungsformen.

Die Patienten sind aus mehreren Gründen gefährdet: zum einen wegen der Schwere ihrer Gestörtheit, die schließlich, gegen ihren Willen oder auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin, zur Vereinnahmung durch die Psychiatrie geführt hat; zum anderen durch ihre soziale Reduzierung auf das Stationsleben, das Deprivationscharakter hat, werden auch noch so großzügige Besuchsregelungen und noch so viele Veranstaltungen rund um die Uhr angeboten; und schließlich auf Grund der häufig unkontrollierten Gegenübertragungsprozesse, deren Opfer sie werden. Unter stationären Lebensbedingungen ist es für den Kranken kaum möglich, sich gegen therapeutische Maßnahmen abzugrenzen. Im Gegenteil: intensive Kontaktangebote werden dankbar und gierig aufgegriffen.

Der Arzt gerät leicht unter Effizienzdruck und in Legitimationsängste; wieweit, wird von seinem Status abhängen, davon, wie fest er in der Hierarchie im Sattel sitzt, wieviel er sich »herausnehmen« und riskieren kann, nicht zuletzt auf der Basis seiner sicheren und eingeübten Erzählkompetenz. Nach außen hin müssen vorübergehende »Verschlechterungen« und »negative therapeutische Reaktionen« vertreten werden; er muß sich auch dann behaupten können, wenn Patienten, Zweifel und Mißtrauen in seiner Behandlungsstrategie spürend, versuchen, ihn bei Visiten oder gegenüber dem Stationspersonal auszuspielen. Er muß auch bedenken, Schwestern und Pfleger kontinuierlich in den Dialog einzubeziehen. Nur so gelingt es, Phantasien zuvorkommen, daß hinter der geschlossenen Tür des Arztzimmers elitäre und komfortable Therapien in innigem Einverständnis abgehalten werden, mit denen die Patienten auftrumpfen und das Pflegepersonal in seinen basalen Versorgungsaufgaben entwerten könnten.

Es sind Details, die die Arbeit auf einer Station konstruktiv oder unerträglich erscheinen lassen. – Gelingt es, Verständnis dafür zu gewinnen, daß der Arzt nicht dauernd »die Feuerwehr« spielen kann, daß Schwestern und Pfleger vorübergehend auch einmal einspringen und den therapeutischen Raum schützen und abschirmen? – Eine meiner ambulanten Patientinnen mit einer schweren chronifizierten Schizo-

phrenie drängte in fast jeder Behandlungsstunde darauf, ich solle mit ihr in die Küche gehen und ihr etwas zu essen geben. Die Stationsküche war ein vom Pflegepersonal leidenschaftlich verteidigter Raum der Abgrenzung und des Rückzugs, den Patienten nicht ohne weiteres betreten dürfen. Das Bedürfnis der Patientin mußte verständlich und plausibel gemacht werden, wohl wissend, daß Grenzüberschreitungen nur auf dem Boden wechselseitiger Empathie und Sympathie möglich sind. (Siehe gerade zu dieser Thematik auch Begemann-Deppe, 1994.)

Die verhängnisvollste Konstellation tritt dann ein, wenn Enttäuschung und Wut über institutionelle Repressionen, schlechtes Arbeitsklima und tatsächlich oder vermeintlich insuffiziente Mitarbeiter dahingehend verarbeitet werden, daß der Patient, eingekapselt mit seinem Arzt in eine dyadische Scheinwelt, für Harmonie und Bestätigung erhalten muß, die das Stationsmilieu und die Klinik nicht bieten können. Hier ist der Punkt erreicht, wo die Bedürftigkeit umkippt, wo der Patient für die Befriedigung des Arztes erhalten muß unter der Überschrift »Ich und mein Patient gegen den Rest der Welt!«

Eine Chance, dies zu verhindern, ist die ständige reflektive Vergewisserung nach zwei Seiten hin: der institutionellen Wirklichkeit auf der einen Seite und der eigenen inneren Welt auf der anderen Seite. Den Institutionen und ihrer immanenten Logik zum Trotz ist diese Vergewisserung nicht bis ins letzte zählbar, domestizierbar und sozialisierbar für die Bedürfnisse anderer, mögen diese auch noch so legitim und dringlich sein.

Assistentenstatus

Die soziale Situation des Assistenzarztes ist zwiespältig auf Grund der Einbindung therapeutischen Handelns in den Prozeß seiner beruflichen Sozialisation. Sein Status ist gekennzeichnet durch eine definierte institutionelle Abhängigkeit. Das Verhältnis zum Patienten bestimmt sich aus seiner Funktion, dem Kranken zu der ihm subjektiv möglichen Verfassung von Autonomie (zurück-) zu verhelfen – ganz unabhängig von dessen Diagnose: ob ein Alterspatient hirnorganisch dekompenziert oder desorientiert, ob ein deliranter Alkoholiker außer sich geraten und in fiebernd-halluzinierendem Zustand, ob ein Psychotiker desintegriert oder ein Neurotiker schwer depressiv gehemmt ist; auch ob dies organmedizinisch, psychopharmakologisch oder psychotherapeutisch geschieht, spielt dabei zunächst einmal gar keine Rolle.

Der Assistent, der, aus dem Studium oder aus einer anderen Institution kommend, jetzt »dazugehört«, hat in der Klinik eine *Zwit-*

terstellung: Er behandelt, unterrichtet Studenten, unterweist Praktikanten und Mediziner im Praktischen Jahr und hat damit Teil an der Macht der Institution, betätigt sich vielleicht auch wissenschaftlich – zugleich wird er noch an der Brust der »Alma mater« gestillt. Auf dieser Schiene wird ein »psychosoziales Moratorium« (Erikson, 1970) bis in mittlere Lebensabschnitte hinein aufrechterhalten.

Die sozialen Bewältigungsstrategien sind vorgefertigt, kontextuelle Typisierungen liegen für den Assistenten bereit. *Rollenklischees*, in die er schlüpfen kann, stehen zur Disposition. – Da gibt es den Typus des einzelgängerischen Duckmäusers, der sich aus allem »raushält«, seine Arbeit pünktlich erledigt und nichts so sehr fürchtet, wie in den Augen seiner Vorgesetzten unliebsam aufzufallen; in ihm setzt sich der »Streber«, den alle aus der Schule kennen, fort. – Da gibt es den Typus des »Zynikers«, der die Verhältnisse schnell durchschaut, klar berechnend kalkuliert und Schwächen der Institution für sich ausnützt; er bringt gute Voraussetzungen für den hierarchischen Aufstieg mit. – Da gibt es den immer etwas resignativen »Realisten«, der ebenfalls die Strukturen kennt, sich vielleicht über wissenschaftliche Arbeit »kritisch distanziert« und das Beste für sich und seine Patienten »herausholt«. – Man könnte die Reihe fortsetzen.

Typisch für den »Anfänger« ist die Tendenz, im Kreise von Kollegen und Vorgesetzten, bei Konferenzen und anderen Veranstaltungen, »zuviel« zu sprechen. Wer gewitzt ist, bereits Erfahrungen mit Institutionen gesammelt hat, wird erst einmal schweigen, beobachten, zuhören und ausspüren, »woher der Wind weht«. Jeder Neuankömmling erhält anfangs einen Bonus, eine Schonzeit, aber es wird von ihm erwartet, daß er diese Vorgabe nicht überstrapaziert und eine Balance findet zwischen horizontaler Integration unter seinesgleichen und seiner Platzierung und Selbstbehauptung in der Vertikalen des hierarchischen Netzwerkes.

Der Konflikt, wieweit der Institution die Vereinnahmung glückt, bzw. inwieweit sie immer auch an ihren Mitgliedern scheitert, autonome Strebungen institutionell nicht konsumiert werden können, bewirkt ein ständiges Wogen im Innern zwischen den beiden Extremen von Innovation und Wandel auf der einen Seite und verstärktem Konformitätsdruck auf der anderen Seite, verbunden mit spürbaren Zwängen und Kontrollen. – Das Gros der Assistenten schließt sich – analog zu den Peergroups der Adoleszenten – in flexiblen Gruppenbildungen zusammen. In diesem Kreis fühlt man sich aufgehoben und verstanden, »unsichere Kantonisten« erhalten keinen Zutritt, hier kann man sich Luft machen über den alltäglichen Ärger, kann sagen, was man »wirklich denkt« und erhält die Rückmeldung, daß es den anderen vielleicht

nicht besser geht. Hierarchische Auseinandersetzungen werden in diesem Kontext vorphantasiert, Erfahrungen mit der Institution gerinnen zu Geschichten:

Nach einem hektischen Vormittag auf der Station kam ein Assistent zum Mittagessen ins Kasino. Auf dem Tisch stand bereits das Dessert, ein Pudding, portionsweise in kleine Plastiktöpfchen abgefüllt. Für einen Moment befanden sich nur er und ein weiterer Kollege im Raum. Er ergriff einen Pudding und klatschte ihn mit Wucht an die Schrankwand aus Teakholz, auf der er sich verteilte und kleben blieb. Kurz später kamen zwei ältere Professoren des Hauses zum Essen und beider Empörung gipfelte in Erwägungen dahingehend, ob es im Fall eines derartig groben Vergehens nicht doch einmal geboten sein könne, die Kriminalpolizei mit der Klärung zu beauftragen. Die Situation geriet vollends zur Groteske, als der »Täter« in seinem Schrecken keine andere Möglichkeit sah, sich ungeschoren aus der Affäre zu ziehen, als sich scheinheilig in den Dialog einzufädeln und das Für und Wider eines solchen Vorgehens mitzudiskutieren.

Nach außen hin bleiben diese Aktivitäten des Austausches, Zuhörens und Erzählens, mögen sie situativ auch entlastend und von »psychohygienischer« Bedeutung sein, im großen und ganzen konsequenzlos. Man könnte paradox formulieren: Obgleich sich diese Phantasietätigkeit gegen institutionelle Zumutungen und Zwänge richtet, ist sie auf der Realebene ein notwendiger Garant für die Durchsetzung und für die Aufrechterhaltung interner Routinen und Normen.

Die Geschichte verweist noch auf einen anderen Zusammenhang: Eulenspiegels Elend – Entlarvung um den Preis von Heimatlosigkeit und Vereinsamung – liegt in bedrohlicher Nachbarschaft. Der Assistent muß listig sein, Vorsicht ist geboten. Häufen sich derartige Durchbrüche und werden ruchbar, dann hat der Akteur vielleicht noch immer die Lacher auf seiner Seite, dem Schicksal von Etikettierung und Ausstoßung wird er auf Dauer aber nicht entrinnen; noch dazu in einem Milieu, das schnell die entsprechenden Begriffe zur Hand hat und sich für seine Denunzierung mit Diagnosen aus dem Vokabular der Psychopathologie revanchiert.

Stationsmilieu

Hat der Assistenzarzt Glück und Geschick, dann findet er oder gestaltet sich in der Station ein Milieu, in dem er kreativ und geschützt arbeiten kann, weil individuelle Bedürfnisse und Kompetenzen nicht verleugnet und unterdrückt, sondern zumindest partiell gelebt und im

Alltag auch durchgesetzt werden können. Zwangsläufig tritt im Stationsleben das dialogische Element, die Erzählebene in den Hintergrund gegenüber dem, was man – im Verhältnis zum Patienten und auch untereinander im Team – »macht«. Unechte Stilisierungen, falsche Selbstpräsentationen werden hier rasch offensichtlich und brechen über kurz oder lang in sich zusammen; oder sie müssen mit Macht von oben nach unten durchgesetzt werden.

Keinesfalls ist ein solches Milieu, solange Bewegung möglich ist, harmonisch und konfliktfrei. In einer Nische, wo etwa 20 bis 25 Personen von unterschiedlicher sozialer Herkunft, mit differenten Ausbildungen, in hierarchisch gestaffelten Statuspositionen, bei völlig verschiedenen Erwartungen und Auffassungen an und über den Stil einer Stationsführung, bei erheblichen Altersdifferenzen, verbunden mit den typischen Generationskonflikten, auf einen Raum gestellt sind und tagtäglich mit psychisch Kranken arbeiten, gehören Auseinandersetzungen, Intrigen und Koalitionsbildungen zum sozialen Leben mit dazu.

Es versteht sich: Die Qualität einer Station bemißt sich an der Güte der therapeutischen Arbeit. Ein sensibler Indikator für ihre Belastbarkeit und Elastizität besteht darin, wie weit Konflikte intern aushandelbar und pragmatisch lösbar sind oder aber – nach außen getragen – hierarchisch nach oben delegiert bzw. intern rigide auf Statusschwächere abgewälzt werden.

Es gilt, eine prekäre Balance zu finden: Einerseits kann es nicht angehen, daß sich eine Station von innen her so abschottet, daß sie Mißstände ungehindert produziert, perpetuiert und »verdunkelt«. Bewegung und Beweglichkeit garantiert ein institutionelles Prinzip, die *Rotation*, von der allerdings fast ausschließlich das akademische Personal betroffen ist. Eben diese Spaltung rächt sich und bewirkt, daß die Pfleger zu den »Herren der Klinik« (Hemprich, Kisker 1968) werden und daß das Pflegepersonal Innovationswünschen von oben – mit Recht – skeptisch gegenübersteht: Der Arzt oder Psychologe wird ohnehin bald wieder von der Bildfläche verschwinden.

Aushandlungen und wechselseitige Abarbeitungen kommen gar nicht erst in Gang. Damit werden aber auch Potentiale, die sich am Ende gegen institutionelle Routinen richten könnten, primär unschädlich gemacht.

Ich blieb fünf Jahre auf ein und derselben Station. Anfängliche Vorschläge, auf eine andere Station zu wechseln, hatte ich unterlaufen; später gehörte ich zum »Inventar«. In dieser Zeit habe ich mit acht (!) Ärzten, zwei Psychologen und einer Pädagogin zusammengearbeitet. Es war unübersehbar, daß der permanente Personalwechsel den Stations-

ablauf immer wieder merkbar irritierte, daß sich der Alltag von diesen Eingriffen mehr oder weniger lange erholen mußte, zumal das Trauern nicht offen geschieht, sondern eher in eine allgemeine Resignation mündet, die obendrein karikiert wird und sich in solchen »Sprüchen« Luft machte wie: »Na, mal sehen, was der (die) Neue wieder für Ideen hat!« oder »Die (der) wird ja auch nicht lange bleiben!«.

Ein fruchtbares und wichtiges Korrektiv war die ständige begleitende Präsenz von Medizinstudenten und Psychologiepraktikanten auf der Station (auch Schwesternschülerinnen gehörten zumindest zum Teil in diese Gruppe). Die Studenten, die für einige Wochen oder Monate mitarbeiteten, nicht in unmittelbaren Abhängigkeiten standen, nicht in die hierarchischen Selbstbehauptungskämpfe verwickelt waren, formulierten ihre Eindrücke oft spontan und trafen mit ihrer Kritik in den Kern eines Problems. Die eigene Deformierung unter dem Druck institutioneller Zwänge, aber auch der gewohnten Alltagsroutinen, trat häufig überdeutlich und schmerzhaft zutage – nicht nur im Kontext therapeutischen Handelns.

Nach Visiten und Konferenzen wurde uns Therapeuten oft unerbittlich vor Augen geführt, wieviel Courage einem bereits »abgekauft« worden war. Die ambivalente Situation der eigenen Stilisierung wurde registriert und befragt. Es blieb nicht verborgen, daß bei Stationsvisiten anders gesprochen wurde als bei Chefvisiten, daß es in Krankengeschichten und Arztbriefen häufig mehr darum ging, Therapieerfolge zu vermelden und fragwürdige Gebrauchsanweisungen zu liefern, als differenziert Problemkonstellationen herauszuarbeiten und die Grenzen möglicher Einflußnahme offenzulegen. – Es waren die Studenten, die mich auf meine »Erzählkompetenz« aufmerksam werden ließen – teils bewundernd, teils aber auch fragend, ob hier nicht das »wahre«, »bessere« therapeutische Selbst versteckt und verleugnet wurde. Auch Idealisierungen und sich immer wieder einschleichende Skotomisierungen, was die Station betraf, wurden benannt und damit im Bewußtsein festgehalten.

Die Struktur der Einbindung des Assistenzarztes in das stationäre Gefüge weist Parallelen auf zu der bereits geschilderten Erzählstruktur und -kompetenz. Einerseits ist die Station ein Erprobungsfeld für individuelle Stilisierungen, Auseinandersetzungsformen und Umgangsweisen mit der institutionellen Wirklichkeit. Hier können berufliche Identität und Rollendistanz über einen Lernprozeß individuell eingependelt und austariert werden. Die Institution trägt im Milieu der Station der »Inkongruenz von Standard und Einzelfall« Rechnung. Sie berücksichtigt, »daß eine vollkommene Kongruenz sozialer Verhaltensstandardisierungen mit der Komplexität individueller Physis und

Gefühlslagen, Erfahrungen und Grillen, Vorlieben, Ängsten und Leidenschaften nicht erreicht wird« (Popitz, 1968). Über diese Flexibilität werden Integration bewerkstelligt und die Identifikation mit der Institution befördert, was der Arbeitsmoral zugute kommt. Diese kreativen Ausgestaltungen müssen über ihre Anbindung an Personen fragil bleiben und vergänglich sein, um dem Nächsten, der sich in den Kontext einfädelt, wiederum Freiräume gewähren zu können.

Existieren auf der anderen Seite jedoch keine übergeordneten Konzeptualisierungen bezüglich Relevanz und Bedeutung des stationären Raumes für den therapeutischen Prozeß, da eine selbstreflexive Strukturgebung fehlt, dann ermangelt diesen Ausgestaltungen letztlich ihr Sinn, sie müssen arbiträr und beliebig erscheinen und »verdienen es nicht besser«, als mit ihren Protagonisten von der Bildfläche zu verschwinden. Die sich aus dieser Beliebigkeit ableitende permanente Möglichkeit, aus dem Gefüge qua hierarchischem Dekret herausgebrochen zu werden, und das Wissen, jederzeit austauschbar zu sein, bedrohen die Identifikation mit der inhaltlichen Qualifizierung und Qualität therapeutischer Arbeit.

Es kann nicht gelingen, auf Dauer zu verleugnen und auszublenken, daß Kontinuität in der Struktur der Austauschbarkeit selbst verankert ist und daß diese Struktur an die übergeordnete ärztliche Hierarchie und an die langfristige Präsenz des Pflegepersonals gebunden ist, dem zugemutet wird, sich an ständig wechselnden Ärzten ständig neu zu orientieren, während diese Ärzte de facto »zwischen den Stühlen« sitzen.

Verliert der Arzt den »Spaß am Spiel« und wird die Scheinhaftigkeit seiner Situation so offenkundig, daß er die Augen nicht mehr davor verschließen kann, dann wird er den Rückzug antreten, der sich aber auf die Institution wie ein Bumerang auswirkt, da nach Eskamotierung des stationären Raumes als therapeutisch-sozialem Instrument für Arzt, Institution und Patient eine essentielle klinisch-therapeutische Dimension und Erfahrungsebene verloren geht, die anderweitig nicht ersetzbar ist – dies wird noch zu zeigen sein.

Eine weitere Möglichkeit individueller Abgrenzung ist ein Verhalten, das man unter dem Stichwort »*professionelle Außenorientierung*« beschreiben könnte. Sie ist eine typische Bewältigungsstrategie des »älteren« Assistenten. Im Inneren kann dieses Außen die wissenschaftliche Arbeit sein. Sie bietet die Möglichkeit eines Rückzuges von der »Schmuddeligkeit« (v. Hentig) des Alltags, und dies um so mehr, je abgehobener vom Alltag die Fragestellungen sind, die thematisiert werden. Über die Möglichkeit einer *unmittelbaren* Distanzierung hinaus stellt sie in Aussicht, die in den »Niederungen der Praxis« perma-

nent in Frage gestellten und frustrierten Bedürfnisse nach Omnipotenz auf Umwegen und über sekundäre Gratifikationen hierarchischen Aufstiegs am Ende doch noch einzuholen. –

In diesen Kontext gehört auch die partielle Auslagerung von ärztlichen Aktivitäten in kleinere, akademisch nicht hochgezüchtete, alltagsnahe Einrichtungen sozialpsychiatrischer Dienste. Eigenverantwortlichkeit ist in solchen Nischen erwünscht und geschätzt, hier erhofft man sich die Möglichkeit, befreit von hierarchischen Kontrollen und Zwängen, therapeutisch sinnvolle Arbeit leisten zu können.

Eine andere typische Distanzierungsform besteht darin, jenen Teil an Ausbildung und Zusatzqualifikation draußen zu holen, den der klinische Betrieb nicht (mehr) bieten kann. Je länger der Assistenzarzt in der Klinik tätig ist, um so mehr wird er mit Routinetätigkeiten eingedeckt, um so gefräßiger verschlingt die »Alma mater« seine Kompetenzen und seine Arbeitskraft. Psychotherapeutische Ausbildungen, jede Form von Praxisorientierung, die auch auf den Professionellen hin bedürfnisorientiert ist und die »Selbsterfahrung« verheißt, erscheint verlockend.

Vielleicht wird sich der Arzt einen Stamm von Patienten »heranziehen«, häufig in Form von Nachbehandlungen einstmals stationär behandelter Patienten, und in diesem Raum mehr Freizügigkeit genießen und schätzen lernen. Die Patienten kommen ambulant, der Stationsalltag als »Störfaktor« entfällt, von klinikinternen Zeitstrukturen ist der Behandlungsprozeß entbunden, Vertextungen in Krankengeschichten und Arztbriefen entfallen ebenso wie interne Legitimationszwänge.

Patient – Assistenzarzt – Institution, eine irritierbare Triade

Über ihre Aus- und Weiterbildungsfunktion greift die Realität der Institution mit Macht ausgestattet in die biographische Realität des jungen Arztes ein. Der Assistenzarzt therapiert im Status der Abhängigkeit und hat das Ziel vor Augen, sich eine berufliche Identität aufzubauen, die die Institution gewähren oder verweigern kann.

Während der Zeit, die ich an der Klinik tätig war, gab es immer wieder einzelne Assistenzärzte (gegen Ende hin mehrere), denen das für die Facharztanerkennung notwendige Zeugnis erst nach längeren Auseinandersetzungen ausgehändigt wurde. Diese Vorgänge wurden von den übrigen Assistenten mit lebhaftem, teils deutlich angstgetötetem Interesse verfolgt und diskutiert.

Therapie ereignet sich in permanenter Auseinandersetzung mit

der eigenen narzißtischen Balance und mit der Angstbewältigung, wobei Ängste eben nicht nur einen Zufluß von innen haben, sondern auch von außen eindringen, sowohl aus dem klinischen Umfeld als auch vom Patienten her. Der Elan und die Zuversicht, die ich als Therapeut habe, ist nicht nur »meine«, individuell-biographisch geleitete Hoffnung, nicht nur das Produkt des dyadischen Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens, sondern auch die Hoffnung der Institution, die ich – mehr oder weniger gebrochen – transportiere, ganz gleich in welchem »Setting« als Produkt meiner Auseinandersetzung mit diesem Setting. Das heißt: Gegenübertragung ist immer ein *Amalgam* aus therapeuten-spezifischer und institutioneller Gegenübertragung. Erdheim schreibt über die Verquickung von Allmachtsphantasien und Arbeit:

»Das Dilemma zwischen Allmachtsphantasien und Arbeit könnte zusammen mit dem Ablösungsprozeß von der Familie als das zentrale Drama der Adoleszenten bezeichnet werden. Vom Gelingen des Letzteren wird seine Liebesfähigkeit und von der Lösung des Ersteren die Kreativität seiner Arbeit abhängen. (...) Es gibt auch eine Psychopathologie der Arbeit, z.B. dort, wo die Arbeit zum Fetisch wird und in den Dienst der Abwehr von Omnipotenzphantasien und Kastrationsängsten tritt. Arbeit wird dann zum Ritual, in welchem sadistische und masochistische Strebungen gesellschaftskonform ausgelebt werden können. Ich nehme an, daß es der Verlauf der Adoleszenz ist, der die Lösungen bestimmt, die das Erwachsenenleben prägen werden. Dabei spielt aber die Gesellschaft eine wichtigere Rolle als bei den Schicksalen der frühen Kindheit.« (1983,114)

Der Konflikt zwischen Allmachtsphantasien und Arbeit, der in der Adoleszenz erstmals zum Durchbruch gelangt und über professionelle Sozialisationsmilieus bis weit in das Erwachsenenalter hinein am Kochen gehalten wird, markiert aber zugleich das Feld der sozialen Auseinandersetzung zwischen Anpassung und Widerstand. Am Beispiel der Erzählkompetenz als Legitimationsinstrument therapeutischen Handelns (man könnte auch auf andere Strukturen des Alltags exemplarisch zurückgreifen) tritt die Ambiguität dieses Prozesses besonders kraß in Erscheinung: in ihrer Übernahme das Moment von Anpassung und Einpassung in die Wirklichkeit institutioneller Routinen und Zwänge, in ihrer Handhabung aber zugleich das Moment von Eigeninitiative und Widerstand; denn je souveräner ihre Verfügbarkeit, um so freier kann der therapeutische Raum zum Patienten hin geöffnet, nach außen abgeschirmt und den Therapeutenbedürfnissen gemäß gestaltet werden.

Wird die Institution als übermächtig erlebt, hat der Arzt für sich keine Hoffnung, sein Selbst und seine Autonomie bewahren und

durchsetzen zu können, erscheinen die Normen und Zwänge als der verlängerte Arm eines sadistisch-straftenden *Vaters*, dann wird er kaum eine Chance haben, seine Größenphantasien zu reflektieren, einzusetzen und therapeutisch kreativ zu erproben. So wie er sich institutionskonform »normalisiert«, im Sinne einer identifikatorischen Übernahme klinik-interner Gebote, wird er seinen Patienten auf dessen Realität hin (oder was er dafür hält) »normalisieren«. Droht der Psychotiker in seiner Entgrenztheit eine Angstüberflutung auszulösen, dann schützt die Eingrenzung in Form eines neuroleptischen Zugriffs aus der Distanz und verhindert eine mögliche »Verflüssigung« oder »Vermischung«. Im besten Falle wird Therapie unter diesen Vorgaben risikoarm und phantasielos vonstatten gehen; im schlechtesten Falle muß das »Verrückte« über eine »Identifikation mit dem Aggressor« medikamentös unterdrückt und auf geschlossenen Stationen unschädlich gemacht werden. – Dient die Institution als *Muttersubstitut*, und wird die Universitätsklinik als bergender Schoß phantasiert, als Möglichkeit eines endlosen Fortlebens an der Nabelschnur der »Alma mater«, an der man weiter genährt wird, abgeschirmt von der rauhen Wirklichkeit und dem mörderischen Lebenskampf »draußen« (als Projektionsfläche dieses Draußen bieten sich die Großkrankenhäuser mit Aufnahmepflicht und richterlichen Einweisungen an – aber auch die sogenannten »Niedergelassenen«, die, abgeschnitten vom Strom der Wissenschaft, »Regelversorgung« betreiben), und erweist sich dann diese Mutter als zunehmend gefräßig, und die mühsam aufrechterhaltene Illusion bricht unter dem Druck der Realität zusammen, dann bietet sich als regressiv-autistische Lösung die Flucht in die Dyade an, von der am Ende des Tabuisierungs-Kapitels bereits die Rede war.

Schließlich verheißt die Institution narzißtische Befriedigungen in der Koppelung von wissenschaftlicher Arbeit und hierarchischem Aufstieg. Sie führt allemal vom Patienten weg, der Kranke gerät in die Marginalität; denn die Gratifikation des Aufstiegs besteht ja gerade darin, mit Erklimmen jeder Stufe mehr von der basalen »Patientenversorgung« entbunden zu werden. Hiermit kommen andere Abhängigkeiten ins Spiel, denen hier jedoch nicht weiter nachgegangen werden soll.

Gelingt es, eine – als genuin soziale Situation immer konfliktuöse – Spielraum gebende Interaktion im Dreieck Patient – Assistenzarzt – Institution zu etablieren, oder muß ein Element herausfallen?

Das schwächste Glied ist der *Patient*; er kann auf Distanz und zum Verstummen gebracht werden. Dann entsteht die Hoffnungslosigkeit der geschlossenen Anstalt, in der auch der Arzt verkümmert. – Wird die Institution ausgegrenzt, indem sich der Arzt mit seinem

Patienten in der Dyade einschließt, wird Therapie zeitlos, und abge-
schottet von der Wirklichkeit stirbt Lebendigkeit ab:

*»Da den Individuen nämlich kein äußerer, sondern nur ein inter-
aktionsimmanenter Zwang auferlegt ist, sich an den Erwartungen der
anderen abzuarbeiten, wird es ihnen näher liegen als den Mitgliedern
gesellschaftlicher Zwangssysteme, den Anstrengungen einer Identitäts-
balance dadurch zu entweichen, daß sie autistisch auf ihre eigenen, nicht
mehr übersetzten Erwartungen zurückfallen. Ihre Kommunikation mit
anderen wird in diesem Fall nach und nach abbrechen und ihre Identität
erlöschen.«* (Krappmann, 1975, 29)

Oder der Arzt als Element der Institution fällt heraus, wird heraus-
katapultiert oder kündigt das Spiel auf. Auch dann ist die Triade gesprengt
– das Spiel beginnt mit ausgewechselten Akteuren von neuem.

Ohne Assistenzärzte ist eine Klinik als Institution nicht existenz-
fähig; ohne Kliniken können sich Ärzte fachlich nicht qualifizieren.
Der Arzt kann seine Identität nur ausbilden und bewahren, indem er
»balanciert zwischen Übernahme der vorgeschriebenen Bedürfnis-Be-
friedigungs-Relation und dem Versuch, seine eigenen Wünsche mit in
den Interaktionsprozeß einzubringen« (a.a.O., 68). Dies setzt auf Sei-
ten der Institution »flexible Normensysteme, die Raum zu subjektiver
Interpretation und individueller Ausgestaltung des Verhaltens, zu ›role
making‹ offenlassen, sowie Abbau gesellschaftlicher Repression (vor-
aus), der verbürgt, daß Um- und Neuinterpretation von Normen und
ihre Übersetzung nicht negativ sanktioniert werden« (a.a.O., 132).

Die mit Macht ausgestatteten Mitglieder der Institution können
die Spielräume einengen; dem Arzt bleibt dann die Möglichkeit einer
Unterwerfung auf Kosten seiner kreativen Potenzen in Anstrengungen,
»sich ein Leben unterhalb des Zugriffs der Institution (underlife)«
(a.a.O., 41) einzurichten.

In beiden Fällen gehen Energien für die Arbeit verloren. Die
Institution als Arbeitskontext und Lebensraum verarmt; etwa da, wo
die Lust am Dialog abstirbt, weil kein Resonanzboden vorhanden ist
und Auseinandersetzung konsequenzlos bleibt oder negativ sanktio-
niert wird; oder da, wo stationäre Enklaven (in je unterschiedlicher
Weise, aber von Patienten und Personal gleichermaßen) bis auf Wider-
ruf als »Unterlebensmilieus« benutzt werden. –

Sozialität muß als Realerfahrung aus dem Kontext bis in die
letzten Verzweigungen des therapeutischen Raumes eindringen kön-
nen. Nur dann wird es gelingen, den Patienten wieder hereinzuholen
in den sozialen Dialog und Austausch, an dem auch der Arzt partizi-
piert. Den Anspruch, *therapeutisch* zu sein und zu wirken, kann der
therapeutische Raum nur aus seiner permanenten Selbstvergewisserung

herleiten und legitimieren. Hiermit wird sich jeder Insider auseinandersetzen müssen – individuell und in einem öffentlichen Diskurs, der auch den Konflikt nicht scheut, mit denjenigen, die diese Wirklichkeit auf den unterschiedlichen Ebenen der Hierarchie und innerhalb der verschiedenen kooperierenden Berufsgruppen, reflektierend und selbstverborgen zugleich, erschaffen. Hier fließen klinischer Alltag und wissenschaftliche Reflexion in eins, an diesem Schnittpunkt ist das »ärztliche Tun«, wie es auch Jaspers im Sinne haben mußte, sozial verortet, und hier hat es sich einer Befragung zu stellen – mag dieser Anspruch auch weiterhin utopische Züge tragen.

Anmerkung

- *) Dem Andenken an Christel Schöttler gewidmet

Literatur

- Begemann-Deppe, M. (1985): Zum Dilemma des Assistenzarztes im klinisch-psychiatrischen Alltag. In: Deppe H.-U., Gerhardt U., Novak P. (Hrsg.): Medizinische Soziologie, Jahrbuch 4, Frankfurt New York, Campus, 10-53
- Begemann-Deppe, M. (1994): Schizophrenie und klinischer KonText. Rekonstruktion einer Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart New York, Thieme
- Erdheim, M. (1983): Adoleszenz zwischen Familie und Kultur. Ethnopschoanalytische Überlegungen zur Funktion der Jugend in der Kultur. In: Psychosozial. Hamburg 17, 104-116
- Erikson, E. H. (1970): Das Problem der Ich-Identität. In: Identität und Lebenszyklus Frankfurt, Suhrkamp (1. Aufl. 1966), 123-212
- Hemprich, R. D. u. K. P. Kisker (1968): Die »Herren der Klinik« und die Patienten. Nervenarzt 39, 433-441
- Hentig, H. v. (1977): Erkennen durch Handeln. Über das Verhältnis von Erfahrung und objektiver Methode. In: v. Hentig, H. (1982): Erkennen durch Handeln. Versuch über das Verhältnis von Pädagogik und Erziehungswissenschaft. Stuttgart, Klett-Cotta, 27-61
- Jaspers, K. (1953): Arzt und Patient. Studium Generale 6, 435-443
- Krappmann, L. (1975): Soziologische Dimension der Identität. Stuttgart, Klett-Cotta, (4. Aufl.)
- Loch, W. (1983): A. Mitscherlich und die Wiedergeburt der Psychoanalyse in Deutschland. Psyche 37, 336-345
- Parsons, T. (1970): Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse. Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol., Sonderheft 3, 4. Aufl., 10-57
- Popitz, H. (1968): Der Begriff der sozialen Rolle als Element der soziologischen Theorie. Tübingen, Mohr (Siebeck), 2. Aufl.
- Tellenbach, H. (1974): Melancholie. Berlin Heidelberg New York, Springer, 2. Aufl.

»...daß ich die Sittiche in mein Büro nehme und Sie dafür in der Klinik bleiben.«

Oder: Ist Sozialarbeit Therapie?



Bettina Kallel

Zusammenfassung:

Die Autorin war über mehrere Jahre Leiterin des Sozialdienstes einer großen Psychiatrischen Universitätsklinik. Sie beschreibt die Entwicklung dieses Sozialdienstes während der Psychiatriereform und ihren eigenen Werdegang als Teil dieses Prozesses. Der Weg besteht vom Sprechen und Nachdenken zum Tun und zurück. Sozialarbeit bedeutet Organisieren, Koordinieren, konkretes Handeln, jedoch ohne Aktivismus und in Form von vielen Gesprächen. Daß hierbei viele Fähigkeiten einer guten Psychotherapeutin gefordert sind, ohne daß das klassische Bild der Psychotherapeutin ein Vorbild wäre, macht es schwierig, die berufliche Identität selbst zu finden und den anderen Berufsgruppen in der interdisziplinären Zusammenarbeit die eigenen Möglichkeiten und Grenzen als Sozialarbeiterin nahe zu bringen.

Als ich 1987 erstmals die Arbeit als Sozialarbeiterin in der Psychiatrie aufnahm, kam ich in ein Team von vier anderen Sozialarbeiterinnen, welches sich gerade im Wandel zwischen Fürsorge und Sozialarbeit befand. Meine ersten Tage verbrachte ich damit, mich mit den komplizierten Abläufen von Taschengeldrechnungen und Rentenaufstellungen der Patienten auseinanderzusetzen. Ich merkte bald, daß die Anordnungen vom Pflegedienst, vom ärztlichen Dienst oder von der Patientenbuchhaltung kamen und umgehend ausgeführt zu werden hatten. Sozialrapporte (Abteilungsbesprechungen mit dem Sozialdienst) gab es nicht, noch durfte ich an den Pflegerapporten teilnehmen.

Meine Gespräche, die ich mit den Patienten führte, schienen für niemand wichtig zu sein. Nur das Resultat zählte. Die Anträge, die ich bekam, lauteten ungefähr so: Frau X müsse austreten (entlassen werden), und ich solle doch sehen, wo sie in Zukunft wohnen könne. Meine Fragen nach den näheren Umständen wurden mit Worten wie »sie ist selbständig, und draußen hat sie einen Therapeuten« abgetan.

Als ich mir das erste Mal erlaubte, eine Krankengeschichte anzufordern, um bessere Einsicht in die vergangenen Hospitalisationen zu haben, gab es einen kleineren Aufruhr auf der Abteilung. Die Kranken-

geschichte war nur für die Ärzte gedacht, allenfalls noch für das Pflegepersonal.

Das Berufsbild

Im somatischen Spital hatte ich immer Einsicht in die Krankengeschichte nehmen dürfen. Mir schien dies ein Zeichen dafür, daß der Beruf Sozialarbeiterin in dieser Klinik eigentlich nicht existierte. Nach dem Vertrag waren Sozialarbeiterinnen als Fürsorgerinnen angestellt. Ihre Aufgabe war, die »armen Patienten« mit Geld und Kleidern zu versorgen und ihnen ein gutes Wort auf den Weg mitzugeben. Meine früheren Arbeitsplätze – die Notschlafstelle für Jugendliche und die somatische Universitätsklinik – hatten meine Vorstellungen vom Berufsbild der Sozialarbeiterin geprägt. Nach der Arbeitsbeschreibung des Landesverbandes BSH, Hannover z.B. umfassen sie:

1. Psychosoziale Diagnostik und Betreuung
2. Psychosoziale Beratung und Betreuung
3. Koordinationstätigkeit
4. Öffentlichkeitsarbeit mit Prävention

Warum sollte diese Beschreibung nicht auch in der Psychiatrischen Klinik gelten?

Das Experiment

Ich wollte etwas ändern. Zusammen mit einer anderen Sozialarbeiterin, die ebenfalls noch nicht lange in der Klinik arbeitete, versuchte ich, aus dem Fürsorgerinnenbild herauszufinden. Viele gemeinsame Gespräche führten zu einem scheinbar banalen Resultat: Wir mußten versuchen, an den Rapporten (Besprechungen) der Abteilungen teilzunehmen.

Der Pflegedienst war grundsätzlich dazu bereit, dieses »Experiment« zu versuchen. Nur auf der Männerstation (Patienten wie Angestellte) mußte ich versprechen, zuzuhören und keine persönlichen Meinungen einzubringen. Das tat ich die ersten drei- bis viermal. Dann hatte ich das Gefühl, meinem Versprechen Genüge getan zu haben. Ich fing an, die Probleme aus sozialarbeiterischer Sicht zu beschreiben. Bald fanden dies alle normal. Die Rapporte waren um eine Berufsgruppe erweitert, und mit dieser Erweiterung waren die Sozialarbeiterinnen geboren. Da die Assistenzärzte bei den Rapporten dabei waren, konnten schwierige Probleme und Rehabilitationsfragen auf interdisziplinä-

rer Ebene angegangen werden. Die zuständigen Oberärzte und -innen fehlten im Dialog. Wiederholte Kompetenzprobleme schienen damit im Zusammenhang zu stehen. Ich nahm dies zum Anlaß, dem Oberarzt die Teilnahme der Sozialarbeiterin an den Oberarztvisiten vorzuschlagen. Einzelne Oberärzte fanden die Idee gut, andere brauchten mehr Zeit, fügten sich aber schlußendlich der Gepflogenheit. Ich hatte den Eindruck, daß die Sozialarbeiterinnen den Oberärzten nicht geheuer waren. Konnte es sein, daß mein Beruf mit politischen Unruhen in Verbindung gebracht wurde? Sozialarbeiterinnen hatten in der Klinik weder klare Aufgaben noch Positionen in der sonst strengen Hierarchie. Der Boden für Phantasien und Spekulationen war ideal. Befürchtungen entstanden, daß Sozialarbeiterinnen zu viel Raum auf den Stationen einnahmen. Konnte ich diese Befürchtungen ansprechen? Sie beschäftigten mich immer wieder und kosteten viel Zeit und Energie. Die Haltung der Oberärzte prägte den Umgang seiner Assistenzärzte mit den Sozialarbeiterinnen.

Vom Reden zum Tun

Noch immer hatte ich Aufträge auszuführen, doch ich konnte meine Gedanken und Ideen einbringen. Dazu hatte ich die Möglichkeit, bei langwierigen und endlosen Diskussionen konkrete Punkte und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. So hatte zum Beispiel eine Patientin (50jährig) auf der Akutstation pausenlos erzählt, daß sie nach Hause wolle, auch wenn es in ihrer Wohnung Mikrophone gebe. Ein jüngerer Assistenzarzt erklärte mir, daß er nicht sicher sei, ob die Frau nicht wirklich Mikrophone installiert habe. Das Pflegepersonal und ich versuchten, dem Arzt klarzumachen, daß dies nun wirklich der Wahn der Patientin sei. Aber in den Rapporten blieb die Frage des Austritts der Patientin Gegenstand der Auseinandersetzungen. Selbst der Oberarzt schien unsicher. So schlug ich vor, einen Hausbesuch bei der Patientin abzustatten. Die Patientin und ich vereinbarten einen Besuch, und der Assistenzarzt begleitete uns. Eine saubere und gepflegte Wohnung erwartete uns. Nichts Auffälliges, außer den überall an die Wand geklebten Quadraten. Ich fragte die Patientin, was dies bedeuten solle. Sie erklärte, daß unter dem Klebstreifen die Mikrophone hingen. Der Assistenzarzt stellte Fragen über Fragen, und ich sah zu, wie die Patientin zusehends psychotischer wurde. Endlich war der Assistenzarzt überzeugt. Wir konnten die Wohnung verlassen. Durch die praktische Intervention war der Konflikt zwischen den verschiedenen Berufsgruppen entschärft. Das Problem war geklärt. Allerdings erwies

sich diese Arbeitsmethode als sehr aufwendig. Nach kurzer Zeit konnte ich mich vor lauter Rapporten, Sitzungen, Besprechungen, Angehörigenbetreuung etc. kaum mehr retten. Meine Arbeit wurde interessanter. Aber kaum hatten sich neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet, fielen mir mehr und mehr Aufgaben als Koordinatorin zu. Ich hatte kaum mehr Zeit, die praktischen Arbeiten selbst auszuführen.

Neue Probleme

Da wir vermehrt mit den Patienten nach Hause gingen, waren rechtliche Fragen zu klären. Weil das Problem bis dahin nicht existierte, war niemand für diese Fragen zuständig: Darf man ohne Einwilligung des Patienten in seine Wohnung gehen? Wie wird die Handlungs- und Urteilsfähigkeit interpretiert? An keinem vorherigen Arbeitsplatz hatten sich für mich solche rechtlichen Fragen gestellt. Und wer war dafür zuständig? Für kurze Zeit war ein Oberarzt der Vorgesetzte des Sozialdienstes. Aber schon nach kurzer Zeit legte er sein Amt nieder. Schließlich konnten einige von uns aufgegriffene Fragen auf Departements-Ebene (behördlich) entschieden werden. Nebst den vielen Schwierigkeiten, die sich mit der interdisziplinären Zusammenarbeit ergaben, eröffneten sich auch viele Chancen. Dem großen Bedürfnis nach sozialarbeiterischer Kompetenz stand mangelndes Vorwissen der anderen Berufsgruppen gegenüber, wie der Sozialdienst sich zu gestalten hätte. Die Unklarheit eröffnete auf der anderen Seite ein großes Feld von Möglichkeiten. Jede Sozialarbeiterin konnte innerhalb des vorgegebenen Rahmens die Arbeit nach ihren Fähigkeiten gestalten. Bei Schwierigkeiten im sozialen Bereich verständigte die Station jetzt den Sozialdienst und trug nicht mehr alle Probleme zum Arzt, wie dies früher der Fall war.

Neue Aufgaben

Die Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen Oberarzt und der Sozialarbeiterin war darin noch nicht enthalten. Da die Sozialarbeiterin wie der Oberarzt in der Regel längere Zeit in der Klinik blieben, die Assistenzärzte aber häufig wechselten, war hier der Ort für Kontinuität. Die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen wurde enger.

Inzwischen hatte die Regierung des Kantons ein neues Psychiatriekonzept in Auftrag gegeben. Arbeitsgruppen innerhalb und außerhalb der Klinik entwickelten Vorschläge zur psychiatrischen Versor-

gung der Bevölkerung in verschiedenen Teilbereichen. Mit der Reform und der Betonung sozialpsychiatrischer Aspekte gewann auch der Sozialdienst an Bedeutung. Sozialarbeiterinnen wurden in Arbeitsgruppen eingeladen. Sie konnten ihre Erfahrungen in die Gremien direkt einbringen. Die Sozialdienststellen der Klinik wurden massiv aufgestockt. Innerhalb kürzester Zeit standen 300 Stellenprozent mehr zur Verfügung. Durch die Vergrößerung des Sozialdienstes und die neue Zielsetzung innerhalb der Klinik wurde der Sozialdienst wiederum stärker und gewann an Bedeutung.

Neue Strukturen

In der gesamten Klinik herrschte die Zeit der Reform. Auch innerhalb des Sozialdienstteams bewirkte die neue Arbeitsweise einiges. Mit viel Anstrengung und der Bemühung um Supervision wollte der Sozialdienst eine gemeinsame Linie erarbeiten. Bis dahin gab es weder innerhalb des Dienstes klare Strukturen, d.h. keine Leitung; noch war die Stellung in der Klinikhierarchie geklärt. Dienstwege waren nicht vorhanden. Niemand wußte so genau, wen er im Sozialdienst ansprechen konnte, wenn es um übergeordnete Probleme ging. Umgekehrt gelangten Mitteilungen der Direktion nur auf Umwegen und unvollständig zum Sozialdienst.

Der Sozialdienst stellte den Antrag auf eine eigene Leitung. Obwohl die Klinikleitung diese Strukturierung unterstützte, sollte das ganze noch drei Jahre dauern. Viele Gremien außerhalb der Klinik taten sich schwer. Sie wollten, daß ein Arzt Vorgesetzter wurde. Da die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes mittlerweile auf 10 Personen angewachsen waren, entstand die Idee, sich selbst zu strukturieren. Nach demokratischen Maßstäben wurde eine Leiterin und eine Stellvertreterin gewählt. Die Klinikmitarbeiter wurden informiert. Ab jetzt war bei Schwierigkeiten die Leitung gefragt. Innerhalb der Klinik wurde die Struktur mitgetragen. Vom Sanitätsdepartement war sie noch nicht bestätigt.

Weitere Anforderungen

Parallel zur Sicherung der Stellung des Sozialdienstes und der Entwicklung des Arbeitsfeldes wuchsen die Anforderungen weiter. Über die stationäre Behandlung der Patienten hinaus galt es, die Arbeits- und Wohnmöglichkeiten für austretende Patienten zu koordinieren. Patien-

ten, die ohne Tagesstruktur aus der Klinik entlassen wurden, kamen schnell wieder in die Klinik zurück. Dies galt es zu vermeiden. Die Beziehungen zur Invalidenversicherung (IV) mußten aktiviert werden. Die Anmeldung für berufliche IV-Maßnahmen ist der IV-Gesetzgebung unterstellt. Das hieß, daß eine Rehabilitationsplanung und deren Durchführung enorme zeitliche Verzögerungen mit sich bringen konnte. Regelmäßige Besprechungen mit einer Bezugsperson und eine klare Aufgabenteilung bewirkten kürzere Wartezeiten für den Patienten wie auch an anderen Orten (siehe z.B. Zeitschrift Sozialarbeit, 7/8 1987). Die einzelnen Sozialarbeiterinnen nahmen Kontakt zu anderen Institutionen auf. Wollte z.B. eine Sozialarbeiterin mit einem Patienten einen geschützten Arbeitsplatz suchen, mußte sie ihn zuerst bei der Invalidenversicherung anmelden. Vorgespräche waren nötig; anschließend Besichtigungen in den verschiedenen Werkstätten. Dies dauerte nicht selten sechs Monate und mehr. Der Druck zwischen der Klinik, welche die Patienten so früh wie möglich entlassen wollte und dem Anspruch, für jeden einzelnen Patienten ein gutes Angebot zu finden, wuchs. Ähnliches galt für die Bereiche Wohnen, Versicherungsabklärung etc.

Für den Sozialdienst bedeutete dies, Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung über die Arbeit in der Klinik zu betreiben. Das gemeinsame Gespräch mit den anderen Institutionen wurde wichtig; Probleme mußten ausgetragen werden und gemeinsam wurde nach neuen Möglichkeiten gesucht. Solche Ansprüche waren nur zu verwirklichen, wenn die Unterstützung der Oberärzte und der Direktion gesichert war. Durch den sozialpsychiatrischen Ansatz in der Klinik wurde dies nach und nach möglich.

Die eigenen und die Aufgaben der anderen

Auf den Stationen war die Position der Sozialarbeiterin eine einsame. Die Sozialarbeiterin kam und ging. Sie bewegte sich eher am Rande des Behandlungsteams, da sie meistens mehrere Stationen zu versorgen hatte. Ob Patienten, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal, die Erwartungen an die Sozialarbeiterin waren groß und realitätsfremd. Die Sozialarbeiterin sollte interessante, gut bezahlte Stellen anbieten, gemütliche, heimelige Wohnungen aus dem Ärmel schütteln oder die beruflichen Maßnahmen regeln und dies alles am Austrittstag präsentieren. Eine Stimmung der Handlungsunfähigkeit entstand unter den Sozialarbeiterinnen und um sie herum.

Unter lauter Therapeutinnen

Dieses Gefühl des »Alleinseins« löste den Wunsch nach einer klaren beruflichen Identität und klaren Tätigkeitsbereichen aus. Mit einer theoretischen Zusatzausbildung würden sich vielleicht mehr Möglichkeiten öffnen, gehört und ernstgenommen zu werden. Einige Sozialarbeiterinnen begannen eine therapeutische Zusatzausbildung. Aber die Überlegungen erwiesen sich nach kurzer Zeit als falsch. Der Wunsch, mit einer therapeutischen Zusatzausbildung ernstgenommen zu werden und Fuß fassen zu können, war nicht realistisch. Weiterbildung hatte – wie in allen Berufsgruppen – eine wichtige Funktion. Aber sie führte weder zur Anerkennung von außen noch zur Klärung der eigenen Identität.

Ich denke heute, daß der einzige Weg aus der Isolation über die interdisziplinäre Zusammenarbeit führt. Die meisten Sozialarbeiterinnen verfügen über eine gute Grundausbildung und können die vermittelten Theorien effizient anwenden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit lockert hierarchische Strukturen auf, wo sie zu erstarren drohen, und sie ermöglicht effiziente Arbeit. Interdisziplinäre Zusammenarbeit heißt, klare Absprachen treffen, Behandlungsschritte ausformulieren und die Zielsetzung der Behandlung resp. Rehabilitation gemeinsam reflektieren. In diesem Rahmen können die Grenzen und Möglichkeiten der einzelnen Berufsgruppen und Mitarbeiter besser erkannt werden. Dies hilft allen Beteiligten (Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern), Entscheidungen besser nachvollziehen zu können.

Der normale Umgangston

Die Sachhilfe hat in der Sozialarbeit einen hohen Stellenwert. Durch sie können konkrete Schritte zur Problemlösung angeboten werden (Wohnungsreinigung, Zahlungen erledigen usw.). Diese helfen dem Patienten, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen und Resultate zu sehen. Aber Sozialarbeit heißt nicht Aktivismus ausbreiten. Motivationsarbeit besteht in vielen Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten. Viele Qualitäten einer guten Psychotherapeutin sind hier gefragt. Aber die Gespräche konzentrieren sich auf konkrete Pläne oder Aufgaben. Etliche Patienten haben mir im Lauf der Jahre gesagt, daß sie den »normalen Umgangston« im Gegensatz zur »Psycho-Sprache« der Therapeuten schätzten.

An einem Beispiel aus der Praxis möchte ich zeigen, wie dies in der Praxis aussehen kann: Eine Patientin wurde akut psychotisch ein-

gewiesen. Sie sprach mit niemandem und stand immer traurig abseits. Da wir nichts über die Wohnverhältnisse der Patientin wußten, wurde ich beigezogen. Als ich mich vorgestellt und sie über meine Aufgaben aufgeklärt hatte, erzählte sie mir, daß sie zu Hause Wellensittiche habe, und daß sie sich sehr um diese Vögel sorge. Leider könne sie nicht nach Hause gehen, und Fremde wolle sie auch nicht daheim. Wir einigten uns, daß ich die Sittiche in mein Büro nehmen und pflegen würde, und sie würde dafür in der Klinik bleiben, um für sich etwas zu tun. Die Patientin wurde offener und zugänglicher. Sie besuchte die Vögel und mich jeden Tag!

Nach-Gedanken

Im Rückblick auf die vergangenen Jahre erscheinen viele Schritte geordnet; nicht selten gekonnt. Und schlußendlich war vieles erfolgreich. Dieser Eindruck entspricht so gar nicht dem Erleben jener Zeit. Sie war angefüllt mit mehr als vielen Gesprächen, Konflikten, Spannungen und immer wieder ausweglos scheinenden Situationen. Dies aufzuschreiben bedeutete auch, noch einmal darüber nachzudenken. Die Entwicklung der Klinik, des Sozialdienstes, meines Berufsbildes und meine persönliche Entwicklung liefen dabei ineinander. Jetzt weiß ich, daß viele der Konflikte sich an anderen Orten ähnlich zutragen, und daß sie etwas mit den unterschiedlichen Berufsgruppen zu tun haben, die in einer Klinik zusammenarbeiten müssen (siehe z.B. Blanke 1995). Heute betrachte ich die interdisziplinäre Zusammenarbeit in erster Linie als Herausforderung und Chance zur Entwicklung der Institution wie der eigenen Person.

Literatur

- Blanke, U. (Hg.) (1995): *Der Weg entsteht beim Gehen. Sozialarbeit in der Psychiatrie.* Bonn, Psychiatrie Verlag
- Braig, Ch. (1991): *Sozialarbeiterinnen, und -arbeiter – die Aschenputtel der Psychiatrie.* ProMente sana 4, 27-28
- Hanimann-Malicki, B. (1987): *Möglichkeiten und Grenzen der Sozialarbeit in der stationären Psychiatrie.* Sozialarbeit 7/8, 12

Linguistische Kritik eines Inhaltsanalytischen Verfahrens in der Psychotherapieforschung¹

Jennifer Hartog

Zusammenfassung:

Die Autorin ist Sprachwissenschaftlerin und hat über genetische Beratungsgespräche promoviert. Sie hat sich seit vielen Jahren mit Therapiegesprächen und Dialogen im medizinischen Bereich beschäftigt. In der vorliegenden Arbeit zeigt sie, warum die inhaltsanalytische Untersuchung von Therapiegesprächen mit Hilfe des »zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas« nicht valide ist. Als inhaltsanalytische Methode kann sie weder die Sprache, noch die Kommunikation, geschweige denn die Übertragung berücksichtigen. Die Diskursanalyse dagegen bemüht sich, daß die Einbettung der Inhalte bei der Interpretation erhalten bleibt. »Schnelle« Methoden liefern keine verlässlichen Ergebnisse. Die vorliegende Kritik macht deutlich, daß mit Hilfe der Diskursanalyse eine valide Auswertung von Therapiegesprächen möglich ist, ohne daß die Methodik übermäßig komplex wird.

Einleitung

Inhaltsanalytische Verfahren² werden seit längerer Zeit in der psychologischen Therapieforschung verwendet. Auch in anderen Bereichen wurden Inhaltsanalysen angewandt: z.B. die Interaktionsanalyse von Bales (1950) oder das Analyseverfahren, das von Bellack et al. (1966) für die schulische Kommunikation entwickelt wurde. Legitimiert wurden diese Methoden damit, daß sie »schnelle« Ergebnisse für die Praxis liefern. Gründlich kritisiert wurden sie auch immer wieder (cf. z.B. Ehlich & Rehbein 1976a). Die Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT) gehört auch zu den inhaltsanalytischen Verfahren. In diesem Beitrag wird gezeigt, daß die ZBKT-Methode gerade, *weil* es sich um eine inhaltsanalytische Methode handelt, weder die Sprache und die Kommunikation noch die Übertragung analysiert. Von daher wird für eine weniger »schnelle« Methode argumentiert, die aber letztendlich valide ist, d.h., daß sie das analysiert, was sie vorgibt zu analysieren und somit einen wichtigen Beitrag zur Psychotherapieforschung leisten könnte.

Die Methode des ZBKT

Die ZBKT-Methode³ wurde 1977 von Luborsky entwickelt, um konsistente Übertragungsaspekte in Psychoanalysen oder in psychodynamischen Therapien zu erfassen. Nach Freud bezieht sich in der jetzigen Beziehung zum Psychoanalytiker der/die Patient/in auf frühere, konflikthafte Beziehungen mit signifikanten anderen.

Nachdem in den USA eine Reihe Untersuchungen zur Übertragung auf der Basis von Fragebögen durchgeführt wurden, versuchte Luborsky die Übertragung »mit einem direkteren Ansatz« zu operationalisieren, um somit eine objektive Messung der Übertragung zu leisten (Luborsky, Crits-Christoph & Mellon 1986). Das dem ZBKT zugrundeliegende Material besteht aus Narrativen über Beziehungsepisoden mit signifikanten anderen, so wie sie gewöhnlich in Therapiesitzungen erzählt werden. Diese Beziehungsepisoden (BE) werden nach bestimmten Kategorien kodiert, um repetitive Beziehungsmuster zu identifizieren, die sich im individuellen Verhalten zeigen. Die Methode basiert auf der Idee, daß besonders in den Narrativen typische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthalten sind, die dort wie eingetragene Klischees sichtbar gemacht werden.

In einem ersten Schritt werden die BEs aus den Verbatimprotokollen der Therapiesitzungen oder anhand der sogenannten BE-Interviews identifiziert. In einem zweiten Schritt werden die verschiedenen Elemente des ZBKTs bestimmt. Bei den Elementen handelt es sich um

- a) die Wünsche des erzählenden Subjektes an das Objekt (Kategorie W)
- b) die Reaktionen des Objektes (Kategorie RO)
- c) die Reaktionen des Subjektes (Kategorie RS)

Es gibt empirisch gewonnene Listen von Standardkategorien und Clustern für die drei Komponenten. Aus dem häufigsten Wunsch, der häufigsten Reaktion des Objektes und der häufigsten Reaktion des Subjektes wird das sogenannte Zentrale Beziehungs-Konflikt-Thema zusammengesetzt.

Die Schritte innerhalb des ZBKTs stellen »a formalization of the usual inference process of clinicians in formulating transference patterns« (Luborsky, Crits-Christoph & Mellon 1986, 41) dar.

Nach den Ergebnissen verschiedener Studien (Luborsky & Crits-Christoph 1990; Zusammenfassung in Henry et al. 1994) gilt die Methode für PsychotherapieforscherInnen als hinreichend reliabel und valide. Aufgrund methodenimmanenter Kritik wird sie z.Z. weiter entwickelt (cf. Albani 1994).

Kodierung einer »Beziehungsepisode« mit der ZBKT-Methode

Albani (1993, 76-77) benutzte die ZBKT-Methode, um eine BE folgendermaßen zu kodieren:

ZBKT-Auswertung

Der Textabschnitt stammt aus der 19. Stunde der Therapie »Der Student« (Originaltranskription Ulmer Textbank 1989).

BE 2	P:...	<i>ich mein ich bin heut recht negativ einstellt oder hab auch ein negatives Gefühl weil</i>	NRS	
Freundin	ich mit der	<i>*197= daheim wieder Streit gekriegt hab, das hat jetzt nichts mit hier zu tun also, sie</i>	NRS	Ich habe ein negatives Gefühl
Gegenwart	kam vom Geschäft, hat (räuspert sich) Kuchen eingekauft und hat gemeint, das könnte man essen und bis sie gekommen ist hab ich eine Suppe gemacht gehabt so'n Eintopf= weil ich heut morgen daheim war mein; na das erzähl ich nachher. Äh, hab ich auf jeden Fall eine Suppe gemacht die sie nicht essen wollte= was mir nichts ausgemacht hat gell= dann hat sie gemeint ob ich einen Kuchen miteiß und <i>dann hab ich gesagt 'ja' aber nach dem Eintopf hab ich noch ein Käsebrot gegessen= und das hat sie dermaßen, aufgeregt, daß ich soviel wieder eß und, dann hat sie's aufgeregt heut morgen wie ich mir die Haare kämme und so= auf jeden Fall sind wir dann wieder aneinander gekommen= - recht, hart= sie stört vieles an mir: was was sie einfach nicht mehr akzeptieren kann wo sie dann gezwungen ist. Das ist ihr, wie soll ich sagen ihr= Konflikt oder ihre Krankheit=</i>	NRO	NRO	Sie streitet mit mir
Vollständigkeit 4,5		<i>daß sie dann meckern muß. Daß sie dann eben das auch rauslassen muß ja= obwohl ich's schon längst weiß, daß sie das oder jenes stört= und meine Schwierigkeit ist das eben, - das abstellen zu können= diese Verhaltensweisen und auf der anderen Seite= - ja diese Kritik die mir ja; die ich jetzt schon inzwischen kenn? daß mich das richtig fertigmacht immer wieder und immer wieder dieses, Gezerfe. Und ich mag einfach jetzt nicht mehr und sie sagt auch sie erträgt's nicht und, und auf der anderen Seite kann ich mir gar nicht vorstellen mir, (räuspert sich) ein Zimmer zu nehmen da hab ich keine Lust dazu= - das mag ich nicht= - und bei meinen Eltern gut,</i>	PRS	Ich esse soviel ich will
			NRO	NRO
			NRO	Sie regt sich über mich auf und fühlt sich durch mich gestört
			NRO	Sie »muß« meckern
			RS	Mich nervt ihr Gezerfe, ich fühle mich »fertig«, und »ich mag nicht mehr«, kann mir aber eine Trennung

der Vorteil ich kann mich schon, distanzieren, weil das sind zwei Wohnungen. Zwei Stockwer- ke ich bin also nicht, nicht ständig konfrontiert wenn ich nicht mag dann geh ich einen anderen Ausgang hinaus. Aber das ist (atmet tief aus) T: Ist das ne Art Niederlage= zu den Eltern zu- rück=	nicht vorstellen NRO Sie erträgt unse- re Beziehung nicht mehr (W) Die Freundin soll nicht dauernd über die gleichen Sachen meckern und mir Vor- schriften ma- chen, sie soll mich mit meinen »störenden Ver- haltensweisen« annehmen (W) Ich möchte Ab- stand in unsere Beziehung
---	--

Die Kodierungen (in der rechten Spalte) erfolgten anhand der im Protokoll kursiv gesetzten Stellen.

Die Abgrenzung der Beziehungsepisode erfolgte dort, wo der Patient im Text eine Art »Drehbuch« seiner Geschichte liefert, so daß sich der Rater vorstellen kann, was passiert und die Geschichte als Filmszene nachstellen könnte. Die Erzählung der Beziehungsepisode ist ausführlich (gut vorstellbar und nachzuvollziehen), deshalb wird die Vollständigkeit mit 4,5 bewertet. Für den Rater läßt sich diese Szene leicht nachvollziehen, der Patient formuliert die Reaktionen deutlich; aufgrund der »gemeinsamen Wissensbasis« wird das Rating vorgenommen – es ist leicht zu verstehen, worum es hier geht. Die Wünsche müssen jedoch aus dem, was der Patient erzählt, abgeleitet werden (»implizite Wünsche«: Symbol (W)). Dabei soll ein »moderate level of inference« die Formulierungen für die Wunsch-Kategorien bestimmen. Das Muster dieser Beziehungsgeschichte würde also lauten:

Wünsche

Wunsch 1: Ich möchte nicht dauernd von meiner Freundin die gleiche Kritik hören, sondern sie soll mich so annehmen, wie ich bin.

Wunsch 2: Ich möchte Abstand in unserer Beziehung.

Reaktion des Objekts (RO):

Negative RO 1: Sie regt sich über mich auf und nervt mich dauernd.

Negative RO 2: Sie fühlt sich durch mich gestört.

Negative RO 3: Sie sagt, daß sie unsere Beziehung nicht mehr erträgt.

Reaktion des Subjekts (RS):

Negative RS 1: Ich fühle mich fertig und habe ein negatives Gefühl.

Positive RS 2: Ich esse soviel ich will.

(RS1 und RS2 auf Wunsch 1 bezogen)

Negative RS 3: Ich kann mir eine Trennung nicht vorstellen (auf Wunsch 2 bezogen)« (Albani 1993, 76-77).

Linguistische Diskursanalyse derselben »Beziehungsepisode«

Theoretische Überlegungen

Bevor eine Diskursanalyse der oben dargestellten »Beziehungsepisode« vorgeführt wird, ist es wichtig, den Stellenwert eines linguistischen Ansatzes zu klären. Geht es darum, ein Verfahren innerhalb seines Rahmens zu verfeinern und die Linguistik nur als Hilfsdisziplin heranzuziehen, oder geht es nicht vielmehr darum, zuerst die verschiedenen Begrifflichkeiten zu klären, um daraufhin eine andere Analyse zu leisten? Im folgenden wird gezeigt, daß ZBKT weder eine sprachanalytische noch eine kommunikative Basis hat. Sie kann auch nicht an die Übertragung herankommen, weil sie die Übertragungsprozesse als »Inhalte« auffaßt. Daher ist eine andere Analyse notwendig, um eine valide Aussage zu leisten.

Der *erste* klärungsbedürftige Punkt ist die Frage nach dem Sprachbegriff, der dem ZBKT zu Grunde liegt. Ein nur oberflächenorientierter, reduktionistischer Begriff würde der Komplexität der sprachlichen Interaktion nicht Rechnung tragen. Er wäre auch nicht adäquat für die Mehrschichtigkeit, die in Luborskys Grundgedanken selber enthalten zu sein scheint: die Verarbeitung und Abspeicherung von Erfahrung in tieferen Schichten und die Entwicklung von Übertragung. Zu diesen Gedanken müßte ein Sprachbegriff gehören, den es aber bei Luborsky nicht gibt: Im ZBKT werden die Übertragungsreaktionen als Inhalte aufgefaßt, und diese Inhalte werden dazu benützt, Vorstellungen an die sprachliche Oberfläche heranzutragen. Die Information liegt aber in der Sprache.

Eine Diskursanalyse dagegen betrachtet eine sprachliche Interaktion als ein komplexes Zusammenfügen verschiedener, auf einen Zweck gerichteter Sprechhandlungen. Sie bezieht außerdem in ihre Analyse die Institution mit ihren Zwecken als konstituierenden Bestandteil mit ein und betrachtet die sprachliche Oberfläche als Realisierung tiefan-

gesiedelter Beziehungen zwischen Sprechhandlungsmustern, Wissensbeständen und -strukturen und Planungsaktivitäten. Das Ziel der Diskursanalyse ist, aufgrund einer Analyse einen Konnex zwischen sprachlichen Elementen (die an der Oberfläche sind) und kommunikativen Strukturen (die in der Tiefe liegen) herzustellen. Diese Relation ist in den sprachlichen Elementen selbst inskribiert; deshalb sind die sprachlichen Elemente systematisch auf ihre kommunikative Funktion hin zu interpretieren. Diese kommunikative Funktion liegt in der Oberfläche selbst, ist aber dennoch keine einfache, »eins zu eins Abbildung« der in der Tiefe liegenden Strukturen (cf. Ehlich & Rehbein 1979b und 1986, Rehbein 1977, 1984 und 1987).

Der *zweite* klärungsbedürftige Begriff ist der der Übertragung. Wie in anderen psychologischen Therapieforschungsansätzen wird der Erkenntnisgehalt der psychoanalytischen Konzepte nicht zum Gegenstand einer genaueren Untersuchung gemacht. Im Falle des ZBKT wird die Eigenart der »Übertragung« genannten Prozesse nicht vorab geklärt. Statt dessen wird ein praktischer Konsens, was damit gemeint wird, vorausgesetzt und zur nicht weiter hinterfragten Basis der Untersuchung gemacht. Die Methode des ZBKT verfehlt genau das, was (nach Freud) charakteristisch ist für den Prozeß, den er »Übertragung« genannt hat:

- den Bezug zur Lebensgeschichte des Subjektes
- die Unbewußtheit des Prozesses
- die gebrochene Vermittlung des Prozesses im Handeln bzw. in der sprachlichen Kommunikation

Wenn die Übertragung die zwanghafte Wiederholung eines konflikthaften Beziehungsmusters der frühen Kindheit ist, dann kann der/die Therapeut/in das für den/die Patienten/in charakteristische Muster nur erkennen, wenn er/sie schon viel über dessen/deren Lebensgeschichte weiß. Anfänglich weiß er/sie dies nicht. Insofern entsprechen sich die ZBKT-Methode und die Kurzzeittherapie darin, daß beide den Bezug zur frühen Kindheit ausklammern. Die Kurzzeittherapie vollzieht praktisch, was die ZBKT-Methode ihrerseits voraussetzt: daß dieser Bezug auch gar nicht notwendig ist.

In der Kurzzeittherapie kommt es gar nicht oder nur sehr eingeschränkt zu den psychischen Vorgängen, die für die psychoanalytische Therapie grundlegend sind (cf. Flader & Grodzicki 1982).

Die ZBKT-Methode setzt somit das faktische Nicht-Wissen über die lebensgeschichtliche Konfliktstruktur um in ein scheinbar verwissenschaftliches Wissen. Letzteres ist aber nur der Konsens über die Übertragung. Dieser Konsens ist Gegenstand der Methode, nicht der Prozeß selbst.

Da es sich außerdem bei Übertragungen immer um Gefühlsreaktionen handelt, ist es fraglich, wie man ein darauf gerichtetes Konzept eigentlich operationalisieren kann. Gefühle haben die Eigenart, daß wir sie am anderen nur interpretieren können. Unsere eigenen hingegen können wir unmittelbar haben. Diese Interpretation schaltet die ZBKT-Methode aus, indem sie Übertragungen zu Inhalten erklärt. Damit schaltet die Methode die Subjektivität des Therapeuten aus. Dieser kann das ihm angetragene Beziehungsmuster der Kindheit nur erkennen, wenn er seine eigenen Kindheitserfahrungen aktualisieren kann.

Weiterentwicklungen der ZBKT-Methode gehen dahin, immer feinere Probleme des Ratings zu lösen, um möglichst mehr Objektivität, Reliabilität und Validität zu erreichen. Dabei wäre es sicher lohnender, die Therapien als Ausschnitte einer gesellschaftlichen Wirklichkeit zusammen mit den jeweiligen Subjektivitäten der Personen zu beschreiben und z.B. nicht zu versuchen, interpersonale Unterschiede im Sprachgebrauch auszuklammern, sondern umgekehrt sie in ihrem Vorkommen zu beschreiben und zu interpretieren. Der Versuch dieses Kodierverfahrens, immer sauberere, d.h. dürftigere, »Daten« für eine anschließende und getrennte Analyse zu gewinnen, beruht auf einem positivistischen Grundverständnis von Wissenschaft. Damit wird das antipositivistische Programm der Psychoanalyse positivistisch ausgehöhlt. Eine Methode wie die ZBKT, die vorgenommene Kodierungen zählt und rechnet, sollte die Tatsache berücksichtigen, daß Kodieren einen starken interpretativen Charakter hat, was nicht übersehen werden darf, sondern gerade mit in die Analyse gehört. Hier werden aber hinter einer quantitativen Fassade qualitative Schritte ausgeblendet, obwohl sie stattfinden: Es handelt sich vor allem um die eigenen Gefühlsinterpretationen des Therapeuten und um die Herstellung des Bezugs zur sprachlichen Kommunikation.

So lange der/die Kodierer/in wörtliche Zitate aus dem Protokoll nimmt, ist die Interpretation gering gehalten. Alle Kodierentscheidungen, die auf der Basis einer »moderate level of inference« (Luborsky) getroffen werden, sind aber stark interpretativ, indem sie Kategorien auf das Material anwenden und daher auch in viel stärkerem Maße *qualitative* Leistungen darstellen. Mit zunehmender Gewöhnung an die Kodierung ändern sich unbemerkt und unberücksichtigt die Kodierprozesse der Rater: Diese werden zu *Kodierentscheidungen*. Insgesamt bleiben die qualitativen Leistungen der Kodierer in einem Korsett von vorgefertigten Kategorien gefangen und sind insofern stark begrenzt. (Für eine grundsätzliche Analyse von Kodierverfahren als Entscheidungsprozesse, durch die Erkenntnis ausgeblendet wird, cf. Reh-

bein & Mazeland 1991.) Das heißt letztendlich, daß die ZBKT-Methode nicht reliabel ist, sondern subjektivistisch, und nicht valide, da sie nicht an die Übertragung herankommt. Im folgenden wird gezeigt, wie eine Diskursanalyse zu valideren und reliableren Ergebnissen führt.

Für die Analyse des Transkriptes gilt es, den allerersten Schritt der Interpretation zu nennen: die *Transkription* der »Beziehungsepisode«. Das unten benützte Transkript wurde nach dem von Ehlich und Rehbein (1976b und 1979a) entwickelten System der Halbinterpretativen-Arbeitstranskripte (HIAT) erstellt. Wie der Name sagt, wird der interpretative Teil jeder Transkription nicht weggewischt, sondern gehört zur Gesamtinterpretation eines Diskurses dazu. Das Transkript wird durch das Wissen der Transkribierenden über Sprache strukturiert. Im ZBKT-Verfahren stellen die Verbatimprotokolle Daten im positivistischen Sinne dar, die als letzte Bezugsgrößen betrachtet werden. Wäre ein Transkript etwas »Gereinigtes« und »Vollständiges«, könnte man mit Stoppuhr, Metronom und phonetischem Alphabet transkribieren. Umgekehrt könnte man jedes Transkript wie eine Partitur nehmen und vorspielen, um das originale Gespräch wieder zu produzieren. Dies gelingt jedoch nicht. Da eine Transkription immer schon Interpretation ist, muß sie als Teil des Forschungsprozesses von den Forschenden selber geleistet werden. Hier wird von einem Konzept von stets in der Interpretation befindlichen Daten ausgegangen. Das heißt, daß die Transkriptionen nie ein für allemal starr da sind, sondern daß wechselwirkende analytische Schritte notwendig sind, die Erkenntnisschritte überhaupt erst erlauben. Deshalb muß immer wieder an den Transkripten »gearbeitet« werden.

Die Verbatimprotokolle der Ulmer Textbank werden dagegen von Schreibkräften hergestellt, die nicht über ein trainiertes, d.h. reflektiertes Wissen über Sprache verfügen (für die Verschriftungsregeln der Ulmer Textbank cf. Mergenthaler 1992). Dies führt zu erheblichen Mängeln, die alle weiteren Forschungsschritte erschweren oder genauer: kaum noch möglich machen.

Exemplarisch seien hier einige Unterschiede zwischen dem oben abgedruckten Verbatimprotokoll und der nach HIAT hergestellten und unten abgedruckten Transkription sowie die Konsequenzen angegeben. (Aufgrund dieser Unterschiede wird an den unterschiedlichen Bezeichnungen festgehalten.)

Im Verbatimprotokoll ist die Prosodie nur äußerst grob oder gar nicht notiert. Dies macht es z.B. gerade bei den in Therapien viel gebrauchten »hms« unmöglich, ihre verschiedenen Funktionen zu unterscheiden (Ehlich 1979).

Die in der Partiturfäche (5) notierte Intonation von *ja* fehlte im

Verbatimprotokoll ganz. Diese Intonation ist stark fallend und verleiht der Äußerung keine bejahende Funktion, sondern sie macht aus dem *ja* etwas fast Verneintes, den Anfang eines Dissenses, was im weiteren Verlauf der Antwort des Therapeuten präzisiert wird: Da es sich offenbar um ein psychologisches Buch handelt, macht es dem Therapeuten, als Experten, Schwierigkeiten, sein Nicht-Wissen in diesem institutionellen Kontext preiszugeben, was in diesem so betonten *Ja* zum Ausdruck kommt. Dagegen war aus dem Verbatimtranskript nicht zu erkennen, daß die bejahende Komponente der Äußerung durch die Intonation stark zurückgenommen wurde, und die Stelle wirkte widersprüchlicher als sie ist.

Die oben analysierte BE wird mit einer auffallend schnellen und sehr monotonen Stimme vom Patienten vorgetragen, die im Kontrast steht zu seiner sonstigen Stimmqualität. An manchen Stellen wird dieser schnelle Redefluß interessanterweise unterbrochen. Dieser Charakter der Stimme gehört in die Analyse hinein, weil sie etwas über die Funktion der »Erzählung« aussagt.

Die zentrale, weil konsequenzreichste, Kritik an den Verbatimprotokollen der Ulmer Textbank ist, daß die Äußerungsgrenzen generell falsch oder gar nicht verschriftet sind, was zu unverständlichen oder falsch interpretierbaren Stellen im Verbatimprotokoll führt. Hier einige Beispiele:

- *Also* (22) bezieht sich nicht auf *tun*, sondern fängt eine neue Äußerung an.
- *Und bis sie gekommen ist* (23-24) steht am **Anfang** einer Äußerung.
- Mit *weil ich heute daheim war* (24) erklärt der Patient nicht, warum er einen Eintopf, sondern weshalb er überhaupt eine Suppe gemacht hat. *so en Eintopf* (24) ist eine Präzisierung.
- *Mei...*(25) ist der **Anfang** einer Äußerung, die abgebrochen wird.
- *was mir nix ausgemacht hat, gell* (26) bewertet den Relativsatz davor (*, die sie nicht essen wollte*, 26).
- Mit *Dann hat sie gemeint* (27) fängt eine neue Äußerung an. Auch in (35) steht das *aber* auch am Anfang einer Äußerung.
- *Immer wieder, immer wieder* (38) gehört **nicht** zur vorherigen Äußerung, sondern fängt eine neue an.
- *Zwei Wohnungen, zwei Stockwerke* (42-43). Hier ist *zwei Stockwerke* **nicht** der Anfang einer Äußerung, sondern eine Präzisierung oder Korrektur von *zwei Wohnungen*.
- *Wenn ich nicht mag* (44) bezieht sich **nicht** auf konfrontiert in der vorangegangenen Äußerung.

Transkription und Diskursanalyse der »Beziehungsepisode«

Es folgt zunächst der neu transkribierte Teil der Therapie, die die oben analysierte Beziehungsepisode (BE) enthält. (Siehe Seite 90 ff.; Transkriptionskonventionen s. unter »Anmerkungen«.)

Im Gegensatz zu den Empfehlungen von Luborsky, den Kontext der BE nur dann einzubeziehen, wenn es dem Verständnis dient, wird in der folgenden Analyse der Kontext *auf jeden Fall* berücksichtigt. Darunter wird aber keine diffuse Situationsangabe, sondern etwas Präzises verstanden: eine strukturelle Verschachtelung. Denn es ist für die Interpretation der »Erzählung« unentbehrlich zu wissen, wie und wann sie eingeführt wird, was danach geschieht und in welche Diskursart sie eingebettet ist. Daher kann man auch BEN, die in Therapiesitzungen vorgetragen werden, nicht ohne weiteres mit BEN vergleichen, die als Folge einer Instruktion (sogenannter BE-Interviews) hervorgebracht werden.

Die Therapiesitzung wird durch einen interessanten Umweg eingeleitet (4): Der Patient hat ein Buch mitgebracht. Was beabsichtigt er damit? Bringt er somit die Geschichte des Streites über den Umweg der Lektüre ein? Versteckt er sich hinter anderen? Greift er eine Autorität an?

Die ganze erste Phase der Therapiesitzung steht unter dem Vorzeichen des negativen Konzeptes des Patienten. Der Patient betont die negativen Aspekte seiner Lage, kontrastiert sie mit einer möglichen positiven (14), um wiederholt seine negative Stimmung kundzutun, wobei die Geschichte des Streites mit seiner Freundin nur eine mögliche Illustration darstellt. Nachdem der Patient den Streit mit seiner Freundin »erzählt« hat, führt er weitere negative Gegebenheiten an (47ff). Das heißt, daß die Sitzung vom Patienten nicht so aufgebaut war, daß er als Höhepunkt die Geschichte des Streites mit der Freundin erzählte, sondern die Geschichte ist ein Teil eines umfassenderen Diskursentwurfs. Interessanterweise führt der Patient sein negatives Gefühl mit Erklärungen ein (14-17): Er *erklärt* sein eigenes Handeln mit therapeutischen Konzepten. Schaltet er damit den Therapeuten als Interaktanten aus, oder will er ihm damit im Gegenteil helfen?

Beziehungsepisoden haben »etwas mit Erzählungen« zu tun. Auch die Geschichte des Streites, die der Patient »erzählt«, hat viele Elemente einer Erzählung, so wie sie in klassischer Weise von Labov & Waletzky (1967) aufgeführt wurden: die Zusammenfassung am Anfang (*Streit*), die eigentliche Erzählung mit der Komplikation (aber nach dem Eintopf habe ich noch ein Käsebrot gegessen) und der Evaluation (*recht hart, (...) dieses Gezerfe*). Es fehlt aber die Dramatik der Kompli-

T = Therapeut (spricht leicht schwäbisch), P = Patient (spricht stark schwäbisch)
 (Schritte im Zimmer, Stühle werden verrückt)

1
 P [] (3.0) | wollt eigentlich die Beate heut mitbringen aber die Beate ist auch •
 [Räuspern]

2
 P kran•k. Und auch• erkältēt. ((1.0)) [] Bloß sie isch • noch ein bißle mehr•
 [Räuspern]

3
 T Hmh̃. Dafür haben Sie's Buch mitgebracht.
 P erkältet wie i. Und... Genau. • So wollt

4
 P ich mich ausdrücken. • Genaus. • Und da/• das Buch, ich weiß nicht, ob

5
 T Jä. Ich kenn's nicht /• dieses nicht genau, aber
 P Sie das • kennen, ob Ihnen der Titel was sagt.

6
 T ich kenn die• die Verfasserin.
 P den Verfasser Jä. • Also da drin find ich mich • fast in

7
 T [Añ.]
 P jedem Satz, gēll. Und das • ist• schön erstaunlich. (1.5) Jetzt...•
 [tiefe Stimme]

8
 P warum ich das sag, ich hab mir das auch vorher überlegt. Warum bring ich's

9
 T Hmh̃
 P überhaupt mit? • Ja und das ist die Gemeinsamkeit eben, wo ich sag, da•

10
 P seh i mi beschrieben, oder• von an/ für Sie in dem Fall auch • lesbar, warum ich

- 11
T Ja nu. Also Sie, Sie sehen
P [dās] so sag. (2.5) ((leichtes Lachen)) [Ich weiß nicht.]
 [zögernd] [lachend]
- 12
T sich darin beschrieben. Und ist da • e bißle so v/ Ist das für Sie zum Nutzen?
- 13
T Sagen Sie oft "aha, das leuchtet mir ein" und daraus/ Oder • äh• sehen Sie
 ((atmet tief aus))
- 14
T noch mehr Krankheiten? ()
 • Äñ. (2.5) Ich • e• fahre Hintergründe. Aber wie, wie das
- 15
P mit meinem [negativen Konzept ist, seh ich grad die Punkte • besonders stark, wo
 [schneller]
- 16
P eben steht], • [] daß • grad• die Angst, nämlich durch/ verrückt
 ((holt hörbar Luft))
- 17
P zu werden, [oder so was], die besteht bei mir jetzt in letzter Zeit auch immer mehr.
 (leise und schnell)
- 18
P (2.0) Und • wenn ich das dann lese, gell•, dann, bestätige ich das. Das bestätige
- 19
P ich dann irgendwo, anstatt • zu lesen, die positive Sache, was, was man noch
- 20
P ändern kann. • Ich mein, ich bin heut recht negativ• eingestellt, oder hab au ein
- 21
P negatives Gefühl, weil ich mit der Beate • daheim wieder Streit gekriegt han. • Dass
- 22
P hat jetzt nichts mit hier zu tun. [Also • sie kam vom Geschäft, hat
 ((räuspert))
 [Sehr schneller Redefluß, monotone Ausdrucksweise,

- 23 _____
P Kuchen einkauft und hat gemeint, das • könnte man essen. Und • bis sie
verschwindende Wortgrenzen
- 24 _____
P gekommen ist, hab i e Suppe gemacht ghätt, so en Eintopf, weil ich heut morgen
- 25 _____
P daheim war. Mei... • Na, [das erzähl ich nachher.] [Äh • hab i Aufschlag jeden Fall e
[sehr leise [schnelle, monotone Sprechweise]
- 26 _____
P Suppe gemacht, die sie net essen wollte], [was mir nix ausgemacht hat, gell.]]
[Expressiver]
- 27 _____
P Dann hat sie gemeint, ob ich e Kuchen mifeß. Und dann hab ich gesaht "ja". Aber
[schnelle, monotone Sprechweise]
- 28 _____
P nach dem Eintopf hab ich noch ein Käsebrod gegessen. Und • das hat sie dermaßen
- 29 _____
P (1.0) aufgeregt, daß ich soviel wieder eß. Und • dann hat sie's aufgeregt heut
- 30 _____
P morgen, wie ich mir die Haare kämme, und so. Aufschlag jeden Fall sind wir dann
- 31 _____
P wieder aneinander gekommen.] (2.5) [Recht • hart.] • [Sie stört vieles an mir, was
[deutlich [schneller, monotoner]
- 32 _____
P was sie einfach nicht mehr akzeptieren kann, wo sie dann gezwungen ist. Das ist
- 33 _____
P ihr - wie soll ich das sagen? - ihr Konflikt oder ihre Krankheit, • daß sie dann
- 34 _____
P meckern muß. • Daß sie dann eben das auch rauslassen muß, ja, obwohl ich's
- 35 _____
P schon längst wiß, daß sie das oder jenes stört. Und mei Schwierigkeit ist das eben
- 36 _____
P • das • abstellen zu können, • diese Verhaltensweise. Und Aufschlag der anderen Seite•
- 37 _____
P ja diese Kritik, die mir ja / die ich inzwischen kenn, daß mir das richtig fertig

38

P macht. Immer wieder und immer wieder dieses • Gezerfe • Und ich mag einfach

39

P jetzt nimmer. Und sie sagt auch, sie erträgt's ni / nimmer. • Und • und Aufschlag der

40

P anderen Seite kann ich mir gar nicht vorstellen, mir • e Zimmer zu
((Räuspern))

41

P nehmen. Da hab ich kei Lust dazu. • Das mag ich nit. Und bei meinen Eltern...-

42

P gut. Der Vorteil: Ich kann mich schon distanzieren, weil • das sind zwei

43

P Wohnungen, zwei Stockwerke. Ich bin also nicht, nicht ständig konfrontiert.

44

P Wenn ich nit mag, dann geh ich • einen anderen Ausgang hinaus. • Aber das
((atmet hörbar

45

T Ist das ne Art Niederlage zu den Eltern zurück?

P isch... • Ah, es isch nit ganz gut
aus))

46

P weil • ich hab mir jetzt diesen Abstand erkämpft. Und • ich fühle mich so ganz

47

P wohl. Weil die v / versuchen, mich auch immer wieder zu beeinflussen. Ich laß

48

P mich nimmer • beeinflussen, also auch in Bezug Aufschlag Beate. Grad...- ich hab das

49

P schon mal erwähnt - mit der Erziehung vom • Peter, vom Kleinen, ist meine

50

P Mutter... Also das gefällt ihr gar nicht, wie wir den erziehen. Ich steh da aber zur

51

P Beate. Und • da • merkt man halt, wie sie mich immer versucht negativ zu

52

P beeinflussen. Und sie spielt - eigentlich beide Elternteile - spielen doch mit dem

53

P Gedanken, daß ich irgendwann zurückkomm. Und deswegen komm ich nicht so

54

T Hm̃.

P gern zurück, gell. Verstehen Sie? Ich mag nicht nicht, äh diese

55

T Hm̃.

P Prophezeiung denen da so mit Genugtuung erfüllen also.

kation sowie die szenische Reproduktion des Sachverhaltes oder der direkten Rede. Ferner sind solche Elemente wie »Auflösung« (resolution), »Evaluation« oder »Resultat« schwierig zu bestimmen und zu unterscheiden. Außerdem bezieht das Modell von Labov & Waletzky den Hörer nicht mit ein, was aber notwendig ist, um die diskursive Funktion der Erzählung zu bestimmen.

Bei genauerer Betrachtung sieht man, daß die ganze Episode vom Resultat her aufgezogen ist und daß es sich daher um einen Bericht handelt:

»Wir sprechen also immer dann von Erzählungen, wenn sich auf sie das Kategorienpaar ›Komplikation‹ und ›Auflösung‹ anwenden läßt. Zielt dagegen die Darstellung einer Handlung auf die Feststellung eines Resultates und dient sie dazu, die Entstehung eines Tatbestandes vor Augen zu führen oder gar zu erklären, dann ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, daß wir es mit einer anderen Form zu tun haben, dem Bericht. Wir sprechen also immer dann von Berichten, wenn Geschichten von einem Resultat her organisiert sind.« (Ludwig 1984, 45)

Daß Berichten, Erzählen und Beschreiben sehr dicht beieinander liegen, haben Untersuchungen von Ludwig (1984) und Rehbein (1984) bereits gezeigt: Gemeinsam ist allen Formen, daß sie einen vergangenen Sachverhalt einem interessierten Hörer vermitteln sollen. Die Unterschiede liegen in der Art des Vermittlungsprozesses:

»(...) beim Beschreiben macht der Hörer ›einen Gang durch den Vorstellungsraum‹, beim Berichten macht er eine ›Konzeptualisierung‹ und beim Erzählen partizipiert er an einer fiktiven Reproduktion des Sachverhaltes.« (Rehbein 1984, 69)

Eine weitere für die Analyse in Frage kommende Diskursform ist die Schilderung: Wie bei Berichten wird auch in Schilderungen Erfahrung in begrifflich bereits verarbeiteter Form verbalisiert. Rehbein (1989, 172) arbeitete die Unterschiede zwischen Berichten und Schilderungen aus:

»Das Wissen wird (ante verbum) Bewertungen unterzogen und enthält Einschätzungen (in verbo). Dies erfolgt *diskursartspezifisch*. So hat das *Berichten* speziell die Aufgabe, dem Hörer »entscheidungsrelevantes Informationsmaterial« zu liefern.(...) Beim *Schildern* bringt der Sprecher Einschätzungen usw. selbst in den Interaktionsraum ein.«

Zur Schilderung gehört ferner, daß die thematische Entwicklung assoziativ, als »topische Assemblage« (Rehbein 1989, 179) geschieht. Außerdem ist eine wechselnde Perspektivierung zwischen Hörer und Vergangenheit charakteristisch für Schilderungen (Rehbein 1989, 244). Der Zweck dieser Diskursform ist es, dem Hörer ein Bild (im terminologischen Sinne) zu vermitteln.

Die Schwierigkeit, hier im Beispiel die genaue Diskursform auszumachen, kommt daher, daß keine Form strikt bis zum Ende durchgeführt wird: Am Anfang (20) gibt es einen Bericht, der jedoch einige Elemente einer Erzählung aufweist (22-24), und später eine kurze Schilderung enthält (25-26). Der zweite Teil (29-32) ist eine Schilderung mit einigen Elementen eines Berichtes. Auf die *Funktion* der Zusammensetzung verschiedener Diskursformen wird unten eingegangen.

In der hier interessierenden BE wird das Resultat als Einleitung angegeben (*Streit*, 21), was die Aktivität des Hörers »rahmt« (Goffman 1974). Auch werden Zeit (Vergangenheit: *gekriegt han*, 21) und Ort angegeben (*daheim*, 21). Da der Hörer auch ein Wissen über bestimmte Sprechhandlungen besitzt, wird er nun dem folgenden Bericht auf bestimmte Art und Weise zuhören: Jedes Element des Berichtes wird danach kategorisiert, inwieweit es zum »Streit« geführt hat. Dies kann der Hörer tun, weil er auch über Streiterfahrungen verfügt. Zumindest kann der Sprecher vermuten, daß dieses Wissen beim Hörer vorhanden ist.

Der Patient trägt die Liste der Dinge, die es bei ihm zu Hause zu essen gab, in sehr monotoner, schneller Stimme vor. Die Wortgrenzen verschwimmen. Auch der Einstieg in den Bericht (*Also*, 22) wird ohne Inszenierungseffekte (die eher für eine Erzählung typisch wären) und sogar mit schnellem, unauffälligem Anschluß an die vorhergehende Äußerung realisiert.

Der Streit wird mit einer Perspektive eingeführt: Der Patient sagt nicht, daß er sich (aktiv) gestritten hat, sondern daß er Streit gekriegt hat (21). Diese Perspektive läßt die Möglichkeit offen, daß er *in aller Unschuld* Streit gekriegt hat. Genau diesen Eindruck versucht er, mit dem Bericht beim Therapeuten zu erwecken. Der Streitpunkt ist die *Menge* an Essen, die der Patient zu sich genommen hat. Noch genauer: Der Konflikt geht darum, wer *bestimmt*, was und wieviel gegessen wird. Wie es zu den im Haushalt vorhandenen Mengen an Essen kam, berichtet der Patient so, daß jedes Element ohne bösen Willen einge-

bracht zu sein scheint. Es wird der Eindruck von häuslicher Normalität beim Hörer aufgebaut, welcher auf einem Wissen über den Alltag fußt: Nach der Arbeit (*sie kam vom Geschäft*, 22) hat die Freundin Kuchen eingekauft (23). Mit Hilfe dieser kleinen Alltagsabläufe zeigt der Patient, daß er *unarglistig* ist: Die Freundin hat vorgeschlagen (*gemeint*, 27), daß sie beide (*man*, 27) den Kuchen essen. Er berichtet nicht, ob er den Vorschlag angenommen hat oder nicht, was vermuten läßt, daß er ihn nicht abgelehnt hat, d.h. daß er kooperativ, also nicht böse, gehandelt hat.

Dagegen wollte die Freundin die von ihm gemachte Suppe nicht essen (25-26), was normalerweise eine Beleidigung darstellt. Der Patient spielt mit den Negationen, als es darum geht, sich selber zu charakterisieren: *Äh hab i auf jeden Fall e Suppe gemacht, die sie net essen wollte, was mir nix ausgemacht hat, gell* (25-26). Der Patient präsentiert sich in einem Zustand, in dem eine normalerweise als Beleidigung zu verstehende Handlung ihn nicht beleidigen kann. Somit stellt er sich als nicht auf Rache aus, nicht arglistig dar. Die Bewertung (*was mir nix ausgemacht hat, gell*) wird zweifach vom Patienten benützt: Ein erstes Mal wird sie als Bewertung in der damaligen Situation berichtet, und ein zweites Mal wird sie in die jetzige Therapiesitzung eingebracht: Mittels der Partikel *gell* wird die Bewertung nun in das Hier-und-Jetzt geholt. Mit dem *gell* versucht der Patient, bei dem Therapeuten einen Konsens über diese Bewertung zu erheischen und damit eine Allianz mit ihm zu schließen. Prosodisch hebt sich diese Bewertung deutlich von dem umgebenden, monotonen Redefluß ab: Damit markiert der Patient, daß die Bewertung nicht nur zum Bericht gehört, sondern zugleich, daß er auch etwas anderes mit ihr macht.

Die Suppe hatte er »in aller Unschuld« gemacht. »Ohne böse Intentionen« hat er »ja« zum Vorschlag der Freundin gesagt, ein Stück Kuchen mitzuessen und »in aller Unwissenheit« hat er noch ein Käsebrot verzehrt: *Aber nach dem Eintopf hab ich noch ein Käsebrot gegessen* (28). Mit dem *aber* markiert der Patient allerdings eine innerhalb der Enumeration problematische Stelle. Gerade dort kommt zum nur Additiven eine Bewertung hinzu, von der berichtet wird. In dem *aber* steckt eine für Berichte typische Zusammenfassung, hier die der Bewertung. Die Bewertung, die der Patient berichtet, ist aber die der Freundin. Der Patient referiert seine Freundin: Auf dem Tonband hört sich das *soviel wieder eß* intonatorisch wie ein Zitat der Freundin an. Sie hat sich über etwas *aufgeregt* (29), das sie als *soviel* charakterisiert hat. Um zu verstehen, wieviel *soviel* ist, muß man im nachhinein als Hörer zurück in die Enumeration gehen, und zwar bis zu dem Punkt, der durch *aber* als Kippstelle markiert und berichtet wurde: Das *Käsebrot*

hat also die Vorwürfe, Schreie und andere Handlungen ausgelöst, von denen zusammenfassend als *aufgeregt* (29) berichtet wird. Genau genommen hat sich die Freundin nicht nur darüber aufgeregt, daß der Patient *soviel* ißt, sondern auch darüber, daß das »Soviel-Essen« wiederholt (*wieder*, 29) geschieht. Die Verallgemeinerungen, die im Bericht enthalten sind, beziehen sich auf Erklärungen.

Bevor der Patient den Bogen zum Resultat schließt, schiebt er noch eine kurze Schilderung ein (29-30). Hier führt er assoziativ weitere Belege seiner unarglistigen Handlungen an. Dazu benützt er die auch in der mündlichen Rede häufig eingesetzte Struktur einer drei-teiligen Liste (Atkinson 1984, 57): Der erste Teil der Liste *und das hat sie dermaßen aufgeregt, daß ich soviel wieder eß* (28-29) führt assoziativ (durch die Wiederholung des Verbs) zum zweiten Teil der Liste *und dann hat sie's aufregt heut morgen, wie ich mir die Haare kämme* (29-30). Diese Schilderung dessen, woran die Freundin Anstoß nimmt, ist aus der Perspektive des gegenwärtig vor dem Therapeuten sitzenden Patienten eine Art »Unschuldtsbeleg«. Durch diese Selbstkategorisierung als unarglistig versucht er, sich so zu präsentieren, als wäre er nicht an dem Konflikt beteiligt. Zugleich sind es aber diese unarglistigen Handlungen, an denen die Freundin Anstoß nimmt (»sich aufregt«). Der Patient konturiert also seine Arglosigkeit mit ihrer Bösartigkeit. Der dritte Teil der Liste ist nicht ausgeführt, die Stelle aber strukturell markiert (*und so*, 30). Durch den nicht näher bestimmten dritten Beleg deutet der Patient an, daß er eines von vielen möglichen weiteren Beispielen auswählen könnte. Am Ende dieser drei-teiligen Struktur ist auch die Schilderung zu Ende, und der Patient kehrt zum Schlußteil seines Berichtes zurück. Die Refokussierung auf die Diskursform des Berichtes wird durch *auf jeden Fall* (30) verbalisiert.

Bereits an einer früheren Stelle des Berichtes war der Patient zu einer anderen Diskursform übergegangen, die er aber dann im nachhinein zu einer Parenthese gemacht hat: Nach *hab i e Suppe gemacht ghätt* (24) fügt der Patient eine Detaillierung ein (*so en Eintopf*, 24), die ihn zu einer Erzählung bringt (*weil ich heute morgen daheim war. Mei...*, 24-25). Der Patient unterbricht aber die angefangene Erzählung und macht sie (auch durch die leise Stimme in *das erzähl ich nachher*, 25) zu einer Parenthese. Diese Parenthese war aber nicht als solche angefangen gewesen und muß daher im nachhinein eine Klammerung vorne erhalten: Dies wird durch die Wiederholung der letzten Stelle, die noch zum Bericht gehört, realisiert (*hab i e Suppe gemacht*, 25-26). Zusätzlich wird die Aufmerksamkeit des Hörers durch *auf jeden Fall* (25) wieder auf den Bericht fokussiert und der Teil zwischen den beiden *hab i e Suppe gemacht* nachträglich zu einer Parenthese gemacht.

Das Ende des Berichtes ist erreicht, wenn der Sprecher beim eingangs genannten Resultat angelangt ist: Was am Anfang *Streit* hieß, steht nun als Paraphrase am Schluß (*aneinander gekommen*, 31). Die Bewertung des Streites, welche außerhalb des Berichtes stattfindet, wird mit manifest vorgeführten Mitteln der Authentizität geäußert: Die Pausen vor den beiden Adverbien ((2.5) *Recht • hart*, 31) zeigen das Bemühen des Patienten um »le mot juste«. Erst an dieser Stelle wird der schnelle, monotone Redefluß des Patienten kurz unterbrochen, um die Bewertung vorzunehmen: Diese Bewertung wird im Hier-und-Jetzt gemacht. Die »Arbeit« des Patienten, die richtigen Termini auszuwählen, ist an der Oberfläche an den Wortsuchprozessen sichtbar: Der Streit war (.)*hart*. Auch dieses *hart* wird durch das bewußt ausgewählte (2.5) *recht* weiter modifiziert.

Ein Bericht ist in institutionellen Zusammenhängen eine von den Vertretern der Institution erwartete Form, weil in ihr gerade nicht alle Einzelheiten des vergangenen Sachverhaltes wiedergegeben werden sollen, sondern nur die *wesentlichen*, die *relevanten* und die *wissenswerten*. In 21-29 sieht man an der sprachlichen Oberfläche, wie der Patient darum bemüht ist, das Relevante von dem Nichtrelevanten zu sortieren. Man kann sich fragen, warum die Präzisierung der Art der Suppe (*so en Eintopf*, 24) als zunächst relevant vom Sprecher kategorisiert wurde.

In diesem Bericht zeigt der Patient aber auch, zu welchen Verstrickungen seine als unschuldig berichteten Handlungen führen. Denn das »Sich-Aufregen« der Freundin kann er als wiederholte bzw. erwartbare Handlungen voraussagen. Deshalb kann man sagen, daß er sich widersprüchlich verhält: Er weiß, daß er mit seiner Arglosigkeit gerade ihre »Aufregung« im Sinne einer mechanistischen Reiz-Reaktions-Kausalkette hervorruft. Durch Nicht-Unterlassung seiner Arglosigkeit ist er also für das In-Gang-Setzen der Kausalkette verantwortlich bzw. mitverantwortlich.

In den Partiturflächen 31 bis 45 erfolgt eine weitere Schilderung (mit Elementen eines Berichtes), die das Streitthema fortführt: Sie wird in 31-32 mit der Paraphrase (*Sie stört vieles an mir*) einer Äußerung aus der vorhergehenden Schilderung eingeleitet (*und das hat sie aufgeregt, daß ich*, 28-29). Somit hängen beide Schilderungen eng zusammen. Ausgehend vom *vieles* (31) erwartet man, daß nun einige Beispiele aufgeführt werden. Der Patient schildert aber nicht so sehr Ereignisse als die Befindlichkeit, die sich aus ihnen ergibt.

Ferner konzeptualisiert er, nimmt Kategorisierungen vor, die zeigen, daß er über das in der Therapie vermittelte Wissen über Krankheiten verfügt. Er kann sogar aufgrund dieses Wissens psychologische

Erklärungen selber formulieren. Er erklärt mit therapeutischem Wissen das Resultat seiner Beobachtungen. Z.B. erklärt der Patient das »Meckern« seiner Freundin aus der Tatsache heraus, daß sie das, was sie als Störung auffaßt, nicht mehr akzeptieren kann. Er stellt einen Kausalzusammenhang dar (*wo sie dann*, 32). Zugleich kategorisiert er die Handlung seiner Freundin als *Konflikt* oder *Krankheit* (33). Dies sind Kategorisierungen aus der Psychologie. Vermutlich weil er in der Gegenwart eines professionellen Psychotherapeuten ist, markiert er diese Kategorisierungen, als seien sie in seinem Laienwissen noch nicht ganz festgefügt. Er tut dies mit verschiedenen Mitteln: mit der expliziten Thematisierung des Kategorisierungsakts (*wie soll ich das sagen?*, 33), mit der Auswahl zweier Begriffe (*ihr Konflikt oder ihre Krankheit*, 33) und mit der Verzögerungspause bei der Realisierung von *Konflikt*.

In der Schilderung geht der Patient assoziativ von einer Sache zur anderen und verknüpft sie mit *und* (35, 36, 38, 39) oder mit *auf der anderen Seite* (36, 39-40).

Mit *immer wieder und immer wieder dieses* • *Gezerfe* (38) faßt der Patient das, was er geschildert hat, zusammen. Er wählt ein Wort aus dem Schwäbischen, das das *Meckern* (34), das *Rauslassen* (34) und die *Kritik* (37) zusammenfaßt. Schwäbische InformantInnen gaben die folgende Bedeutung von »Gezerfe« an: »Länger andauernde und nervige Zankereien, Nörglereien und Streitereien wegen Nichtigkeiten«. *immer wieder* ist auch eine Zusammenfassung mehrerer zeitlicher Aspekte (*nicht mehr*, 32; *längst*, 35; *jetzt inzwischen*, 37). Die kurze Pause vor dem Gezerfe deutet darauf hin, daß der Terminus bewußt ausgesucht wurde.

Schließlich werden von den Partiturflächen 39 bis 45 Konsequenzen in der gegenwärtigen Situation, die sich aus den berichteten Handlungen ergeben, erörtert, z.B. zu den Eltern zurückzugehen. Er gibt also Handlungsreflexionen und -planungen wieder.

Die Frage des Psychotherapeuten in 45 stellt eine Verkürzung dar: Mit einem Schlüsselwort (zu den Eltern zurück) wird auf eine Niederlage geschlossen. Dieser Schluß beruht auf einer unvollständigen Rezeption des gesamten Inhalts der Patientenäußerung (40-45). Dort (wie auch nachher in 46ff) sagt der Patient, daß er es *geschafft* hat, einen Abstand zu den Eltern zu bekommen. Von Niederlage ist nicht die Rede. Es ist dennoch ein Konflikt im Raum (53ff): Mit *Und deswegen komm ich nicht so gern zurück, gell. Ich mag nicht äh diese Prophezeiung denen da so mit Genugtuung erfüllen also* (54-55) sagt der Patient: Ich will nicht zurück, nicht weil ich das nicht will, sondern weil ich die Erwartungen der Eltern nicht bestätigen will. Das heißt, daß der Patient

seine Entscheidung in Abhängigkeit von den Eltern und zugleich in Opposition zu ihnen fällt. Genau da ist die in der Schilderung enthaltene ungelöste Konfliktstruktur des Patienten.

Die Funktion der Berichte bzw. Schilderungen ist es, in der gegenwärtigen Sprechsituation beim Therapeuten einen Eindruck bis hin zu einem Wissen über jene Sachverhalte aufzubauen, mit denen der Patient Schwierigkeiten hat und deretwegen er gerade einen Professionellen aufgesucht hat. Bevor der Professionelle aber bewerten, deuten etc. kann, muß der Patient ein bestimmtes Wissen in institutionsangemessenen Formen vermitteln. Hierzu eignet sich der Bericht besonders gut, weil das, worauf es ankommt, für das Wissen des professionellen Hörers stärker vorstrukturiert ist, als dies bei einer Erzählung der Fall ist. Hier weicht der Patient aber immer wieder vom Bericht ab. Gerade die Mischung von Diskursformen zeigt, daß es sich in der Therapie auch um ein Selbstgespräch handelt, d.h., daß sich der Sprecher von den Verpflichtungen dem Hörer gegenüber entbindet, eine Form bis zu Ende durchzuführen. Auch der sehr schnelle, monotone Redefluß verstärkt den Eindruck eines Selbstgesprächs. Aus diesen Selbstgesprächen kann man die Konflikte des Patienten diskursanalytisch rekonstruieren.

Diskussion

Aus dieser Analyse werden erhebliche Abweichungen gegenüber den Kodierungen der ZBKT-Methode und ihrer modifizierten Fassung deutlich. Hier einige Beispiele:

Zu: NRS: *Ich fühle mich fertig und habe ein negatives Gefühl;*

Der Patient sagt nicht, daß er sich fertig fühlt, sondern daß ihn die *Kritik* fertig macht. Das »negative Gefühl« hängt damit zusammen, daß er Streit »gekriegt« hat. Mit dem »negativen Gefühl« deutet der Patient darauf hin, daß er sich zum *Objekt* einer therapeutischen Erklärungsperspektive macht.

Zu: PRS: *Ich esse soviel ich will*

In dem Bericht heißt es: »Und es hat sie dermaßen aufgeregt, daß ich soviel wieder eß.« Der Patient ißt, was er will (z.B. Suppe). Wie oben gezeigt wurde, tut er das »in aller Unschuld« (so kategorisiert er sich selbst). Das Urteil über die Mengen, die der Patient ißt, ist nicht sein Urteil über sich, sondern das Urteil der Freundin. Er kategorisiert kritisierend ihren Vorwurf an ihn (*aufgeregt*), daß er soviel wieder ißt.

Hier wird der Konflikt zwischen dem Patienten und seiner Freundin deutlich: Wer von den beiden zu bestimmen hat, wieviel gegessen wird.

Zu: RS: *Mich nervt ihr Gezerfe, ich fühle mich »fertig« und »ich mag nicht mehr«, kann mir aber eine Trennung nicht vorstellen.*

In einer solchen Kodierung finden Reduktionen der Matrix-Konstruktion auf ihren *Inhalt* statt. Zu »fertig« s.o. Außerdem sagt der Patient nicht »Trennung«, sondern »Zimmer«: Sich ein Zimmer zu nehmen, ist noch keine Trennung.

Zu: NRO: *Sie sagt, daß sie unsere Beziehung nicht mehr erträgt.*

Der Patient *berichtet*, daß die Freundin sagt, daß sie *es* nicht mehr erträgt. »Es« ist nicht die Beziehung.

Zu: NRO: *Sie fühlt sich durch mich gestört.*

Sie fühlt sich nicht »durch mich«, sondern durch »viele an mir« gestört, was nicht deckungsgleich mit »durch mich« ist. Der Patient gibt das Resultat von Beobachtungen und die Interpretation dieser Beobachtungen wieder. Die Kodierung kann hier nicht differenzieren.

Ein in der BE-Kodierung nicht aufgeführter *Wunsch*:

Der Patient und seine Freundin möchten nach Auffassung des Patienten beide die störende Verhaltensweise abstellen.

Die Abweichungen in den Ergebnissen rühren daher, daß die Methode des ZBKT Kodierungsentscheidungen ohne Basierung auf Sprache trifft. Sie analysiert weder die Sprache noch die zugrundeliegende kommunikative Basis. Statt dessen projiziert sie Vorstellungen auf die sprachliche Oberfläche. Die sprachliche Oberfläche wird gewissermaßen als Stimulus benützt, um Vorstellungen an diese Oberfläche heranzutragen.

Die Diskursanalyse dagegen rekonstruiert begrifflich die vorhandenen, komplexeren Tiefenstrukturen und -prozesse aus der sprachlichen Oberfläche und achtet darauf, daß die Einbettung der Inhalte bei der Interpretation erhalten bleibt. Deshalb ist die linguistische Analyse von Erzählungen, Berichten und Beschreibungen gerade im Hinblick auf die Ausgangsfrage nach der Verarbeitung von vergangenen Erfahrungen auch klinisch relevant. Denn Großformen⁴ des Sprechens erlauben den Patienten Variationsmöglichkeiten (gerade weil es sich um komplexe Formen handelt), die Kliniker interessieren müßten: Z.B. über welche Objekte berichtet der Patient, über welche erzählt er eher? Mit welchem Detaillierungsgrad? Mit welcher Reformulierungsarbeit?

Gibt es Mischformen? Wie verändert sich die Verwendung bestimmter Muster über die Zeit einer ganzen Therapie hinweg?

Dagegen verfängt sich eine Methode wie die ZBKT-Methode, die nicht einmal die sprachliche Oberfläche berücksichtigt, zunehmend in Problemen (BE-Grenzen, Kodierentscheidungen), die sich u.a. in der Unmöglichkeit einer intersubjektiv nachvollziehbaren Auffindbarkeit ihrer Behauptungen am dokumentierten Material zeigen. Je spezifischer und je weniger allgemein die Aussagen sind, um so weniger findet man sie in dem sprachlichen Material wieder. Da eine Granulierung der Methode immer schon »oberhalb« des Materials ansetzt, führt sie also paradoxerweise gerade zu einer um so größeren Nicht-Auffindbarkeit.

Außerdem wird in der ZBKT-Methode die Grundstruktur (also die drei Typen von Komponenten) so gefaßt, daß die unbewußten Prozesse, die für die Übertragung charakteristisch sind, verloren gehen.

Flader (1995) schlägt vor, die Übertragung im Zusammenhang mit der Spaltung des Subjektes zu erklären. Letztere ist die Folge dessen, was Freud Verdrängung genannt hat. Das Subjekt negiert einen eigenen Wunsch (und damit sich selbst), und setzt das Bedürfnis des anderen an dessen Stelle. Da dies aber nicht widerspruchlos geschieht, wird die Auseinandersetzung intern, im Wissenssystem, fortgeführt, und zwar gerade in den kollektiven Formen des Handelns. In ihnen wird der ungelöste Konflikt mit dem anderen (dem primären Objekt) immer wieder reproduziert. Der andere, so Flader weiter, ist in diesem Wissen fest verankert, vor allem in dem Wissen, das Bilder festhält (also der inneren Repräsentation des anderen). Übertragung findet statt, wenn eine Person der Gegenwart an diese Stelle gesetzt wird. Weil sich das Subjekt aber nun gleichzeitig an zwei verschiedenen Orten seiner Entwicklung befindet, kann es diesen Vorgang nicht erkennen: Es »überträgt« unbewußt. Davon zu unterscheiden ist die präreflexive Form dieses Wissens, es ist vorbewußt (also bewußtseinsfähig). Die Übertragung gehört also zum unbewußten »Sinn« eines neurotischen Symptoms. Dieser »Sinn« ist die individuelle Systematik eines Bruches von kollektiven Formen des Handelns. Fragt man sich, wie Übertragungsreaktionen in der sprachlichen Kommunikation auftreten, fragt man nach ihrer gebrochenen Vermittlung.

Da die Methode des ZBKTs nur »Inhalte« kennt, kann sie die entsprechenden Formen solcher Brechungen gar nicht erfassen, oder präziser: Sie hat damit gar nichts zu tun. Will man aber etwas zum Auftreten der Übertragung in der sprachlichen Kommunikation herausarbeiten, müßte man also nach sorgfältiger Diskursanalyse und unter Herstellung des Bezuges zur Lebensgeschichte des Patienten/ der Patientin die Stellen solcher Brechungen zeigen.

Anmerkungen

1. Für konstruktive Kritik einer früheren Fassung dieses Artikels sei D. Flader, A. Redder, J. Rehbein und A. Wißmeier-Ruopp gedankt. Für Diskussionen über die ZBKT-Methode danke ich C. Albani. Die analysierte Therapiesitzung stammt aus der Ulmer Textbank (Universität Ulm): Das Verbatimprotokoll und die Transkription sind selbstverständlich anonymisiert.
2. »Gegenstand der Inhaltsanalyse sind *alle* Kommunikationsinhalte, sofern sie in irgendeiner Weise manifest, also als Text abgebildet werden können. (...) Ziel ist der Schluß von Merkmalen des Textes auf Merkmal des Kontextes resp. Merkmale der sozialen Wirklichkeit.« Mertens 1983, 16
3. Im Englischen heißt sie Core Conflictual Relationship Theme (CCRT).
4. übergeordnete Strukturen des Sprechens, z.B. Erzählen, Berichten

Transkriptionskonventionen

- | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|
| • Pause (kürzer als 0,5 Sekunden) | ǎ | fallend steigende Intonation |
| (2.0) Pause in Sekunden | á | steigende Intonation |
| / Reparatur | à | fallende Intonation |
| ... Abbruch | ã | gleichbleibende Intonation |
| – Parenthese | | |

Literatur

- Albani, C. (1993): Eine methodenkritische Einzelfallstudie zur Erfassung von Übertragung und repetitiven Mustern mit der ZBKT-Methode. Unveröffentl. Diss., Medizinische Fakultät, Universität Leipzig
- Albani, C. (1994): Eine methodenkritische Einzelfallstudie mit der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT). In: Redder, A. & Wiese, I. (Hgg): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen, Westdeutscher Verlag, 289-305
- Atkinson, M. (1984): Our Masters' Voice. The language and body language of politics. London etc., Methuen
- Bales, R. (1950): Interaction Process Analysis. A Method for the Study of Small Groups. Reading, Addison Wesley
- Bellack, A., Kliebard, H., Hyman, R. & Smith, F. (1966): The Language of the Classroom. New-York, Teachers College Press
- Ehlich, K. (1979): Formen und Funktionen von »HM«: Eine phonologisch-pragmatische Analyse. In: Weydt, H. (Hg): Die Partikeln der deutschen Sprache. Berlin, de Gruyter, 503-517
- Ehlich, K. (Hg) (1984): Erzählen in der Schule. Tübingen, Narr
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1976a): Sprache im Unterricht – Linguistische Verfahren und schulische Wirklichkeit. In: Studium Linguistik 1, 47-69
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1976b): Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT 1). In: Linguistische Berichte 45, 21-41
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1979a): Erweiterte halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT 2). In: Linguistische Berichte 59, 51-75

- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1979b): Sprachliche Handlungsmuster. In: Soeffner, H.-G. (Hg): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart, Metzler, 243-273
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1986): Muster und Institution. Untersuchungen zur schulischen Kommunikation. Tübingen, Narr
- Flader, D. & Grodzicki, W.-D. (1982): Hypothesen zur Wirkungsweise der psychoanalytischen Grundregel. In: Flader, D., Grodzicki, W.-D. & Schröter, K. (Hg): Psychoanalyse als Gespräch. Frankfurt/M., Suhrkamp, 41-95
- Flader, D. (1995): Psychoanalyse im Fokus von Handeln und Sprache. Vorschläge für eine handlungstheoretische Revision und Weiterentwicklung von Theoriemodellen Freuds. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Goffman, E. (1974): Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience. New York etc., Harper & Row
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Schacht, T.E. & Gaston, L. (1994): Psychodynamic Approaches. In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Research. New-York, John Wiley, 467-508
- Labov, W. & Waletzky, J. (1967): Narrative Analysis: Oral versions of personal experience. In: Helm, J. (ed.): Essays on the verbal and visual arts. Seattle etc., University of Washington Press, 12-44
- Ludwig, O. (1984): Berichten und Erzählen. Variationen eines Musters. In: Ehlich, K. (Hg.), 38-54
- Luborsky, L. (1977): Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In: Freedman, N. & Grand, S. (eds.): Communicative structures and psychic structures. New-York, Plenum Press, 367-395
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. & Mellon, J. (1986): Advent of Objective Measures of the Transference Concept. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 39-47
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990): Understanding Transference. New-York, Basic Books
- Mergenthaler, E. (1992): Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript. Ulm, Ulmer Textbank
- Mertens, K. (1983): Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Opladen, Westdeutscher Verlag
- Rehbein, J. (1977): Komplexes Handeln. Stuttgart, Metzler
- Rehbein, J. (1984): Beschreiben, Berichten und Erzählen. In: Ehlich, K. (Hg), 67-124
- Rehbein, J. (1987): Ausgewählte Aspekte der Pragmatik. In: Ammon, U., Dittmar, N. & Mattheier, K. (Hgg): Soziolinguistik/Sociolinguistics (1. Halbband). Berlin, de Gruyter, 1181-1195
- Rehbein, J. (1989): Biographiefragmente. Nicht-erzählende rekonstruktive Diskursformen in der Hochschulkommunikation. In: Kokemohr, R. & Marotzki, W. (Hgg): Biographien in komplexen Institutionen. Studentenbiographien 1. Frankfurt/M. etc., Lang, 163-254

Das Psychoanalytische Institut als identitätsbildende Anstalt

Ulrike Hoffmann-Richter und Sibylle Würzler

Zusammenfassung:

Die Autorinnen beschreiben die Entwicklung der Ausbildung in psychoanalytischen Instituten. Parallel zur berufspolitischen Bedeutung der Ausbildungsinstitute konzentrierte sich die Ausbildung auf die Identitätsbildung der Kandidatinnen in der Lehranalyse. Damit wurde innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft Anpassung und Orientierung an »Glaubenssätzen« gefördert. Für die einzelne bedeutete der Kandidatinnenstatus ein regressionsförderndes Abhängigkeitsverhältnis weit über die altersmäßige Entwicklung hinaus. Am Beispiel des Psychoanalytischen Seminars Zürich, das als selbstverwaltetes Institut von den Teilnehmerinnen Autonomie und Selbstverantwortung fordert, werden Aktivitäten der Kandidatinnen, historische Zwänge in der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung und berufliche Identitätsentwicklung in ihrer Wechselwirkung beschrieben.

Eines Tages befahl mir ein Oberst, die Mütze gerade aufzusetzen und die Knöpfe der Uniform ordnungsgemäß zu schließen. Da war's fertig, einfach aus, und ich sagte, ich ziehe die Uniform einfach aus. Jetzt ist es auch hier vorbei. (Goldy Parin-Matthéy 1988/254)

Während jeder Ausbildung muß sich neben dem Wissenserwerb und der Einübung praktischer Fertigkeiten die persönliche Berufsidentität entwickeln. Die meisten Studiengänge sind hierbei wenig hilfreich. Auch angehende Ärztinnen und Psychologen finden in der Regel erst während ihrer klinischen Tätigkeit eine Möglichkeit der Orientierung – in der Begegnung mit Kollegen, denen sie zugeordnet sind oder – wenn sie Glück haben – bei einer Mentorin oder einem Mentor. Persönliche, von Sympathie getragene Kontakte sind selten. Viele Fragen, wie die neuen Anforderungen, die Auseinandersetzung mit der Berufsrolle, in die Person integriert werden könne, bleiben ungestellt. Im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich eröffnet sich aus der Not eine Tugend: Die psychotherapeutische Weiterbildung mußte bis in die Gegenwart hinein an Instituten außerhalb der Klinik erworben werden. Diese Institute bieten persönliche oder beruflich-persön-

liche Kontakte mit Lehrenden und anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Sobald sich aber eine größere Gruppe Auszubildender zusammenfindet, ist eine Struktur notwendig; eine Institution entsteht. Dies hat weitreichende Folgen. Wir werden als Beispiele die Psychoanalytischen Seminare Zürich und Bern näher betrachten. Eine der Autorinnen (S.W.) hat in Zürich und Bern Teile ihrer Ausbildung gemacht und gehörte in Bern während der letzten 4 Jahre dem Vorstand an. Der kurze Abriss des Beginns der psychoanalytischen Bewegung und exemplarisch der Entwicklung des Zürcher Psychoanalytischen Instituts dient nicht nur der Chronologie, sondern weist auf die Lasten der Geschichte hin. Die psychoanalytische Debatte zeigt, daß die Probleme der institutionalisierten Psychoanalyse und ihre Folgen für die Identität der Mitglieder fast von Anfang an sichtbar wurden. Sie hätte zu Änderungen führen können. Sie blieben aus. Deshalb werden wir Reflexionen anschließen, warum die Kritik nicht umgesetzt wurde. Dazu bedienen wir uns überwiegend einer soziologischen Perspektive. All dies mündet in die Frage, ob die erwünschte Form der Ausbildung mit entsprechender Identität der Therapeutinnen als Utopie oder Illusion zu betrachten ist.

Die Institutionalisierung der Psychoanalyse

Noch in Jugoslawien lasen wir in der Neuen Züricher Zeitung den Verriß eines psychoanalytischen Buches von Rudolf Brun. Da sagte ich zu Paul: Siehst du, zu diesem Analytiker müssen wir hin. Denn sonst gab's ja keine Leute. Der Bally war damals wie ein Pfarrer... Der Maeder war katholisch und der alte Pfister war zwar sehr sympathisch, aber taub. Zuerst ging Paul, dann Fritz und schließlich ich zu Brun in die Analyse. (Goldy Parin-Matthéy 1988/255)

Am Beginn der Weitervermittlung psychoanalytischen Denkens und Arbeitens steht die »psychologische Mittwochsgesellschaft« in der Berggasse 19. Ab etwa 1902 wurden in einem kleinen Kreis um Freud Fallgeschichten und später auch Publikationen diskutiert. Protokolle liegen seit 1906/7 vor. Die Gesellschaft hatte damals 17 Mitglieder. Die Gruppe von Interessenten wuchs in den folgenden Jahren national und international beträchtlich. 1908 fand der erste psychoanalytische Kongreß in Salzburg statt. Auf dem Kongreß in Nürnberg 1910 wurde die Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPV) gegründet. Nach und nach entstanden nationale psychoanalytische Vereinigungen; 1919

die Schweizerische in Zürich. Institute entstanden, das erste 1920 in Berlin. Freuds klinische Tätigkeit konzentrierte sich in den folgenden Jahren auf die Durchführung von Lehranalysen. Sachs wurde für diese Tätigkeit in Berlin autorisiert. Lehranalysen wurden zum Kernstück der Ausbildung neben den kasuistischen Diskussionen und Theorie-Seminaren.

Bereits auf dem Nürnberger Kongreß benannte Ferenczi mit seinem Vortrag »Zur Organisation der psychoanalytischen Bewegung«, daß der freie, individuelle Umgang mit der Psychoanalyse zu Ende war. Es bedürfe »ein gewisses Maß von gegenseitiger Kontrolle«. Es dürfe keine private Methode angewandt werden, sondern Freuds psychoanalytisches Verfahren. Und die Mitglieder sollten den Kreis klein halten: »Der Verein sollte sich eher mit einer kleinen Mitgliederzahl begnügen, als Leute aufnehmen oder beibehalten, die in prinzipiellen Fragen noch keine feste Überzeugung gewonnen haben.« (Ferenczi 1910/11/58)

1913 gründete Freud das »geheime Komitee« als Kontrollinstanz der psychoanalytischen Bewegung von oben. »So markiert die Gründung des psychoanalytischen Vereins bereits das Ende dessen, was bis dahin unter den Psychoanalytikern lebendig war – eine liberale wissenschaftliche Denkungsart... Gehorsam und Treue werden zur Grundlage der Glaubensgemeinschaft«, schrieb Cremerius 1986 in seiner »Spurensicherung. Die »psychoanalytische Bewegung« und das Elend der psychoanalytischen Institution«. Nach dem ersten Weltkrieg habe die Bewegung immer mehr Züge einer Glaubensgemeinschaft angenommen. Freuds Bemühung um Schutz vor Veränderungen sei in seinen immer neuen Festlegungen, was zu den Grundsätzen der Lehre gehöre, zu erkennen. Nur folgerichtig sei es, daß das entwickelte Ausbildungssystem mehr der Institution als der Sache der Psychoanalyse diene. Hier macht Cremerius gleich mehrere »Indoktrinationsspuren« aus: In Berlin als dem Muster-Institut wurde den Kandidaten der Lehranalytiker bestimmt; später die Zeit, zu der sie die weiteren Ausbildungsbausteine beginnen durften. Für die Institution aber wurde die Lehranalyse als Pendant zum »Noviziat« gesehen. Sie sollte »die Bürgschaft dafür abgeben, daß das neu erworbene Wissen richtig verwaltet und verwertet wurde« (Alexander 1930/54f). Darüber hinaus sei Hans Sachs »zur Sanierung der schweren Konflikte« ans Berliner Institut berufen worden, »der die führenden Mitglieder in Analyse nahm... und sie in normale Bahnen brachte« (Brecht et al. 1985/57).

Freud habe in der Folgezeit selbst damit begonnen, bei Schwierigkeiten mit früheren Lehranalysanden seine Erkenntnisse über ihre Persönlichkeit und ihre Konflikte aus der Analyse zur Erklärung ihres Verhaltens heranzuziehen – ihr Verhalten also außerhalb der psychoanalytischen Situation zu »deuten«. Da Freud, »wie alle Kirchenväter,

vornehmlich zum Zwecke der Stützung der Institution zitiert« werde, seien seine »indoktrinativen Feststellungen über die Lehranalyse kaum bekannt« (Cremerius 1986/1078). »Endlich ist auch der Gewinn aus der dauernden seelischen Beziehung nicht gering anzuschlagen, die sich zwischen dem Analysanden und seinem Einführenden herzustellen pflegt« (Freud 1912/1950/383). Über die Erwartung, mit Hilfe der Lehranalyse ihm treu ergebene Mitglieder an den einzelnen Orten heranzuziehen, sei die Lehranalyse schließlich zu einer persönlichen Analyse »entwertet« worden, so Cremerius. 1937 schrieb Freud, der hauptsächliche Zweck der Analyse sei »dem Lehrer ein Urteil zu ermöglichen, ob der Kandidat zur weiteren Ausbildung zugelassen werden kann« (Freud 1937/94f).

Der Machtpolitiker Freud sei in Widerspruch zum Analytiker Freud geraten, schrieb Cremerius. Freud selbst habe davor gewarnt, »den Analysanden zu seinem (Leibgut) zu machen, der als höchstes Ziel der analytischen Kur die Auflösung infantiler Abhängigkeiten... erklärt hatte... Es geht vielmehr darum, daß er »zur Befriedigung und Vollen- dung seines Wesens erzogen werde« (1919/190).

Betrachten wir Form und Inhalte einer solchen psychoanalytischen Ausbildung, scheint das Hauptziel die Identitätsbildung der Analytiker und Analytikerinnen zu sein, als sei damit die therapeutische Tätigkeit qualifiziert. Die machtpolitischen und institutionellen Prozesse einmal ausgeschlossen findet in der Analyse eine persönliche bis intime Begegnung zwischen zwei Menschen statt, nicht nur ein Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen (Hoffmann-Richter/Finzen 1995). Die Beteiligten können die »Göttermythen« der psychoanalytischen Bewegung nicht abschütteln (Finzen/Hoffmann-Richter im Druck). Berufliche, persönliche und Übertragungsprozesse vielfältiger Form sind miteinander verquickt.

Historischer Abriss des Psychoanalytischen Seminars Zürich

In Zürich gab es kein psychoanalytisches Institut, wir hatten das Mittwoch-Kränzchen... Jeden Mittwoch kamen wir zusammen und haben unsere Fälle dargestellt. Das war die Hauptkontrolle. Wir haben wahn-sinnig viel gelesen... Allmählich kamen immer mehr Leute dazu, die Jüngeren. Wir sagten ihnen, sie sollten doch auch ein eigenes »Kränzchen« bilden, aber Schritt auf Schritt entstand eine Institution. (Goldy Parin-Matthéy 1988/255)

Carl-Gustav Jung war – wie vielfach diskutiert – einer der frühen und

nahen Schüler Freuds. Jung war damals im Burghölzli tätig. Über ihn lernte Eugen Bleuler Freuds Werk kennen. Die beiden traten in Briefkontakt, und Bleuler besuchte auch den ersten Kongreß 1908 in Salzburg. Dennoch blieb er kritisch distanziert und trat nach kurzer Zugehörigkeit aus der psychoanalytischen Vereinigung wieder aus. Seine Begründung schrieb er Freud in einem Brief vom 4.12.1911. Daraus geht hervor, daß er die Problematik der »Bewegung« bereits erkannt hatte. Dieses »Wer nicht für uns ist, ist gegen uns«, dieses »Alles oder nichts«, sei notwendig für religiöse Gemeinschaften und nützlich für politische Parteien. Für die Wissenschaft betrachte er es als schädlich (nach Gay 1989/246-247).

Das Zerwürfnis zwischen Freud und Jung, das 1912 definitiv eintreten sollte, zeichnete sich bereits ab. Freud äußerte Skepsis, ob die Zürcher Gruppe seine Linie vertrat. Er ließ zunächst offen, ob sie in die IPV aufgenommen werden konnte und schickte Sachs als Mittelsmann. Dieser bestätigte Freuds Befürchtungen einer »Ver-Jung-ung« eher. Pfister schrieb Freud später, der Verein habe gewußt, daß die Theorie der Sexualität »unser Schibboleth« ist (Freud/Pfister 1953/69-72).

In den folgenden Jahren bestand die Gruppe in kleinem Rahmen fort. In den Jahren des Nationalsozialismus bis zum Ende des zweiten Weltkriegs kamen keine neuen Mitglieder hinzu (P. Parin 6/1994). Nach dem Krieg schickte Manfred Bleuler Gaetano Benedetti in die USA. Für die Assistenzärzte der Klinik boten Gustav Bally und Medard Boss eine Einführung in die Psychoanalyse. De jure oblag die psychoanalytische Ausbildung nach IPV-Richtlinien einem Ausschuß der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse (SGP). Tatsächlich aber fand diese vor allem im Rahmen des von Paul Parin, Goldy Parin-Matthéy, Fritz Morgenthaler und Jaques Berna gegründeten »Kränzchens« statt (s. Zit. Parin-Matthéy), zu dem Harold Winter, Harold Lincke und Fred Singeisen bald hinzustießen. Sie waren miteinander befreundet und bildeten eine feste Gruppe. Mit dem steigenden Interesse und der nächsten »Generation« angehender Psychoanalytikerinnen geriet diese Form der gegenseitigen Weiterbildung ins Wanken.

1958 wurde das »Psychoanalytische Seminar für Kandidaten« gegründet. Zwischen 1958 und 1965 wurden vier bis sieben Kurse jährlich durchgeführt mit insgesamt 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei 10 Dozenten. Die Dozenten bekleideten auch wichtige Ämter innerhalb der SGP und beteiligten sich aktiv an der Verbandspolitik. Das Verhältnis zur IPV war unkompliziert, trotz einiger »Schweizer Eigenarten«: Als einzige Vereinigung führte die Schweizerische kein Selektionsverfahren der Kandidaten zu Beginn der Ausbildung durch¹. Die Kandidaten haben keinen Status in der SGP. Erst mit der Aufnahme

des Kandidaten als außerordentliches Mitglied der Gesellschaft wird auch seine Analyse als Lehranalyse anerkannt. Deshalb gab es (wie heute in der SGP eingeführt) weder die Besonderheit der »Lehr«-analyse noch »Lehr«-analytiker. Die Gefahr, dadurch Kandidaten im Institut über Jahre zu führen, die keine Ausbildung abschließen werden, wird gesehen und – soweit nicht vermeidbar – in Kauf genommen. Kein Selektionsverfahren könne darüber entscheiden, »ob jemand sich zum Beruf des Psychoanalytikers eignet oder nicht. Man kann nur darüber entscheiden, ob jemand ein Psychoanalytiker geworden ist oder nicht« (Morgenthaler/Berna 1967/1-5).

1968 wurde über die Beteiligung der Kandidaten an der Ausbildung im Psychoanalytischen Seminar Zürich (PSZ) diskutiert. Im Dezember kam es zur ersten Vollversammlung, ein Novum in psychoanalytischen Instituten. Kandidatenvertreter für den Unterrichtsausschuß wurden gewählt. Im Sommersemester 1969 leitete erstmals ein Nicht-Mitglied (eine Kandidatin) ein Seminar. Das Thema hieß »Psychoanalyse und Gesellschaft«. Zur Sprache kam auch die Kritik an der Institutionalisierung der Psychoanalyse. Parallel zum IPV-Kongreß 1969 in Rom organisierte eine internationale Gruppe mit vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Zürich die »Plattform« – Working Groups for European Psychoanalysts. Die jüngere Generation stehe unter dem Druck, daß ihre Zugehörigkeit zur IPV identisch sei mit ihrem beruflichen Status. In Zürich präsentierte Morgenthaler als Vorsitzender des Unterrichtsausschusses das »Memorandum über Ziel, Sinn und Organisation des Seminars Zürich«. Darin hieß es, das Ausbildungsinstitut solle »als erstes von den Studenten selbst übernommen und geführt werden... Ein ordentliches Mitglied wird auch zukünftig der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse gegenüber die Verantwortung für das Seminar Zürich tragen, sofern es möglich ist, das Seminar so zu führen, daß es den Interessen der Gesellschaft nicht zuwiderläuft. Diese Interessen sind ausschließlich auf die Förderung des Gedankengutes Freuds ausgerichtet. Es käme nur dann zu einer Interessenkollision, wenn die neue Leitung, das heißt die gewählten Studenten, andere Ziele als die erwähnten verfolgen wollte« (1970/1993/206f). Die Basis wollte sich darüber zuerst selbst eine Meinung bilden und änderte das Vorgehen dahin ab, daß der Übergang stufenweise und in gemischter Leitung eingeführt werden sollte. Die SGP nahm auf ihrer nächsten Versammlung davon Kenntnis und ließ sich von Parin und Morgenthaler mit dem Hinweis überzeugen, daß ein SGP-Mitglied in der Seminarleitung bleibe.

Parallel zur nächsten IPV-Tagung 1971 in Wien, an der die »Plattform-Mitglieder« »kritisch intervenierend« (Kurz 1993/16) teilnah-

men, fand auch ein »Platformday« statt. In Zürich tat sich in der Gruppe der Kandidaten ein Spalt auf. Nicht alle erachteten es mehr als wichtig und lohnend, der SGP anzugehören. Bei einer Abstimmung sprach sich aber die überwiegende Mehrheit dafür aus. Eine Gruppe von Kandidaten äußerte sich dem Unterrichtsausschuß gegenüber als besorgt um die Qualität der Ausbildung. Sie hätten den Eindruck eines »antiautoritären Defätismus« und, obwohl sie gegen eine autoritäre Führung seien, bedürfe es doch unter freieren Modalitäten »vermehrter Klarheit und Gewißheit«. (Kurz 1993/19) Ein Rahmenprogramm war die Antwort.

Der nächste Konflikt brach mit der Vorbereitung der »neunten Arbeitstagung der mitteleuropäischen Psychoanalytischen Vereinigung deutscher Sprache« aus, die 1974 in Interlaken stattfinden sollte. Solms als wichtiger Vertreter Österreichs wurde als Vortragender ein- und wieder eingeladen. Loch hatte zu bemängeln, daß an einer Panel-Veranstaltung über »Psychoanalyse und Gesellschaft« auch Kandidaten des PSZ teilnehmen sollten. Die Österreicher zogen sich schließlich trotz Vermittlungsversuchen zurück. Zum Eklat kam es, als der Briefwechsel zwischen Loch und Meerwein auf nicht geklärten Wegen in einer italienischen Zeitschrift veröffentlicht wurde. Inzwischen wollte sich die welsche von der deutsch-schweizerischen Gruppe trennen. Erstere hatte einen Revisionsvorschlag zum Verhältnis von SGP und PSZ vorgebracht. Es rumorte weiter. Alice Miller stellte als Zürcherin beim Präsidenten der SGP, Meerwein, den Antrag, dem PSZ die Anerkennung als Ausbildungsinstitut zu entziehen. Ein entsprechender Antrag bei der Mitgliederversammlung scheiterte an der notwendigen Zweidrittel-Mehrheit. Trotzdem kam es zum Bruch, nachdem Meerwein als integrierende Persönlichkeit von Haynal als Präsident abgelöst wurde. Innerhalb des Instituts hatte man sich 1976/77 einigen und wieder der Ausbildung zuwenden können, wie es im Bericht hieß (Kurz 1993/35).

Aber die Jahresversammlung der SGP beschloß eine Statutenänderung, nach der sich der Unterrichtsausschuß in regionale Unter-Ausschüsse teilen sollte. Diese sollten »für die Leitung der Ausbildungszentren verantwortlich« sein. Dem PSZ wurde mitgeteilt, daß der neue Ausschuß der Region Zürich die von den Teilnehmern gewählte Leitung ersetze (Kurz 1993/35-36). Weitere Vermittlungsversuche scheiterten. Ende Juni erfolgte die Mitteilung, daß die SGP beschlossen habe, das Seminar zu schließen. Die Räume wurden geschlossen; die Kasse gesperrt. Neue Räume für das PSZ wurden gesucht und gefunden. Parallel dazu entstand die SGP-Ausbildung unter dem Namen »Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse, Ausbildungszentrum Zürich«.

Die Bedeutung der Geschichte

Die Bedeutung der Geschichte zeigt sich u.E. in der Ablehnung der IPV, das PSZ in seiner Entwicklung kritisch zu begleiten. Das PSZ wurde an den bisherigen Regeln gemessen, nicht an seinen Neuerungen.

Umgekehrt definiert sich das PSZ selber bis heute immer durch seine Differenz zu etwas. Borer (1993), die aus der Distanz einer »jüngeren« PSZ-Teilnehmerin die oben geschilderten Ereignisse einer kritischen Reflexion unterzieht, spricht in diesem Zusammenhang vom »antiinstitutionellen Stolz« des PSZ, der auf der kollektiven Interpretation gründet, »mit der Selbstverwaltung sei den ›Vätern‹ großartig etwas abgetrotzt worden« (Borer 1993/136).

Bei ähnlicher Institutsstruktur zeigt sich die Bedeutung der Geschichte im Vergleich des Psychoanalytischen Seminars Zürich mit Bern. Letzteres entstand aus einer Lesegruppe von Ärztinnen und Psychologen mit Interesse an Psychoanalyse, insbesondere ihrer Kulturkritik; auswärtige Referentinnen leiteten in Bern kleinere Seminare. 1982 wurde ein Verein gegründet und 1985 erstmals ein Theorieseminar unter Leitung zweier PSB-Mitglieder durchgeführt. Im Gegensatz zu Zürich mit seiner Tradition und den international bekannten und von der IPV anerkannten Psychoanalytiker-Müttern und -Vätern gab es am PSB keine Elterngeneration. Ende 1986 gelang es, Cremerius als Leiter eines Technischen Seminars und damit als Identifikationsfigur zum Erlernen des Handwerks, als »Vater« der praktischen Ausbildung zu gewinnen. Seine Person erschien wohl auch als Garant für Kritik an der orthodoxen Ausbildung. Trotz dieses »fremden Vaters« wurde das junge Berner Institut eine Atmosphäre der Selbstentwertung nicht los, während das Zürcher, als links bekannte und verschriene Institut von seinem Mythos lebte. Das PSB verstand sich mit seiner linken, kulturkritischen Haltung in der Tradition des PSZ stehend, es wurde aber im Gegensatz zu diesem kaum politisch aktiv, auch berufspolitisch nicht.

Die freie Ausbildung am PSZ und PSB zwingt dazu, sich einen eigenen Weg zu suchen. Am Anfang der Ausbildung steht oft die persönliche Suche nach Hilfe durch eine Analyse, nicht der Entschluß, Psychoanalytikerin zu werden. Die Überzeugung, daß sich erst im Verlauf einer Ausbildung zeigt, ob jemand eine Identität als Psychoanalytikerin erlangen kann und zur Ausübung dieser Tätigkeit geeignet ist, steht in Einklang damit, daß keine Analysen unter dem Titel »Lehranalyse« stattfinden. Bei der Frage aber, wie viel Struktur die Ausbildung benötige, welches Maß an Institutionalisierung sinnvoll sei, gibt es keine Einigkeit. Gerade die nicht aufgeführten Debatten zu diesem Thema blockieren die Seminare.

Bis anhin war es beiden Seminaren möglich, ihr Selbstverwaltungsmodell aufrechtzuerhalten, ohne deswegen auf staatliche Anerkennung verzichten zu müssen. Zu diesem Modell gehört auch, daß es nicht die Institution ist, die ihre Ausbildungskandidatinnen qualifiziert, sondern daß diese gefordert sind, sich selbst zur Ausübung der psychoanalytischen Tätigkeit zu »autorisieren« bzw. diese zu »deklarieren«. Auch wenn dies unbestrittenermaßen nicht ohne Mitwirken Dritter (z.B. eigene Analytikerin, Supervisor, erfahrenere Kollegin, peer-group) erfolgen kann, fehlt doch der einmalige Akt einer Autorisierung und Identitätsgebung bzw. -anerkennung von außen, von einer Institution. Die Ausbildung dauert länger als unter anderen Bedingungen, d.h. die einzelnen suchen sich mehr Qualifikation, bis sie sich als Analytiker verstehen. Und die Frage stellt sich immer wieder – bin ich's wirklich?²

In der Gegenüberstellung der Seminare Bern und Zürich ist die Bedeutung der Lehrgeneration der Analytikerinnen augenfällig. Sie scheinen für die zukünftige Identität der Nachfolgenden maßgeblich. In Zusammenhang mit der »Selbstdeklaration« erfolgte aber bereits ein Hinweis auf den nicht zu unterschätzenden Stellenwert der peer-group. Die Suche nach Orientierung, Vergleichsmöglichkeiten, die momentane Identität bemißt sich an den anderen Kandidatinnen und Kandidaten. In dieser Gruppe gründen auch wichtige Freundschaftstraditionen. Die Geschichte des PSZ zeigt, wie weitgehende Initiativen daraus hervorgehen können.

Psychoanalytische Sichtweise der Ereignisse

Zuerst trafen wir uns in einer Schule, die hat halt so gerochen wie Schulen riechen, es war unerträglich... Die saßen unten und oben war der Dozent und redete. Die »Schüler« schwiegen und sagten nur, der redet besser als der andere, und spielten die Analytiker gegeneinander aus. So ein blödes Zeug, und es ging nicht mehr um die Analyse. (Goldy Parin-Matthéy 1988/255)

Das Verhalten einzelner Kandidaten wie die Entwicklung ganzer Institute, beispielsweise des Züricher Seminars, wird über weite Strecken psychoanalytisch gedeutet. Dies führt zusätzlich zur bestehenden Abhängigkeit durch die Ausbildung zu Verunsicherung und Pathologisierung. Das Abhängigkeitsverhältnis wird zementiert, selbst wenn dies nicht überall und von jedem der Autoren beabsichtigt ist.

Prägenitale Interpretation

Meerwein sah den Abspaltungsprozeß des PSZ von der SGP bereits in Tendenzen Ende der 20er Jahre, die sich nach dem Krieg und Ende der 60er Jahre aktualisiert hätten. Ihre Wurzeln lägen in der Erkenntnis der Manipulierbarkeit des Menschen durch die von Wissenschaft und Technik gesetzten Sachzwänge. Die neue Pathologie sei durch einen prägenitalen Charakter geprägt. Es gehe um tiefere archaische Bereiche als phallisch narzistische Exhibitionsgelüste. »Einzelnen unserer Mitglieder stellte sich die Frage, ob eine psychoanalytische Deutungstechnik entwickelt werden kann, die die... Verklammerung der Anpassungsmechanismen an gesellschaftliche Strukturen und Sachzwänge lockern und damit dem Analysanden erhöhte gesellschaftliche Autonomie und Freiheit vermitteln kann... Sind wir hier durch das Auftreten einer neuartigen Pathologie der Ohnmacht mit einem theoretischen und technischen Defizit konfrontiert, das eingeholt werden muß, soll die Psychoanalyse Bestand haben?« (Meerwein 1979/36ff)

Ödipale Interpretation

Eine andere Interpretation von Alexander Moser ging in Richtung »Anti-Ödipus«. Der ödipale Wunsch, dem Vater gleich und später überlegen zu sein, werde ersetzt durch den Wunsch, sich abzugrenzen, gerade nicht seinen Platz einzunehmen, »die ödipalen Gefahren zu vermeiden, ja die Existenz von Vater und Mutter, von Vaterschaft, Abstammung, Generationenabfolge, Vergangenheit und Tradition zu verleugnen und in einer narzißtischen Regression in einem aus sich selbst gezeugten Universum das Werk der Väter durch autonom narzißtische Schöpfungen zu ersetzen« (Moser 1985/17).

Narzißtische Interpretation

Thomas Kurz weist in seinem »Aufstieg und Abfall des Psychoanalytischen Seminars Zürich von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse« darauf hin, daß die Hinwendung zur Freud'schen Psychoanalyse in Zürich nach dem Krieg bedeutete, sich auf »feindliches« Terrain zu begeben. Die Gruppe der Analytiker habe in der Diaspora als geschlossene kohärente Gruppe davon gelebt, daß die Mitglieder außergewöhnlich und begabt gewesen seien. Sie sei gerade nicht im Schoß der SGP entstanden, sondern das »Kränzli« habe der SGP zu Anerkennung und Aufschwung verholfen. Die Mitglieder seien dann sukzessive der SGP beigetreten. Dasselbe habe sich 1968 wiederholt.

Nur daß später Parin den SGP-Vorsitz übernommen habe, um den Nachfolgenden den Eintritt zu ermöglichen, was diese aber weder erkannt noch genutzt hätten. So sei das liberale Erbe verloren gegangen. Kurz betont auch, daß die Divergenzen zwischen SGP und PSZ im wesentlichen nicht aus Inhalten bestanden, sondern in der Organisation, die als erstrebenswert erachtet wurde.

In diesem Zusammenhang verweist er darauf, daß bereits 1914 die Befürchtung innerhalb der psychoanalytischen Bewegung in der möglichen »Popularität« der Psychoanalyse lag. Ohne das Elitebewußtsein gehe ein wichtiger Teil des Reizes verloren: »Was gibt die entzauberte psychoanalytischen Tätigkeit auf die Dauer her, immer nur hinter der Couch, ohne narzißtische Zufuhr durch prestigeträchtige Ämter, ohne großes Publikum?« (Kurz 1993/52) Der Widerspruch in der Lehranalyse freilich sei auch in Zürich unterschätzt worden. Hier biete das Zürcher Modell keine Vorteile, »findet der Autonomiegewinn des Lehranalytischen gerade in der psychoanalytischen Gemeinschaft seine Grenze. Dies würde noch deutlicher, wenn wir nun all die nichtanalytischen, intimen Motive darstellen würden, die das Agieren der Akteure in diesem Konflikt auch mitbestimmt haben: Wer war bei wem in Analyse, wer hatte mit wem ein Verhältnis? Es fehlt hier nicht nur das. Es fehlt etwas, das trotz der Krisen und Konflikte nach wie vor als Ausdruck eines großen Vorteils dieser Art von Institution gewürdigt werden darf: Das Engagement für die Psychoanalyse und die Produktivität, die sich in den vergangenen 30 Jahren im Umfeld dieses Seminars entfaltet« (Kurz 1993/53).

Kritik an der Institution

Der letzte Kommentar weist bereits über intern psychoanalytische Deutungen hinaus. Auch wo es um institutionelle Kritik oder Kritik an der Ausbildung geht, steht jedoch der Bezug zu den Grundregeln der Psychoanalyse im Vordergrund. Vergleiche mit anderen Institutionen oder sozialen Gebilden werden kaum angestellt. Die Theorie, die zugleich Arbeitsinstrument ist, wird zur Erklärung der Aktivitäten benützt.

Meerwein publizierte 1979 im Bulletin der SGP seine »Reflexionen zur Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse in der deutschen Schweiz«. Er verwies auf Krisen und Spaltungen innerhalb der psychoanalytischen Bewegung von Beginn an. Die aktuelle Krise der SGP sah er folgendermaßen: »Ich glaube, daß uns die Betrachtung unserer 60jährigen Geschichte lehren kann, daß Krisen und Spaltungen psychoanalytischer Gesellschaften einen Index dafür

abgeben können, daß der jeweilige Stand psychoanalytischer Theorie, Technik und Institutionalisierung defizitär geworden, d.h. hinter dem Wandel menschlichen Selbstverständnisses und soziokultureller Gegebenheiten zurückgeblieben ist, und daß es dann zur Spaltung als Lösung einer Krise kommen muß, wenn das bestehende Theoriedefizit und die Insuffizienz der Institution als solche nicht anerkannt und innert nützlicher Frist aufgehoben werden können.« (Meerwein 1979/26ff)

Das Hauptproblem sahen interne Kritiker in der Diskrepanz zwischen psychoanalytischem Denken und Arbeiten, und in der Eigendynamik der Vereinigung mit ihrer Machtpolitik im Innern und nach außen; der systematischen Suche nach Anhängern und der Erwartung an die Kandidaten, sich der »Lehre« zu verschreiben. Von der Mehrzahl der Mitglieder wurden diese Prozesse als Mittel zum Zweck gesehen und genutzt; von den Kritikern als Problem, von einigen sogar als Übel erachtet. Wenn Bleuler 1911 mit den oben zitierten Argumenten aus der IPV wieder austrat, sind die Prozesse nicht erst im nachhinein erkennbar gewesen. Bleuler unterscheidet zwischen wissenschaftlichem Anspruch und religiösen und politischen Bestrebungen.

Kritik an der Lehranalyse

Cremerius sammelte die jahrzehntelange Kritik an der Lehranalyse: sie sei eine »nicht-Freudsche Technik« (Bernfeld 1962/454), ein Verfahren, das »eine Reihe von Kunstfehlern« enthalte, das zu langdauernder Abhängigkeit vom Lehranalytiker oder zur Auflehnung gegen denselben führe (A. Freud 1970/576); ein Verfahren, das die Kandidaten zu gläubigen Anhängern der Psychoanalyse mache (Widlöcher 1983). Trotzdem erhalte es sich in der beklagten Form (Cremerius 1986/1079). Anna Freud selbst sprach 1938 von einer »non rite Analyse« (1938/1950/80-94), 1976 einer »wilden« Analyse (1976/2805) und äußerte sich bis 1978 wiederholt in ähnlicher Weise. Bernfeld entwarf 1949 Statuten für ein »freies Institut« aus der Erfahrung institutioneller Prozesse. Darin betont er, daß »das Studium der Psychoanalyse nur eine Komponente in der Ausbildung des Psychotherapeuten ist«. Das Institut solle bei der Zulassung der Studierenden sehr liberal sein. Die Lehranalyse sei »in den richtigen Händen – lediglich ein weiteres Instrument..., das dem Analysanden zur Verfügung steht, um seine Konflikte zu meistern... Die Berater des Instituts sollten nicht überzogen vertrauensvoll hinsichtlich der Fertigkeiten der empfohlenen Analytiker sein...« Die »organisierte« Psychoanalyse sei »... ob Segen oder Übel,... ein gesellschaftliches Faktum und wird uns noch einige Zeit begleiten...« (Fallend/Reichmayr 1992/317-326).

1952 beklagt Bernfeld die Verschulung, die Merkmale einer »vorpsychoanalytischen Ausbildung auf Fragen der Verwaltung und Institutspolitik hin orientiert« (1984/438); er nennt die Lehranalyse eine »nicht-Freudsche«. Balint schreibt 1947: »Auf Seiten der Unterrichtsausschüsse und Lehranalytiker beobachten wir Geheimhaltung ihres esoterischen Wissens, dogmatische Verkündigung unserer Forderungen und autoritäre Techniken. Auf Seiten der Kandidaten... beobachten wir willige Annahme der esoterischen Legenden, Unterwerfung unter die dogmatische und autoritative Behandlung ohne viel Protest... Was wir bewußt bei unseren Kandidaten zu erreichen beabsichtigen, ist dagegen, daß sie ein starkes, kritisches Ich entwickeln. Ganz im Gegensatz zu diesem bewußten Ziel trägt unser eigenes Verhalten als Lehranalytiker Züge und läuft unser Ausbildungssystem darauf hinaus, daß es beim Kandidaten unweigerlich zu einer Schwächung dieser Ich-Funktionen führt.« (1947/317)

McLaughlin fragte 1967, »aus welchen Motiven wir so beharrlich an einem Modell festhalten, das wir ansonsten als unanalytisch bewerten?« (1967/230-247). Limentani pointierte 1986 als Präsident der IPV: »Dadurch, daß wir jemanden in eine sogenannte Lehranalyse nehmen, verüben wir einen vernichtenden Angriff auf das Setting, ganz abgesehen davon, daß wir Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme schaffen.« Eissler sprach gar von »symbolischer Sohnestötung« (1969).

Dennoch, so Cremerius, »ist die Lehranalyse in der alten Form immer mehr verfestigt worden, und dadurch, daß sie immer mehr verlängert wurde (... tausend und mehr Stunden mit fünf bis vier Wochenstunden...) wächst die Gefahr, daß die genannten Schäden – Indoktrination, Erfolglosigkeit und unaufgelöste Übertragungsbindung – weiter zunehmen. Wo ist die Verbindung zwischen diesen Mängeln der Lehranalyse und der Krise der Institution? Zum einen läßt die infantile Bindung, der unaufgelöste ödipale Komplex mit seiner ambivalenten Gefühlsbeziehung, kein vorurteilsfreies Denken, kein freies Wählen zu (wenn der Ödipuskomplex nicht bearbeitet ist, sinkt das Erkenntnisvermögen): Diese Denkhemmung erschwert die Ausbildung einer wissenschaftlichen Gesellschaft« (1995/18-19). Analog dazu ist die Beziehung zu Freud als Gründervater nach wie vor unaufgelöst. Junker schreibt »Von Freud in den Freudianern«: Der Gründervater habe seinen Schülern auch seine Neurose hinterlassen, die diese wegen des Verbots des »Vatermords« nicht auflösen dürften, sondern leben müßten (1991). Sie sind gezwungen, die Psychoanalyse »als Doktrin zu bewahren« (Knight 1953/211). Die Geschichte der Psychoanalyse wurde bisher in Hagiographien oder »Entlarvungsliteratur« beschrieben. Eine historische Aufarbeitung fand kaum statt (Micale/Porter 1994). Freuds

Schriften werden als aktuell, als »Wahrheit«, nicht als historische Texte gelesen (Hoffmann-Richter 1994)

Kritik am Auswahlverfahren

Das Auswahlverfahren, wie es in den meisten Ländern praktiziert werde, habe eine Trefferquote von etwa 50 % und entspreche damit dem Zufall. Allenfalls fänden Kandidaten leichter Zugang, die sich als »unanalysierbar«, »Normopathen« oder »dull normal people« erwiesen. Überdies sei dieses Verfahren demütigend und lege die Machtverhältnisse für die Dauer der Ausbildung fest, ohne daß die Betroffenen Einsicht in die Art der Auswahl oder ein Einspruchsrecht hätten (Cremerius 1986;1995).

Die Ausbildung als Noviziat

Nach Bleuler wurde wiederholt die Parallele zwischen der Psychoanalytischen Bewegung und einer religiösen Gemeinschaft gezogen. Sachs sprach in unkritischer Haltung von dem Bedürfnis eines »Noviziats« (1930). Cremerius sieht die psychoanalytische Ausbildung »zwischen Berufsschule und Priesterseminar« und »Züge einer Kirche« in der psychoanalytischen Institution. »Die Identitätsbildung des Analytikers erfolgt nach dem Muster der religiösen Konversion«, zitiert Cremerius Klauber (1980). Die Spaltungs- und Abfallbewegungen hätten ihren Ursprung in den Lehranalysen, »in denen ein wesentlicher Teil der Analyse, die Durcharbeitung von Aggression, von Wut und Neid nicht möglich ist, weil der Lehranalytiker zugleich der Repräsentant der Institution ist, in die man hinein will« (Cremerius 1995/19). Das Übergewicht der Selbsterfahrung befördere die Selbstghettoisierung der Institute. Die Abschottung zu anderen Wissenschaftsbereichen sei augenfällig. Die mangelnde Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse ebenfalls (Cremerius 1995). Bis heute gibt es nur eine Langzeitstudie, die die klinische Wirksamkeit von Psychoanalyse und analytischer Psychotherapie untersucht hat (Wallerstein 1986).

Supertherapie und schulspezifische Skotome

Thomä sieht den Grund der Stabilität des traditionellen Ausbildungssystems und insbesondere der Lehranalyse in einer unheiligen Allianz: »Die Lehranalyse verdankt ihre Bezeichnung der ihr zugeschriebenen Funktion: Sie soll spezielle Wahrnehmungseinschränkungen beseitigen... Die... gewonnenen Einblicke in seelische Abläufe und Zusammenhänge

haben eine befreiende Wirkung und einen therapeutischen Aspekt... Insofern hatte die Lehranalyse von Anfang an eine therapeutische Funktion, die im Laufe der Jahre immer stärker in den Mittelpunkt rückte. Zu dieser Entwicklung tragen alle Beteiligten bei. Der Analytisch hat therapeutische Ziele neben seinem Berufswunsch. Die Praxis vieler renommierter Analytiker ist auf die Behandlung von Kandidaten ausgerichtet. Das Institut erwartet von der Lehranalyse günstige Auswirkungen auf den Charakter des Kandidaten. Dieses Dreieck stabilisiert sich selbst. Kritik löst allseitige Beunruhigung aus. Angesichts der inzwischen erfolgten Ausgestaltung der Lehranalyse zur Supertherapie ist eine Rückbesinnung auf die didaktische Funktion ebenso dringlich wie unbeliebt.« (Thomä 1991/429) Freud selbst zweifelte schließlich daran, ob die Analytiker selbst »durchwegs das Maß von psychischer Normalität erreicht haben, zu dem sie die Patienten erziehen wollen« (1937/93).

Neben der angesagten Skepsis im Hinblick auf die erwünschten Wirkungen einer Lehranalyse hat sie ungeplante Effekte. Thomä betont die ungewöhnlichen Belastungen durch den Beruf. Dadurch nehme die Anfälligkeit für das Helfersyndrom zu. Die »Superlehranalyse« verhindere dies nicht, im Gegenteil. »Im übrigen scheint die psychoanalytische Purifizierung, wenn sie über die Vermittlung von Einsicht in persönliche Komplexe hinausgeht, sogar zu größeren, und zwar zu systematischen Skotomen führen zu können. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß gerade die jahrelangen Lehranalysen in den jeweiligen psychoanalytischen Schulen und Richtungen zu Einseitigkeiten, zu systematischen Wahrnehmungseinschränkungen führen, so daß persönliche durch schulspezifische Skotome ersetzt werden.« (Thomä 1991/423) Wie kaum ein Kritiker benennt Thomä die möglichen Schäden für die Identität wie die therapeutische Arbeit der Kandidatinnen, die durch die aktuelle Form der Ausbildung entstehen können.

Soziologische Sicht der Situation

Wir wissen, welches Ziel alle Initiationsriten haben: sie sollen den Neuling zwingen, sich mit dem Clan zu identifizieren. (Michael Balint 1947/317)

Klarheit besteht anscheinend einzig darüber, daß die Theorie der Psychoanalyse, ihre klinische und kulturkritische Anwendung getrennt werden muß von der Psychoanalyse als Institution. Die Eigendynamik von Gruppen und Institutionen wird in ihrer Bedeutung unterschätzt

– als verlören sie an Existenz, sobald sie psychoanalytisch deutbar sind. Psychoanalytische Deutungsmuster bergen zudem oft die Gefahr in sich, daß institutionelle Prozesse mit familiären verwechselt oder auf die intrapsychische Dynamik der einzelnen Mitglieder reduziert werden (Buchinger 1993). Die Geschehnisse im Zürcher Seminar beispielsweise werden in eins gesetzt mit (vermeintlich) individuellen Prozessen der Kandidatinnen. Im folgenden werden wir zunächst die institutionelle Entwicklung einschließlich ihrer Interpretationen betrachten, um dann die Auswirkungen auf die Identitätsbildung zu beschreiben.

Die Eigendynamik von Institutionen

In einer Kleingruppe kennen sich die Mitglieder gut; der Austausch ist unkompliziert. Selbst in Betrieben ist Arbeit ohne eindeutige Hierarchie möglich. Eine größere Gruppe von Personen bedarf einer Struktur, um miteinander zu verkehren. Wird ein Verein gegründet, gibt er sich »Statuten«, die die Ordnung nach innen regeln und etwas über die Haltung, Stellungnahmen, Funktionen nach außen aussagen. Darin wird auch die Macht der Leitenden begrenzt. Entsteht eine Institution, ist der professionelle Umgang über die Funktion geregelt: Persönliche Sympathien oder Antipathien haben sich ihr unterzuordnen. Voraussetzung für die Arbeit ist, daß sie durch anderen Formen der Beziehungen nicht (negativ) beeinflusst wird. Die Institution entwickelt mit ihrer Struktur eine Eigendynamik, die erheblichen Einfluß auf die einzelnen nimmt. Sie ist weit mehr als die Summe ihrer Teile – ein lebendiges Gebilde. Die Betrachtung des Individuums alleine klammert zu viel aus, als daß dadurch Geschehnisse verständlich würden.

Nicht zuletzt bedarf Ausbildung dieser Struktur. Sie hat zur Folge, daß es Lehrende und Lernende gibt. Selbst wenn die Strukturen vorsehen, daß die hierarchischen Unterschiede nicht dadurch bestimmt werden sollen, macht diese Tatsache einen Unterschied.

Macht ist eine notwendige Voraussetzung, um in einer Institution Einfluß zu nehmen. Ohne Macht ist dies nicht möglich. Macht ist nichts per se negatives oder positives. Aber sie muß zugewiesen und begrenzt sein. Mit Beginn der Institution müssen die Verantwortlichen klären, was die Einrichtung zusammenhalten soll: Besteht die gemeinsame Grundlage in Statuten, persönlichen Verflechtungen, einem bestimmten Ziel oder einer Ideologie? Die persönliche Kontrolle oder Einflußnahme auf einzelne Personen durch die Verantwortlichen ist zwar möglich, aber das Gegenüber muß sich daran nicht halten. Maßgeblich sind allein die für alle gültigen Regeln.

Unzweifelhaft entwickeln sich in jeder Institution außer berufli-

chen auf die eine oder andere Art persönliche Kontakte. Dies ist überall der Fall, wo Menschen zusammenkommen. Das bedeutet zugleich, daß außer der institutionellen Zuordnung andere Verbindungen entstehen und – sobald sie existieren – mit den institutionellen Funktionen interagieren. Die Kommunikation wird um so komplizierter, je mehr solcher verschieden gearteter Verbindungen existieren. Sie dürfen jedoch für die Aufgaben der einzelnen keine Rolle spielen. Im persönlichen Umgang tun sie dies. Im Alltag ist es gerade nicht möglich, Funktionen oder Formen der Beziehung aus der Lernsituation oder der gemeinsamen Arbeit auszuklammern.

Bedeutung für psychoanalytische Institute

Aufgrund dieser Gegebenheiten spielen institutionelle Macht und Lehrfunktionen in der Analysand-Analytiker-Beziehung eine Rolle. Die Interaktion wird nicht einfacher – wie aufgrund des Settings unterstellt –, sondern komplizierter. Das Wissen darum, die Übereinkunft, in bestimmten Situationen nur aufgrund einer bestimmten Rolle zu interagieren (z.B. im Institut als Lehrende – Lernende; in der Analyse als Analysandin – Analytikerin; im Alltag als auf eine spezielle Weise Bekannte) trägt ein Stück weit, kann aber nicht aus den Köpfen eliminiert werden, als existiere das andere nicht. All dies ereignet sich unabhängig davon, wie man zum Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen stehen mag. Nimmt man es als gegeben an, treten noch weitaus komplexere Bezüge auf. Die obengenannten Bezüge sind aber dadurch weder erklärt noch aufgehoben! Die alleinige Beschäftigung mit psychoanalytischen Erklärungen mag die Illusion wecken, die übrigen Prozesse ausschließen zu können. Dies ist jedoch nicht der Fall. Vielmehr führt solcher Umgang mit der Situation dazu, daß Problemfelder übersehen werden – oder als Übel gefürchtet.

Aus der Geschichte des PSZ wird deutlich, daß die Beteiligten die Problematik der Institution fortgesetzt diskutierten. Es war ihnen bewußt, daß sie sich nicht auf die Idee der Psychoanalyse beschränken konnten. Sie suchten nach Wegen, Inhalte und institutionelle Prozesse zu vereinbaren. Die ältere Generation war sich darüber im klaren, daß die organisatorischen Neuerungen auf Schwierigkeiten stoßen würde. Parin wurde Präsident der SGP, um den Jüngeren den Eintritt zu ermöglichen. Aber diese erkannten die Situation nicht. Sie wähten sich auf der Seite der psychoanalytischen Idee und erkannten nicht die Tragweite der institutspolitischen Probleme. Obwohl die Mitglieder des PSZ in ihrer Auseinandersetzung im psychoanalytischen Denkgebäude blieben, erregten sie in der IPV Anstoß. Das liberale Erbe des

PSZ wurde nicht integriert. Vielmehr wurden die Mitglieder gezwungen, sich anzupassen oder den Ausschluß hinzunehmen. Wie Kurz darstellte, waren nicht inhaltliche Gründe ausschlaggebend, sondern allein institutionell organisatorische. Die Geschichte der Ausschlußbewegung setzte sich fort.

Der Fachdiskurs als Regierungsinstrument

Fatal wird die Situation, wenn die Beziehung in der Analyse gezielt zu »erzieherischen«, um nicht zu sagen indoktrinativen Zwecken im Dienste der Institution mißbraucht wird, wie dies – von Freud angefangen – getan und beschrieben wurde. Der Fachdiskurs darf nicht als »Waffe« in Auseinandersetzungen herangezogen werden. Institutionelle oder machtpolitische Probleme liegen auf einer andere Ebene und müssen dort, nicht innerhalb der analytischen Tätigkeit, angegangen werden.

Im Beispiel der psychoanalytischen Ausbildung im allgemeinen und des PSZ im besonderen wählen wir die »Regression« der Kandidaten als Beispiel für den machtpolitischen Gebrauch des Fachdiskurses: Die erste Degradierung ist Geschichte – sie erklärte den Analysanden zum Patienten. Die zweite besteht in der vorherrschenden Übertragungssituation der Analysanden als »Kinder« und der Lehrenden als »Eltern«. Dies ist durchaus nicht so zwingend, wie es ständig propagiert wird. Die folgende tückische Entwertung liegt in der Kritik eines Verhaltens, das der realen Situation entspricht: Die Kandidaten benähmen sich wie regredierte und unreife Kinder. Als Regression oder mangelnde Produktivität wird den Kandidaten wiederholt vorgeworfen, daß sie während der Zeit der Lehranalyse kaum wissenschaftlich arbeiten. Wie sehr aber die Selbstbeschäftigung, der Blick nach innen, ganz abgesehen vom Zeitaufwand für die Ausbildung neben voller Berufstätigkeit und nicht selten Familiengründung, weitere Aktivitäten verhindert, wird nicht in Rechnung gestellt. Ob aufgewendete Lebenszeit in den altersmäßig produktivsten Jahren eines Menschen auf diese Weise investiert werden darf; ob die Jahre und nicht selten über tausend Analysestunden; ob die Zigtausende, die die Ausbildung kostet, dem Aufwand entsprechen, wird bisher nur hinter vorgehaltener Hand von Kandidaten formuliert. Die Situation der Kandidatinnen und Kandidaten ist die Adoleszenter, die in Abhängigkeit von ihren Eltern ihre Ausbildung antreten und sich – finanziell abhängig – abzulösen suchen. Die psychoanalytische Ausbildungssituation verlängert diese persönliche, finanzielle und berufliche Abhängigkeit weit über das erträgliche und entwicklungsfördernde Maß hinaus. Nicht die Kandidatinnen sind regressiv, ihre Situation zwingt zur Regression. Komplizierter stellt

sich die Situation heute an den Psychoanalytischen Seminaren Zürich und Bern dar, wo von den jüngeren Mitgliedern erwartet wird, daß sie ihre Ausbildung in eigener Verantwortung gestalten, und diese vermehrt den Wunsch nach klaren Richtlinien äußern.

Als Aufschrei hat eine der Autorinnen (U. H.-R.) die Rechnung einer Psychologin gegen Ende der Ausbildung in Erinnerung. Sie trug dem Ausbildungsausschuß und den Mitkandidatinnen vor, was sie an Zeit und Geld in den einzelnen Jahren der Ausbildung aufgewendet hatte: zwischen 20 und 40 Wochenstunden neben ihrem Beruf. Die Finanzen entsprachen dem Verhältnis – die Hälfte bis zwei Drittel ihres Gehalts gingen über Jahre an die Ausbildung. Ihr Partner begann zu streiken. Sie fragte, ob dies das berühmte »Lieben und Arbeiten Können« sein sollte. Aber ein etablierter Analytiker schrieb noch 1992 auf den Buchrücken eines Sammelbandes zur Lehranalyse ohne Ironie: »Selbstverständlich können es sich vorerst nur ausgewiesene, international anerkannte Psychoanalytiker erlauben, die überkommenen Grundsätze in Frage zu stellen und nach Alternativen zu forschen.« (Streek/Werthmann 1992)

Das Zitat erweckt den Eindruck, als sei Kritik an der psychoanalytischen Ausbildung ein Tabu, das nun vorsichtig gebrochen werde. Mit Literatur zur Sexualität in therapeutischen Beziehungen wurde in den letzten zwanzig Jahren ähnlich umgegangen: Die Problematik war vom Beginn der Psychoanalyse an bekannt und wurde wiederholt geäußert, ohne daß sie gehört und umgesetzt wurde. Und in den Instituten wird das Thema seltenst angesprochen. Was, wenn nicht all dies, ist die künstliche Erhaltung erwachsener, gestandener Männer und Frauen in institutionell hergestellten Abhängigkeiten!

*Zwischen hoher Qualifikation und totalitärem Zugriff
auf die Persönlichkeit*

Die gezielte Verwischung therapeutischer, didaktischer und machtpolitischer Zwecke führt zur vollständigen Unglaubwürdigkeit. Darüber hinaus mag sie für kirchliche Einrichtungen typisch sein; sie ist es in jedem Falle für totalitäre Institutionen. Goffman beschrieb dies schon 1961 treffend: »In Verwaltungs- und Arbeitssituationen braucht der Insasse sich wahrscheinlich nur nach Handlungsnormen zu richten. In welchem Geist und mit welchen Gefühlen er seiner Aufgabe nachgeht, ist offiziell ohne Belang. In Gehirnwäschelagern, religiösen Institutionen und psychotherapeutischen Instituten werden die privaten Gefühle des Insassen thematisiert. Die bloße Einhaltung der Arbeitsnorm genügt hier nicht, und die Verinnerlichung der Normen des Stabes durch

den Insassen wird sowohl aktiv angestrebt, wie sie sich auch als Neben-
effekt ergibt.« (Goffman 1961/1973/118)

Dies ist die unliebsame Kehrseite der Forderung, daß eine Einrichtung wie ein psychoanalytisches Institut nur völlig integre, moralisch einwandfreie und der Sache verschriebene Personen hervorbringen soll. Keine noch so hehre Idee – auch hier finden sich Parallelen zu religiösen Einrichtungen – ist geschützt vor Mißbrauch – auch nicht durch die Institution, wie Cremerius für Freud gezeigt hat. Auch kann keine Ausbildungsordnung davor schützen, sie ausschließlich formell – nach sichtbaren, erwünschten Kriterien – zu absolvieren. Die Ablehnung einer institutionellen Entwicklung ist keine Lösung, solange man nicht vollständig auf jegliche Form der Organisation verzichtet und dafür sorgt, daß eine vertretene Theorie allein zu einer Haltung führt, mit der eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird, und zu nichts weiter. Dies dürfte in der Realität kaum steuerbar sein. Gibt es einen Weg zwischen dem aufrichtigen Wunsch, Mitglieder auszubilden, die allein an höchstqualifizierter Tätigkeit interessiert sind und dem Zugriff auf die Persönlichkeit bis hin zu intimsten Gedanken?

Einsichten, wie sie die Psychoanalyse hervorbringt, in Wünsche, Begierden, Aggressionen..., wecken die Illusion, über die erkannten Phänomene Macht zu haben. Einzelne Kritiker haben darauf aufmerksam gemacht. Als Institution verhält sich die Psychoanalyse weiterhin so, als besitze sie solche Fähigkeiten. Diese Unbestimmtheit sorgt dafür, daß der »Glaube« gepflegt wird und Aufklärung propagiert. Beides hilft, über die Niederungen der Institution hinwegzusehen.

Die Psychoanalytische Vereinigung ist derzeit eine Mischung aus quasireligiöser Vereinigung, wissenschaftlicher Einrichtung und berufspolitischem Verband. Deshalb ist sie keines richtig. Sie hat eine diffuse Identität. Ihre Mitglieder ebenfalls. Die IPV muß für sich klären, ob sie die innere Identifikation über Glaubenssätze, ihre Struktur, ihr wissenschaftliches Grundgerüst oder die Berufs- und Standesorganisation herstellen will. Ist es die wissenschaftliche Fundierung der Therapie, dürfen Struktur, Berufsorganisation und Stellung der Institute in der Gesellschaft nicht vernachlässigt werden, sondern müssen vielmehr wie in anderen Institutionen ernstgenommen und gepflegt werden.

Höchstwahrscheinlich verdanken die Institute in ihrer heutigen Form ihre Existenz der Lücke, die sie für die menschlichen Bedürfnisse der betreffenden Berufsgruppen füllen. Es könnte sein, daß die kritisierte unklare Form der Institute zu ihrer Blüte beigetragen hat. Das PSZ dürfte eines der wenigen Institute sein, in dem von Beginn an die Problematik der Institutionalisierung erkannt und diskutiert wurde, wenngleich bevorzugt innerhalb des psychoanalytischen Diskurses.

Sein berufspolitisches Scheitern hat möglicherweise auch mit der mangelnden Kompetenz in institutionellen Fragen zu tun. Dazu gehört auch die Ansicht, daß die faktische Aussperrung von 1977 und der (auferlegte) Verzicht auf Anerkennung nicht als Verlust zu sehen sei, sondern von vielen PSZ-Exponenten bis heute als politischer Erfolg erachtet wird (Borer 1993/128ff).

Utopie oder Illusion?

Das ist, glaube ich, das Wichtigste, was auch ein Analytiker in Ausbildung erwerben und erleben muß, daß er ganz allein verantwortlich ist.
(Goldy Parin-Matthéy 1988/256)

Anpassung an die Regeln des Instituts sind sinnvoll, insofern das Institut als vertrauenswürdig und in seinen Zielen für die eigene Person als erstrebenswert gewählt wurde. Wenn aber dieser Prozeß innerhalb des Instituts über Glaubenssätze und Gehorsam erfolgt, werden diese Prinzipien mit tradiert. Es bedarf massiver Anstrengungen, sie als solche zu erkennen und sich gegen sie abzugrenzen. Die Beschäftigung mit institutionellen Prozessen ist nicht nur aus berufspolitischen Gründen wichtig, sondern auch aufgrund der Bedeutung, die die Ausbildungseinrichtungen für die berufliche Entwicklung der Kandidatinnen haben.

Die zunehmende Konzentration auf die Identitätsbildung der Kandidaten, auf die »unendliche Analyse«, sorgte nicht nur dafür, daß andere Aufgaben vernachlässigt wurden. Sie hat auch einen erklecklichen Anteil daran, daß aus dem fehlenden Angebot zur Identitätsbildung in den ersten Berufsjahren ein religiös überhöhter Akt wurde, der den Bezug zur ausgeübten Tätigkeit verlor. Der Gedanke, nur solche Persönlichkeiten auszuwählen, die besonderes leisten, und sie durch die Ausbildung zu »besseren Menschen« machen zu können, hat etwas bestechendes. Selbst der bescheidenere Anspruch, persönliche und Berufsidentität in eins zu verschmelzen, wie dies in früheren Jahrhunderten einfacher möglich war und bis in die Gegenwart Ärztinnen und Pfarrern gerne zugeschrieben wird, ist bestenfalls ein Ideal. Das »Kränzli« sah die Lösung über Jahre in der Weigerung, sich als Lehrende zur Verfügung zu stellen und die Folgen einer Institutionalisierung tragen zu müssen. Parin-Matthéy hat unseres Wissens diese Haltung am konsequentesten umgesetzt. Von ihr stammen die Zitate über den Kapiteln dieses Beitrags. Sie sind einem der wenigen Interviews entnommen, die sie gab.

Anmerkungen

1. Inzwischen ist dies auch in anderen Ländern üblich, u.a. in Frankreich, Kanada und einigen Südamerikanischen Ländern.
2. Zur berufspolitischen Bedeutung der Instituts- und Ausbildungsorganisation wird eine der Autorinnen (S.W.) in einem späteren Heft Stellung nehmen.

Literatur

- Alexander, F. (1930): Der theoretische Lehrgang. In: Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Wien, Internationaler psychoanalytischer Verlag, 54-58
- Balint, M. (1966): Über das psychoanalytische Ausbildungssystem. (1947) In: ders. Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern Stuttgart, Huber/Klett
- Bernfeld, S. (1992): Das »freie« Institut. (1949) In: Fallend, K.; Reichmayr, J.: Siegfried Bernfeld oder die Grenzen der Psychoanalyse. Basel, Stroemfeld/Nexus
- Bernfeld, S. (1984): Über die psychoanalytische Ausbildung (1952) *Psyche* 38, 437-459
- Borer, C. (1993): Vorhandenes und Ausgelassenes. Gedanken zur Ausbildung am Psychoanalytischen Seminar Zürich. *Luzifer-Amor* 12, 124-142
- Brecht, K.; Friedrich, V.; Hermans, L.M.; Juelich, D.; Kaminer, I.J. (1985): »Hier geht das Leben auf eine sehr merkwürdige Weise weiter«. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland. Hamburg, Kellner
- Buchinger, K. (1993): Zur Organisation psychoanalytischer Institutionen. *Psyche* 47, 31-70
- Cremerius, J. (1986): Spurensicherung. Die »Psychoanalytische Bewegung« und das Elend der psychoanalytischen Institution. *Psyche* 40, 1063-1091
- Cremerius, J. (Hrsg.) (1995): Die Zukunft der Psychoanalyse. Frankfurt, Suhrkamp
- Eissler, K.R. (1969): Irreverent remarks about the presence and the future of Psychoanalysis. In: *Int. J. of Psychoanalysis* 50, 461-471
- Ferenczi, S. (1970): Zur Organisation der psychoanalytischen Bewegung (1910/11). In: Balint, M. (Hrsg.): *Schriften zur Psychoanalyse*. Frankfurt, S. Fischer, 48-58
- Finzen, A.; Hoffmann-Richter, U.: Göttermythen. Im Druck
- Finzen, A.; Hoffmann-Richter, U. (1995): Sexualität in psychotherapeutischen Beziehungen. Die deutschsprachigen Monographien Teil I. *Psychiat. Prax.* 22, 83-86
- Freud, A. (1970): Probleme der Lehranalyse (1950); wiederabgedruckt in: *Psyche* 24, 565-576
- Freud, A. (1980): Bemerkungen über Probleme der psychoanalytischen Ausbildung. In: *Die Schriften d. A. Freud*. Bd. 10, München, 2805-2810
- Freud, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW VIII* 375-387
- ders. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW XII* 181-194
- ders. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. *GW XVI* 57-99
- ders. und Pfister, O. (1963): Briefe 1909-1939. Freud, E.L.; Meng, H. (Hrsg.). Frankfurt, S. Fischer
- Gay, P. (1989): Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt, S. Fischer
- Goffman, E. (1972): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt, Suhrkamp
- Hoffmann-Richter, U. (1994): Freuds Seelenapparat. Die Geburt der Psychoanalyse

- aus dem Wiener Positivismus und der Familiengeschichte Freuds. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Hoffmann-Richter, U.; Finzen, A. (1995): Sexualität in psychotherapeutischen Beziehungen. Die deutschsprachigen Monographien Teil II. Psychiat. Prax. 22, 126-129
- Junker, H. (1991): Von Freud in der Freudianern. Essays. Tübingen, edition diskord
- Knight, R. (1953): The present status of organized psychoanalysis in the United States. J. Am. Psychoanal. Ass. 1, 197-221
- Kurz, T. (1993): Aufstieg und Abfall des Psychoanalytischen Seminars Zürich von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse. Luzifer-Amor 12, 7-54
- Limentani, A. (1984): Changes in candidate-patients. In: Wallerstein, R.S. (Hrsg.): Changes in Analysts and in their Training. Monograph Series 4, 23-24
- Meerwein, F. (1979): Reflexionen zur Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse in der deutschen Schweiz. Bulletin 9, Schweiz. Ges. für Psychoanalyse
- Micale, M.S.; Porter, R. (1994): Discovering the History of Psychiatry. New York Oxford, Oxford University Press
- McLaughlin, J. (1967): Addendum to a controversial proposal. Some observations on the training analyses. Psychoanal. Quart. 36, 230-247
- Morgenthaler, F.; Berna, J. (1967): Psychoanalytische Ausbildung. Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse, Bulletin 5, 1ff
- Morgenthaler, F. (1993): Memorandum über Ziel, Sinn und Organisation des Seminars Zürich. Luzifer-Amor 12, 201-207
- Moser, A. (1985): Illustrierte Grundprobleme der angewandten Psychoanalyse (Antioedipus-Protestbewegung der Jugend-Dissidenz). Zürich, unveröff.
- Parin, P.: Interview Juni 1994. Unveröff.
- Parin-Matthéy, G. (1988): Subjekt im Widerspruch. Ein Gespräch mit Goldy Parin-Matthéy. In: Parin, P.; Parin-Matthéy, G.: Subjekt im Widerspruch. Frankfurt, Athenäum, 253-258
- Schweizerische Konferenz der Ausbildungsinstitutionen für Psychotherapie und der psychotherapeutischen Fachverbände: Charta für die Ausbildung in der Psychotherapie 1991
- Streek, U.; Werthmann, H.V. (Hrsg.) (1992): Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht
- Thomä, H. (1991): Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse (1). Psyche 45, 385-433
- Thomä, H. (1991): Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse (2). Psyche 45, 481-505
- Wallerstein, R.S. (1986): Forty-Two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy. New York London, The Guilford Press
- Widlöcher, D. (1983): The professional career of the psychoanalyst and problems of training. In: Psychoanalytic Training in Europe. Bull. Monographs, 37-43

Nachanalyse – in eigener Sache

■
Helmut Junker

Zur Einführung:

1993 erschien in der edition diskord Helmut Junkers »Nachanalyse«. Der gestandene Lehranalytiker und Professor hatte sich noch einmal in Therapie begeben entsprechend der Empfehlung Freuds, nicht die Lehranalyse zu Beginn der Ausbildung zu lange auszudehnen und dafür nach Jahren der Berufserfahrung sich neuerlich in Analyse zu begeben. Soweit Zahlen dazu vorliegen, tut dies nur ein kleiner Teil der praktizierenden Analytiker und Analytikerinnen. Gesprochen wird darüber weder in Fachkreisen noch in der Öffentlichkeit. Trotz bekannter, vielfältiger Schwierigkeiten, die der »unmögliche Beruf« mit sich bringt, wird das Bild des durchanalysierten Menschen im Sessel hinter der Couch gepflegt. Die Herausgeberinnen deuteten die Publikation von Junkers Aufzeichnungen aus seiner Nachanalyse als Zeichen dafür, daß die starren Vorstellungen innerhalb und außerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft über diejenigen, die Psychoanalyse betreiben, sich vorsichtig lösen. Die Reaktionen auf die Nachanalyse – Entrüstung, Vorwürfe und persönlich Angriffe – sprechen dafür, daß die Betreffenden weiterhin ihr Ideal hochhalten wollen und sich allenfalls heimlich über eigene Beschwerden Gedanken machen oder sich mit Kollegen über Probleme austauschen. Die Herausgeberinnen erachteten diesen Umgang mit Junkers »Nachanalyse« als bemerkenswert und haben ihn aufgefordert, über die Reaktionen auf sein Buch und seine Gedanken dazu in der PSYCHOTHERAPEUTIN zu berichten. (U. H. R.)

Mein Text entstand aus Tagebuchnotizen, geschrieben über den Verlauf einer analytischen Psychotherapie, die sich einstündig kaum länger als ein Jahr erstreckte. Annähernd tägliche Aufzeichnungen begleiten mich lebenslang. Die Motivation, aus diesen getrennten Passagen einen Therapiebericht herzustellen, wurde mir in den letzten Therapiestunden deutlich, als ein Gefühl der Dankbarkeit gegenüber dem Analytiker und der Lebensgefährtin, die so vieles miterlitten hatte, nach Ausdruck verlangte. Schließlich empfand ich Stolz, daß es mir, einem inzwischen deutlich älter gewordenen Analytiker, gelungen war, aus einer psycho-

somatischen Erkrankung (Asthma bronchiale) herauszufinden, mich zu re-psychisieren und bis heute symptomfrei leben und arbeiten zu können. Eher hatte ich damals erwartet, eine bis ins Wahrnehmbare reichende Überempfindlichkeit würde zurückbleiben, eine Symptommähe, ein »Hinken«.

Über meine gesamte Berufszeit befasste ich mich mit dem Thema des »Schreibens über das Sprechen«, mit Fallberichten, Fallnovellen, Erzählungen über Therapien. Zusammen mit Th. Wassner verfaßte ich 1985 eine Art Lehrbuch »Psychotherapeutisch denken«, hatte zuvor Jugendbücher, Erzählungen und mit J. Link zwei zeitkritische Romane veröffentlicht; dazwischen liegen Einzelarbeiten über linguistische Forschungen in der Psychotherapie (mit G. Overbeck) und über Fragen der Ausbildung zum Therapeuten, z.B. »Der beschriebene Patient und der schreibende Analytiker« (1987). Warum, nach langer Berufserfahrung, nicht einmal einen Text über den Analytiker als Patient versuchen, hier einen, den ich kennen sollte, mich selbst?

Zunächst galt die Suche nach dem literarischen Genre, das geeignet war, meinen Wunsch nach Darstellung eines unbewußten Prozesses, eines Heilungsweges wenigstens in Ansätzen abzubilden. So »originalgetreu« das Tagebuch auch war, der Leser oder die Leserin wäre im Dickicht der Verkürzungen, Idiosynkrasien, nur mir selbst Verständlichem, steckengeblieben. Eine breiteren Kreisen zugängliche Geschichte im Stile »Meine Therapie« oder »Mein Analytiker und ich«, war nicht beabsichtigt, und eine Novelle hätte ins dezidiert Literarische ausschweifen müssen, was sich zu weit von meinen Absichten (und Fähigkeiten) entfernte. Unbedingt wollte ich die Authentizität eines analytischen Vorgangs darstellen und konnte daher auch die Lebensbeschreibung von Analytikern, die unter dem Titel: »Psychoanalyse in Selbstdarstellungen« in mehreren Bänden vorliegen, kaum zum Vorbild nehmen. Dort war die Eigenanalyse so gut wie nie als aus dem Leiden kommend erwähnt, nicht als Notwendigkeit – nur eine Normalität der Ausbildung. Soweit die Biographie skizziert wurde, hätte man vor der Ausbildung ebensogut denken können, diese zukünftigen Analytiker hätten ebensogut Richter und Anwälte, Internisten oder Verkehrspsychologen werden können (vgl. L.M. Hermanns (Hg) 1992, 1994).

Also entschloß ich mich zu einer eher kargen Fiktionalisierung, behielt die zeitlichen Abläufe wie in dem Tagebuch bei. Ich anonymisierte die Kollegen, die mir nicht ausdrücklich freie Feder gewährt hatten – und an den Rändern sickern, wenn man meinen engsten persönlichen Lebenskreis sieht, sicher auch Indiskretionen durch, die ich bedaure. Bei voller Berücksichtigung aller Anonymität – zumal über die Eltern – wäre nur noch ein Fallgerippe übriggeblieben, fachsprach-

liche Dynamik, ich hätte den Rat eines Freundes befolgen müssen: »Am besten veröffentlichst du das alles nicht.«

Ein besonderes Problem wurde mir beim Schreiben des Textes bewußt, ohne daß ich es sprachlich hätte ändern können: Die der analytischen Therapie eigene Regression, das Schwergewicht aus den Erfahrungen der Kindheit, wirft ein schiefes Licht auf die Wirklichkeit der Eltern, erkennt sie nur aus der vergrößernden Sicht des Kindes. Der Erwachsene spürt in sich die Introjektion der Eltern, das biographische Erbe, von dessen neurotischer Verfestigung und der Tendenz, eingeflüßte Lebensmuster zu wiederholen, trotz der langen analytischen Bemühungen sich nur schwer zu lösen ist. Während die Passagen über die Eltern von manchen Lesern als zu einseitig, zu grell, andererseits die über das Kind als zu empfindlich und selbstbezogen empfunden wurden, also eine Identifikation entweder mit den Eltern oder dem Kinde stattfand, um sich von dem Geschehen teilweise zu distanzieren, sagte mir eine erfahrene Kollegin: »In Wirklichkeit war alles viel schlimmer!« Sie aber empfand es als eine Schwäche des Buches, das Unglückliche nicht eindeutig genug hervorgehoben zu haben; wahrscheinlich sind Schamgefühle dafür der Grund.

Fast drei Jahre nach Erscheinen von »Nachanalyse« überblicke ich zahlreiche Reaktionen, fast alle aus dem Bereich Psychotherapie und Psychoanalyse. Die Leseerfahrungen, die mich direkt oder indirekt erreichten, sind sicher nur ein kleiner Bruchteil gegenüber denen der Gesamtleserschaft, dennoch scheint es einander bestätigende Einstellungen zu geben.

Heimliche Lektüre

Die erste der drei idealtypisch geschaffenen Gruppen nenne ich die der »heimlichen« Leser und Leserinnen. Sie haben den Text oft so gut wie in einem Zug durchgelesen – und erklärten sich am Ende für »befriedigt«. Sie hatten jedoch kein Interesse über den Text zu sprechen, etwa in einem Hochschul- oder Fortbildungs-Seminar. Der Text sollte ihnen persönlich, jedem einzelnen getrennt, gehören. Vermutlich tastete jeder alle Abschnitte mit der Frage ab: Bin ich genauso? Bin ich anders? Wie ist dieser Therapeut/Patient? Wie bin ich?

Dieses heimliche Lesen, das undiskutiert bleiben soll, weist auf ein tieferes Bedürfnis nach Teilnahme hin. Wahrscheinlich, denke ich mir, ist die Doppelrolle von Therapeut und Patient ein Thema, über das sowohl in Ausbildung wie in der Berufsausübung wenig gesprochen wird, und das deshalb Interesse fand.

Mehrere kritische Hinweise zielten in eine besondere Richtung, die mich überraschte: Es störte im Lesefluß, daß ich mein »Ich« öfter aufgelöst habe zu »Er«, »der Therapeut«, »der Patient«, auch »der Professor«. Während ich im Schreiben beabsichtigte, mein narzißtisches Ich durch solche Distanzierungen zu schützen und eine peinlich wirkende Intimität mit dem Leser zu vermeiden, wurde diese Rollenaufteilung als ein Empathie-Hindernis erlebt. Ich stelle mir vor, diese Leser verlangten vom Autor dessen einheitliches, leidendes Ich, mit dem sie sich identifizieren konnten, keine ironischen Brechungen in Rollen und affektiv-trennende Verwandlungen wie etwa in den Pronomina und Subjekten. Meine Absicht, gerade die Distanzierung könnte die sonst stereotyp, formelhaft, kitschig anmutende Darstellung narzißtischer Inhalte für das konventionelle Lesen erträglicher, sogar eindringlicher machen, fand keine Bestätigung.

Die »heimlichen« Leser aber haben den Text – es ist ihr gutes Recht – mit einem Buch so umzugehen – nach ihren Bedürfnissen neu sortiert, das »leidende Ich« herausgesucht und mit ihm auf ihre je verschiedene Weise kommuniziert; sie haben keinen Schaden erlitten und beschwerten sich nicht.

Allerdings wählte ein Kollege, ich hätte durch meinen Text viele andere dazu verführt, mich jetzt lieben zu müssen. Als Patienten lägen sie jetzt zu Dutzenden vor meiner Tür, wollten, selber krank, auch zu einem kranken Therapeuten... Aus seiner Phantasie las ich das analytische Verbot der Beziehung, den Neid selbst auf eine imaginäre Gemeinschaft. Außerdem täuschte er sich in der Realität. Ich empfang keine Therapieanfragen aus dem Bereich der »heimlichen« Leserschaft.

Enttäuschung

Die zweite Gruppe bilden die am Ende »enttäuschten« Leser, die das Buch mir zur Gefälligkeit oder aus erster Neugierde aufgeschlagen hatten. Sie langweilten sich bald und beendeten die Lektüre oft vorzeitig. Ich nenne sie die »Gesunden«. Sie hätten allenfalls ein Verbatim-Protokoll gewünscht oder eine klassische Falldarstellung. Wahrscheinlich hätten sie auch eine weit deutlichere Distanzierung meiner Person im Sinne eines genuin literarischen Genres geschätzt.

Ihr Argument gibt sich sachlich: »Sind wir nicht alle einmal zu heiß gebadet worden?« und folgert dann unmittelbar persönlich: »Der Autor treibt viel zuviel Aufwand mit sich selbst...« Ihnen wird durch die Lektüre kein überzeugender Zusammenhang von Biographie und Symptom deutlich, damit auch nichts von einem therapeutischen Pro-

zeß. Der Text vermittelte keinen Eindruck, der im Leser rückwirkend eine eigene Übertragung auslöste. Das Leiden ist unhörbar und der Text Wortgeklingel. Wenn aber die Biographie nicht verstehbar ist, entfällt auch die Einfühlung in die narzißtischen und aggressiven Ansprüche des Autor-Ichs: Etwa in seinen Wunsch, daß die Taschenuhr sich magisch selbst reparieren solle und nur als Notlösung akzeptiert wurde, daß sie von seiner Lebensgefährtin so oft zum Uhrmacher gebracht werden sollte, bis sie endgültig und auf immer funktionierte. Es wird kein Konflikt zwischen den als quälend betrachteten, fordernden Ich-Anteilen (Introjekten) des Patienten und seinem Wunsch nach Pflege des guten Objektes, seiner sublimierten Liebesfähigkeit deutlich. Es gibt keinen Kampf um das Gewicht eines Rilke-Wortes, hier symbolisiert zu: ... daß wir uns lassen, da wir uns haben...

Was die Übertragung bewußter und unbewußter Vorgänge angeht, mißglückte diese Leser-Text-Interaktion. Ein Kollegenpaar äußerte sich heftig und unisono: »Das ist Unterhaltungsliteratur, hat nichts mit Analyse zu tun.«

Empörung

Einige Leser, Männer wie Frauen, aber lasen »Nachanalyse« mit zunehmender Empörung, wurden darin gefesselt – und befreiten sich schließlich in Anklagen gegen mich, schriftlich und in einem vereinspolitischen Akt.

In der klassischen Zeitschrift der Psychoanalyse PSYCHE erschien eine Rezension von Mathias Hirsch (6, 1995). Keine leichtfüßige oder bissige Polemik, sondern schweres Geschütz: »Um es vorwegzunehmen, es ist ein Beispiel grenzenlosen exhibitionistischen Narzißmus...« Der Rezensent also beginnt mit der Beschimpfung des Autors, und setzt diese im weiteren fort. Was der Autor mit »Leiden« auszudrücken versuchte, nennt der Rezensent »trivial«. In der Subjektivität des Autors erkennt der Kritiker lediglich einen Mißbrauch der Objekte. Ist aber das Leiden, wie es in der Therapie angesprochen wird, nicht an das Alltägliche gebunden, an das Triviale? Selbst wenn wir alltäglich im tragischen Unglück leben sollten, ist dann der Ausdruck unserer Tagesagenda immer der von sophokleischem Ausmaß?

Der Kritiker hat richtig verstanden, daß dieser Autor das Therapieschehen auch »... als primärprozeßhaft erscheinen lassen (will), als sei das Unbewußte des Autors am Werke gewesen«. Das wäre ja gegenüber der Aufgabe, »analytisch« zu schreiben ein hohes, ja höchstes Lob. Im übrigen hatte der Autor als Professor an einer Universität genug mit

dem »Realitätsprinzip« und den Sekundärvorgängen zu tun! Aber gerade das reizte den Rezensenten so unermesslich: »Und das, die Unbewußtheit, die Distanzlosigkeit sich selbst gegenüber, ist das eigentlich Peinliche...« Wie aber, frage ich mich, soll freie Assoziation, die Ich-Spaltung in Erleben und Reflexion, also der analytische Prozeß überhaupt in Gang kommen und »dargestellt« werden, wenn das Primärprozeßhafte nur Abscheu auslöst und verboten werden muß?

Ich höre auch die Kritiker, die Mit-Kollegen im Berufsverband, die sich ähnlich äußerten: Wie konnten sie nur! Sie machen es sich zu leicht! Sie sind unverantwortlich! Darin spricht jeweils ein Ich, das sich vom Verfasser des Buches deutlich absetzt: Ich bin anders. Heißt dies: Diese läppischen Probleme wie Sie habe ich nicht. Wenn ich sie hätte, schwiege ich. Wenn ich große existentielle Probleme hätte, schwiege ich auch. Ich als Analytiker darf es mir nicht leicht machen; daran leide ich, aber das ist mein Berufsethos (?). Solche Sätze erweitere ich zu einem imaginären Text: Wenn ich, dieser ganz andere Analytiker, nur schreiben dürfte, dann kämen ganz andere Wichtigkeiten zum Vorschein, dann wäre es nicht getan mit ein paar Asthma-Symptomen, in Trivialitäten gebettet. Klingt hier nicht auf: Ich hätte Tieferes – auch Kränkeres? – mitzuteilen und erlaube es mir aus »Verantwortung« nicht? Vor wem? Manche Kollegen und auch der Rezensent zählt sie auf: »Patienten, Analysanden und Ausbildungskandidaten.« Es sind die schützenswerten Objekte, vor denen die Geheimhaltung notwendig wird. Die gegensätzlichen Wortpaare des Erlaubten und des Verbotenen heißen dann nicht mehr Schweigen gegenüber Schreiben, sondern sie heißen Geheimhaltung gegenüber Exhibitionismus. Der Akt des Schreibens eines Analytikers über sich selbst wird inkriminiert zu einer Art Perversion (so steht es im Lexikon Laplanche/Pontalis unter Exhibitionismus).

So gefährlich ist das? Offensichtlich erregte es den Rezensenten so, daß er das Buch »... ein Beispiel für eine besonders schwere Abstinenzverletzung« definierte. Aber dieses Buch ist Bericht und Chronik – nicht Ablauf einer therapeutischen Stunde. Wer als möglicher Analysand mein Buch gelesen hat, kann sich als erwachsener Mensch sehr genau überlegen, ob er zu diesem Analytiker gehen will oder nicht. Ich stehe zu ihm in keiner therapeutischen Beziehung, ich kann keine Abstinenz verletzen. Wie kann der Rezensent aber das Lesen eines Buches mit dem realen Ablauf einer analytischen Stunde verwechseln? Ich vermute, er ist ob meines dargestellten Narzißmus in eine eigene Narzißmuskrise geraten, er tobt, weil ich mir erlaubt habe, was er ebenso und sicher besser gekonnt hätte, sich aber an einen Mythos gebunden fühlt: Die Selbst-Idealisierung des Analytikers erlaubt keine Kommunikation.

Das wird alles umgemünzt in den Schutz des Analysanden. Wenn dieser aber tatsächlich während der Analyse mein Buch läse, dann wäre dies, wie alles andere Lebensgeschehen innerhalb der Analyse zu analysieren. Und wenn er es danach läse? Entstände eine Entidealisierung der Analyse? Dies wäre nur der Fall, wenn der Analytiker als die allmächtigen Eltern in doppelter Person diese Rolle in den Analysanden introjiziert und es keinen Vorgang des »Durcharbeitens« gegeben hätte – sicher ein zutiefst unanalytisches Verfahren.

In der neueren analytischen Literatur wird der so wichtige Begriff des »therapeutischen Raumes« hervorgehoben. Er soll, darin pflichte ich auch allen orthodoxen Kollegen bei, nicht durch die Realia des Therapeuten verengt sein, soweit das möglich ist. Der Kritiker schreibt über »Nachanalyse«: »Denn so werden die (Lehr)Analysanden der Freiheit ihrer Phantasien über ihren Analytiker beraubt, er bemächtigt sich des Phantasieraumes, bringt mißbräuchlich und ausbeuterisch seine eigene Geste in die Beziehung ein.« Er schließt im fortissimo: »... aus Gründen der narzißtischen Bedürftigkeit des Analytikers und ihrer ausbeuterischen Befriedigung auf Kosten des Analysanden«.

Noch einmal: Ein Analytiker schreibt krankheitsbezogen über sich, in seinem Fall über eine psychosomatische Störung, die mit einem Ungleichgewicht in seiner narzißtischen Ökonomie zu tun hat, Narzißismus versus Objektbeziehung. Wieso etikettiert ihn der Rezensent mit seiner Lieblingsvokabel »ausbeuterisch«?

Ich will nicht ihn, sondern eher eine Gruppe von Kollegen, die mein Buch mit großem Widerwillen gelesen oder angelesen weggelegt haben, mit einer meiner Vorstellungen konfrontieren. Sich selbst erlaubender Narzißismus löst unterdrückten Narzißismus aus; die Folge: Wut. Wenn ich mich nicht sehr irre, ist mein Text nicht aus Wut geschrieben.

Verbotene Diskussion

Mitunter denke ich, es ängstigt Analytiker, sich eigener psychischer Krankheit zu nähern. Die geübte und auch erlittene, notwendige Abstinenz in der analytischen Stunde wird aus Sicherheitsgründen ausgedehnt zu einer Geheimhaltung im gesamten Feld der Ausbildung und Berufsausübung. Geheimhaltung aber läßt pathologische Abhängigkeiten im Bereich des Berufsfeldes unentdeckt, verbietet auch eine vereinsinterne und berufspolitische Diskussion.

Als Nachwort über die Empfindlichkeit der Dyade Patient-Therapeut und damit des therapeutischen Prozesses mag folgendes stehen: Der Rezensent Hirsch schrieb so gut wie nichts über den Text des

Buches Junker (ästhetische Kriterien), sondern über den Menschen Junker (seine, von Hirsch so gesehene Psychopathologie). Gleichzeitig sind beide Personen praktizierende Analytiker. Was wäre geschehen, wenn sich, fiktiv J. bei H. zu einem Interview angemeldet hätte?

Dieses – mein – Leiden wäre durch diesen Kollegen unbehandelbar, weil er es nicht als »Leiden« anerkennen könnte, sondern lediglich als eine diagnostizierbare Störung, der er sich nicht hätte empathisch zuwenden können. Diese »Anerkennung« oder »Zuwendung« stammt aus Quellen des Selbst – negativ zwischen dem imaginierten Kollegen H. im Gegensatz zu meinem realen Therapeuten P. – über die niemand frei verfügt, weil sie jenseits der Diagnostik aus sehr persönlichen Motivationen der Zuwendung oder des Widerwillens erwachsen, die nicht allein durch die Erkenntnis und Distanzierung der Gegenübertragung zu verändern sind.

Dies zeigt auch, wie intersubjektiv abgestimmt die Dyaden Patient-Therapeut in ihrer wechselseitigen Anerkennung empfunden werden müssen, damit eine heilsame Beziehung entsteht: Nicht der »objektive« Schweregrad, sondern die Einstellung, dies ist für mich der »richtige« oder »falsche« Patient/Therapeut, entscheidet über den Therapieverlauf. Wahrscheinlich sind so undeutliche Begriffe wie die Wahrnehmung wechselseitiger »Richtigkeit« und das Wohlbefinden in der Therapie wichtige positive Kriterien. Mein fiktiver Therapeut H. hätte Empörung unterdrücken, sich um Einfühlung bemühen und Techniken narzißtischer Behandlung ausdenken mögen, bei ihm wäre ich dennoch krank geblieben.

Medice, cura te ipsum!

– Man kann es als höhnisches Schlagwort verwenden oder als die Aufforderung, auch die eigene Krankheit neben der des Patienten nicht außer acht zu lassen.

Eine autobiographische Skizze ist kein monumentales Denkmal, sondern eine Momentaufnahme innerhalb eines fließenden Lebens. Der Text, mein Familien-Mythos, ist eine so gestaltete Phantasie über mich, eine dynamische Hypothese im Bezugsrahmen analytisch-therapeutischen Denkens. Sie regt zu eigenen Phantasien an – nicht zur Verengung des therapeutischen Raums.

Habe ich einen Gewinn aus dem publizierten Text? Hätte ich ihn, unpubliziert als Tagebuch-Grundtext noch einmal so gründlich gelesen und mich nicht, auch aus den Reaktionen der anderen, seiner Schwierigkeiten vergewissert? Wenn ich vom »Höllendurst« lese, den ich geschrieben habe und mit dessen Ausmaß ich mich von kritischen

Seiten belehren ließ, eröffnen sich in mir eher weitere und schmerzliche Konnotationen. Ich kann für die Selbstreflexion auf einen Text zurückgreifen. Durch das Abschreiben, gar Wegschreiben des Textes aus dem Bewußtsein ist gleichzeitig ein Vorgang der intensiven Befassung mit dem Eigenpsychischen entstanden, die Nachanalyse in der »Nachanalyse«. Insofern wird weniger vergessen als zuvor. Die Strebungen um das Ablassen von den Forderungen des infantilen Ichs bleiben bestehen – doch ohne es auszumerzen oder zu zerstören. Wir brauchen das Kind in uns; es möge weniger schreien, so ist zu hoffen.

Vielleicht habe ich einigen Therapeuten Mut gemacht, sich ihren Themen von Unglück und Krankheit offener zuzuwenden und sie, vor sich und anderen, auszudrücken.

Literatur

- Hermanns, L.M. (1992/1994): Psychoanalyse in Selbstdarstellungen I und II. Tübingen
- Hirsch M. (1995) (Rezension) H. Junker: Nachanalyse – ein autobiographisches Fragment. In: Psyche, 595-598
- Hoffmann-Richter U. (1995) (Rezension) In: Psychiatrische Praxis, 38-39
- Junker H. (1993): Nachanalyse – ein autobiographisches Fragment. Tübingen
- Wolfram G. (1995) (Rezension) In: Dynamische Psychiatrie, 125-126

Weitere Publikationen des Autors

- Junker H. und Th. Wassner (1984): Psychotherapeutisch denken. Patient und Therapeut in der analytischen Arbeit. Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Junker H. (1987): Der beschriebene Patient und der schreibende Analytiker. In: Kongreßberichte der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, Wiesbaden
- Junker H. (1989): Traumkurs (eine Novelle). Frankfurt
- Junker H. (1991): Von Freud in den Freudianern. Tübingen

Bücher

■ *Gysling, Andrea (1995): Die analytische Antwort. Eine Geschichte der Gegenübertragung in Form von Autorenportraits. Tübingen, edition diskord, 416 S., DM 72,-*

Das umfangreiche Buch von Andrea Gysling ist ihre 1985 vom Doktorvater Gaetano Benedetti gutgeheißene Dissertation, die sie neun Jahre später mit zwei weiteren wichtigen Kapiteln aktualisiert und veröffentlicht hat. Ihr Werk ist eine ungewöhnliche Dissertation, die es wert ist, einem breiteren Leserkreis zugänglich gemacht zu werden.

Der Autorin ist nichts mehr zuwider als der »lauwarme Durchschnitt«, »der farblose Analytiker«, »der Verwalter von Psychoanalyse«, »die Gesichtlosigkeit der töchterlichen Existenz«. Kritikloses Untertauchen in Vorgegebenem findet sie aufseiten der »Orthodoxen« wie auch der »Revolutionäre«. Sie verhehlt nicht ihre Sympathie für Befürworter von Emotionalität und Intuition beim Analytiker und Kritiker von rationaler Technik und intellektueller Einseitigkeit.

Insgesamt sind es dreißig Autorenportraits, mit denen Andrea Gysling sich auseinandersetzt. Sie gliedert ihre Arbeit der historischen Entwicklung gemäß in vier Teile. Im ersten Teil geht es um die Pionierzeit von 1910 bis 1930 (»Am Anfang war die Frucht«), die Zeit, in der die Ge-

genübertragung gleichsam entdeckt und als Schandfleck betrachtet wurde. Die zweite Phase von 1930 bis 1950 (»Der Dornröschenschlaf bis zum Beginn der fünfziger Jahre«) wird vor allem charakterisiert über Autoren, die nicht im allgemeinen Fahrwasser schwammen, sondern ungeachtet des auf der Gegenübertragung lastenden Tabus, neue, wichtige Weichenstellungen vornehmen konnten. Über die dritte Phase 1950 bis 1960 (»Die Gegenübertragung wird der Schlüssel zum Unbewußten des Patienten«) verdeutlicht Andrea Gysling, wie der zuvor vermeintlich objektive Analytiker immer subjektiver zu werden beginnt. Mit der vierten Phase ab 1960 (»Die Gegenübertragung als Motor der Kur, als Fundament der Deutung und manchmal gar als Konkurrenz zu ihr«) zeigt die Autorin die Spaltung in zwei Lager und die zunehmende Durchsetzung der emotionalen gegenüber der rationalen Technik auf.

Denjenigen, die Verwirrung und Verunsicherung auf dem langen psychoanalytischen Ausbildungsweg kennen, die sich zwischen Lehranalyse, analytischer Lehrinstitution, den dort vertretenen Theorien und gehandhabten Techniken mit vielen stillen Fragen zu orientieren suchen, gibt Andrea Gysling eine »analytische Antwort«; eine Antwort, die bei der eigenen Stilbildung Mut macht und hilft. Diejenigen, die etwas wissen möchten über heutige

AnalytikerInnen und was sie aus ihrem Erbe gemacht haben, können Wissenswertes erfahren. ■

Astrid
Kloth,
Sulzburg

■
Miteinander Lernen/Birlikte Ögrenelim (Hg.) (1995): Frauen im Fremdland. Bildungsarbeit, Beratung und Psychotherapie mit Migrantinnen. Wien, Promedia, 232 S., DM 32,-

In einer Zeit, in der tüchtig an der »Festung Europa« gebaut und Feindseligkeit gegen AusländerInnen wieder salonfähig wird, muß der Umgang mit »Fremdem« ein zentrales Thema aller wissenschaftlichen und praktischen sozialen Arbeit sein. Die Mitarbeiterinnen des Wiener Vereins »Miteinander Lernen/Birlikte Ögrenelim« leisten dazu in ihrer Arbeit mit Migrantinnen aus der Türkei und ihren Familien einen wichtigen Beitrag.

Das zehnjährige Jubiläum ihres aus einem bescheidenen Frauenprojekt hervorgegangenen Bildungs-, Beratungs- und Psychotherapiezentrums nahmen sie zum Anlaß, die Erfahrungen ihrer Arbeit zu reflektieren und einer breiten Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen. Das Ergebnis ist ein Sammelband mit Aufsätzen (teilweise ins Türkische übersetzt), in welchen die Mitarbeiterinnen einzelne Themen ihrer Arbeit aus den unterschiedlichen Blickwinkeln ihrer beruflichen und theoretischen Ansätze heraus beleuchten (Pädagogik, Ethnologie, Psychoanalyse, systemische Familientherapie, Soziologie). Die gemeinsame Basis bilden die femini-

stische Ausrichtung und die ganzheitliche Orientierung in der Arbeit. Die Palette der Themen reicht von der ganz praxisnahen Beschreibung einzelner Arbeitsbereiche bis zu wissenschaftskritischen Überlegungen.

»Frauen im Fremdland« ist kein geordnetes und zusammenfassendes Handbuch. Es bietet kein Mosaik aber viele interessante Steinchen: die Leserin, der Leser erhält eine Vielzahl von Informationen und Denkanstößen; die Diskussion ist eröffnet.

Der erste Teil des Buches befaßt sich mit Historischem und Politischem; der zweite mit »zielgruppenorientierter Bildungsarbeit«.

Im dritten Teil des Buches befassen sich die Autorinnen unter dem Titel »Krisenhafte Beziehungen in Beratung, Psychotherapie und Ethnologie« mit den sozialen, politischen, kulturellen und psychischen Konsequenzen der Migration, wobei Migration als räumliche Bewegung in Form von Wechsel des Wohnsitzes oder des soziokulturellen Raumes definiert wird. Besonders aufschlußreich sind hier die Überlegungen zu Sozialarbeit und Psychotherapie.

MigrantInnen sind meist zwei Konfliktfeldern ausgesetzt, zum einen durch die Konfrontation mit den Institutionen (Gesetze, Arbeits- und Wohnungsmarkt, Schul- und Gesundheitswesen) und zum anderen im engeren sozialen Beziehungsfeld (Familie, Freunde), z.B. durch die Veränderung sozialer Rollen. Der Verlauf der Migration ist davon abhängig, was MigrantInnen aus ihrer Heimat mitbringen und was sie im Aufnahmeland vorfinden.

Das Mitgebrachte findet im Auf-

nahmeland kaum Anerkennung: Die Sprache ist nicht verwendbar, Werte und Normen sind andere, die Sozialisation muß auf Brauchbarkeit geprüft werden, die Bildung ist häufig zu wenig oder nicht adäquat. So fühlen sich MigrantInnen im neuen Land häufig unwissend wie ein Kind (noch dazu sprachlos), was zu großer Unsicherheit führt. Hier nun sind die Erfahrungen mit den einführenden Bezugspersonen ausschlaggebend für die Orientierung in der neuen Gesellschaft und für die Einschätzung derselben. Leider dürften die Erfahrungen von MigrantInnen aus der Türkei mit den »Einheimischen« in vielen Fällen kaum so positiv sein, daß sie den Migrationsverlauf günstig beeinflussen.

Wenn man sich vor Augen führt, was für ein tiefgreifendes und verunsicherndes Ereignis eine Migration selbst im günstigsten Falle ist, wird deutlich, was für eine extreme Belastung das Gefühl der Unerwünschtheit im Aufnahmeland sein muß. Die Autorinnen stellen fest, daß die Verweigerung von Beziehungen, Sicherheit, Kontinuität, Hilfestellung und positiver Bestätigung durch die Aufnahmegesellschaft unweigerlich zu pathologischen Reaktionen der MigrantInnen führt – Wut und Enttäuschung werden nicht gegen die kränkende und ängstigende Außenwelt gerichtet, sondern in übertriebenes Leistungsstreben, Depressionen oder psychosomatische Störungen umgewandelt und so gegen sich selbst gerichtet.

Da die Erkrankungen häufig »kulturspezifische« Ausdrucks- und Verlaufsformen haben, muß bei der Behandlung von MigrantInnen drin-

gend auf das jeweilige ethnosozio-kulturelle Umfeld eingegangen werden. ■

Cornelia Weiß, Berlin

■
*Vachss, A.; Legewie, C. (1994):
 Im Gespräch über das Böse.
 Frankfurt, Eichborn Verlag,
 171 S., DM 28,-*

Vachss, amerikanischer Kinderanwalt und Bestsellerautor von Kriminalromanen, kämpft gegen die Verleugnung der Erkenntnis des »Bösen«. Er definiert das »Böse« als »Ergebnis einer freien Willensentscheidung«. Dabei nimmt man zur Befriedigung eigener Genüsse, Vergnügungen und Profitgier die Verletzung der Grundrechte anderer Menschen in Kauf.

Vachss spricht aus Erfahrung: Nach einer Kindheit in New York war er zunächst als Sozialarbeiter tätig; im Dienste des Gesundheitsdienstes in Ohio zur Ausrottung der Syphilis; am Amt für Sozialfürsorge in New York; kurz vor Kriegsende in Biafra als Beobachter verschiedener Organisationen zur Rettung der Kinder (1969/70); als Leiter eines Wiedereingliederungszentrums für Ex-Sträflinge und schließlich als Direktor eines Hochsicherheitsgefängnisses für jugendliche Gewaltverbrecher. Er studierte daraufhin Jura mit dem Ziel, Kinder zu vertreten.

Vor diesem Hintergrund wendet sich Vachss gegen einen undifferenzierten Liberalismus in der Rehabilitation von Straftätern. Er tritt für lebenslange Haftstrafen chronisch gewalttätiger Menschen und sexueller Kindesmißbraucher ein. V. unterscheidet drei Tätertypen: Die verbreit-

teteste Gruppe sei die der Täter aus »Unfähigkeit«. Für diese sei eine Rehabilitation erfolgversprechend und unbedingt zu befürworten. Die 2. Gruppe bestünde aus den psychisch kranken Straftätern, die bedingt rehabilitierbar seien. »Böse« sei nur die dritte Gruppe von Tätern: Menschen, die nicht in der Lage sind, mit anderen Menschen mitzufühlen und die zur eigenen Bedürfnisbefriedigung hemmungslos Körperverletzung, Vergewaltigung und Morde begehen.

Dem Autor ist für sein engagiertes unmißverständliches Eintreten zum Schutze der Opfer zu danken. Dennoch bleiben etliche Fragen offen, wie z.B. die des Interviewers Leggewie, ob sich die Trennlinie zwischen den Tätertypen immer so klar ziehen ließe. Vachss bejaht dies für sich selbst und führt seine diagnostischen Stärken in das Feld. Der kritischen Leserin bleibt jedoch das Unbehagen, daß hier schwierige komplexe Sachverhalte doch etwas zu sehr simplifiziert werden und die Sicherheit einer Gefährlichkeitsprognose suggeriert wird, die es so nicht gibt. Nur würde Vachss im Zweifel für das Opfer und nicht für den Angeklagten entscheiden. ■

M. Ritter-Gekeler,
Müllheim, Baden

■
Rhode-Dachse, Christa (Hg.)
(1995): Über Liebe und Krieg.
Psychoanalytische Zeitdiagnosen.
Göttingen, Vandenhoeck, 216 Seiten,
DM 36,-

»Über Liebe und Krieg – Psychoanalytische Zeitdiagnosen« ist die Sammlung von acht Vorträgen ver-

schiedener Referenten, die sich auf ihre jeweils eigene Weise mit der Thematik auseinandersetzen.

Die Vorträge wurden in den Wintersemestern 92/93 und 93/94 an der Universität Frankfurt unter der Leitung von Frau Rhode-Dachse gehalten und von ihr als dritter Sammelband zu psychoanalytischen Zeitdiagnosen herausgegeben.

Es ist eindrücklich zu sehen, wie verschiedene Mittel und Wege sind, über die wir mit Krieg konfrontiert werden und mit Liebe in Berührung kommen können. Ob anhand der Auseinandersetzung mit der deutschen Geschichte, über Literatur, das Porträt eines Künstlers oder die Betrachtung eines Märchens, diese existentiellen Themen finden sich überall wieder. Dies macht das Buch vielfältig, aber auch diffus. Die Rezensentin kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß es bei den Vorträgen mehr um die Spezialitäten der Referenten geht als um Beiträge zum Thema. Nachdenklich stimmt auch, daß die Thematik des Krieges weitaus mehr Platz einnimmt und die der Liebe – insgesamt betrachtet – eher knapp bleibt. Ist dies schon als psychoanalytische Zeitdiagnose zu verstehen?

Die ersten beiden Vorträge von Margarete Mitscherlich und Rolf Vogt setzen sich mit der deutschen Geschichte auseinander.

Es sind schmerzhaft Gefühle, solche der Ohnmacht und Wut, die die Lektüre auszulösen vermag. Die Dringlichkeit, mit der sie auf die Notwendigkeit, Verleugnungen aufzuheben, hinweist, schafft Unbehagen. So wirkt der nächste Vortrag, der sich distanziert, in der Theorie, mit

Krieg, dessen Entstehung und psychosozialen Funktionen befaßt, schon fast erleichternd und ein weiterer, der durch provokante Thesen »zur Erotik der Kriegsbereitschaft« heftigen Widerspruch hervorruft, paradoxerweise befreiend. Michael Lukas Moeller läßt wohl vor allem die Frauen aufbegehren, wenn er – auf dem Hintergrund psychoanalytischer Triebtheorie – die Lust am Krieg betont und dabei keinerlei Differenzierung, auch nicht hinsichtlich des Geschlechtsunterschiedes, vornimmt.

Bis jetzt war von »Liebe«, abgesehen von ihrer og. perversen Ausformung, noch nicht die Rede. Dies ändert sich nun mit dem Zuwortkommen zweier um weibliche Autonomie besorgter Autorinnen, Marina Gambaroff und Christina von Braun, die sich der Bewußtmachung von Projektionen widmen, die zu falschen Geschlechtsbildern führen. Beiden geht es um die Befreiung aus Zuschreibungen als Voraussetzung für Liebe. Sie geben eine Zeitdiagnose der Geschlechterbeziehungen.

Zeitlose Versuche des Zugangs zum Thema sind die biographisch informative und psychodynamisch spannende Darstellung des künstlerischen Entwicklung von Pablo Picasso sowie die Betrachtung des Märchens vom Mädchen ohne Hände wie eine psychoanalytische Anamnese. Während die psychodynamischen Überlegungen zu Picasso eine enge Verbindung von Kreativität und Destruktivität offenbaren, hält Eugen Drewermann mit Hilfe der Märcheninterpretation am Schluß des Buches ein anrührendes Plädoyer für das Hineinnehmen sinnlicher Qualitäten in die alltägliche Realität.

»Über Liebe und Krieg« ist ein Buch, das hinsichtlich seines Inhalts nicht den zuvor in der Rezensentin ausgelösten Erwartungen entsprach, das aber hinsichtlich der Persönlichkeiten der einzelnen Referenten und ihrer spezifischen Art und Weise zum Thema Stellung zu nehmen von Interesse ist. ■

Astrid Kloth

Der Blick auf andere Bücherregale

■
Rudolf Jaun, Brigitte Studer (Hg.) (1995): Weiblich – männlich, Geschlechterverhältnisse in der Schweiz: Rechtsprechung, Diskurs, Praktiken, féminin – masculin, Rapports sociaux de sexes en Suisse: législation, discours, pratiques. Schweiz, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte. Société suisse d'histoire économique et sociale. Zürich, Chronos Verlag, DM 38,-
 Bei diesem Band handelt es sich um

einen Tagungsband der genannten Gesellschaft. Er behandelt vor allem die Entwicklung der Geschlechterverhältnisse sowie die Frage der Herstellung von Männlichkeit und Weiblichkeit in der Schweiz am Beispiel der Rechtsprechung im 18. und 19. Jahrhundert. Die rote Linie entwickelt sich anhand der Quellen, wobei es sich um Gerichtsakten im weitesten Sinne handelt.

Gerichte sind Orte gesellschaftlicher Auseinandersetzung, wo sozial relevantes Verhalten definiert, resp.

abweichendes Verhalten geahndet wird. Eine Untersuchung wie die vorliegende ist eine Form von Geschichtsschreibung, die viele Aspekte der Geschlechterverhältnisse und deren Veränderung aufzeigen kann und aufmerksam macht auf die mittelbaren Zusammenhänge zwischen Rechtsprechung und Entwicklung der Gesellschaft und ihrer Normen.

■ *Thomas Kühne (Hg.): Männergeschichte – Geschlechtergeschichte. Männlichkeit im Wandel der Moderne. Frankfurt/M., Campus Verlag, 1995, DM 39,80*

Auch dies ist ein historischer Zugang zur Soziologie der Geschlechterentwicklung; in einem Fall sogar mit der gleichen Autorin wie im oben besprochenen Titel. Allerdings ist bei diesem Buch die Herstellung von Männlichkeit das Thema, was die Lektüre besonders faszinierend macht. Die Produktion von Weiblichkeit wird viel häufiger abgehandelt, der soziologische und historische Blick aufs andere Geschlecht ist für die Frauengeschichte faszinierend und aufschlußreich, vor allem, wenn man bedenkt, daß der weibliche Körper bis ins 18. Jahrhundert als mangelhafte Ausgabe des männlichen gesehen wurde.

Daß die Männlichkeit sich im Bild des Soldaten oder des Turners darstellt, ist leicht nachzuvollziehen; daß auch Mode, Kleidung, Schönheit bis ins 19. Jahrhundert durchaus Männerthemen waren, zeigt ein Beitrag mit dem Titel... »die Männer sollten schöner geputzt sein als die Weiber« auf. Alle Kapitel des sehr interessanten Bandes verstehen sich als Beiträge zur Diskussion von Männergeschich-

ten als notwendige Ergänzung der Geschlechtergeschichte.

■ *Nicolaus Sombart (1995): Über die schöne Frau. Der männliche Blick auf den weiblichen Körper. Baden-Baden u. Zürich, Elster Verlag, DM 28,-*

Nicolaus Sombart beschreibt in diesem (auch äußerlich) reizvollen Büchlein die »schöne Frau« als Produkt männlicher Phantasie. Sein kulturhistorischer Spaziergang durch die Jahrhunderte zeigt die Wandlung des Schönheitsbegriffs und die damit verbundene Auseinandersetzung des Mannes mit dem Körper der Frau. Für psychoanalytisch Tätige mag seine Referenz an Freud von besonderem Interesse sein. Der Autor stellt die Frage »Was sieht der Mann, wenn er eine Frau sieht?« und den Leserinnen geht nach der anregenden Lektüre des Essays die Frage im Kopf herum: Was sieht die Frau, wenn sie einen Mann sieht?

■ *Klaus Thiele-Dohrmann (1995): Der Charme des Indiskreten. Eine kleine Geschichte des Klatsches. Zürich, Artemis Winkler, DM 44,- und*

■ *Jean-Noel Kapferer (1996): Gerüchte. Das älteste Massenmedium der Welt. Leipzig, Kiepenheuer, DM 39,90*

Zwei Titel zum Thema »Klatsch« knüpfen an einen Beitrag in diesem Heft an, in dem die Autorin Begegnung-Deppe darauf hinweist, daß, wenn »keine Sprachebene zur Verfügung steht, auf der öffentliche Aus-

handlungen möglich sind, die Bearbeitung um so intensiver über Gerüchte, Denunziation, Tratsch... erfolgt«. Mit viel Sammlerlust, psychologischem und soziologischem Spürsinn sind beide Autoren auf die Suche nach den Gesetzmäßigkeiten von Klatsch und Gerüchten gegangen. Herausgekommen sind zwei gut geschriebene Bücher, jenes von Thiele-Dormann eher als leichte Plauderei, das von Kapferer mit einer klaren Argumentationsstruktur, das ihn zu folgender Definition seines Themas führt: »Gerüchte sind interessante Nachrichten aus inoffizieller Quelle, deren Mehrdeutigkeit Raum für die Phantasie läßt. Oftmals liegen ihnen beunruhigende Sachverhalte, Phänomene und Ängste zugrunde.« Die oft unheilvollen Folgen eines Gerüchts beschreibt eine kleine Geschichte aus der jiddischen Folklore, in der der Rabbi einen argen Schwätzer dazu anhält, zuvor aufgeschnittene Federkissen über einem Platz zu schwenken und dann – um zu erkennen, was Tratscherei anrichtet – die Federn alle wieder einzusammeln.

■
Martina Kessel (Hg.): Zwischen Abwasch und Verlangen. Zeiterfahrungen von Frauen im 19. und 20. Jahrhundert. Beck'sche Reihe 1138, DM 19,80

Die in diesem Band präsentierten Texte dokumentieren den Wandel in

der Erfahrung von Zeit speziell bei Frauen.

Kontinuitäten, die mit der gesellschaftlichen Definition von »weiblicher« Arbeit zusammenhängen werden sichtbar gemacht ebenso wie die Vielfalt divergierender Zeiterfahrung, die durch die unterschiedlichen Lebensformen bedingt sind. Die im Anhang aufgeführten Texthinweise und die Auswahlbibliografie sind eine Fundgrube für weiterführende Lektüren.

■
Helga Mummert: Zwei sind nicht immer eins. Mißverständliche Gespräche. Mit einem Vorwort von Dieter Hüsch.* Liest man am besten zu zweit. Zollikon/CH, o.J., Traubenberg Verlag, DM 44,-*

... liest man am besten zu zweit. So ist das Buch gestaltet: auf je einer gegenüberliegenden Seite ist im Zweifarben-Druck ein »typisches« Beziehungsgespräch gedruckt, illustriert mit gekonntem Strich von Jürgen v. Tomé. Szenen einer Ehe, wie wir sie alle aus Alltag und beruflicher Beratung kennen, spielerisch dargeboten, so daß der Leser und die Leserin in ihrer Abwehr (bei uns doch nicht!) freundlich über-rumpelt und vielleicht zu der einen oder anderen Erkenntnis geführt werden. ■

Beatrice Alder

Die Autorinnen und der Autor

- Dr. Dr. Monika Begemann-Deppe Hochallee 32
D-20149 Hamburg
Medizinsoziologin; Psychiaterin und
Psychotherapeutin in eigener Praxis
- Dr. phil. Dipl.-Psych.
Angelika Ebrecht-Laermann Duisburgerstraße
D-14050 Berlin
Assistentin für politische Psychologie
und Psychotherapeutin in
eigener Praxis
- Dr. phil. Jennifer Hartog Veltlinerweg 21
D-89075 Ulm
Sprachwissenschaftlerin
- Prof. Dr. Helmut Junker Hilgendorfweg 24
D-22587 Hamburg
Psychoanalytiker und Dozent
an der Gesamthochschule Kassel
- Bettina Kallel Laufenstrasse 27
CH-4053 Basel
Sozialarbeiterin
- Dr. med. Bettina Kallenbach Klinikum Benjamin Franklin
Hindenburgdamm
D-12203 Berlin
Internistin, z.Zt. psychothera-
peutische Tätigkeit in der Klinik
- Prof. Dr. Achim Leschinsky Humboldt-Universität
Ziegelstraße 13c
D-10099 Berlin
Erziehungswissenschaftler
- Dr. phil. Dipl.-Psych.
Monika Hoffmann TU Berlin Institut für Psychologie
Dovenstraße 1
D-14050 Berlin
Wissenschaftliche und klinisch-
psychiatrische Tätigkeit
- Cand. med. Christiane Ramke Adresse über die PSYCHOTHERAPEUTIN
z.Zt. praktisches Jahr und Promotion
- lic. phil. Sibylle Würzler Flurstrasse 1a
CH-3014 Bern
Klinische Psychologin
und Psychoanalytikerin