

die Psychotherapeutin

■
Psychotherapie und Sozialpsychiatrie
6: Frühjahr 1997

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 gem GmbH,
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

Sekretariat

Nadia Strasser
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
Tel.: 061 325 52 40
Fax: 061 325 55 82

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: Zeitschrift für Psychotherapie. –

Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453

ISBN 3-88414-281-X

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997

Alle Rechte vorbehalten

Druck: Clausen & Bosse, Leck

gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier



die Psychotherapeutin

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

Die Publikationssprache ist deutsch, Übersetzungen aus anderen Sprachen sind sehr willkommen. Das Lektorat liegt bei der geschäftsführenden Herausgeberin.

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

Zu diesem Heft	5
Editorials:	
In zweifelhaften Fällen entscheide man sich für das Richtige...	6
Ein Leben für die Psychotherapie?	7
Verkehrte Welt- Oder: Die Machtfrage in der Therapie <i>Birgit Rommelspacher</i>	9
Die Kranken-Schwester als »guter Mensch«? Der schwierige Weg in dem Beruf und die Besonderheiten professioneller psychiatrischer Pflege <i>Karin Pobl</i>	22
»Das Leben spielen – das Spielen leben.« Eine ambulante Psychodramagruppe für Psychosepatienten <i>Ute Siebel und Anne Bangert</i>	34
Drum Herz nimm Abschied und gesunde Über die geglückte Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung <i>Dorothee Lansch</i>	47
Breschen – Nachrichten vom ›dark continent‹ <i>Ulrike Bondzio</i>	57
Interview mit Sylvia Eichin <i>Ulrike Hoffmann-Richter</i>	67
Karriere als Psychiaterin <i>Angela Schürmann, Ute Siebel, Harald J. Freyberger, Sylvia Denzel</i>	79
Mutter oder Partnerin Vorläufige Gedanken zu weiblichen Vorbildern <i>Judy Ritter</i>	83
Mediale Enthüllungen und Instant-Therapie Zur sprachlichen Inszenierung von Emotionalität, Nähe und Verstehen in TV-Talkshows <i>Johanna Laluschek</i>	93

Forum	
Kongreßbericht	114
Leserbrief	116
Bücher	117
Der Blick auf andere Bücherregale	125
Autorinnen und Autor	128

Zu diesem Heft

Der therapeutische Prozeß soll zum Leben verhelfen. Voraussetzung dafür ist, daß die Therapie vom Leben losgelöst ist. Schon im Heft 5 zur Berufssozialisation haben wir gezeigt, daß dies nicht in jeder Hinsicht möglich ist. Die Biographie der Therapeutin prägt den beruflichen Werdegang und kann konstruktiv genutzt werden. Pohl und Eichin berichten davon auf unterschiedliche Weise. Das Geschlecht des Psychotherapeuten oder der Therapeutin spielt eine entscheidende Rolle, sei es als Vorbild – worauf Ritter mit der Gegenüberstellung von Geschlechtsrollenstereotypen hinweist –, in der Entwicklung der beruflichen Karriere, wie Schürmann et al. mit ihrer Erhebung zeigen oder in der Entwicklung von Theorien: Erst langsam beginnen sich beispielsweise psychoanalytische Theorien zur weiblichen Geschlechtsidentität zu ändern, so daß die Festschreibung durch die Sicht der Männer ins Wanken gerät. Bondzio hat als Therapeutin, die sich den klassischen Theorien Freuds und Lacans stellt, eine Brücke geschlagen von der Sicht der Therapeutin zu Sicht der Patientin. Die drückende Schwere dieser unmöglichen Zuschreibungen kommt in der literarischen Verarbeitung zum Ausdruck. Aber würde die Ablehnung der Theorie nicht weiterhin als Abwehr gedeutet? Die Frage der Grenzen zwischen therapeutischem Prozeß und Leben stellt sich von seiten der Behandelnden wie der Behandelten. Das Ende jeder Therapie konfrontiert die Beteiligten damit unerbittlich. Lansch beschreibt den Prozeß einer gelungenen Beendigung. Entlang der Macht der Therapeutin reflektiert Rommelspacher die Innen- und Außensicht von Therapie, die Täter- und Opferseite und deren Definition für das Leben durch die Therapie. Siebel und Bangert greifen das Thema in der Darstellung einer Psychodramagruppe mit Psychosekranken auf. Hier wird das Leben spielbar, d.h. probeweise lebbar. Das Problem der Therapie-Abhängigkeit und der Therapie als Surrogat-Leben wird nicht aufgegriffen, wohl aber das Phänomen der Surrogat-Therapie: Lalouschek analysiert die Inszenierung von Authentizität, Verstehen und Therapie in Live-Shows mit Menschen, die über nicht Alltägliches intim aus ihrem Leben berichten. Hier werden therapeutische Techniken zweckentfremdet beim Eingang in die Alltagskultur. Therapie wird zum Entertainment. Ein Kommentar, ein Kongreßbericht und Hinweise auf Fachbücher und »andere Bücherregale« runden in bereits gewohnter Weise das Heft ab. (UHR)

In zweifelhaften Fällen entscheide man sich für das Richtige...

Editorial der mitherausgebenden Verlegerin



Beatrice Alder

...sagte Karl Kraus (1874-1936), ohne wissen zu können, wie richtig er damit Jahre später liegt. Angesprochen ist natürlich das Jahr 1996 mit dem Theater um die Rechtschreibreform. Karl Kraus würde mit seiner spöttischen Präzision gewiß in die an der Frankfurter Buchmesse initiierte Diskussion eingreifen und die aufgeregten Gemüter mit kundiger Hand durch das ausgelöste Chaos führen. Da dies nun aber nicht mehr möglich ist, muß jede Redaktion – so auch jene der Psychotherapeutin – ihren Weg allein finden.

Einen neuen Duden haben wir uns schon zugelegt, wir haben aber keine Eile in der Umsetzung der vorgeschlagenen Änderungen und behalten uns vor, absurde Sprachzerstörungen nicht mitzumachen. Es gilt auch in bezug auf die Rechtschreibreform das, was im Impressum jedes Heftes steht, daß wir nämlich der Sprache keine Gewalt antun wollen und daß dies einen bewußten und kreativen Umgang mit der Sprache bedingt.

Die Sprache hat eine Geschichte, und man sollte diese Entwicklung nicht – wie es nun teilweise vorgesehen ist – einfach unsichtbar machen. Sie drückt durch ihre Struktur den Reichtum der kulturellen Einflüsse aus, indem sie die Herkunft der Wörter sichtbar läßt. Geht dies – wie durch die Reform vorgesehen – verloren, ist das eine Nivelierung und unerwünschte Verarmung. Poetisch sagt Karl Kraus:

»Man hört das Herz der Sprache klopfen.«

Die Sprache ist das Vehikel, das Inhalte transportiert; sie gibt die Struktur vor, in der geschrieben und geredet wird. Der Aufruhr, den die Rechtschreibreform ausgelöst hat, ist beachtlich, ebenso wie die öffentliche Resonanz. Schön wäre es, wenn gerade im Bereich der Psychiatrie mit der gleichen Vehemenz Anteil genommen würde daran, wie es mit den Rahmenbedingungen steht, mit denen psychisch Kranke und ihre Angehörigen konfrontiert sind.

■ Ein Leben für die Psychotherapie?

Editorial



Ursula Plog

Der Titel dieses Bandes erinnert sehr an Alexander Mitscherlichs biographisches Buch »Ein Leben für die Psychoanalyse« mit dem Untertitel: Anmerkungen zu meiner Zeit. Für Mitscherlich war die Sozialpsychologie eine Fortsetzung seines jeher bestehenden politischen und historischen Interesses. Als Psychoanalytiker, der sich ein differenziertes Wissen um das individuelle Seelenleben erworben hatte, ging er von Grundlagen aus, die auf klinisch gestützten psychoanalytischen Beobachtungen des einzelnen beruhten, und er versuchte, ihre Bedeutung für das Verstehen gesellschaftlicher Zustände zu klären. Mitscherlich hat nicht für die Psychotherapie gelebt. Mitscherlich war Arzt und hat auch als Psychotherapeut gearbeitet. Heute ist es leichter, von sich zu sagen: ich bin Psychotherapeut als: ich bin Psychologin und Psychotherapeutin.

Die Ausdifferenzierung der Psychotherapie ist ein spätes Gut. Das gilt sowohl für die Psychologie als für die Medizin, die beide zur Entwicklung der Profession der Psychotherapie beigetragen haben. Da Psychotherapie dabei ist, vom Zusatztitel zur Profession zu werden, stehen reflektierende Gedanken an. Zur Zeit findet in Deutschland auf der Ebene der Krankenkassenzulassung eine Auseinandersetzung statt. Es gibt viele obskure Wege, Psychotherapeut zu werden. Es gibt inzwischen auch klare Regeln, wie jemand Psychotherapeutin werden kann – und es gibt sicher hervorragende Therapeutinnen, die nicht die üblichen Wege der Professionalisierung gegangen sind. Es ist noch gar nicht lange her, daß in Stellenanzeigen Hinweise wie »VT, GT erwünscht« oder »Familientherapie Voraussetzung« auftauchten. Vor allem für Diplom-Psychologinnen waren und sind solche weiterführenden Ausbildungen von Bedeutung. Jedoch steht die juristische und ökonomische Sicherung immer noch auf schwankendem Boden. Und man darf fragen, in welchem Maße sie überhaupt gewünscht ist.

Immer noch wird um die Anerkennung durch die Krankenkassen gekämpft. Zum einen geht es um Behandlungsmethoden für Patienten, gleichzeitig jedoch um die eigene soziale Sicherheit. Welche Hoffnungen, Frustrationen, Anpassungen, Verbiegungen begleiten den Weg? Unter welchen Einflüssen steht eine Psychotherapie, bei der immer die soziale Abhängigkeit der Psychotherapeutin mitgedacht werden muß; dies vor allem dann, wenn »Psychotherapeutin« die einzige und ange-

strebte Berufsrolle ist. Würde über die Rolle der Psychotherapie reflektiert, dann über die Psychotherapie als Objekt allgemeiner Wandlung. Psychotherapeutinnen fällt es schwerer, sich als Subjekte des Wandels zu begreifen. Was macht den Beruf »Psychotherapeutin« aus? Läßt sich darüber reden, ob »Psychotherapeutin« als einzige Qualifikation genügt? Wie werden eigene Lebenskrisen integriert, welche Wege gibt es aus diesem Beruf? Auch Annemarie und Reinhard Tausch, von denen wir wissen, daß sie in sehr schwachen und kranken Lebensmomenten Kraft aus der Wahrnehmung emotionaler Erlebnisinhalte der Empathie, der Wertschätzung, der Selbstexploration geschöpft haben, hatten andere Rollen als die von Psychotherapeuten, in die sie fliehen konnten: wissenschaftliche Hochschullehrer z.B. Es ist zu fragen, ob die Möglichkeit der Zuflucht in andere Rollen nicht eine Voraussetzung zur Distanz und diese eine Voraussetzung zur Reflexion des eigenen Tuns ist.

Die Spezialisierung, auf die sich Psychotherapeutinnen einlassen, geschieht unter großem Druck, oft entbehrungsreich: was geschieht mit diesem Druck? Oder: was geschieht mit dem Druck des von Psychotherapeutinnen täglich erfahrenen Leids, wenn sie keine Zeit auch zur theoretischen Erörterung und Weiterentwicklung haben? Supervision ist oft ein Ort, der der Gewinnung von Form, Grenzen, Verstehen, Einsicht, Ermutigung dient! Anna Auckenthaler schreibt darüber in ihrem Buch. Sie berichtet auch, daß in der Supervision oft nicht theoretisch reflektiert wird, die theoretische Reflexion und Auseinandersetzung geradezu vermieden werden. Wer aber treibt die theoretischen Auseinandersetzungen voran?

Eine andere Frage richtet sich darauf, ob sich Spezialistentum und die für Psychotherapie erforderliche Weite nicht oft ausschließen. Wenn die innere Weite zur Berufsrolle gehört, wie wird sie ausgebildet und gesichert bei gleichzeitiger Verengung durch die psychotherapeutische Schule und durch die alltägliche Tätigkeit?

Immer wieder wird gezählt und betont, daß selbst bei widriger Schätzung fünf Prozent der Bevölkerung der Psychotherapie bedürfen. Andere Schätzungen kommen auf 25 Prozent. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen Krankheitsbilder, die längst nach den internationalen Normen von der Weltgesundheitsorganisation benannt und anerkannt sind. Der Verdacht, Psychotherapeutinnen wollten es sich nur leicht machen und sich nicht mit allem Ernst Menschen mit schweren seelischen Krisen zuwenden, ist gleichzeitig zu diskutieren und zurückzuweisen. Psychotherapie ist zu einem »Industriezweig« geworden – Psychotherapeutinnen verorten sich darin oder daneben. Diese Verortung ist gleichzeitig fast unmöglich ohne Verbiegungen.

■ **Verkehrte Welt – Oder: Die Machtfrage in der Therapie**

■
Birgit Rommelspacher

Zusammenfassung

Die Autorin geht Machtfragen auf der einen Seite und therapeutischen Denk- und Arbeitsweisen auf der anderen in unterschiedlichen Kontexten nach: Tätern und Opfern von Kindesmißhandlungen und Sexualstraftaten; Diskriminierung von Frauen; Diskriminierung von Migrantinnen und anderen Minderheiten. Sie beschreibt die therapeutische Perspektive als Innensicht, insbesondere den Blick auf Täter als ohnmächtigen; das vermeintliche therapeutische Bemühen um Allparteilichkeit und in alledem den spezifischen Beitrag der therapeutischen Profession zur herrschenden Wirklichkeit. Therapeutinnen sind nicht so ohnmächtig, wie sie sich gerne darstellen. Die Macht kultureller Normen macht gerade nicht vor der Tür des Behandlungszimmers halt. Therapie ist nicht der machtfreie Raum, als der sie im öffentlichen Diskurs mit Vorliebe erscheint. Therapeutinnen müssen sich fragen, worin ihr spezifischer Beitrag zur Reproduktion dieser Machtverhältnisse besteht. Erst dann hat auch die Frage Platz, an welcher Stelle die Therapeutin eine kritische Distanz zur gesellschaftlichen Wirklichkeit findet.

Wenn schreckliche Gewalttaten in der Öffentlichkeit bekannt werden – wie z.B. derzeit Kindesmißhandlung und Kindesmord in Belgien – und sich die Volksstimme mächtig erhebt, um die Täter zu bestrafen und das Verbrechen zu sühnen, hält die therapeutische Fachkompetenz der Volksmeinung immer wieder erneut entgegen, daß jeder, auch der schlimmste Verbrecher, ein Anrecht auf Verständnis und Hilfe hat; denn auch sein Gewordensein ist nicht zufällig, und viele widrige Umstände und destruktive Verstrickungen mit anderen Menschen sind immer an einer solchen Biographie beteiligt. Diesen Widerspruch zwischen Urteilen und Verstehen hat Simone de Beauvoir als einen Konflikt zwischen »Innen«- und »Außensicht« analysiert und den Wandel von der Beschuldigung zur Entlastung im Prozeß der Annäherung und Identifikation folgendermaßen beschrieben:

»Von außen gesehen scheinen die Bösen böse und die Guten

absolut gut zu sein. Je näher wir den einzelnen betrachten, umso mehr löst sich diese eindeutige Bild auf. Kein Mensch ist in seinem Inneren wirklich etwas... Durch seine tiefe Unbeständigkeit entgeht er jeder Definition; in allen Menschen ist soviel Elend, sie sind total vom Nichts angenagt, daß wir merken, wenn wir uns einem Gegner nähern, der uns von weitem kompakt und hart wie ein Stein erschien, daß eigentlich niemand vor uns steht, den wir hassen könnten...Viel Hochmut und wenig Phantasie gehört dazu, wenn man über einen anderen urteilen will... Erziehung, Komplexe, Mißerfolge, die gesamte Vergangenheit eines Menschen, die Totalität seines Verstrickenseins mit der Welt müßten berücksichtigt werden: dann ließe sich sein Verhalten ganz sicher erklären; man kann selbst Hitler erklären, wenn man ihn gut genug gekannt hat. Als Ergebnis einer bestimmten Situation, eines bestimmten Temperaments verlieren Verbrechen jene Arroganz, die sie hassenswert macht« (1987 S. 76f.)

Die therapeutischen Perspektive ist die der Innensicht. Sie erlaubt es, sich mit dem Täter zu identifizieren und sich von den Reaktionen der Umwelt abzuschotten, sich ausschließlich auf ihn einzulassen. Damit wird der therapeutischen Raum ein Stück weit aus dem wirklichen Leben herausgehoben. Der Täter darf zum unschuldigen Kind werden – zumindest nach dem Regressionsmodell des psychoanalytischen settings.

Im Zusammenhang mit dem sexuellen Mißbrauch hat dies seit Jahren zu einer heftigen Debatte von Seiten der Feministinnen geführt, die dies als eine Parteinahme für den Täter interpretieren. Ihr Vorwurf hat dabei mehrere Facetten:

- Zum einen stellen sie die Frage, ob diese Sichtweise tatsächlich auf den therapeutischen Raum beschränkt bleibt und nicht oft genug auch das Bild der Täter in der Öffentlichkeit zu bestimmen versucht, und so die herrschenden Praxis der Täterentlastung z.B. auch im Rahmen der Rechtssprechung unterstützt.
- Zum anderen geht der Vorwurf dahin, daß das Verständnis für den Täter in der Regel sehr viel stärker ausgeprägt ist, als das Verständnis für die Opfer. Dies wird untermauert durch die Tatsache, daß der sexuellen Mißbrauch lange Zeit in der Therapie kein Thema war und nicht als reales traumatisches Erlebnis anerkannt wurde.
- Schließlich wird zu bedenken gegeben, daß die Mißachtung der Machtverhältnisse auch innerhalb des therapeutischen Raums die Analyse verzerrt; denn wenn die sexuelle Gewalt Produkt von Macht und Machtmißbrauch ist, dann sind auch die Machtverhältnisse Teil der psychischen Wirklichkeit der KlientInnen. Des-

halb muß der Umgang mit Macht in der Therapie für beide, für die Täter wie für die Opfer thematisiert werden.

Demgegenüber wird im herrschenden therapeutischen Diskurs¹ der Täter in erster Linie als Opfer seiner Geschichte und sozialen Umstände gesehen. Die Kontroverse spitzt sich auf die Frage zu, ob die Täter nun aus Macht oder aufgrund ihrer Ohnmacht zu Tätern werden.

Macht und Ohnmacht der Täter

Die Täter werden im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch und sexistischer Gewalt in der einschlägigen Literatur i.d.R. nicht nur als Opfer individueller Biographien, sondern auch von Rollenzwängen gesehen. So beschreibt etwa Matthias Hirsch (1987) das Problem der Täter vor allem als ein Leiden an der Männlichkeit. Auch Klaus-Jürgen Bruder (1995) spricht davon, daß die Täter meist den kulturellen Forderungen patriarchaler Männlichkeit nicht genügten. Sexueller Mißbrauch sei deshalb als ein »kompensatorischer Rückgewinn ihrer Männlichkeit« zu verstehen. Ähnlich schreibt Margret Hauch (1993), daß für Männer vor allem Ohnmachtssituationen bedrohlich sind, da sie sich eben nicht wie Frauen auf Schwäche zurückziehen könnten. Das habe zur Folge, daß Männer sehr oft mit Gewalt reagierten. Hauch fährt fort: »Machtvoll ist dies Handeln aber nur aus der Perspektive des Opfers. Dem Täter kann es zwar momentan helfen, die eigene Ohnmacht nicht zu spüren, nicht zuzulassen. Für die grundlegende Problematik... stellt es keine Lösung dar«.

Interessant ist nun, daß wir nicht nur im Zusammenhang von Beziehungsdelikten wie eheliche Gewalt und sexueller Mißbrauch, sondern auch bei der eher anonymen Gewalt der rassistischen Anschläge auf analoge Analysemuster von Seiten der TherapeutInnen stoßen. So werden in den meisten, vor allem psychoanalytisch orientierten, Abhandlungen rechtsextreme Gewalttäter auch als Opfer dargestellt. Nach Thea Bauriedel (1992) etwa sind die Gewalttaten ein vergeblicher Versuch, die eigenen Verletzungen zu heilen. Gewalt wird hier aufgefaßt als Reaktion auf selbst erlittene Gewalt, auf Grenzverletzungen und auf Mißachtungen des eigenen Selbst, und ihre Anwendung läßt dementsprechend auf ein tief verunsichertes Selbst schließen. Ähnlich spricht Annette Streeck-Fischer (1992) in ihren Analysen rechtsradikaler Jugendlicher von den »vorentmutigten Jugendlichen«. Sie schreibt: »Gewaltbereitschaft und Gewalttätigkeit gegenüber allem Fremden und Andersartigen müssen wir als Maßnahmen der Jugendlichen gegen

den inneren Notstand ansehen. Diese Notstandsmaßnahmen dienen dem einzelnen Jugendlichen zur Angstbewältigung und zur narzißtischen Reparation«.

Diese Analysen rechtsextremer Gewalt sind allerdings meist noch einseitiger als die zum sexuellen Mißbrauch, insofern als bei ihnen die Opfer vollständig aus dem Blick geraten. Denn die psychologische Diskussion der letzten Jahre zum Thema rechte Gewalt hat sich so gut wie ausschließlich mit den Tätern und ihrer psychologischen Struktur befaßt und so gut wie nie mit der Frage, welche psychischen Folgen diese Gewalt für die Opfer hat, für die Migrantinnen, schwarze Deutsche oder auch andere Menschen die als »Fremde« gelten.

Alleine in der Themenwahl, also bei der Frage, wem Aufmerksamkeit und Zuwendung geschenkt wird, wer es wert ist genauer betrachtet zu werden, ist Parteilichkeit spürbar. In dem Zusammenhang fragt sich auch, woher die AutorInnen dieser Abhandlungen die Sicherheit nehmen genau zu wissen, daß diese Gewalt Ausdruck z.B. einer besonderen Beziehungsproblematik ist oder von problematischen Kindheitserfahrungen herrührt. Die Täter selbst sind z.B. sehr häufig keineswegs dieser Auffassung (vgl. Kunert 1995). Gewalt ist eben nicht nur ein Ausagieren innerer Spannungen und Konflikte, eine quasi automatische Folge von Frustrationen, sondern ebenso auch ein Produkt von Modellernen und Verstärkung: Wenn man mit Gewalt erfolgreich ist, so sagt uns die Aggressionsforschung, und man damit etwas erreichen kann, warum sollte man sie dann nicht einsetzen, wenn die Kosten nicht höher sind als der Nutzen. Das kommt z.B. auch in den Untersuchungen zum Ausdruck, die besagen, daß knapp über die Hälfte der Männer (51 %) angibt, daß sie eine Frau vergewaltigen würden, wenn sie sich sicher sein könnten, daß sie dafür nicht belangt würden. Ohne garantierte Straffreiheit hingegen sind dies »nur« 17 % (Lips 1991). Hier werden also die äußeren Zwänge durchaus nüchtern einkalkuliert. Wie weit dies dann im Falle der Tat konkret bedacht wird, und welche Rolle die inneren Widerstände spielen, das läßt sich wohl nur im Einzelfall entscheiden.

Detlef Kunert (1995), ein Therapeut, der seit 15 Jahren mit Sexualstraftätern arbeitet, schätzt aufgrund seiner Berufserfahrung, daß etwa 50-60 % therapiebedürftig und therapiefähig sind, auch wenn sie zwangsweise zur Therapie verurteilt wurden und zunächst auch keine Einsicht haben. Bei ihnen sind die psychischen Probleme so dominant, daß es angemessen und sinnvoll ist, mit ihnen zu arbeiten. Bei den anderen hingegen stehen psychische Störungen nicht so sehr im Vordergrund.

Viele Therapieverfahren mit Tätern versuchen inzwischen auch

der Tatsache der Verantwortlichkeit Rechnung zu tragen, indem sie den Akt der Verantwortungübernahme als unabdinglich für den Therapieprozess erklären. Sie verlangen vom Täter ein Eingeständnis seiner Schuld und eine Entschuldigung gegenüber dem Opfer. Das war meines Wissens in den klassischen Therapien bisher unüblich und kann sicherlich auch als ein Erfolg der feministischen Diskussion gewertet werden, die darauf bestanden hat, daß das Opfer ein Anspruch darauf hat, die Unrechtmäßigkeit des Übergriffs feststellen zu lassen auch und gerade vom Täter. Das wird im übrigen auch im Zusammenhang mit der Therapie von Folteropfern diskutiert.

Es geht und ging eben darum, nicht eine Innensicht zu verabsolutieren, die nur aus der Sicht des Täters als Klienten seine Problematik sieht, sondern auch aus der Perspektive des Opfers zu sehen, welchen Schaden er damit angerichtet hat. Dieser Perspektivwechsel ist keineswegs einfach. Oft wird dies Dilemma in den psychosozialen Professionen so gelöst, daß die eine Seite den TherapeutInnen, die anderen den RichterInnen und den SozialarbeiterInnen zugeordnet werden.

Das therapeutische Bemühen um Allparteilichkeit erweist sich eben doch oft als recht einseitig – wie die bisherige Geschichte zum sexuellen Mißbrauch, aber auch neuerdings die Analysen zum Thema rassistische Gewalt gezeigt haben. Das bedeutet, daß auch die Therapie sich nicht aus der Dynamik der realen Machtverhältnisse herausstellen kann, sondern vielmehr ihren spezifischen Beitrag zur Konstruktion der sozialen Wirklichkeit leistet. Dabei hat sie ihren eigenen Bauplan, wie sie die Machtverhältnisse rekonstruiert und zwar vor allem aufgrund der Frage, wem sie ihre Aufmerksamkeit schenkt und wen der Anteilnahme als wert erachtet; aber auch, welcher Realität sie das Gewicht der Wirklichkeit zuspricht und welche sie zur psychischen Projektion entwirklicht.

Allerdings schreibt die therapeutische Profession nicht einfach die herrschende Wirklichkeit fort, sondern leistet ihren spezifischen Beitrag und spielt die ihr eigene Rolle. In der Inszenierung der öffentlichen Meinung im Zusammenhang mit skandalisierter Gewalt vertritt sie gewissermaßen die Seite des Angeklagten. Es ist allerdings Illusion zu glauben, damit auch immer auf der Seite der Humanität zu stehen. Denn das Eintreten für den Angeklagten kann die Bedingungen der Verbrechen reproduzieren und die bestehende Verhältnisse soweit sanktionieren, daß es einer Mißachtung der Opfer gleichkommt.

Es kann aber auch nicht darum gehen, die Sicht der Opfer zu verabsolutieren und die Probleme der Täter zu leugnen. Die beiden Perspektiven lassen sich eben nicht gegeneinander aufrechnen. Es ist also nicht die Frage, ob gewalttätige Männer problembelastet sind oder

nicht, sondern, daß die Art und Weise, wie sie diese ausagieren, immer mit ihrer Machtposition verknüpft ist.

Die Frage ist also, warum und in welchen Kontexten die Machtseite gelegnet und die Innensicht verabsolutiert wird, und welches Interesse hinter den Einseitigkeiten steckt. Oder anders gefragt, welches Bild von den TherapeutInnen selbst in und hinter ihren Analysen aufscheint.

Macht und Ohnmacht der TherapeutInnen

Gewalt ist, nach Bauriedel (1992), nichts anderes als Sprachlosigkeit. Sie interpretiert das Problem als einen Kampf zwischen verschiedenen Gruppen, die in einem Zirkel von Gewalt und Gegengewalt gefangen sind: »Zwischen verfeindeten Gruppen eskaliert dieser Versuch, die Verunsicherung abzuwehren, häufig in Form symmetrisch zunehmender Drohungen und Gewaltanwendungen. Es kommt dann zur *Kooperation* mit dem Feind im Sinne der parallel eskalierenden Gewaltphantasien und der beidseitigen Aufrüstung.« Ähnlich argumentiert Streeck-Fischer mit dem von Stein entwickelten Begriff der »Gegensymbiose«: »Jede der beiden feindlichen Gruppen braucht die andere, um sich zu vervollständigen« (1992 S. 762). Auch hier bietet sich die therapeutische Profession als überparteiliche Instanz an, die als großer Kommunikator auftritt und die Konflikte zwischen den Gruppen regelt.

Dieses Bild der *verfeindeten Brüder* entlastet, indem es beiden Seiten gleichermaßen die Schuld zuschiebt, nach dem Motto: An einem Streit sind immer zwei beteiligt. Damit wird suggeriert, daß beide gleich mächtig wären, gleichermaßen Interesse und Anteil am Streit und auch die gleichen Chancen hätten, den Kampf zu beenden. Als gäbe es hier keine Täter und Opfer, sondern jeder wäre Täter und Opfer zugleich. Dadurch gelangt der/die AnalytikerIn in die unbestechliche Position des Dritten, desjenigen, der über diesen Händeln und Konflikten steht und sich selbst in der Mitte positioniert, dem richtigen, dem klugen und moderaten Ort – gleich weit von den Extremen entfernt. Genauso wird in der Politik gerne die Gleichgewichtsmetaphorik von links und rechts bemüht, um sich selbst in der goldenen Mitte verorten zu können. Hier drängt sich die Frage auf, ob mit dieser Optik oder besser mit der ausschließlichen Interpretation rassistischen Verhaltens als innerpsychische Angstabwehr eine Profession nicht ihre eigene Abwehr organisiert, womit ihre VertreterInnen einer eigenen Stellungnahme zu Ursachen und Bedeutung von Rassismus in unserer Gesellschaft und für sich selbst aus dem Weg gehen.

Vielfach werden hier Gewalt, Machtdifferenzen und Interessensgegensätze personalisiert und infantilisiert nach dem Motto: Im Grunde sind diese »Rabauken« ja nur Kinder, denen meine Liebe fehlt. Hier taucht ein *weiblich-fürsorgliches Abwehrmuster* auf, denn was diese Jugendlichen offensichtlich in erster Linie brauchen, ist Zuwendung und Verständnis. Also die Ressourcen, die nur die TherapeutInnen zur Verfügung haben. Es scheint, als würden hier die eigenen Konflikte in einem alles verzeihenden Verstehen abgewehrt, indem man sich in den Besitz der Ressourcen von Verständnis und Liebe phantasiert, dem Schlüssel zur Lösung des Problems.

Die therapeutische Neutralität wird zur Leugnerin der eigenen Machtposition, als TherapeutIn, als Angehörige/r einer bestimmten Kultur, eines bestimmten Geschlechts etc. Er/sie stellt sich aus dem Geschehen heraus; begreift sich nicht selbst als Teil einer Gesellschaft, die rassistische Diskriminierung und sexistische Unterdrückung reproduziert und toleriert. Eher verweisen im Zusammenhang mit der Diskussion zum sexuellen Mißbrauch in der Therapie TherapeutInnen gerne auf ihre eigene Abhängigkeit von den KlientInnen. Sie seien abhängig von ihnen z.B. von ihrer Kooperationsbereitschaft, ihrer Attraktivität und ihrer Zahlungsfähigkeit. Da die TherapeutInnen die Dienstleistenden sind, seien sie die eigentlich Machtlosen in dem Arrangement.

Diese Umkehrung der Machtverhältnisse basiert auf dem Mißverständnis, daß Macht immer einseitig verteilt sei, und es entweder nur die Mächtigen oder die Machtlosen gäbe. Tatsächlich ist die Macht relativ. So kann selbst ein Kind seinen Eltern gegenüber machtvoll sein. Natürlich haben die Eltern eine übergreifende Macht, und das Kind ist weitgehend von ihnen abhängig; indem das Kind sich jedoch zum Beispiel weigert, den Ansprüchen der Eltern nachzukommen, kann es sie unter Druck setzen. Das gelingt ihm, weil die Eltern sich im Kind eigene Erwartungen erfüllen und weil sie bestimmten Normen genügen wollen. Daran kann das Kind sie hindern. Die Eltern müssen unter Umständen auch mit Sanktionen rechnen, wenn das Kind zu sehr aus dem Rahmen fällt. Das bedeutet letztlich, daß die Eingebundenheit der Eltern in ein Normensystem und auch ihre psychische Abhängigkeit vom Kind, sofern sie ihr eigenes Wohlbefinden an das Gedeihen des Kindes knüpfen, dem zunächst machtlos erscheinenden Kind Macht geben. Es handelt sich hierbei natürlich um eine relative Macht, eine Macht nämlich, die nur soweit geht, wie die Ansprüche der Eltern reichen. Sobald ihnen das Kind gleichgültig würde, verlöre es auch weitgehend seine Macht über sie (vgl. Lips 1991). Das heißt, auch der/die Klient/in kann machtvoll sein, ohne gleich die TherapeutInnen in die Position der Machtlosigkeit zu versetzen.

Die Frage bleibt, warum das Eingeständnis der eigenen Machtposition so schwierig ist und durch Selbstidealisation als neutral und überparteilich abgewehrt werden muß. Im Zusammenhang mit interkultureller Beratung und Therapie wurde dies Phänomen vor allem in den USA und England bereits eingehend untersucht. Dort wurde vielfach die Erfahrung gemacht, daß die Angehörigen der Mehrheitsgesellschaft, etwa weiße TherapeutInnen gegenüber ihren schwarzen KlientInnen immer wieder versuchen, ihr eigenes Weißsein zu leugnen; etwa indem sie besonders freundlich und zuvorkommend sind, um zu signalisieren, sie sind nicht so wie diese anderen, die als rassistisch und dominant gelten. Oder sie leugnen die rassistische Diskriminierung der schwarzen KlientInnen und machen sie sich gleich. Wenn Weiße vermeiden wollen, Weiße zu sein, werden sie den Schwarzen auch nicht zugestehen, Schwarze zu sein – dies ist ein Fazit von Elaine Pinderhughes, eine afroamerikanische klinische Psychologin. Sie hat in ihrem Buch »Understanding Race, Ethnicity and Power« (1989) die Leugnung der eigenen ethnischen Zugehörigkeit von seiten der TherapeutInnen, insbesondere, wenn sie der Mehrheitsgesellschaft angehören, als das zentrale Problem in der Dynamik interkultureller Beratung und Therapie beschrieben. Je größer die Differenz zwischen TherapeutInnen und KlientInnen, desto größer ist nach Pinderhughes der Wunsch der TherapeutInnen, ihr schlechtes Selbst zu verbergen und moralischen Konflikten zu entgehen. Die Angst der Mächtigen vor den Machtlosen ist nach ihrer Analyse im Kern eine Angst vor der Konfrontation mit der Wirklichkeit, die dem normativen Selbstverständnis widerspricht. Es ist die Angst vor der Erkenntnis, daß die Angehörigen der Mehrheitskultur, die Normen von Gleichheit und Freiheit ständig verletzen bzw. deren Verletzung tolerieren. So entpuppt sich die Verunsicherung als Angst vor dem Verlust eines positiven Selbstbildes.

Man könnte soweit gehen und sagen, daß die therapeutische Profession das Leugnen der eigene Machtposition erleichtert, indem sie Abwehrmuster zur Verfügung stellt, mithilfe derer illusionäre Selbstbilder konstruiert werden. In ihnen imaginieren sich die TherapeutInnen als neutral und allparteilich und einem humanistischen Ideal verpflichtet, das jeder/m gleichermaßen gerecht zu werden versucht.

Erschwert wird die Einsicht in die eigenen Positionierung aber auch dadurch, daß Macht sich nicht einfach qua machtförmigem Wollen und Handeln äußert, sondern in die ganze Person, in ihr Fühlen, Denken und Verhalten eingeschrieben ist. Denn spätestens seit der Frauenforschung wissen wir, daß die Mikrophysik der Macht in allen Lebensäußerungen wirksam ist, selbst in dem Lächeln, das man einem schenkt oder verweigert oder der Frage, wer wen am Arm berührt. Die

Aufrechterhaltung der Machtverhältnisse läuft so vielfach unbewußt und unwillkürlich in der einfachen Reproduktion von Normalität.

Die Macht der kulturellen Norm

In der traditionellen westlichen Philosophie ist *Macht* ein Vermögen, die Möglichkeit zu machen (potenz, power, pouvoir). Die traditionelle Repressionshypothese geht von Machtzentren aus, die den Unterdrückten ihren Willen aufzwingt. Demgegenüber hat die Machtanalyse von Michel Foucault (vgl. 1969 u.1979) gezeigt, wie sehr sich Macht immer weiter differenziert und sich im Laufe der Geschichte in die Gesellschaft hinein verallgemeinert hat. Das heißt, sie realisiert sich sowohl in den gesellschaftlichen Strukturen als auch in den normativen Orientierungen. Die Machtbeziehungen sind subjektiv gewollt und nicht-subjektiv zugleich; gewollt, weil strategisches Kalkül, Absicht und Zielsetzung dahinter steht und nicht-subjektiv, weil sie nicht aus der Wahl oder Entscheidung eines individuellen Subjekts resultieren, sondern Resultante vieler Absichten sind. Interaktionen basieren auf den Fähigkeiten und Ressourcen, die die Teilnehmenden einbringen, wobei auch die Teilnehmenden selbst durch gesellschaftliche Strukturen und von symbolischen Ordnungen geprägt sind, so daß sie oft fast nur noch als Realisatoren der bestehenden Ordnung erscheinen, als Instanzen, in denen sich die Machtverhältnisse konkretisieren. Diese durch die gesellschaftlichen Strukturen und internalisierten Normen vorgegebenen Formen der Macht stehen also bei Foucault neben der Form der Repression als Unterdrückung und den produktiven Formen der Macht als Synthese.

Jeder Mensch muß nun qua Sozialisation in die herrschende Normalität eingeführt werden. Dies geschieht nicht nur dadurch, daß er/sie sich bestimmte Dinge an»eignet«, sich mit den Menschen vertraut macht, sondern gleichzeitig sich bestimmten Dingen und Menschen fremd macht. So die Analyse von Ruth Frankenberg in ihrer Untersuchung »The social Construction of Whiteness« (1993). Sie zeigt, daß Sozialisation eben nicht nur ein Hineinführen in die Welt durch zunehmende Verknüpfung von Zeit, Ort und Menschen bedeutet, sondern zugleich auch ein Prozeß des Sich-Fremd-Machens ist – der »De-Familiarisierung« –, wie sie es nennt. Anhand von Interviews mit weißen Frauen wird deutlich, daß weiße Kinder nicht nur lernen, schwarzen Menschen mit Angst und Mißtrauen zu begegnen, sondern ebenso, sie nicht wahrzunehmen. So erinnern sich diese weißen Frauen oft nur schwer daran, wann und wo sie überhaupt mit Schwarzen in Kontakt

gekommen sind – selbst wenn bei ihnen zu Hause zum Beispiel eine Schwarze als Hausangestellte beschäftigt gewesen war, sie also täglich Kontakt mit ihr gehabt hatten. Machtlosigkeit wird hier übersetzt in Bedeutungslosigkeit. Aus der Entwertung der Erfahrungen mit Schwarzen resultiert dann eine »color-blindness«, die diesen Erfahrungen keinen Platz in der Wahrnehmung und im Gedächtnis einräumt. Mit ihnen wird in der Regel auch später kein Umgang gepflegt, die Schwarzen kommen in ihrem Leben nicht vor.

Die Dominanz wird hier in erster Linie durch die Aufrechterhaltung der *Normalität* reproduziert und nicht durch bewußte, gewollte rassistische Handlungen. Deshalb wird in der angloamerikanischen Rassismuskonzeption zwischen dem »unintentional racism«, dem unbewußten und nicht gewollten Rassismus, und dem offenen intentionalen Rassismus unterschieden. Es geht primär nicht mehr um ein Modell des »top-down«, etwa im Sinne des alten Südstaaten-Rassismus, sondern um einen Rassismus unter der Prämisse der Gleichheit. Der Schein von Gleichheit wird aufrechterhalten, indem man sich aus dem Weg geht. Das wird auch deutlich an der Tatsache, daß 1990 in den USA lediglich 0.4 Prozent der Ehen zwischen Angehörigen unterschiedlicher ethnischer Herkunft geschlossen wurden (Frankenberg 1993). Apartheidgesetze sind also gar nicht notwendig. Es genügt, wenn sich alle an die herrschende Normalität halten. Normalismus und Segregation sind demnach das eigentliche Medium der Diskriminierung. Die Norm gibt die Verhaltensrichtung vor. Die Übereinstimmung mit ihr gibt einem die Gewißheit, das gesellschaftlich Gewollte, also das Richtige zu tun und belohnt einen mit dem Gefühl der Selbstgerechtigkeit. So wirkt die Normenkonformität verstärkend, gibt sie einem doch auch die Macht, auf Normabweichende herabzusehen.

Die Machtverhältnisse haben sich also in unsere Neigungen und Interessen, in die Wahrnehmung und die Gefühle eingeschrieben. Und es bedarf keiner explizit diskriminierenden Einstellung, um sie aufrecht zu erhalten. Sie realisieren sich auch in den Strukturen, die wir über unser Verhalten aufrecht erhalten, und die wiederum unser Verhalten prägen.

Zu diesen Strukturen gehört auch das therapeutische Selbstverständnis und das therapeutische Setting. Es ist unmittelbar Ausdruck der hier herrschenden Werte und eine Verfestigung der von uns als sinnvoll erachteten Umgangsformen. Erst im Vergleich mit anderen Formen des Helfens wird diese kulturelle Bedingtheit sichtbar. So schreibt z.B. Birsin Köse (1995), daß in der türkischen Gesellschaft andere Strategien zur Problemlösung als sinnvoll erachtet werden. Dort wird im Konfliktfall vielfach ein Mittler hinzugezogen, der vorläufig

die Rolle der Autorität übernimmt. Der Sinn einer solchen Inanspruchnahme eines Mittlers liegt nach Köse im Versuch einer indirekten Kommunikation, die die Schwächeren schützt und gleichzeitig die Autorität aufrecht erhält. Autorität wird hier nicht nur als strafend und kontrollierend gesehen, sondern auch als eine Instanz, die schützt und Orientierung anbietet. Daraus resultiert für die eingewanderten TürkInnen hier, daß sie oft auch an die TherapeutInnen die Erwartung haben, daß sie vorläufig die Rolle der Autorität übernehmen bis zur Wiederherstellung der familiären Ordnung. Die Therapeutin gilt dann als Meisterin des Lebens, die vorübergehend die Verantwortung übernehmen sollte.

Das westliche Therapiemodell hingegen setzt ganz auf den Wert der Autonomie, der eigenständigen Suche nach Lösungen und einem neuen Selbstverständnis. Diese Idealisierung der Autonomie, die Beziehungsorientierung und Abhängigkeit weitgehend entwertet, ist sicherlich auch auf dem Hintergrund der protestantischen Leistungsethik bei uns zu sehen. »Selbst ist der Mann« oder »jeder ist seines Glückes Schmied«, diese Slogans setzen sich auch in das therapeutische Glaubenssystem um. Sie machen die Selbsterfahrung zur Methode und das Selbstmanagement zum Therapieziel. Gelernt werden muß, sich auf sich selbst zu verlassen, sich selbst zu vertrauen. Dagegen gehört es sehr viel weniger zu den Therapiezielen zu lernen, Vertrauen in andere herzustellen und aufrecht zu erhalten oder in und mit Abhängigkeit zu leben.

Will man in einem solchen System Heilung finden, muß man auch dieselben Werte anstreben und sie auch als Teil des methodischen Struktur anerkennen. Insofern überrascht es nicht, daß auf die Frage von Köse, warum MigrantInnen so selten in die deutschen Beratungsstelle kommen und wenn, dann oft frühzeitig auch abrechnen, sie von einigen TherapeutInnen die Antwort bekam, daß die MigrantInnen eben oft nicht an die Therapie und die TherapeutInnen »glauben« würden. Und das wäre ja die Voraussetzung einer erfolgsversprechenden Zusammenarbeit.

Wie im richtigen Leben: Therapie als Reproduktion von Machtverhältnissen

Das Bild vom Verhältnis zwischen therapeutischem Raum und gesellschaftlicher Wirklichkeit hat sich im Laufe der Ausführungen zunehmend verkehrt: Therapie ist offensichtlich nicht der machtfreier Raum, in dem sich die TherapeutInnen unvoreingenommen und verständnis-

voll den Anliegen der KlientInnen widmen – ohne Ansehen der Person. Vielmehr scheint die therapeutische Struktur und normative Ordnung auf ihre Weise die Machtverhältnisse zu reproduzieren. Es wäre aber verkürzt, dies Arrangement einfach als eine direkte Widerspiegelung der alltäglichen Wirklichkeit zu begreifen, denn das würde die spezifischen Strukturelemente der therapeutischen Perspektive außer Acht lassen. Sondern es geht darum zu fragen, was der spezifische Beitrag des therapeutisch beeinflussten Argumentierens zur Reproduktion der Machtverhältnisse ist und auch an welcher Stelle es eine kritische Distanz zur gesellschaftlicher Wirklichkeit erlaubt.

Und hierzu zeigt die Diskussion im Kontext der feministischen Psychologie wie auch der Rassismusforschung, daß eine Innensicht, die dem Betroffenen alle ihm zustehende Zuwendung gibt, nur dann ein Korrektiv zur gesellschaftlichen Bewertung und Verhärtung herrschender Sanktionszusammenhänge sein kann, wenn die Position der TherapeutInnen selbst in die Analyse mit einbezogen wird. Auch sie sind Teil des Systems, und ihre Plädoyers für Verständnis und Anteilnahme müssen immer im Kontext ihres eigenen normativen Koordinatensystem gelesen werden.

Anmerkung

- 1 Im Text wird meist von »der« Therapie oder »der« therapeutischen Perspektive gesprochen. Natürlich gibt es nicht »die« Therapie, sondern viele verschiedene Therapierichtungen. Es geht hier im wesentlichen um die therapeutischen Orientierungen, die vom psychoanalytischen Denken und der humanistischen Psychologie beeinflusst sind.

Literatur

- Bauriedl, Thea (1992): Wege aus der Gewalt. Analyse von Beziehungen. Freiburg: Herder
- de Beauvoir Simone: Auge um Auge. Artikel zur Politik, Moral und Literatur, 1945-1955 Reinbek: Rowohlt
- Brod, Harry, u. Kaufman, Michael(1994): Theorizing masculinities. London: Sage
- Bruder, Klaus Jürgen: Sexueller Mißbrauch: Die Psyche der Täter. In: Psychologie Heute April 1995 S. 42-48
- Demirovic, Alex & Berker, Thomas (1996): Gefährlich-gefährdete Jugend und Politik. In: Schrägstrich H9/10 S.13-15

- Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.)(1993): Gewalt gegen Fremde. Rechtsradikale, Skinheads und Mitläufer. München: Juventa
- Erdheim, Mario (1992): Das Eigene und das Fremde. In: Psyche H8/1992 46 Jg. S.730-744
- Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/M., 1969.
- Ders.: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, 1979
- Ders.: Die Sorge um sich. Frankfurt/M., 1986.
- Frankenberg, Ruth (1993): The Social Construction of Whiteness. White Women, Race Matters. London.
- Hauch, Margret (1993): Zwischen Ausnahmesituation und Alltag. Sexuelle Gewalt gegen Frauen. In: Gräning, G.(Hg.): Sexuelle Gewalt gegen Frauen – kein Thema? Münster: Waxmann
- Heitmeyer, Wilhelm (1989): Rechtsextremistische Orientierungen bei Jugendlichen. München: Juventa
- Ders.(1992): Die Bielefelder Rechtsextremismusstudie. München: Juventa
- Held, J.& Horn, H.W. u.a. (1992): »Du mußt so handeln, daß Du Gewinn machst...«Diss Text N.18 Duisburg
- Hirsch, Mathias (1987): Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie. Berlin, Heidelberg: Springer
- Hoffmeister, Dieter & Sill Oliver (1993): Zwischen Aufstieg und Ausstieg. Autoritäre Einstellungsmuster bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Opladen: Leske u. Budrich,
- Köse, Birsen (1995): Psychotherapie als Glaubenssystem. Probleme der psychosozialen Versorgung am Beispiel der ArbeitsmigrantInnen aus der Türkei. In: Attia, I.et. al. (Hrsg.): multikulturelle Gesellschaft – Monokulturelle Psychologie. Tübingen
- Kunert, Detlef: »An der falschen Adresse?« Aus der ambulanten Psychotherapeutischen Arbeit mit »Sexualstraftätern«. In: pro familia magazin Sexualpädagogik und Familienplanung H3 1995 S. 14
- Lips, Hilary M.(1991): Women, Men and Power. London, Toronto.
- Pinderhughes, Elaine (1989): Understanding Race, Ethnicity and Power. Boston
- Rommelspacher, Birgit: Orientierungslosigkeit und Macht. In: Dies. (1995): Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin: Orlanda
- Streeck-Fischer, Annette(1992): Adoleszenz und Rechtsradikalismus. In: Psyche H8/1992, 46 Jg. S.745-768
- Wellmer, Matthias (1995): Fremdenfeindliche Einstellungen von Jugendlichen. Wuppertal: Institut für Lehrerbildung (ISL)
- Willems, Helmut, Würtz, Stefanie & Eckert, Roland(1993): Fremdenfeindliche Gewalt: Eine Analyse von Täterstrukturen und Eskalationsprozessen. Forschungsbericht des BM für Frauen und Jugend Bonn

Die Kranken-Schwester als »guter Mensch«?

Der schwierige Weg in dem Beruf und die Besonderheiten professioneller psychiatrischer Pflege

■
Karin Pohl

Zusammenfassung

Die Autorin berichtet aus ihrer Erfahrung als Krankenschwester in der Psychiatrie und als Ausbilderin für die Zusatzausbildung Psychiatrie über die besonderen Schwierigkeiten, die (Psychiatrie)-Krankenschwestern bei der Ausübung ihres Berufs entgegenstehen: das traditionelle Frauenbild der uneigenützigen Helferin; das Motiv zur Berufswahl aus der eigenen Biographie als Pathologisierung; Störfaktoren bei der beruflichen Identitätsentwicklung und institutionelle Hindernisse. Als Besonderheit der Arbeit von Pflegenden in der Psychiatrie beschreibt sie das »Biographische Arbeiten«, die Suche nach ungewöhnlichen Problemlösungen und die alltägliche Berührung.

Biographie und Berufswahl

Seit zehn Jahren leite ich einen Weiterbildungslehrgang für Schwestern und Pfleger in der Psychiatrie. Diese zwei Jahre dauernden Kurse beginnen immer mit einer Einführungswoche, die neben der Vorbereitung auf das gemeinsame Lernen auch das gegenseitige Kennenlernen in den Vordergrund stellt. Unter der Überschrift »Wie ich wurde, wer ich bin« erstellt jeder der Teilnehmer eine Collage. Die Vorgabe »Wie ich wurde, wer ich bin« wurde von mir bewußt ganz offen gewählt, läßt sie doch die Freiheit, selber zu entscheiden, ob die Collage und die anschließende Vorstellung in der Gruppe sich auf die berufliche Entwicklung beziehen oder aber die gesamte Lebensgeschichte umreißen soll.

Ich war immer wieder erstaunt darüber, daß diese Situation von den meisten Teilnehmern dazu genutzt wurde, den zukünftigen Kurskollegen ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Viele waren schon sehr lange im Beruf, als sie sich zu einer Weiterbildung entschlossen. Sie hätten somit ausreichend Stoff gehabt, ausschließlich ihren beruflichen Werdegang darzustellen. Aber es schien wichtig für sie zu sein, in

diesem Zusammenhang auch von dem psychisch kranken Vater, der eigenen Berührung mit kritischen Situationen oder aber über eine glückliche Kindheit auf dem Lande zu berichten. Auf diese Weise hatte ich Gelegenheit, Lebensgeschichten und Entwicklungen von Pflegenden kennenzulernen und beeindruckt zu sein von der Buntheit und Vielfalt des Gehörten.

Lasse ich heute diese Biographien, und im Moment insbesondere die von Frauen, Krankenschwestern also, Revue passieren, fallen mir deutliche Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten ins Auge, wie z.B. frühe Erfahrungen von Entbehrungen, Leid oder Benachteiligung, die in ihrer Konsequenz zu der Berufswahl geführt haben mögen. Der Schritt, sich nach diesen Erfahrungen, der Pflege bedürftiger Menschen zu widmen, mag im Einzelnen unterschiedlich motiviert gewesen sein, das Angewiesensein auf eine Tätigkeit, die ethisch-moralischen Kriterien und hohen Ansprüchen genügt, unterschiedlich groß: Ich denke, es läßt sich jedoch sagen, daß das Bedürfnis nach der Bestätigung, ein »guter Mensch« zu sein und gebraucht zu werden, in der Entscheidung für diesen Beruf eine Rolle gespielt hat. Vergewenwärtige ich mir nun, wie dieses Bedürfnis in der beruflichen Realität geradezu seine Bestrafung erfahren kann, wird allzu deutlich, daß diese Berufsentscheidung oft genug weder selbstwert-, noch identitätsstärkend hat wirksam werden können.

Bestrafung für das Bestreben, ein guter Mensch sein zu wollen

Zum Zeitpunkt des Beginns der Ausbildung sind Krankenschwestern um die achtzehn Jahre alt, in einem Alter also, in dem Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsbildung keineswegs als abgeschlossen gelten können. Die Berufsanfänger werden wohl in der Regel nach den Hintergründen ihrer Entscheidung befragt. Ich habe jedoch den Eindruck, daß man sich in diesen Gesprächen schnell mit dem zufrieden gibt, was diesen jungen Frauen als Motiv selber zugänglich ist.

Ich habe kürzlich mit einer Kollegin über meinen ersten Tag als Schwesternschülerin vor mehr als dreißig Jahren gesprochen. Ich habe damals diesen Tag in der Tat als Bestrafung für meinen »vermessenen Wunsch« erlebt, ein »guter Mensch« sein zu wollen. Mir wurde mit unbegreiflicher Härte begegnet, während ich schon in der ersten Stunde meiner Anwesenheit auf dem neuen Arbeitsplatz unter unsäglichen Bedingungen das Sterben einer Patientin erlebte. Auf meine etwas verstörte Reaktion hin wurde ich beschimpft, daß aus mir sicher nie eine gute Krankenschwester werden würde. Ich weiß noch, daß ich

mich vor meinen Mitschülerinnen dafür schämte, daß ich auf diese Weise aufgenommen worden war, während es ihnen an ihrem ersten Tage offensichtlich etwas besser ergangen war.

Zwei Dinge sind es, die mir diese Erinnerung verdeutlichen. Das eine ist die unerhörte Belastung und Schwere, denen sich ganz junge Menschen ausgesetzt sehen. Kaum ein Mensch erlebt heute noch das Sterben eines anderen Menschen. Im Krankenhaus ist es jedoch der Alltag. Patienten erfahren in der Begegnung mit Krankheit, Ängsten und existentieller Bedrohung eine Erschütterung aller ihrer Sicherheit. Krankenschwestern und Pfleger sind bei ihnen. Häufig genug sind es gerade die ganz jungen, die sich ihnen in dieser Situation nicht entziehen oder entziehen können.

Als Konsequenz dieser Zuwendung, die zwischen Hilflosigkeit und dem Gefühl von Verantwortung angesiedelt sein mag, trifft diese jungen Menschen mitunter neben dem Alleingelassensein auch noch der Vorwurf, sie könnten sich nicht hinreichend abgrenzen. Das Phänomen, ethische Ansprüche, die eigentlich nicht oder nur schwer einzulösen sind in Institutionen wie den Krankenhäusern an die zu delegieren, die sich dieser Anforderung nicht entziehen können und dann auch noch mit dem Vorwurf zu reagieren, man neige eben dazu, sich selbst zu überfordern, scheint mir symptomatisch zu sein. Ich werde später noch darauf zurückkommen.

Das andere jedoch, und das verstärkt noch die Belastung des vorgenannten, ist die Tatsache, daß diese jungen Menschen insgesamt wenig Begleitung, wenig Hilfe beim Hineinwachsen in diese Aufgabe erfahren. Auf der einen Seite werden ihnen in der theoretischen Ausbildung ethische Normen angetragen, die sie in ihrer möglicherweise überhöhten und durch idealisierte Ansprüche geprägten Anforderung an sich selbst nur noch stärker in die Überforderung treiben können. Andererseits wird dieser Überforderung bisweilen eine als Pragmatismus getarnte Unbarmherzigkeit in der täglichen Praxis hinzugefügt, gemäß der Devise, daß Pflegende immer in der Lage seien, »ganz cool« jede Katastrophe zu bewältigen. Falls nicht, seien sie nicht am rechten Platze.

Störfaktoren bei der beruflichen Identitätsentwicklung

Zusätzlich erschwert wird das Erreichen eines sicheren Bodens beruflicher Identität dadurch, daß bisher die theoretische Ausbildung in der Krankenpflege ganz wesentlich von Medizinern geprägt wurde. Pflegende hatten, im Verhältnis zum Ausmaß pflegerischen Wissens, ein

Übermaß an Arztwissen zu lernen, das sie kennen, aber von dem sie nicht unbedingt Gebrauch machen sollten. Ich erinnere mich sehr wohl daran, daß ich den Arztunterricht teilweise als Demonstration erlebt habe, an der ich »teilhaben« durfte. Nach der Ausbildung habe ich mich jedoch deutlich wieder auf die mir gemäße Rangordnung zurückverwiesen gefühlt.

Möglicherweise zeichne ich dieses Bild zu scharf, sind meine Erfahrungen längst Vergangenheit. Wirklich überzeugt bin ich davon allerdings nicht. Denn wären sie es, würde es Krankenschwestern oftmals besser gehen. Ich jedenfalls spüre beim Erinnern von Teilen meines beruflichen Lebens Kränkung und Ärger, besonders, weil mein Ideal vom selbstlosen Dienen weniger ausgeprägt war und mir kaum ausgleichende Befriedigung hätte geben können.

Ich habe also die Spannung zu umreißen versucht, der Pflegende zu Beginn ihrer Berufstätigkeit ausgesetzt sind, der Spannung nämlich zwischen ihren häufig wohl idealisierten Wünschen und einer Realität, an der diese Wünsche immer wieder scheitern, ja scheitern müssen. Gelingt es nun nicht, an dieser Stelle, zum Beispiel durch die Hilfe anderer, die eigenen Wünsche den erreichbaren Möglichkeiten anzunähern, erhält sich das Gefühl »ich würde ja so gerne, aber man ermöglicht es mir nicht«. Es wird zu einem andauernde Eindruck von Ohnmacht.

Die Situation Pflegender in der Institution

Dieser Zustand verfestigt sich in der Tat dadurch, daß es Umstände und Strukturen für Pflegende gibt, von denen sie stark tangiert sind, auf die sie aber keinen Einfluß haben, so daß das vorgenannte Gefühl partiell durchaus der Realität entspricht.

Im Krankenhaus stellen die Pflegenden mit Abstand die größte Berufsgruppe dar. Ihre tatsächlichen Entscheidungsbefugnisse stehen dazu jedoch in keinem Verhältnis. Ärzte sind hier in einer ganz anderen Situation. Sie erwerben Kompetenz und Befugnisse durch ihren Status. Weitere Nachweise sind nicht erforderlich. Pflegenden hingegen geht es hier anders: Ihr Status gilt an dieser Stelle nichts. Sie mögen ihre Kompetenz unter Beweis stellen und man gesteht sie ihnen zu – oder auch nicht. Sie mögen gute Konzepte entwickeln und sie können umgesetzt werden – oder auch nicht.

Im Gegensatz dazu kann jedoch die Situation entstehen, daß auf einer Station im Krankenhaus jährlich nur deshalb das Therapiekonzept verändert wird, weil die Stationsärzte genau in diesem Rhythmus

wechseln. Dabei mag mancher Arzt gerade seine ersten Erfahrungen in der Psychiatrie sammeln.

Die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und gestalten zu wollen, wird also zu einem Versuch, in dem Beliebigerkeit oder glückliche Umstände entscheidender sein können als überzeugende Argumente. Die Reaktion, nichts mehr zu versuchen oder in den passiven Widerstand zu gehen, verändert zwar nichts positiv, ist aber nachzuvollziehen. Daß aber den Pflegenden dann auch noch mangelnde Verantwortungsbereitschaft oder gar die Unfähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, nachgesagt wird, ist ein starkes Stück.

In dieser Abhängigkeit, scheint mir, lassen Pflegende Umstände entstehen, die eine mögliche Erreichbarkeit ihres Ideals gar nicht zulassen, weil sie mit der Bekämpfung von Widrigkeiten beschäftigt sind, deren Entstehung sie z.T. mitverschulden. Schützen sie sich auf diese Weise davor, zu erleben, daß sie die, die sie gerne wären, nicht sein können und werden? Diese Erkenntnis hätte offenbar so viel Bedrohliches, daß sie vermieden werden muß.

Ich bin mir bewußt, daß, wenn ich nicht im Laufe meiner beruflichen Entwicklung schon recht bald die Chance gehabt hätte, mich mit mir und meinen Vorstellungen auseinanderzusetzen und eine lebbarere Idee von Pflege zu finden, ich aus diesem Beruf herausgegangen wäre. Die erschreckend hohe Anzahl der Kolleginnen, die diesen Weg wählen, läßt ahnen, wie häufig diese doch eigentlich selbstverständliche Möglichkeit der Auseinandersetzung nicht gegeben ist. Untersuchungen sagen, daß die durchschnittliche Verweildauer von Krankenschwestern im Beruf fünf Jahre beträgt. Bei Krankenpflegern liegt der Durchschnitt um mehr als das Doppelte höher. Ihre Chancen, in Leitungspositionen zu kommen, sind gegenüber den Frauen ungleich höher. Das mag der Situation von Frauen und Männern in anderen Berufsgruppen in der psychiatrischen Arbeit durchaus entsprechen. Aber ich möchte deutlich anmerken, daß sich Krankenschwestern in einer doppelt schwierigen Rolle befinden: Sie können ihrer Benachteiligung als Frauen keinen akademischen Status entgegensetzen, und sie gehören keiner Berufsgruppe an, die ein klar umrissenes Arbeitsfeld mit deutlichen Auswirkungen ihrer Bemühungen vorweisen kann.

Inwieweit es den Pflegenden nun jeweils trotzdem gelungen ist, eine positive berufliche Identität zu entwickeln, zeigt sich am Umgang mit ihrem Nachwuchs. Ich glaube, alle Krankenschwestern haben, vielleicht nicht so ausgeprägt wie ich selbst in dem beschriebenen Beispiel, irgendwann einmal zu Beginn ihrer Berufstätigkeit erlebt, daß sie sich, voller Engagement und Eifer, Aufgaben widmen wollten und kalt allein gelassen wurden. Wie auch immer sich diese Situationen

darstellten, war ihnen doch eines gemeinsam: Die Neue war in ihrem Engagement zurechtgewiesen worden, deutlich oder subtil. Es wurde bei ihr bekämpft, was einem selbst zum Verhängnis geworden war. Aus dem Alleingelassensein mit diesem Problem war die Unfähigkeit zur Hilfe von und zur Solidarität mit den neuen Kollegen geworden. Dieses Alleingelassensein mit den eigenen uneinlösbaren Wünschen und eine immer wiederkehrende Erfahrung von Scheitern kann letztlich zu einer Kälte führen, die von dem Engagement, mit dem einmal die Arbeit als Krankenschwester begonnen worden war, nichts mehr spüren läßt. Welch wahrhaft mörderische Dimensionen diese Kälte erreichen kann, ist uns allen bekannt.

Motive der Berufswahl

Ich möchte zum Beginn meiner Ausführungen zurückkommen. Ich habe die Situation erwähnt, in der Collagen angefertigt wurden zum Thema: »Wie ich wurde, wer ich bin«. Ich habe angedeutet, wie beeindruckt ich beim Hören dieser ganz unterschiedlichen Lebensgeschichten war. Gleichzeitig war ich angerührt von der Ernsthaftigkeit und der Geduld, mit der diese Geschichten erzählt und angehört wurden. In der folgenden Zeit zeigte sich, daß diese Art des miteinander Bekanntwerdens nicht nur das gegenseitige Kennenlernen unterstützt hatte, sondern daß auf diese Weise andere Möglichkeiten eröffnet worden waren. Das ungewohnte Interesse an der eigenen Person ermutigte zur Beschäftigung mit der eigenen Geschichte. Das mag für andere Berufsgruppen, Psychologen zum Beispiel, etwas absolut Alltägliches bedeuten, für Krankenschwestern hingegen nicht. Für sie gilt, offen oder unausgesprochen, daß Persönliches nicht in den beruflichen Kontext gehört. Es ist erstaunlich, auf welche starke Weise die alte Ideologie von der dienenden Schwester ohne eigene Bedürfnisse und Individualität, die sich nicht in den Mittelpunkt irgend eines Interesses zu stellen hat, auch heute noch auf unmerkliche Weise ihre Wirkung tut. Der Bruch dieser Tradition bedeutet für Pflegende oft eine ungeahnte Anstrengung.

Nachdem nun in der Gruppe dieses Tabu keines mehr war, konnte eine wirkliche Auseinandersetzung mit den Motiven der Berufswahl erfolgen. Es wurde möglich, die Ansprüche an sich selbst und die mitunter überhöhten Ideale zu betrachten und sich von ihnen, manchmal sogar amüsiert, zu distanzieren. In sorgfältigen, sehr auf Orientierung angelegten Gesprächen gelang es, Stärken und Grenzen herauszuarbeiten und beides zu ertragen. Die Kolleginnen erlebten, wie

entkräftend die Jahre auf sie gewirkt hatten, in denen sie immer wieder das Unmögliche versuchten. Sie lernten, daß weniger mehr ist, wenn es sich verwirklichen läßt – ohne Not.

Ich will noch einmal betonen, daß die Kolleginnen in der Regel zum ersten Mal in ihrer doch zum Teil recht langen Berufstätigkeit die Möglichkeit gehabt und wahrgenommen hatten, ihre Geschichte zu erzählen. Nie, auch nicht während ihrer Ausbildung, hatten sie das Gefühl gehabt, daß neben den Ergebnissen ihres schulischen Werdeganges und allenfalls noch den persönlichen Gründen für ihre Berufswahl, Details ihrer Lebensgeschichte und damit auch Bedingungen ihrer Sozialisation von Bedeutung für ihre pflegerische Arbeit hätten sein können. Sie hatten im Gegenteil in der Regel stets erfahren, daß eine Persönlichkeit mit individuellen Stärken und Grenzen zu sein dem ungestörten Ablauf ihrer Arbeit eher entgegengestanden hätte. So wurde dieses Gefühl, mit viel Engagement das Leben und die Geschichte der Patienten zur Kenntnis nehmen zu sollen, sich selber aber als unbeschriebenes Blatt darzustellen, recht bald auch beim Wechsel in die psychiatrische Arbeit verinnerlicht.

Ich will an dieser Stelle auf die vorhin beschriebene Situation eingehen, in der nämlich das nahezu unmögliche: »Der Patient ist bei uns immer im Mittelpunkt«, an die delegiert wird, die sich diesem Anspruch nicht entziehen können, weil sie dem Leid so unmittelbar ausgesetzt sind. Es wäre verhängnisvoll für die Institution, wenn die Pflegenden sich ihrer selbst bewußter würden und sich dieser Überforderung nicht mehr so einfach stellen, die ihnen in der Konsequenz auch noch den Vorwurf einträgt, sich zuviel zuzumuten. Als bezeichnendes Beispiel will ich für die Psychiatrie den Umgang mit Gewalt anführen.

Pflegende haben Garanten für Ruhe und Ordnung zu sein und bei Bedarf Zwang und Gewalt auszuüben, eine Rolle, unter der sie häufig sehr leiden, mit der sie aber alleingelassen werden. Daneben erfahren sie jedoch schmerzlich, daß andere sich diskret von ihnen als Anwender von Gewalt distanzieren, nach dem Motto, »Das wäre doch auch anders zu lösen gewesen«. Die unliebsame Aufgabe wird erfüllt und gleichzeitig haben die Pflegenden ein schlechtes Gewissen, ohne daß sie imstande wären, sich dagegen zu wehren.

Nun scheint mir aber neben der Forderung nach Selbsterfahrungsanteilen schon während der Ausbildung und der Auseinandersetzung mit der eigenen Person für die pflegerische Arbeit mit Menschen, ein weiteres von Bedeutung zu sein. Wir alle, die wir in der psychiatrischen Arbeit tätig sind, wissen um die Unerläßlichkeit biografischen Arbeitens. Wir wissen um die verhängnisvollen Folgen von Hospitali-

sation und dem damit häufig genug verbundenen Verlust von Geschichte und Individualität der Patienten, die es unmöglich machen, neben ihren Störungen die ihnen verbliebenen Möglichkeiten und Kräfte wahrzunehmen.

Ungewöhnliche Problemlösungen

Um diesen Aspekt der Arbeit ausreichend wahrnehmen zu können, scheint es mir nötig zu sein, Gelegenheit zu haben, die eigene Geschichte offen mit in die Arbeit einzubringen und sich auf sie beziehen zu können. Die Ideen für ungewöhnliche Problemlösungen oder ganz besondere Fähigkeiten sind ja oft genug Ausdruck einer ganz besonderen eigenen Lebensgeschichte.

Ich habe in der Arbeit mit meinen Kolleginnen und Kollegen gelernt, in welcher Weise es ihre Kräfte und damit auch ihre Kreativität beschneiden kann, wenn sie als Menschen »ohne Geschichte« ihre Arbeit mit psychisch kranken oder gestörten Menschen tun. Die Tatsache, daß unsere Kurse zu Beginn ihrer Arbeit bereits um sich und die anderen in der Gruppe wußten, eröffnete den Teilnehmern ganz andere Möglichkeiten des Miteinander-Arbeitens. Es mag zwar bekannt sein, daß sich aus diesem Wissen heraus andere Arbeitsmöglichkeiten ergeben. Ich möchte jedoch noch einmal betonen, daß Pflegende, aus der Geschichte der Pflege heraus, nahezu zur Geschichtslosigkeit verpflichtet waren und Individualität und Unterscheidung eher Störung und Makel bedeutet hätten.

Immer wieder wird spürbar, daß diese Haltung Pflegenden gegenüber, sowohl innerhalb der eigenen Gruppe als auch aus anderen Berufsgruppen heraus, bis heute nicht wirklich überwunden ist. Diese, noch zu Zeiten meiner Ausbildung in den Sechzigern streng kontrollierte Anforderung führte dann in ihrer Konsequenz zu der Erkenntnis, Krankenschwestern seien eben bedürfnislos und opferten sich für andere Menschen auf. Insofern stellt es keine Selbstverständlichkeit dar, die Lebensgeschichte von Pflegenden als Quelle ihrer Kraft und ihrer Phantasie für psychiatrisches Arbeiten zugänglich zu machen.

Ein Beispiel

Hierzu ist die Geschichte von Frau K. ein gutes Beispiel: Sie wuchs in einem kleinen Dorf im Westfälischen auf. Ihre Eltern hatten eine Gastwirtschaft, und ihre Kindheit war geprägt von der Alkoholabhängigkeit

des Vaters und der Überlastung der Mutter. Sie versuchte ihre Situation zu meistern, heiratete nach der Ausbildung. Ihr Mann entwickelte während der Ehe eine immer stärker werdende Alkoholabhängigkeit. Frau K. trennte sich, auch wegen der Situation ihrer fünf Kinder. Sie entschied sich, trotz dieser hohen Belastungen, die psychiatrische Weiterbildung zu absolvieren. Zum ersten Mal fühlte sie sich in ihrem beruflichen Kontext nach ihrer Geschichte gefragt und nahm die Gelegenheit wahr, darüber zu berichten.

Im Laufe der Weiterbildung entschied sie sich, ein Praktikum auf einer Station für abhängigkeitserkrankte Menschen zu machen. Während eines Gespräches auf der Station wurde ihr, ihrem Anleiter und mir deutlich, daß dieser Einsatz eine Überforderung für sie darstellte. Sie fühlte sich durch die erlittenen Schmerzen und durch ihren Ekel den Patienten gegenüber nicht in der Lage, ihnen angemessen zu begegnen. Zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Praktikum hatte sie sich stark genug für diese Begegnung gefühlt. Aus der gemeinsamen Kenntnis ihrer Geschichte heraus war es uns möglich, uns für den Abbruch des Praktikums zu entscheiden. Frau K. allein hätte wohl für sich diese Lösung nicht zu wählen gewagt, hatte es doch bisher für sie geheißen, Schwierigkeiten meistern zu müssen.

Nach dem Abbruch des Praktikums setzte sie sich noch einmal intensiv mit den Folgen ihrer lebenslangen Belastungen auseinander. Es wurde ihr möglich, zu abhängigkeitskranken Menschen eine Beziehung zu entwickeln, die sowohl ihren eigenen Erfahrungen als auch deren Erkrankung gerecht wurde. Diese Auseinandersetzung setzte in der Folge bei ihr Kräfte frei, die ihre Fähigkeit, Dinge mit warmem, aber sehr klarem Blick erkennen und benennen zu können, zu weiterer Entfaltung brachte.

Frau K.s Beispiel macht mir deutlich, daß, hätte sie nicht erfahren, daß ihre Geschichte interessiert und wäre mir diese Geschichte nicht bekannt gewesen, wir wohl beide daran gearbeitet hätten, wie das Praktikum trotz der deutlichen Probleme von Frau K. zuende zu bringen sei. Aber unsere gemeinsame Erfahrung reicht ja noch weiter. Frau K. hatte erlebt, daß ihre schwierige Lebensgeschichte nicht, wie sie immer gefürchtet hatte, ein zu überwindendes Handicap darstellte, sondern daß ihr aus der Auseinandersetzung damit, Kräfte und Möglichkeiten zugewachsen waren, die sie nicht einmal erahnt hatte.

Sie hat in ihrem Leben Situationen bewältigen müssen, die andere sich kaum vorstellen können. Sie hat gelernt, darüber zu trauern und sich Hilfe zu holen. Sie setzt Grenzen und hat keine Schuldgefühle dabei. Sie kann Menschen in ähnlich ausweglos scheinenden Problemen einfühlsam begegnen und trotzdem mit der ihr eigenen Kraft ihr Ge-

genüber ermutigen. Sie muß nicht mehr die Befürchtung haben, daß die eigene schwere Geschichte unbewußte Fallen im Umgang mit Menschen stellt, sondern daß sie Möglichkeiten freisetzt, die anderen mit weniger einschneidenden Lebenserfahrungen so nicht gegeben sind.

Die alltägliche Berührung

Nun will ich nicht behaupten, daß die Pflegenden die einzigen seien, die sich mit der Lebensgeschichte von Patienten auseinanderzusetzen hätten. Es ist hingegen so, daß sie, mehr als jede andere Berufsgruppe, sich mit ihnen in der alltäglichen Berührung befinden. Diese Berührung und Begleitung in scheinbar belanglosen und banalen Dingen des Alltags, aus der die psychiatrische Pflege nun einmal im Wesentlichen besteht, suggeriert allzuoft, daß es unerheblich sei, wer und mit welchem Hintergrund diese Arbeit tut. Dabei setzt es eine erhebliche Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus, in ganz intimen und existentiellen Bereichen des Menschen ein angemessenes Maß von Nähe und Distanz leben zu können.

Zum einen ist es also wichtig, diese Begleitung, die so unscheinbar daherkommt und für den Patienten so viel bedeutet, in dieser Bedeutung zu erkennen und sie entsprechend ernst zu nehmen. Zum anderen muß auf Dauer ertragen werden, daß diese Tätigkeit, die häufig so ganz im Allgemeinen und Alltäglichen angesiedelt bleibt, ihre Auswirkungen und Erfolge soviel schwerer für sich reklamieren kann, als dieses anderen Berufsgruppen möglich ist. Das ärztliche oder therapeutische Gespräch als Ursache für die positive Entwicklung des Patienten ins Feld zu führen, scheint keine Schwierigkeit zu sein. Eine Atmosphäre und ein Klima jedoch ermöglicht zu haben, das den Boden für die Bemühungen der anderen Berufsgruppen erst einmal bereitet, ist in der Tat schwer zu fassen und noch schwerer als Erfolg für sich zu verbuchen.

Dauer und Intensität dieses Kontaktes und dieser Beziehung und die daraus sich ergebende Bedeutung für den Patienten, machen es meiner Einschätzung nach unerlässlich, die Frage zu stellen, wie ich denn wurde, wer ich bin und ob die, die ich bin, es auf Dauer erträgt, selber zu wissen, wann sie gut gearbeitet habe und wann ich mich dafür belohnen muß.

Die Frage, wie nun denn eine Balance herzustellen sei, zwischen der einführenden Zuwendung zum Patienten, dem Wahrnehmen eigener Bedürfnisse und dem Recht auf sie, ist darum auch an die Zusammenhänge zu stellen, innerhalb derer Pflege stattfindet. Früher war es

so, daß sich nahezu ausschließlich akademische Berufsgruppen in Betrachtungen und Untersuchungen mit der Situation und Befindlichkeit Pflegender auseinandersetzen, weil die Pflege sich dem Urteil, für sich selbst nicht sprechen zu können, angeschlossen und tatsächlich sprachlos blieb. Auch heute noch setzen sich bisweilen Angehörige anderer Berufsgruppen mit der Situation der Pflegenden auseinander. Sie führen dafür, möglicherweise zu Recht, die Distanz ins Feld, aus der heraus sie deren Situation beurteilen können.

Psychische Belastungen

Will man sich nun mit den psychischen Belastungen der Pflegenden auseinandersetzen, gilt es, genau zu analysieren, wie nun die Zusammenhänge aussehen, innerhalb derer Pflege sich befindet, damit nicht den Pflegenden persönlich zugeschrieben wird, was mehr ein unseliges Erbe oder ein gar gewollter, weil bequemer Zustand für die Institution oder auch andere Berufsgruppen ist.

Es bedarf keiner großen Phantasie, sich vorzustellen, wie schwer es sein kann, bei Menschen zu sein, die durch ihre Erkrankung ihre Orientierung, ihre Beziehung zu sich und anderen und ihren Zugang zur Realität mehr oder weniger verloren haben, die sich bedroht fühlen und bedrohen. Ihnen ein Beziehungsangebot zu machen, Orientierung zu bieten und den Zugang zur Realität finden zu helfen, ist eine schwierige, wenngleich reizvolle Aufgabe. Zu erleben, daß das ruhige Dabeisein und das Dabeibleiben und sich nicht zu entziehen bereits ein großer Teil dessen ist, was Pflege bieten kann, ist einerseits entlastend, bedeutet andererseits aber auch Belastung. Denn auf Veränderung warten und den Dingen ihre Zeit geben zu können, kann große Anstrengung bedeuten, wenn der Patient an sich und uns und wir an ihm leiden. Wenn dann Pflegende die Erfahrung machen müssen, daß sich endlich eine Besserung einstellt und Patienten und ihre Angehörigen sich für die Hilfe bei den Kollegen der anderen Berufsgruppen bedanken, die den Patienten »wirklich behandelt« haben, ist das bisweilen bitter. Ganz sicher kann es dann nicht ausreichen, wenn andere den Pflegenden ein hohes Maß an Belastung zugestehen und sich Gedanken zu ihrer Situation machen.

Es ist vielleicht problematisch, sich gegen die Betrachtung anderer Berufsgruppen zu verwahren, besonders dann, wenn aus der eigenen Gruppe Beiträge eher selten sind. Ich denke aber, daß die Angewiesenheit darauf, aus der Distanz einer anderen Gruppe betrachtet zu werden, dann sehr viel geringer würde, wenn von Berufsbeginn an das

Bewußtmachen eigener Anteile und eine hilfreiche Begleitung der jungen und dieser Hilfe ganz sicher bedürftenden Pflegenden die Regel wäre. Sie könnten erleben, daß sie als Individuen gefordert sind, ihre jeweiligen Ressourcen in professioneller Weise in die Arbeit einzubringen. Dabei könnten sie lernen, daß Pflege eine wichtige und wertvolle Voraussetzung schafft für das psychiatrische und therapeutische Arbeiten ganz allgemein. Sie würden spüren, daß es die Mühe lohnt.

Ich denke, die Institution und die anderen Berufsgruppen sollten sich auch fragen, wen sie als Partner wollen: Pflegende, an die man unliebsame Aufgaben delegieren kann, die man diskret zu den Bewahrern von Ruhe und Ordnung machen und sie auch ein bißchen dafür verachten kann oder aber Pflegende, die sich ihrer Bedeutung bewußt sind. Diese Kollegen wissen, daß Ruhe und Orientierung zu schaffen ein durchaus positiver Teil ihrer Aufgabe ist.

Das Helfersyndrom

Der Versuch, der Berufsgruppe eine Diagnose zu stellen und der Hinweis auf das leidige Helfersyndrom kann in diesem Zusammenhang nur zusätzlich verunsichern und ängstigen. Meines Erachtens wird diese Betrachtungsweise diskreditierend, wenn sie unterstellt, daß besonders die Helfer sich emotional bereichern wollten. Jede Berufsgruppe – das wissen wir heute – hat Motive für die Wahl ihrer Tätigkeit. Das ist kein Privileg der »Helferinnen«. Reflexion der Motive ist allemal wichtig. Die Verdächtigung, dass Krankenschwestern insbesondere aus nicht altruistischen, »bedenklichen« Motiven helfen wollen, kann sie dazu veranlassen, erst recht »verdächtig« zu wirken. Dabei wäre es doch wichtig, zu erleben, daß die eigene Persönlichkeit und ihr bisheriger Weg kein Handicap, sondern vielmehr ein Kapital sind, das es positiv zu nutzen gilt. Dann kann aus der möglichen Schwäche, zu sehr der Gutes bewirkenden Mensch zu sein, die Stärke werden, jeweils die guten Absichten und die zu erreichenden Möglichkeiten in Einklang zu bringen.

Literatur

von Klitzing, Waltraut/von Klitzing, Kai (1995): Psychische Belastungen in der Krankenpflege, Göttingen

»Das Leben spielen – das Spielen leben.«

Eine ambulante Psychodramagruppe für Psychosepatienten

■
Ute Siebel und Anne Bangert

Zusammenfassung

In dem folgenden Artikel wird die psychotherapeutische Arbeit mit einer seit anderthalb Jahren laufenden ambulante Gruppe für psychotische Patienten vorgestellt. Unter Anwendung von wesentlichen Elementen des Psychodramas arbeiten wir dort stützend und Ich-stabilisierend, wobei inhaltlich die Krankheitsbewältigung, die Erweiterung der Rollenflexibilität, die Förderung der Kreativität als auch aktuelle Konflikte der Lebensgestaltung im Vordergrund stehen. Am Beispiel von zwei Gruppensitzungen versuchen wir, unser Vorgehen zu veranschaulichen und die besonderen methodischen Elemente des Psychodramas deutlich zu machen. Im weiteren wird gezeigt, daß das Psychodrama mit dem der Methode eigenen hohen Maß an Strukturiertheit für psychotische Patienten, die als einen wichtigen Grundkonflikt die ausgeprägte Angst vor Verschmelzung oder Zerfall erleben, gut geeignet ist.

In der poliklinischen ambulanten Behandlung von Patienten, die an einer Psychose erkrankt sind, waren wir konfrontiert mit Menschen, die einerseits an Krankheitssymptomen litten, andererseits aber viel häufiger das Bedürfnis hatten, Schwierigkeiten der Lebensbewältigung zu thematisieren. Aus dem eigenen Erleben von den fast unbegrenzten Möglichkeiten des »Ausprobierens auf der Bühne« in der Psychodramausbildung entstand die Idee, mit diesen Patienten »aus dem Reden ins Handeln« zu kommen. Mit dem Angebot einer wöchentlich stattfindenden Psychodramagruppe wollten wir der oft gespürten aber wenig umgesetzten Kreativität dieser Patienten einen Raum und einen Rahmen zur Entfaltung geben. Dabei stellt der schöpferische Akt, der sich in jedem psychodramatischen Spiel – sei es als Protagonisten- oder als Gruppenspiel – vollzieht, eine Erfahrung eigener Kreativität und Autonomie dar. Diese besteht und wirkt entgegen dem Erleben von eigenem Unvermögen und Versagen und übernimmt somit nicht zuletzt auch eine bedeutende Ich-stützende Funktion.

Eine Gruppensitzung

Es ist Montagabend, von den neun Gruppenmitgliedern sind sechs anwesend. Nach einer Eingangsrunde wird als Thema »Gestaltung von Kontakten und Begegnung/Beziehung« vorgeschlagen mit dem Wunsch, dies in Form eines Gruppenspiels zu bearbeiten. Es entsteht die Phantasie, einen möglichst variablen Platz für »Begegnung« zu suchen, z.B. einen Arbeitsplatz. Dieser wird gefunden: das Rechtsanwaltsbüro Wolff & Co. Die Gruppenmitglieder suchen sich ihre Rollen selbst aus.

Da ist Frau W. als Rechtsanwältin Frau Müller, spezialisiert auf Scheidungsrecht und Compagnon von Rechtsanwalt Wolff. Sie hat keinen eigenen Büroraum sondern sitzt bei den anderen Mitarbeitern (»Wir arbeiten alle im Team«). Herr L. als »erster« Sekretär Herr Schulz. Er ist selbstbewußt, bestimmt, arbeitet viel und weiß Bescheid. Außerdem ist er zuverlässig. Weiter gibt es Frau Sch. als Frau Meier, Phonotypistin. Sie arbeitet schon 20 Jahre in dem Büro (»netter Laden«), hat sogar schon beim Vater des jetzigen Chefs gearbeitet. Und sie hatte ein Verhältnis mit dem jetzigen Chef. Herr W. ist der Rechtsanwalt Wolff, Spezialgebiet »Bürgerliches Recht«. Zu ihm kommen Leute aller sozialen Schichten, er ist sehr gefragt und hat daher viel zu tun. Seinen Beruf liebt er sehr. Außerdem schätzt er das gute Klima in seinem Büro. Zuletzt ist da noch Frau F. als Frau Schmidtke, eine Rechtsanwalts- und Notarsgehilfin. Sie ist neu in der Praxis, kennt sich noch wenig aus. Daher ist sie ziemlich unsicher, aber sehr bemüht und fachlich gut.

Beim Einrichten des Büros sucht jeder seinen Platz, gestaltet diesen mit Hilfe einiger Utensilien. Der Rechtsanwalt hat ein großes Xylophon vor sich aufgebaut, was einen riesigen alten Schreibtisch symbolisieren soll, hinter dem er sich mächtig ausbreitet. Es gibt mehrere Telefone, Schreibmaschinen, PCs und Notizblöcke. Schon beim Einrichten der Szene wird die Stimmung gelöst, wobei die Teilnehmer auch auf die Gestaltung ihrer Mitspieler reagieren. Bevor die Spielsequenz beginnt, definiert die Leiterin einen festen Ort im Raum, an dem jeder seine gewählte Rolle ablegen kann und die Rollenaufgabe so für alle Teilnehmer direkt sichtbar ist.

In der Spielphase ist jeder einzelne zunächst mit seinem Arbeitsplatz beschäftigt. Allmählich entstehen Telefonate, Arbeitsanweisungen, Nachfragen werden ausgetauscht, der Anwalt bittet zum Diktat, die Anwältin läßt Termine und Sitzungen arrangieren. Zunächst vorsichtig und leise tauschen die Phonotypistin und die Notarsgehilfin den neuesten Klatsch aus. Die Co-Leiterin tritt kurzfristig in die Szene ein als Klientin, die eine Beratung wünscht und ein Beratungsgespräch mit der Anwältin Frau Müller führt.

Nach zehnminütiger Spielphase findet jeder einen abschließenden Satz, der die Befindlichkeit in der Rolle ausdrücken soll. Frau F. als Notarsgehilfin ist sich unsicher, ob sie die Arbeit gut gemacht hat. Herr W. als Rechtsanwalt ist sehr zufrieden mit sich und seiner Arbeit. Der Erste Sekretär ist angestrengt, aber er weiß: »von nix kommt nix«. Die Phonotypistin hat Rückenschmerzen nach dem langen anstrengenden Tag, auch die Anwältin findet es anstrengend, ist aber ganz ausgefüllt von ihrer interessanten Arbeit.

Nachdem die Bühne abgebaut ist, folgt die Nachbesprechung, in der eigene aufkommende Erinnerungen und Assoziationen geäußert werden. Die Patienten berichten hier von aktuellen oder früheren Arbeitserfahrungen, auch werden unerfüllte Berufswünsche geäußert. Herr W. erzählt, daß es sein Traum war, Rechtsanwalt zu werden, Frau Sch. ist jetzt noch erleichtert, daß sie es früher abwenden konnte, Stenotypistin zu werden. Weitere Aspekte der Nachbesprechung sind die Reflexion der eigenen Rolle und Rückmeldungen an die anderen Teilnehmer, wie sie in ihren Rollen erlebt wurden. Hier wurde besonders die Lebendigkeit spürbar, die die einzelnen auch selbst wahrnehmen und beschreiben konnten, z.T. wohl auch zu ihrer eigenen Überraschung. Die Rückmeldungen für die Mitspieler waren einerseits anerkennend andererseits aber auch kritisch, z.B. wo eine Verunsicherung oder auch Überforderung bei einem Mitspieler spürbar war. Die Nachbesprechung enthielt damit zwei wesentliche Elemente für die Patienten: 1. Neue Rollen können erfolgreich übernommen werden und 2. eine auch selbst erlebte reale Einschränkung verhindert nicht das Ausprobieren neuer Erfahrungen.

Struktur und Aufbau der Gruppe

Die Gruppe mit halboffener Struktur setzt sich derzeit aus sechs weiblichen und drei männlichen Patienten im Alter zwischen 21 und 50 Jahren zusammen. Alle sind, zum Teil mehrfach, stationär wegen einer psychotischen Episode, einer bipolaren affektiven Psychose oder einer schizophrenen Psychose behandelt worden, bei einer Patientin liegt eine schwere Persönlichkeitsstörung vor. Alle Patienten befinden sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, die eine medikamentöse Behandlung einschließt. Acht TeilnehmerInnen leben allein in eigenen Wohnungen, zwei haben einen Platz in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Die Arbeitssituation ist bei den meisten Teilnehmern eher ungünstig: zwei Patienten sind berentet, zwei Patientinnen machen ein Praktikum, ein Patient hat einen beschützten Arbeitsplatz, eine andere

absolviert eine Berufsfindungsmaßnahme. Eine weitere Patientin ist arbeitslos, betreut aber fast täglich ein schwerbehindertes Kind. Eine Patientin absolviert eine Ausbildung. Bis auf diese Patientin, die gerade geheiratet hat, sind die anderen Teilnehmer ohne feste Partner.

Der halboffene Charakter der Gruppe besteht darin, daß Teilnehmer nach Absprache neu in die Gruppe aufgenommen werden können oder diese verlassen können. Nach einer Verabschiedung in der Gruppe können Patienten diese jederzeit beenden, neue Teilnehmer können hinzukommen, die nach einem Vorgespräch und drei Probeterminen gemeinsam mit den Therapeutinnen eine Entscheidung über die weitere Teilnahme treffen.

In der Gruppe wird vornehmlich mit psychodramatischen Techniken gearbeitet, wobei im Ablauf der Sitzungen ein hohes Maß an Strukturierung erfolgt. Neben übenden Rollenspielen und Gruppenspielen (z.B. Märchenspiele) werden auch kurze Szenen einzelner Gruppenteilnehmer, z.B. zu aktuellen Konfliktsituationen auf die Bühne gebracht. Die von uns formulierten Ziele für die Arbeit der Gruppe sind folgende:

- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- Förderung der eigenen Kreativität und Lebendigkeit
- Förderung von Interaktion und sozialer Kompetenz
- Erweiterung der Rollenflexibilität
- Stabilisierung im sozialen Umfeld

Die Gruppe findet regelmäßig einmal wöchentlich am frühen Abend über zwei Stunden statt, worin eine halbstündige Pause, in der Kaffee und Tee bereitet wird und mitgebrachte Kekse angeboten werden, inbegriffen ist. Feste Elemente sind eine z.T. unterschiedlich gestaltete Eingangsrunde sowie eine feste Abschlußrunde, die einen Rahmen für die Gruppensitzung bieten. In der Regel finden eine Anwärmphase, eine Spielphase und eine Integrationsphase mit Nachbesprechung statt.

Theoretische Aspekte der psychodramatischen Arbeit mit psychotischen Patienten

Das Psychodrama gehört zu den humanistischen und erlebnisorientierten Psychotherapien und geht auf J.L. Moreno (1890-1974) zurück, der diese Methode aus spontanen Rollen – und Stegreifspielen mit Kindern abgeleitet und später mit psychiatrischen Patienten entwickelt hat. Psychodrama ist ein Gruppentherapieverfahren, kann jedoch auch in der Einzeltherapie (Monotherapie) eingesetzt werden. Im Rahmen des

Psychodramas können in Abhängigkeit von der Ausbildung der jeweiligen Behandler tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische oder soziotherapeutische Schwerpunkte gesetzt werden. Die Besonderheit des Psychodramas besteht darin, daß Erlebnismaterial wie biographische Konflikte, Traumatisierungen, aber auch Wünsche und Hoffnungen mit Hilfe und Unterstützung des Therapeuten und der anderen Gruppenmitglieder in Handlungsszenen umgesetzt, durchgespielt und nachbesprochen werden.

Moreno selbst behandelte in den 30er Jahren akut psychotische Patienten, für die er eine »Hilfs-Welt« mit mehreren als »Hilfs-Ich« fungierenden Mitarbeitern konstruierte.

Als wichtige Prinzipien gelten für Moreno, die Wirklichkeit der Psychose zu akzeptieren, mit den Hilfs-Ich dem Patienten aktiv in der Selbstverwirklichung zu helfen und den Weg der Psychose in einer kontrollierten Form zu gehen. »Unser Ziel muß es sein, den Patienten mit seinem von der Norm abweichenden Benehmen wieder in die Kultur einzureihen, als ob alles selbstverständlich und natürlich sei, und ihm die Gelegenheit geben, sich in verschiedensten Gebieten schöpferischer Tätigkeit zu bewähren. Das ist das Ziel psychodramatischer Therapie. Möglicherweise ist unsere Besessenheit von der Idee der Konformität der Grund für den ungeheuren Preis, den wir für die Aufrechterhaltung von Irrenanstalten zu zahlen haben.« (Moreno, 1959)

Die Entwicklung der Psychotherapie von psychotischen Patienten hat seit der damaligen Zeit, in der, bei bereits umfangreichem theoretischem Verständnis der Pathogenese, in z.T. sehr einfacher und naiv anmutender Weise einzelne Therapien durchgeführt wurden, deutliche Veränderungen durchgemacht (Hoffmann-Richter, 1994). Die heutigen Konzepte für die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit sind gekennzeichnet von dem Zusammenspiel sehr verschiedener Ansätze. Während familientherapeutische Ansätze auf die gestörte Familienkommunikation hinweisen, ist ein Beitrag der Psychoanalyse in der besonderen Beachtung biographischer Aspekte zu sehen. Darüber hinaus wird in der Konstruktion von Konfliktmodellen versucht, einen Verständniszugang zu psychotischen Patienten herzustellen. Neue Impulse kamen dann aus der Sozialpsychiatrie, wobei psychotherapeutische Elemente oftmals in kreativer und konstruktiver Weise integriert wurden. Aus der Verhaltenstherapie sind inzwischen Programme zur Krankheitsbewältigung bei psychotischen Patienten weit verbreitet.

Nach dem heutigen Wissensstand wirkt Psychotherapie nicht direkt auf die Vulnerabilität, kann aber sehr wohl Einfluß nehmen auf Art und Ausmaß der Rückfälle und eine Chronifizierung verhindern.

Als Therapieziel ist die Ich-Stärkung von besonderer Bedeutung, weniger steht die Behandlung der Psychose im Mittelpunkt.

Entsprechend dieser Entwicklung hat sich auch die psychodramatische Arbeit mit Psychosepatienten im Vergleich mit dem Vorgehen von Moreno erheblich verändert. Akut psychotische Patienten werden in der Regel nicht behandelt, in erster Linie geht es bei den psychodramatischen Behandlungsangeboten um die Ich-Stabilisierung sowie um Krankheitsbewältigung.

Als konkrete Therapieziele werden formuliert: 1. Die Aufhebung der Isolierung mit Anregung zur Suche von Kontakten und Beziehungsaufnahme. 2. Affektive Entlastung durch psychomotorische Auflockerung und Ausagieren, Anregung von antriebsgestörten, affektgeminderten und wenig schwingungsfähigen Patienten durch Bewegungsspiele und pantomimische Sequenzen (Verbesserung des motorischen Ausdrucksvermögens). 3. Wahrnehmen und Erkennen bestimmter Konfliktsituationen oder konflikthafter Fehlhaltungen und Veränderung bisheriger Rollen (durch Erschließung neuer Möglichkeiten), damit auch Vermittlung von Erfolgserlebnissen. Bender (1985) betont das »Leben lernen« mit der Krankheit, das Finden einer »langsameren Gangart«, Erkennen und Vermeiden von rückfallgefährdenden Faktoren, Erprobung der wiedererreichten Stabilität, Bearbeitung der durch die Krankheit sekundär entstandenen psychosozialen Probleme.

Um diese Ziele umzusetzen, wird in den Gruppen meist stützend, wenig konfrontierend und Ich-stabilisierend gearbeitet. Dazu finden Gruppenspiele (Märchenspiel, Stegreifspiel) zur Förderung von Kreativität, Spontaneität und Rollenflexibilität statt. Kürzere Einzelarbeiten im Sinne des themenorientierten Psychodramas zu aktuellen realen Belastungs-/Konfliktsituationen werden ebenfalls auf die Bühne gebracht. Psychotische Patienten reagieren sehr positiv auch auf unterhaltsame Aspekte in der Spielphase, wo gelacht werden kann, Humor einen Platz hat und z.B. auch eine Wunscherfüllung durch sonst nie gelebte Rollen stattfinden kann. Bender, der eine Psychodramagruppe im Vergleich zu einer Gruppe mit gemeinsamen Freizeitaktivitäten verglich, konnte die bessere Wirkung der Psychodramagruppe belegen. Psychotische Patienten bewerteten Gruppenspiele als besonders positiv, wobei nicht zuletzt die Geborgenheit in der Gruppe und das Gruppenzugehörigkeitsgefühl dabei wichtige Aspekte verkörpern.

Phasen einer Gruppensitzung

Üblicherweise findet sich ein strukturierter Rahmen mit der Erwärmungsphase, der Spielphase und der Integrationsphase.

In der Erwärmungsphase ist diagnostisch-anamnestische Arbeit zu leisten. Hier wird Erlebnis- und Konfliktmaterial erinnert und gesammelt, das die Grundlage für die Umsetzung in der folgenden Spielphase bildet. Wichtig ist dabei auch der Abbau von Spielhemmungen bei z.T. erheblich vermindertem Antrieb der Patienten. Der Therapeut muß oftmals zunächst die Initiative ergreifen, z.B. mit einer konkreten Handlungsaufforderung. Längere Schweigepausen werden vermieden, weil diese die beginnende Erwärmung behindern können und Ängste der Patienten aktivieren. In dem oben beschriebenen Beispiel einer Gruppensitzung war nach der Eingangsrunde der Themenwunsch »Gestaltung von Kontakten« geäußert worden, wobei gleichzeitig auch Bedenken kamen im Hinblick auf zu nahe Begegnungen aktuell in der Gruppe. Als therapeutische Intervention erfolgte der Vorschlag, einen »alltäglichen« Ort der Begegnung zu suchen und dort in einem Gruppenspiel die Gestaltung von Kontakten auszuprobieren, was von der Gruppe rasch aufgenommen wurde.

In der Spielphase wird das aufbereitete Material in Szene gesetzt. Dies kann geschehen in einzelnen Vignetten, in einem Gruppenspiel wie in der am Anfang geschilderten Sitzung oder in einem Protagonistenspiel, wobei durch die Wiederholung im Spiel wichtige emotionale Erfahrungen gemacht werden. Dabei werden verschiedene psychodramatische Techniken angewandt:

Die Doppelgängermethode (»Doppeln«) stellt die zentrale Technik bei psychotischen Patienten dar. Beim Doppeln steht der Therapeut oder der Co-Therapeut hinter dem Protagonisten und fühlt sich in dessen Haltung, Ausdrucksweise und Gestimmtheit ein und spricht dann in Ich-Form aus, was seiner Wahrnehmung nach den Protagonisten gerade bewegen könnte. Bei psychotischen Patienten sollte Doppeln stützend und einführend sein. Hierbei geht es weniger um das Ergünden der emotionalen Befindlichkeit, sondern in erster Linie darum, dem Protagonisten zu ermöglichen, einen Kontakt zu sich selbst herzustellen und damit besser in das Erleben zu kommen. Bei der Ausführung des Doppeln ist unbedingt auf eine für den Protagonisten angemessene körperliche Nähe bzw. Distanz zu achten.

Bei der Spiegeltechnik, die ebenfalls bei psychotischen Patienten gut anwendbar ist, geht es einerseits um Entlastung des Protagonisten, andererseits auch um die Möglichkeit, einen stark im Kontakt gestörten Patienten in das Spiel zu bringen. Nach Aufforderung durch die The-

rapeutin nimmt hier ein Gruppenmitglied die Position des Protagonisten an dessen Stelle im Spiel ein und befolgt dessen Regieanweisungen. Dieser betrachtet in engem Kontakt zur Therapeutin seine eigene aufgebaute Szene aus einer gewissen Distanz.

Der Rollentausch ist eine Technik, bei der der Protagonist in einer Spielszene die Rolle eines anderen einnimmt und soweit wie möglich denkt, fühlt, spricht und handelt wie der andere. Vom Rollentausch wird bei psychotischen Patienten aufgrund der Ich-Schwäche der Patienten mit Angst vor dem Verlust der eigenen Identität üblicherweise abgeraten. Bei der Bearbeitung von aktuellen Problemen, z.B. mit sozialen Kontakten, ist die Anwendung aber u.U. gut möglich und sinnvoll. Auch ist im Rollentausch die Verdeutlichung von Spaltungsmechanismen möglich und der Versuch einer Integration von »guten« und »bösen« Objekten kann damit unternommen werden.

Weitere Techniken der Psychodrama-Spielphase sind das Beiseitreden oder der innere Monolog. Dabei wird der Protagonist aufgefordert, Gedanken, die in der betreffenden Situation in der Vergangenheit – und auch in der gegenwärtigen Darstellung nicht geäußert wurden, frei auszusprechen (leichte Kopfwendung zur Seite), aber dennoch in der Szene zu verbleiben. Dies kann sinnvoll sein in Situationen, wo der Handlungsablauf ins Stocken gerät.

Bei akuter Dekompensation oder sehr labilen Ich-Zuständen kann die Übernahme einer Rolle für einen Patienten im Sinne von drohenden Auflösungstendenzen zu bedrohlich sein. Hier ist es wichtig, daß die Patienten den Raum für sich strukturieren, Grenzen zwischen sich und anderen bewußt wahrnehmen.

In der Integrationsphase werden die Erfahrungen und Erlebnisse der Spielphase benannt, was zu einer Distanzierung von dem Erlebten und der Vermittlung von Einsichten führt bzw. beiträgt. Dazu zeigen die Gruppenmitglieder ihre emotionale Anteilnahme, indem sie z.B. über ähnliche Ereignisse der eigenen Lebensgeschichte berichten, die durch das Spiel aktualisiert wurden (Sharing). Beim Rollenfeedback berichten die Mitspieler über ihre Erlebnisse in den unterschiedlichen Rollen, so daß der Protagonist (beim Gruppenspiel die anderen Teilnehmer) eine erweiterte von verschiedenen Perspektiven ausgehende Sichtweise im Hinblick auf seine Problemsituation erhält. Die Integrationsphase wird von den meisten Leitern in Gruppen mit psychotischen Patienten als eher schwierig geschildert: zum einen läßt hier die Konzentration der Teilnehmer nach, auch die z.T. ohnehin schon beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Informationsaufnahme oder -verarbeitung können gegen Ende der Spielphase weiter vermindert sein. Außerdem geschieht es, daß der einzelne – um sich nicht selbst zu gefährden – nach

einem Spiel nicht mehr vermag, sich auf die anderen Teilnehmer einzustellen und zur Wahrung der eigenen Integrität nicht mehr zu einer Rückmeldung in der Lage ist. Bei der oben geschilderten Gruppensitzung verlief die Nachbesprechung recht lebhaft, von Bedeutung war hier vor allem die Einsicht mehrerer Teilnehmer, daß unerfüllbare z.B. berufliche Wünsche oder Wünsche nach sozialen Kontakten offengelegt werden dürfen und daneben auch eigene Defizite ebenfalls sichtbar sind und nicht versteckt oder verleugnet werden müssen.

Von einigen Autoren wird die gute Anwendbarkeit des Psychodramas bei psychotischen Patienten aufgrund der Strukturiertheit der Methode benannt. Gröschner (1993) betont in ihrem Aufsatz die Bedeutung eines gesicherten abgegrenzten institutionellen Rahmens als Schutz gegen psychotische Angst. Viele Patienten haben in der Frühphase der Persönlichkeitsentwicklung in ihrem familiären Umfeld unklare, unsichere, nicht einschätzbare Strukturen erlebt. Die Gewährung eines klaren beständigen Rahmens ist damit eine wichtige Grundvoraussetzung für die Arbeit mit psychotischen Patienten. Das Psychodrama, gekennzeichnet durch klare Regeln, die immer wieder benannt und fest verankert werden, erscheint dazu gut geeignet. Darüberhinaus kann im einschätzbaren psychodramatischen Prozeß die Fähigkeit trainiert werden, die Regie für das eigene Spiel zu übernehmen. Abschließend ein Zitat von Moreno: »Das Entscheidende liegt in der systematischen Integrierung der ganzen Entwicklung. Das Psychodrama besteht aus strukturierten Szenen, jede Szene aus strukturierten Rollen und jede Rolle aus strukturierten Handlungen.«

Darstellung eines Protagonistenspiels

In der Erwärmungsphase wird die akute Erkrankung einer Patientin, die bei der vorigen Sitzung akut psychotisch zur Gruppe kam und stationär eingewiesen wurde, thematisiert. Die Gruppenteilnehmer berichten, daß sie besorgt gewesen seien. Sie hatten die Mitpatientin schon vor Gruppenbeginn genau beobachtet und es sei ihnen klar gewesen, daß Frau S. psychotisch gewesen sei. Sofort komme der Gedanke »Kann das auch mir passieren?« – trotz Behandlung und Medikamenten. Es wurde ein starkes Mitgefühl für die Patientin ausgedrückt. Eine hatte wahrgenommen, daß Frau S. selbst »sehr ärgerlich und verzweifelt« über ihre Psychose gewesen sei. Das Vorgehen, daß Frau S. von der Leiterin nur kurz in die Gruppe gelassen wurde und dann auf die Station gebracht wurde, wird von den Teilnehmern uneingeschränkt akzeptiert. Abschließend gestehen sich die Teilnehmer angesichts der

eigenen Erfahrungen mit ihrer Erkrankung ein, daß neue Krankheitsphasen eine Realität sind, die allen geschehen kann. Hierbei wird auch ein Stück Gelassenheit spürbar.

Für die aktuelle Sitzung Formulierung des Themas »Selbstbehauptung« als Protagonistenspiel von Frau E., die ihre Erfahrungen auf einer Party betrachten möchte. Nach der Pause berichtet die Protagonistin von dem Besuch einer großen Party am Samstagabend, wo sie verschiedene Leute trifft. Im Laufe der Zeit ist sie zunehmend verunsichert, bemerkt selbst, daß sie am besten nach Hause gehen sollte. Sie schafft es jedoch nicht, diesem Impuls zu folgen. Sehr viel später gelangt sie schließlich völlig deprimiert nach Hause, ist dort unruhig und schlaflos, wobei sie vorübergehend Suizidgedanken entwickelt. In dem Spiel geht es für die Protagonistin und die Gruppe in erster Linie um das Erkennen einer Überforderungssituation und die Entwicklung von alternativen Handlungsstrategien.

1. Aufbau der Szene

2. Auswahl der Mitspieler und Einführung in ihre Rollen durch Interview der Protagonistin

2.1. Felix (Frau W.)

Ein Bekannter von früher aus der Schule, jetzt Kunststudent.
 »Der ist total nett, vor allem ungefährlich. Es ist ein gutes Gefühl, diesen Bekannten auf der Party anzutreffen, gibt fast ein Stück Sicherheit. Mit dem kann man einfach so mal nett plaudern.«

2.2. Kati (Frau S.)

Eine eher oberflächliche, ganz nette Bekannte, eigentlich aber doch verlässlich. Bei ihr habe sie ursprünglich am Abend der Party übernachten wollen. Die sei auch ganz unkompliziert, aber irgendwie gebe es auch so ein »mulmiges« Gefühl.

2.3. Barbara (Frau Sch.)

Eine »total attraktive, ziemlich flippige Frau«, mit der sie gut befreundet gewesen sei. Die sei immer aktiv und obenauf, wisse stets, wo's langehe, habe auch immer irgendwelche Männergeschichten laufen. Schimpfe auf das ganze »Scheiß-System«, schaffe selbst alles prima, plane gerade, mit einem selbst ausgebauten Wohnmobil umherzureisen.

3. Spiel

Frau E. kommt auf die Party, etwas aufgeregt, sieht sofort einige

bekanntere Leute, u.a. auch Barbara, mit der sie eine Begegnung eher befürchtet. Sie wendet sich verunsichert rasch ab und trifft dann zunächst auf Felix. Diese Begegnung vermittelt ihr Sicherheit (Rollentausch). Danach kurze Kontaktaufnahme mit Kati (Rollentausch), die aber selbst mit anderen Gästen der Party beschäftigt ist. Schließlich begrüßt sie Barbara, es ist schon sehr spät, eigentlich will sie nach Hause. Im Gespräch (Rollentausch) berichtet ihr Barbara von eigenen Plänen (Wohnmobil bauen, ins Ausland fahren) und auf Frau E. bezogen weiß sie genau, was Frau E. in ihrem Leben falsch macht. Sie solle sich bloß von anderen nichts sagen lassen. Einerseits berührt und angetan, andererseits verunsichert und ärgerlich fällt es Frau E. schwer zu gehen, nachdem Barbara sie mehrfach überredet, noch dortzubleiben.

4. Sharing/Rollenfeedback

Die anderen Teilnehmer berichten etwas zögernd von Ängsten vor Einladungen oder Festen, auch von Situationen, in denen sie sich nicht wehren konnten gegen das zu ihnen Gesagte. Rasch geht es aber bereits um Handlungsvorschläge. Im Rollenfeedback gibt es sehr allgemein gehaltene Rückmeldungen, wobei Frau Sch. als Barbara berichtet, daß sie Frau E. sehr mag.

In der weiteren Nachbesprechung werden alle sehr lebendig bei den angestellten Überlegungen, wie eine solche Situation zu bewältigen sei. Die Stimmung, auch während des Spiels, ist eher locker, es wird mehrfach gelacht. Dabei ist für die Teilnehmer viel Vertrautes spürbar. Als Vorschläge werden geäußert: Nach Hause gehen, wenn man erstmals das Gefühl hat, daß es gut wäre zu gehen. Sich schon zu Anfang eine klare zeitliche Begrenzung für den Abend, entsprechend dem Befinden vor der Unternehmung, setzen. Mit jemandem gemeinsam auf eine Party gehen, bzw. sich feste Unterstützung mitnehmen.

In der Abschlusssrunde zeigt sich Frau E. sehr zufrieden mit dem Spiel. Sie hatte Lust auch am Spielen selbst, denkt über die Vorschläge nach. Sie ist besonders bewegt von der klaren Rückmeldung von Barbara (Frau Sch.), daß diese sie mag.

Frau S. ist überrascht wie schnell die Zeit verging, das Spiel habe ihr gut gefallen, sie sei etwas ruhiger als zu Beginn. Frau W. geht es nach wie vor gut. Ihr hat das Spielen auch Spaß gemacht, und sie war am Thema sehr interessiert. Frau Sch. ist gerührt darüber, daß sie die Rolle der interessanten und attraktiven Freundin bekam. Auch die restlichen Teilnehmer geben positive Rückmeldungen in der Abschlusssrunde.

Bei der Nachbetrachtung zum Gruppenverlauf ist die große Verunsicherung der Teilnehmer zu Beginn über die erneute akute Erkran-

kung einer Teilnehmerin besonders zu berücksichtigen. Die Gruppenatmosphäre war dichter als sonst, sehr konstruktiv und auch mit der deutlichen Forderung, ein aktuelles Thema zu bearbeiten, wobei alle Teilnehmer im Spiel sehr präsent waren. In der Leitung lag ein Schwerpunkt auf der klaren Strukturierung des Ablaufs und der gegenwärtigen Ausrichtung des Spiels mit zuvor überschaubaren Handlungen für Protagonistin und Antagonisten.

Anmerkungen zum psychodramatischen Umgang mit der Angst vor Verschmelzung und Zerfall bei psychotischen Patienten

Als ein wichtiger Grundkonflikt bei psychotischen Patienten stellt sich die Sehnsucht nach einer Symbiose, nach einem Einswerden mit der Mutter dar, wobei gleichzeitig die große Angst vor einem Verschwimmen aller Grenzen in ihr mit der Folge der Selbstaflösung besteht. Diese Bipolarität zwischen Selbstbezogenheit und Objektbezogenheit führt in einer konflikthaften Situation zu zwei pathologischen Lösungen: zum einen zum narzißtischen Rückzug, oder zur Auflösung der Ich-Grenzen und der Fusion mit dem Objekt. Die Ich-Psychologie beschreibt als Ursache der Psychose ein mangelhaft ausgebildetes Ich, das unter konflikthaften Bedingungen seine Integrationsfunktion nicht erfüllen kann, wodurch es zu einem Zerfall des bis dorthin mühsam Zusammengefügten kommt.

In der Gruppe wird die Konfliktkonstellation in der Interaktion der Teilnehmer deutlich: Begegnungen laufen auf den von den Leiterinnen vorstrukturierten »sicheren« Wegen, so stellt z.B. auch das Ausscheiden eines Teilnehmers mit der als Regel vorgegebenen Verabschiedung in der Gruppe keine größere Verunsicherung dar. Konflikte zwischen den Teilnehmern wurden erstmals nach etwa einjährigem Bestehen der Gruppe thematisiert. Bei einer soziometrischen Übung (»wie nah/wie fern bin ich den anderen Gruppenmitgliedern?«) versuchte ein Teilnehmer, seine Mitspieler dazu zu bewegen, einen Kreis zu bilden – jegliche andere Formation könne er nicht ertragen.

In erster Linie ist für einen Umgang mit diesen Konflikten eine Ich-Stützung notwendig. In der psychodramatischen Bearbeitung mit ihren klaren Strukturvorgaben ist es möglich, in eigener Regie und Verantwortung überschaubare und begrenzte Aspekte zu betrachten. Durch die Inszenierung und damit Sichtbarmachung und sinnliche Erfahrung von z.B. Nähe und Distanz, von Symbiose und Zerfall, von Leere oder »Nichts« wird dies aus einem Schutzraum heraus erlebbar

und kommunizierbar. Auch ist die Inszenierung einer Zerrissenheit mit Verdeutlichung der Polarisierung und dem unverbundenen Nichts zwischen den verschiedenen Teilen möglich und bearbeitbar. So kann z. B. eine vorsichtige Annäherung oder auch Identifikation mit den verschiedenen Teilen und auch dem »Nichts« erfolgen. Eine wichtige Erfahrung kann für den Protagonisten die Möglichkeit sein, einen Stellvertreter in seiner gewählten Szene in seiner eigenen Rolle zu sehen, so daß er zunächst nur als Zuschauer das Geschehen beobachtet, jedoch weiter die Szene selbst bestimmt, was ihm ein hohes Maß an Kontrolle für den Ablauf gestattet. Als Ziel einer analytisch orientierten Psychotherapie könnte die neue und positive Erfahrung benannt werden, daß Objektbeziehung sogar eine Stärkung statt Schwächung der Identität und Autonomie bedeuten kann bei dem postulierten Grundkonflikt Verschmelzung versus Objektlosigkeit. Die psychodramatische Methode kann den Patienten mit der Möglichkeit der Überschaubarkeit der Prozesse hierbei unterstützen.

Literatur

- Bender W (1982). Gruppentherapie (Psychodrama) bei schizophrenen Patienten. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg.). Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer S.116-124
- Bender W (1985). Psychotherapie bei psychotischen Patienten. Nervenarzt (56), S. 465-471
- Bender W (1988). Psychodrama für Psychosepatienten. In: Schneider PK, Ruff E (Hrsg.). Therapie der Verrücktheit. Campus Verlag. S. 179-187
- Ewald M (1986). Psychodramatherapie mit psychotisch Erkrankten. Abschlußarbeit, Morene Institut.
- Gröschner U (1993). Das Drama der Psychose – Gruppentherapeutische Erfahrungen mit dem Psychodrama in einer psychiatrischen Übergangseinrichtung. In: Besselmann R, Lüffe-Leonhard E, Gellert M (Hrsg.). Variationen des Psychodramas. Limmer Verlag. S. 59-74
- Hoffmann-Richter U (1994). Die Psychiatrie psychotherapeutisch durchdringen. Psychotherapeutin (1), S.9-36
- Leutz G (1974). Psychodrama. Theorie und Praxis. Springer Verlag
- Mentzos S (1992). Psychose und Konflikt. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht
- Moreno J (1959). Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme, Stuttgart. S.275 ff.

■ **Drum Herz nimm Abschied und gesunde**

Über die geglückte Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung



Dorothee Lansch

Zusammenfassung

Unter behandlungstechnischen Gesichtspunkten wird die Trennungs- und Ablösungsphase einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (110 Std.) bei einer Patientin mit einer narzißtischen Neurose auf mittlerem Strukturniveau beschrieben.

Erstaunlich wenige Arbeiten sind zum Thema Beendigung psychotherapeutischer Behandlungen (tiefenpsychologisch fundierter, analytischer Psychotherapie) bisher erschienen, und die neuen Lehrbücher zur psychotherapeutischen Medizin erwähnen nicht einmal den Begriff der Beendigung. Demnach werden psychotherapeutische Behandlungen idealerweise gezielt begonnen und kompetent geführt. Wie aber und wann werden sie beendet?

Entscheiden die PatientInnen, wann eine Behandlung zu Ende gehen soll (Kohut, 1966, S.31), oder geht die Therapie solange, bis daß die Krankenkasse die PartnerInnen scheidet, wie es in unserem Land häufig der Fall ist (Kächele et al, 1995)? Daß die Länge und der Umfang der Lehranalysen einen Einfluß auf die Länge der Therapien im Sinne einer angestrebten Supertherapie hat, wies Balint in seinen Untersuchungen (1948, 1954) bereits nach. Ähnlich lange Ausbildungen anderer Schulen dürften einen ebensolchen Einfluß auf die TherapeutInnen haben. Im positiven Sinne wollen die BehandlerInnen ihren PatientInnen das angedeihen lassen, was sie selbst erfahren haben. Im negativen Sinne trauen sie ihren PatientInnen noch nicht zu, alleine fertig zu werden, weil das ihnen selber von ihren AusbilderInnen lange nicht zugetraut wird.

Sind lange Behandlungen der Ausdruck eines Generationenproblems, das eine hohe Ansprüchlichkeit bei der jungen Generation beinhaltet, die mit der Beschränkung einer eher Versagung gewohnten Generation (Gutachter) in Spannung gerät? Vielleicht aber sind die Therapien gar nicht zu lang, sondern eher zu kurz. Wäre mehr gesund-

heitlicher Erfolg, mehr prophylaktische Wirkung auch auf die nächste Generation durch eine Ausweitung der psychotherapeutischen Behandlung zu erzielen? Und spielen nicht bei der Beschränkung der Kassenübernahme eher medizininterne Verteilungskämpfe eine Rolle, bei denen PsychotherapeutInnen aus den verschiedensten hier nicht näher zu erläuternden Gründen eine schwache Position haben, denn begründete sachliche Überlegungen? Oder sind die Therapien entschieden zu lang und könnte derselbe Effekt in wenigen Sitzungen erreicht werden, wie der Trend zur Kurztherapie nahelegt?

Der behandelnden TherapeutIn stellt sich die Aufgabe der Beendigung von Anfang an. Welche Lösung ich in dem vorliegenden Fall finden konnte, will ich im weiteren darstellen.

Erste Begegnung

Ich lernte die Patientin im Herbst 1990 kennen, da sie einen Therapieplatz suchte und ich eine erste ambulante Behandlung beginnen wollte. Im Erstgespräch sitzt mir eine attraktive dunkelgelockte, vollschlanke 40jährige Frau gegenüber, die adrett und ein wenig wie ein braves Mädchen gekleidet ist. Sie ist spürbar aufgeregt und scheint mit Problemen übervoll zu sein. So befürchtet sie am Ende auch, mich mit ihrem Chaos überschüttet zu haben.

Ich erfahre, daß die halbtags in einer guten Position tätige Frau unter starken Angstgefühlen, zunehmenden Arbeitsstörungen und depressiven Verstimmungen leidet. Außerdem habe sie seit langen Jahren Eßprobleme, die so aussähen, daß sie immer mal wieder regelrecht fresse, anschließend ganz apathisch und niedergeschlagen sei und von Schuldgefühlen gepeinigt werde.

Besonders geängstigt sei sie außerdem von immer wiederkehrenden Gedanken, sie könne ihren beiden Kindern (Mädchen,14J, Junge,12J) etwas antun. Sie habe große Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren, was besonders schlimm sei, da sie ihr Inneres als absolut chaotisch erlebe. Zu diesem Zeitpunkt verstehe ich, daß die Patientin die traumatischen Ereignisse ihrer Kindheit (außereheliche Zeugung, bis auf gelegentliche Besuche in den ersten Lebensjahren vaterlos aufgewachsen) und die damit zusammenhängenden Gefühle abwehrt, indem sie sich damit als etwas Besonderes fühlt. Bezüglich ihrer traurigen Empfindungen versucht sie, sich selber durch Essen zu trösten. Da die orale Kompensation aber nicht wirklich tröstet, ißt sie maßlos, was wiederum ihre Angst steigert, ein wildes Tier in sich zu haben, das sie bald nicht mehr kontrollieren könne. Auch ihre eigene Sexualität (Miß-

brauch durch den Großvater seit der Vorschulzeit), die sie als ausufernd empfindet, ängstigt die Patientin sehr. Diesen Schwierigkeiten steht auf der anderen Seite ein extremes Idealbild der eigenen Person gegenüber, wobei die Patientin in der ständigen Angst lebt, wie früher von der Mutter, die sie bei der Selbstbefriedigung ertappte und beschämte, nun von anderen entlarvt zu werden.

Das Problem der Patientin, sich selbst zu begrenzen, zieht auch die Schwierigkeit nach sich, ihren Kindern Grenzen aufzuzeigen. Entsprechend schildert sie ihre Kinder als äußerst anspruchsvoll und die Tochter auch im Eßverhalten maßlos, was wiederum aggressive Gefühle in der Patientin weckt. Aufgrund der gleichzeitig vorhandenen Schuldgefühle den Kindern gegenüber können sich diese Aggressionen nur in ängstigen Zwangsgedanken äußern. Sich nicht abgrenzen zu können ist der zentrale Beziehungskonflikt der Patientin.

Da die Patientin mir sehr sympathisch ist und ich glaube, sie gut genug verstanden zu haben, sie andererseits auch gerne mit mir arbeiten möchte, verabreden wir, uns einmal in der Woche zunächst für ein Jahr zu einer Therapiestunde zu treffen. Aus kassentechnischen Gründen zahlt die Patientin das erste Behandlungsjahr selber, die Kosten des zweiten Jahres übernimmt die Krankenkasse. Die entstehende positive Übertragung ermöglicht es, rasch ein tragendes Arbeitsbündnis herzustellen, worunter die Symptomatik der Patientin sich langsam aber stetig bessert. Bei der Schwierigkeit der Patientin, sich von anderen abzugrenzen und sich selbst zu begrenzen, stellt sich mir aber nach gut einem Jahr die Frage, ob der stabilisierende Effekt der Behandlung an ihre Fortführung gebunden bleibt, oder ob bzw. wie diese Therapie mit gutem Erfolg abzuschließen ist.

Ablösung

Das Problem der Beendigung ist mir also bei dieser psychotherapeutischen Behandlung frühzeitig bewußt. Deshalb erwähne ich der Patientin gegenüber zu diesem Zeitpunkt, daß uns von den vereinbarten 110 Stunden noch 50 Stunden verbleiben. Die Patientin reagiert darauf erleichtert. Es sei gut, daß sie noch so viel Zeit habe. In den nächsten Monaten taucht das Trennungsthema nicht mehr auf, bis die Patientin ein halbes Jahr nach meiner Ankündigung erstmalig selber eine Stunde absagt. Dadurch daß die Patientin mir zeigt, daß sie sich selbständig von mir trennen kann, halte ich die Zeit für gekommen, sie meinerseits in der darauffolgenden Stunde (81.) auf das kommende Ende der Behandlung hinzuweisen. Die Patientin reagiert zunächst erschreckt, als

ich ihr die zeitliche Begrenzung unserer gemeinsamen Arbeit aufzeige. Es wird deutlich, daß sie sich ein Ende bisher nicht vorgestellt hat und jetzt auch noch nicht vorstellen kann. Im Gegenteil hat sie den Wunsch, der Therapeutin ganz nahe zu sein, mit ihr befreundet zu sein. Dies ist mehrere Stunden, meist am Ende der Zeit, immer wieder Thema und wird von den verschiedensten Seiten beleuchtet.

Das Trennungsthema wird durch zwei Urlaubsunterbrechungen, zunächst einen zweiwöchigen Urlaub der Patientin, dem in einem Abstand von mehreren Wochen mein fünfwöchiger Urlaub folgt, erneut vertieft. Auch der dann folgende Weihnachtsurlaub und die Beendigung der therapeutischen Behandlung ihrer Tochter im Frühjahr '92 (Die Tochter hatte ich im Verlauf der Therapie der Mutter auf deren Wunsch zu einer Kinder- und Jugendlichen-Therapeutin vermittelt, da ihre eigenen Ängste so stark geworden waren, daß die Mutter sich extrem überfordert fühlte. Nachdem die Ängste nun verschwunden waren, hatte die Tochter in Absprache mit ihrer Therapeutin die Behandlung beendet.) veranlassen meist die Patientin, aber auch mich, über die Trennung zu sprechen. Von der 83. Stunde bis zum Ende der Behandlung ist die Trennung lediglich in sechs Stunden kein Thema. Drei Stunden davon liegen direkt nach meinem Urlaub, also einer konkreten längeren Trennung. In den letzten zwanzig Stunden kommt bis auf die 105. Stunde das Trennungsthema in jeder Stunde zur Sprache.

Thematisch geht es in diesen Stunden vor allem um die Beziehungen der Patientin im beruflichen und privaten Feld und ihre Schwierigkeiten damit. Die Symptome sind bis auf immer wieder auftretende Schwierigkeiten im Eßverhalten ganz in den Hintergrund getreten. Im Gegensatz zum Beginn der Therapie, wo die Patientin zunächst eine große Menge von sie beunruhigenden Befürchtungen loswerden mußte, herrscht jetzt eine ruhige Arbeitsatmosphäre vor, die es ermöglicht, einzelne Themen zu vertiefen. Im Zusammenhang mit der Trennungssituation wird im letzten Abschnitt der Behandlung besonders die Angst der Patientin vor negativen Affekten deutlich. Sie befürchtet, daß z.B. eine Äußerung ihrer Wut über das Ende mit einer Zerstörung der therapeutischen Beziehung gleichzusetzen wäre. So führt sie dieses Thema anhand eines Buches »Wohin mit meiner Wut« von H. Lerner, aus dem sie mir vorliest, ein. Eine direkte Auseinandersetzung mit mir ist ihr zu diesem Zeitpunkt noch zu bedrohlich.

Wieviel ist genug?

Ihr Wunsch, die Behandlung über die vereinbarte Grenze zu verlängern, verdeutlicht aber auch die Angst der Patientin vor Abhängigkeit und die große Scham, sich unterwerfen zu wollen, also freiwillig die eigene Selbständigkeit aufzugeben. Mit zunehmender Bearbeitung dieses Themas kann die Patientin ihre Kompetenz und Selbständigkeit zeigen, wobei sie nun aber den Neid der Therapeutin befürchtet, so wie sie gegen Ende der Behandlung überlegt, ob ihre Mutter das aushalten könne, wenn sie so selbständig und lustvoll ihr Leben gestalte. Dazwischen taucht immer wieder der Wunsch auf, die Therapie fortzusetzen; einmal aus dem Gefühl heraus, noch immer klein und mickrig zu sein und das angestrebte Vollkommenheitsideal, das die Patientin mit Hilfe der Therapie zu erlangen hoffte, noch nicht erreicht zu haben. Zum zweiten beinhaltet diese Vorstellung auch Neid auf die Therapeutin, bei der die Patientin eine solche Vollkommenheit vermutet. Dieser schwer erträgliche Neid verhindert zunächst Gefühle der Dankbarkeit, was wiederum keine Zufriedenheit mit dem Erreichten aufkommen läßt. In einer Nebenübertragung auf eine Freundin, die eine »richtige Analyse« macht, tauchen diese Gefühle der eigenen Unzulänglichkeit und die Rivalität und der Neid auf die andere während mehrerer Stunden dieser Abschlußphase immer wieder auf.

Hier zeigt sich zugleich noch einmal das Gierige, nie Zufriedene, vor dem sich die Patientin selber fürchtet. Sie äußert, sie habe immer ganz viel und ganz Tolles erleben wollen und wenn es das nicht gegeben habe, sei sie ganz enttäuscht gewesen und habe nichts mehr gewollt. Vielleicht gehe es nun wirklich darum, diese kindlichen Dinge aufzugeben. Später setzt sie sich auch mit ihrem Trotz auseinander. Sie spüre, daß sie das Ende als von mir gesetzt erlebe und dagegen wolle sie aufbegehren, weil dieses Gefühl ähnlich dem als Kind sei, wo sie immer tun mußte, was die Großen von ihr verlangten. Eigentlich wolle sie bestimmen. Ich gebe ihr zu bedenken, daß wir uns fragen müßten, was jetzt für sie richtig und notwendig sei. Meine Sicht sei, daß Frau zwar hier und da immer noch etwas zu feilen fände, aber eine Therapie über die geplanten Stunden hinaus mir nicht notwendig erscheine. Langsam beginnt die Patientin, sich das Therapieende konkreter vorzustellen. Sie meint dazu, sie denke jetzt häufiger über das Therapieende nach. Wir hätten alles Wichtige ja bereits besprochen, und die Themen kämen nun in Variation wieder, aber sie wäre sehr traurig, mich gar nicht mehr zu sehen. In der nächsten Stunde berichtet die Patientin, daß sie von der Therapeutin geträumt habe. Sie sei mit einer anderen Frau, die auch die Therapeutin gewesen sei, zu dieser gekommen. Zu der sie begleitenden

Frau hätte sie gesagt, nicht wahr, unser Kontakt bricht nicht ganz ab. Sie kommentiert ihren Traum damit, daß sie sich immer noch nicht vorstellen könne, wie das Ende der Therapie aussehe. Ich weise sie darauf hin, daß sie im Traum doch bereits eine gute Lösung gefunden habe, und die Patientin versteht, daß sie, wie bereits in den Urlaubspausen so auch nach dem Abschluß der Behandlung, sich die Therapeutin als innere Begleiterin mitnehmen werde. Die Trauer über den anstehenden Abschied verdichtet sich dann in den nächsten Stunden zusehends. Zunächst berichtet die Patientin davon, wie sie zu Hause so unerklärlich traurig gewesen sei und geweint habe. Sie erzählt dann ihre Phantasie, daß sie nach dem Ende der Behandlung die Therapeutin nie wieder sehen dürfe, und dieses Absolute falle ihr so schwer. Sie ist sehr beruhigt, als sie erfährt, daß nichts dagegen spricht, wenn sie mir z. B. eine Karte aus dem Urlaub schicken wolle oder auch, wenn sie sich melden wolle, weil sie meine Hilfe benötige.

Verabschiedung

Einige Stunden später eröffnet die Patientin erstmals eine Sitzung mit dem Trennungsthema. Es falle ihr so schwer, sich von mir zu trennen, woraufhin sie anfängt zu weinen, zunächst noch mit der Befürchtung, daß dies so kindisch sei, dann aber kann sie ihre Traurigkeit und ihre Tränen in meiner Anwesenheit akzeptieren. In der gleichen Stunde berichtet die Patientin von der Wiederkehr zahlreicher Symptome, was sie aber nicht so sehr beunruhige, da ich sie ja zu einem früheren Zeitpunkt auf diese Möglichkeit hingewiesen hätte. In einer späteren Stunde kann sie sich dann scherzhaft damit beschäftigen, daß sie die Phantasie habe, es gehe ihr extra schlecht, nur damit sie die Nähe der Therapeutin suchen dürfe. Hier wird noch einmal besonders deutlich, wie die Patientin Abhängigkeit mit Nähe, und Selbständigkeit mit Einsamkeit verbunden empfindet. Nähe dürfe sie nur suchen, wenn sie sich klein und hilflos fühle, und wenn sie selbständig sei und eine eigene Meinung habe, befürchte sie einsam und alleine zu sein.

In der vorletzten Stunde erklärt die Patientin, daß sie keine Angst vor einer Auseinandersetzung mit der Therapeutin hätte. Wenn sie selber eine Verlängerung der Therapie wollen würde, dann könne sie dies ohne Angst ansprechen. Sie sei aber selber davon überzeugt, daß es richtig sei, die Therapie zu beenden. Dabei helfe ihr auch die Gewißheit, sich später noch einmal melden zu können, falls sie dies brauche.

Beim Abschied in der letzten Stunde (110.) bittet die Patientin um einen Termin in einem halben Jahr, um mir dann berichten zu können,

wie es ihr gehe. Ohne einen festen Termin hätte sie Angst, mich zu belästigen, zu gefräßig zu sein. Sie befürchte überhaupt bei allen Menschen, die sie so gerne habe, daß sie zu viel von denen wollen könne. Ich teile der Patientin mit, daß ich es eine gute Idee finde, einen Termin in einem halben Jahr zu verabreden. Und sie habe gedacht, daß ich ihren Wunsch ablehnen werde. Sie habe befürchtet, daß sie dann damit nicht umgehen könne und wütend werde. Vielleicht sei Wut manchmal ganz hilfreich, wenn man sich trennen müsse. Sie wolle das aber nicht, da das bei ihr so extrem sei, daß nichts mehr Gutes übrigbleibe. Mit einem guten Gefühl verabschiedete ich mich von der Patientin, die ihrerseits ihre Dankbarkeit durch ein kleines Geschenk ausdrückt, das ich in ihrer Anwesenheit mit Freude auspacke.

Der Abschied für die Therapeutin

Konsequent am vereinbarten Therapieende festzuhalten, ist mir bei dieser Patientin nicht leichtgefallen. Die Arbeit mit ihr machte mir viel Freude, wozu sicherlich die anhaltende leicht idealisierende Übertragung beitrug. Die Patientin selber kam gerne und drängte darauf, die Behandlung fortzusetzen, schlug gegen Ende sogar vor, wieder selber zu bezahlen. Für mich als gutachtenungeübte Therapeutin eine spürbare Verführung. Andererseits fiel es mir schwer, die Versagende, die Böse zu sein, wo mir doch das Entgegenkommen so leicht fallen würde.

Bedenken über die Richtigkeit meines Handelns verfolgten mich bis in einen Traum (vor der 106. Std.):

Im Traum wurde mir meine Befürchtung bewußt, die Patientin unterwerfe sich mir lediglich, sei aber nicht wirklich mit dem Ende der Therapie einverstanden, was sie auch nicht sein könne, da der Zeitpunkt für sie nicht angemessen sei. Alarmiert wachte ich auf. In der Reflektion dieses Traumes wurde mir noch einmal klar, wie schwer es mir fiel, die gezogenen Grenzen einzuhalten. Ich kam aber auch bei erneuter Überprüfung zum Ergebnis, daß die Patientin soweit gesundet war, daß die Therapie beendet werden konnte. Deshalb war es mir wichtig, an meiner Entscheidung festzuhalten und der Patientin ein festes Gegenüber zu bieten. Gleichzeitig wurde mir klar, daß ich es bisher vermieden hatte, von meiner eigenen Trauer über den Abschied zu sprechen. Damit hatte ich einerseits die Patientin auf Distanz gehalten, andererseits dazu beigetragen, daß sie sich mit ihrer Trauer kindisch fühlte. In einer der nächsten Stunden holte ich dies nach, woraufhin sich die Patientin vertieft mit dem Thema Rivalität mit der Mutter auseinandersetzen konnte.

Im weiteren Verlauf bestätigte die Patientin meine Haltung bezüglich des Endes. Sie berichtete, wie schwierig es gewesen sei, daß ihre Mutter ihr nie etwas zugetraut hätte, besonders nicht, alleine in der bösen Welt zurecht zu kommen. Auf der anderen Seite hätte ihre Mutter ihr nie wirklich standgehalten. Wenn sie etwas gewollt hätte, so hätte ihre Mutter schließlich immer nachgegeben. Das hätte ihr im weiteren Leben gar nicht gut getan, und auch ihre eigenen Schwierigkeiten, sich zu begrenzen, bringe sie damit in Zusammenhang. Die Vereinbarung des Termins ein halbes Jahr nach Therapieende zögerte die endgültige Ablösung allerdings noch hinaus.

Katamnese

Ich sehe die Patientin also zum vereinbarten Termin ein halbes Jahr später wieder. Es sei ihr ganz gut gegangen in der Zwischenzeit. Das Verhältnis zu ihrer Familie habe sich entspannt, und sie sei zunehmend aktiv geworden. Sie gehe auch zu einer OA-Gruppe (Overeaters anonymous), was ihr sehr gut tue, da sie sehe, daß sie nicht alleine mit ihren Problemen sei. Allerdings könne sie da nicht über ihre Sexualität sprechen, weshalb sich einiges bei ihr aufgestaut habe. Sie wolle nun über diese Thema mit mir noch einige Zeit arbeiten, was ihr sehr wichtig sei. Wir vereinbaren, uns die nächsten zweieinhalb Monate bis zum Jahresende vierzehntägig zu sehen und an dem ihr wichtigen Thema zu arbeiten. Die Patientin möchte dann die Arbeit um weitere Monate fortsetzen, was mir aber nicht möglich ist.

Wir beenden die Gespräche wie verabredet zum Jahresende, und ich gebe der Patientin auch keinen neuen Termin, wie diese es zunächst wünscht. Wir erarbeiten, daß dies einen wichtigen Unterschied macht. Die Therapie sei nun definitiver zu Ende, konstatiert die Patientin. Der Abschied sei aber auch jetzt ein ganz anderer. Sie fühle sich wesentlich sicherer als beim letzten Mal. Sie habe in der Zwischenzeit auch die Feststellung gemacht, daß sie sich selber trösten könne, dabei aber meine Worte benutze. Zum Schluß spricht sie das Thema OA-Gruppe an. Sie wisse nicht, ob sie dahin gehen solle. Ihre alkoholranke Schwester rate ihr, lebenslang an einer Gruppe teilzunehmen. Sie sei aber auf der Suche nach ihrem eigenen Weg. Ich sage der Patientin, daß es genau darum gehe. Meiner Meinung nach sei ein lebenslanger Besuch dieser Gruppe nicht notwendig.

An diesem Punkt, so wurde mir später deutlich, habe ich mich von der Patientin verführen lassen, Stellung zu beziehen gegen ihre

abhängige Schwester, weil ich befürchtete, die Patientin könne ihrerseits in die Abhängigkeit einer Gruppe geraten.

Dieses Thema taucht dann vier Jahre später in dem Nachgespräch, zu dem ich die Patientin aufgrund der geplanten Veröffentlichung eingeladen hatte, wieder auf. Sofort bei der Begrüßung fällt mir das veränderte, natürlichere Aussehen der Patientin auf. Darauf angesprochen meint sie, daß sie sich so viel wohler fühle. In den vergangenen Jahren hätte sich ihr Befinden weiter verbessert. Sie nehme sich in ihrer Familie mehr Freiraum, habe sich viele Kontakte geschaffen und ihre Freizeitaktivitäten noch ausgebaut. Ihre Arbeitstörungen hätten sich ganz enorm verbessert, wenn sie auch manchmal noch Konflikte am Arbeitsplatz hätte. Weiterhin gehe sie zur Eßgruppe, in der sie einige FreundInnen gefunden habe, mit denen sie auch in ihrer Freizeit viel unternehmen könne. Auch in der Familie gebe es noch Probleme, aber sie verstehe schneller, worum es da gehe, und sie müsse nichts mehr dramatisieren.

Sie gehe übrigens noch regelmäßig zur OA-Gruppe, was ihr gut tue. Im Abschlußgespräch vor vier Jahren habe sie gedacht, ich fände das nicht richtig, habe aber festgestellt, daß sie eine andere Meinung hatte und sei trotzdem und ohne schlechtes Gewissen zur Gruppe gegangen. Was das Therapieende angehe, so habe sie gut Abschied nehmen können. Es sei ein Prozeß gewesen, und sie sei am Ende ganz einverstanden damit gewesen.

Diskussion

Der Ablösungsprozeß dieser Patientin läßt verschiedene Stadien erkennen. Zunächst versucht die Patientin, die Möglichkeit der Trennung zu verleugnen. Sie betont immer wieder, daß sie sich ein Leben ohne Therapeutin nicht vorstellen könne. Daran schließt sich eine Phase des Aufbegehrens, des Trotzens, wie die Patientin es nennt, an, in der sie heftige Wut empfindet. Diese Phase wird abgelöst durch eine, in der tiefe Trauer das vorherrschende Gefühl der Patientin ist. Parallel dazu entsteht in der Patientin ein stabiles neues Introjekt, was im dargestellten Traum deutlich wird. Nach Abschluß der ersten Behandlungsphase kann die Patientin in Identifikation mit diesem neuen Introjekt eine hilfreiche Selbstanalyse und Ich-Stützung erreichen. Sie beruhigt sich mit den Worten der Analytikerin.

Die endgültige äußere und innere Trennung von der Therapeutin gelingt der Patientin dann, nachdem sie in dem halben Jahr nach den ersten 110 Stunden ausprobieren konnte, wie sie alleine zurecht kommt

und indem sie die analytischen Ich-Funktionen in die eigene Person übernehmen konnte. Ihre Eigenständigkeit zeigt sich darin, daß sie sich unabhängig von der Therapeutin bzw. gegen deren Meinung entscheiden kann, ohne Schuldgefühle zu bekommen. Auch den vorhandenen und neu auftauchenden Problemen fühlt sich die Patientin alleine gewachsen, was sie in der vier Jahre später stattfindenden Nachuntersuchung bestätigt. Damit bestätigt sie auch, daß der Zeitpunkt der Beendigung günstig gewählt war und das Festhalten daran richtig. Mir war dabei die menschliche Unterstützung eines kompetenten Supervisors sehr hilfreich.

Aber was tun die Kolleginnen, die auf eine solche Unterstützung verzichten (müssen)? Vielleicht weil sie keine kompetente Supervision erhalten, oder sie sich eine solche nicht oder nicht in notwendigem Umfang leisten können. Wie geht es den KollegInnen, die aus der Supervisionsphase hinausgewachsen sind? Ist Beendigung Thema in den Interventionsgruppen? Oder verbietet die Verschiedenheit jeder einzelnen Behandlung eine gemeinsame Diskussion des Themas? Tatsache ist, daß jede psychotherapeutische Behandlung einen Anfang und ein Ende haben muß, wenn sie ihrem emanzipatorischen Anspruch gerecht werden will. Den richtigen Zeitpunkt und die richtige Form der Verabschiedung zu finden ist kein leichtes Unterfangen und ist letzten Endes auch von ethischen und weltanschaulichen Gesichtspunkten der TherapeutInnen geprägt, was ohnehin in der Psychotherapie eine große Rolle spielt (Treurniet 1996). Ein größerer Erfahrungsaustausch und eine lebhaftere und offenere Diskussion dieses Themas halte ich dabei für sehr hilfreich und wünschenswert.

(Ich bedanke mich sehr herzlich bei meiner Patientin für die Erlaubnis, das hier vorliegende Material zu veröffentlichen.)

Literatur

- Balint M (1948) *Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Klett, Stuttgart S. 307-332
- Balint M (1954) *Analytic training and training analysis*. *Int J Psychoanal* 35: 157-162
- Kohut H (1966) *Die Heilung des Selbst*. Suhrkamp S. 31
- Kächele et al (1995) *Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapien*. *Psyche* 49: 159-173
- Treurniet N (1996) *Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik*. *Psyche* 50: 1-31

■ ■ ■ Breschen – Nachrichten vom ›dark continent‹

■
Ulrike Bondzio

Zusammenfassung

Ausführungen zur Weiblichkeit sind aus den Werken Sigmund Freuds und Jacques Lacans, den Gründungsvätern der deutsch- und französischsprachigen Psychoanalyse nicht wegzudenken. Kulturhistorische Fragestellungen bieten eine Möglichkeit, in die Werke beider und deren theoretische Konstruktionen Breschen zu schlagen. In literarischer Form wird dadurch ein Zugang zur Frage nach der Frau in der Psychoanalyse unserer Zeit sichtbar.

Freud und was ihm vorausging

Am bittersten, sagte das Mädchen,
ist der Verzicht auf das, was uns
sowieso unerreichbar ist.

Christa Wolf

Anstoß war einmal mehr Freud

»Vom Geschlechtsleben des kleinen Mädchens wissen wir weniger als von dem des Knaben. Wir brauchen uns dieser Differenz nicht zu schämen; ist doch auch das Geschlechtsleben des erwachsenen Weibes ein dark continent für die Psychologie.«¹

Für Freud wurde es auf dem dunklen Kontinent Zeit seines Lebens nicht hell. Obgleich er große Mühe darauf verwendete, etwas Licht ins Dunkel zu bringen, bleibt es letztlich doch unbelichtet, dies Andere, was sich Weiblichkeit nennt. Oder genannt wird? Zuweilen ist sich des Eindrucks nicht zu erwehren, daß immer auch ein Unterton von Verzweiflung mitschwingt, wenn Freud in der Betrachtung und Beschreibung des dunkel – ja fremd bleibenden Kontinents in Vagheit verfällt: »Beim kleinen Mädchen, meinten wir, müßte es ähnlich zugehen, aber doch in irgendeiner Weise anders.«² Irgendwie anders soll sie sich entwickeln, die erste psychische Gestaltung des Sexuallebens.

In Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds (1925) kommt Freud nach einem Rundumschlag, der sich an den Begriffen Penisneid, Männlichkeitskomplex, narzißtische Kränkung und an der symbolischen Gleichung Penis=Kind manifestiert, zu dem Ergebnis, daß es »im Grunde eine Selbstverständlichkeit ist, die man hätte vorhersehen können«³, daß der anatomische Geschlechtsunterschied an eine unterschiedliche Situation der Geschlechter geknüpft ist und dort Wirkungen hat. Ein Blick in Das Unbehagen in der Kultur (1929/30) verdeutlicht, daß die Wirkungen sich unter anderem an den verzögernden und zurückhaltenden Einflüssen zeigen, die die Frauen, der Kulturströmung entgegengesetzt, geltend machen.⁴ Eine Form der Kontraproduktivität, der es die Kultur zu verdanken hat, daß es noch Nachkommen gibt, die sich ihren immer schwieriger werdenden Aufgaben stellen.⁵

Bezeichnend ist – und dafür ist nebensächlich, ob Männer oder Frauen sich zur Weiblichkeit Gedanken machen –, daß schließlich bei der Mutter gelandet wird. Soll das des Rätsels Lösung sein, von dem Freud in der 33. Vorlesung (Die Weiblichkeit, 1933/32) vermutet, daß sich vom Grübeln darüber wohl keiner ausschließen kann, sofern es Männer sind. Von den Frauen hingegen erwartete man es nicht, da sie selbst dieses Rätsel sind.⁶ Freud löste einen Teil des Rätsels der Weiblichkeit, indem er von der reinen Männlich- und reinen Weiblichkeit als theoretischen Konstrukten sprach.⁷

Sieht man sich zeitlich frühere Literatur zu diesem Thema an, so entsteht der Eindruck, daß Freud auf den Punkt des Fragezeichens gebracht hat, was andere vor ihm auf unterhaltsame Weise zur Darstellung brachten. Rätsel und Tappen im Dunkel regen die Phantasie an.

Eine dieser Phantasien ist die Vorstellung einer Frauen- statt Männerherrschaft, in der nicht nur alles anders, sondern vieles besser sein würde. Bezeichnenderweise waren es nicht nur Frauen, die solch ein Programm entwickelten. Auf anderer Ebene verdient es des Senatspräsidenten Schrebers Vorstellung, »daß es doch eigentlich recht schön sein müsse, ein Weib zu sein, das dem Beischlaf unterliege«.⁸ Sie ist, hinsichtlich der Ausführungen hier, jenseits seiner psychotischen Realität zu bedenken. In den Ekklesiastischen des Aristophanes, immerhin für das Jahr 392 vor nicht-jüdischer Zeitrechnung erschlossen, geht es um nicht sehr viel anderes als um diese Phantasie. Auffallend schon da, daß den Frauen das Ruder zu übernehmen gestattet wird, wenn das Schiff kurz vor dem Kentern, wenn nicht ganz vor Untergang ist. Das damals – wie heute? – aktuelle Moment war die Armut des einzelnen im griechischen Staat, der materielle Mangel sowie die Armseligkeit der politischen Verhältnisse. Obwohl sich Freuds Sicht auf die männliche

und weibliche Sexualität nicht nur anders liest, mit des Komödiendichters Worten im Ohr, wird dem Reiz, einige der derbsten, aber auch pikantesten Stellen im Wortlaut darzustellen, nicht nachgegeben. Zu berichten ist aber, daß die Frauen sich die Herrschaft erschleichen, indem sie zur Volksversammlung, auf der der Regentenwechsel beschlossen werden soll und ein dementsprechendes Programm entwickelt wird, mit – versteht sich – imitierten Bärten und in der den Männern entwendeten Kleidung erscheinen. Erklärtes Ziel wird sein, Praxagora faßt es in Worte:

»Beginnen wir das kühne Werk, das Ruder
Des Staates in unsre Frauenhand zu nehmen.
Gewillt, allein des Staates Wohl zu fördern
Denn jetzt geht's nicht mit Segeln,
nicht mit Rudern!«⁹

Das kühne Werk, das wird wenig später deutlich, ist die absolute Anarchie, in der aus »Mangel nie mehr ein Mensch etwas tun wird, denn alles ist Eigentum aller.«¹⁰ Aristophanes bleibt in der Sphäre der Utopie, indem er dem Zuschauer der Komödie nicht zu sehen gibt, ob sich das Programm der Frauen bewährt. Nur, daß die Männer der neuen Regierung gegenüber weniger abgeneigt sind, als zunächst zu vermuten war, wird deutlich.

Es gibt ein zeitlich späteres Stück Literatur, von Johann Christoph Gottsched mit dem Titel *Die Vernünftigen Tadelrinnen* (1725/26), dessen Thema gleichfalls der Traum vom Weiberparlament ist. Dort wissen die Frauen, anders als bei Aristophanes, daß die Herrschaft nicht zu erschleichen, sondern nur zu erarbeiten ist. Kein Wunder, Gottsched lebte und schrieb zur Zeit der sogenannten Aufklärung.

Wie es Zeit wird

Die Wirkungen! Die Wirkungen!
Das sind doch nur die wechselnden
Erscheinungen des Lebens und
nicht das Leben selbst.

Honoré de Balzac

Freuds dargestellte Ansicht, daß der Libido keines der beiden Geschlechter zuzuordnen ist, läßt an eine andere Formulierung denken, die es zu hinterfragen gilt. In *Das Unbewußte* (1915) heißt es: »Die Vorgänge des Systems Ubw sind zeitlos, d.h., sie sind nicht zeitlich

geordnet, werden durch die verlaufende Zeit nicht abgeändert, haben überhaupt keine Beziehung zur Zeit. Auch die Zeitbeziehung ist an die Arbeit des Bw-Systems geknüpft. (...) Fassen wir zusammen: Widerspruchslosigkeit, Primärvorgang (Beweglichkeit der Besetzungen), Zeitlosigkeit und Ersetzung der »äußeren Realität durch die psychische sind die Charaktere, die wir an zum System Ubw gehörigen Vorgängen zu finden erwarten dürfen.«¹¹

Wesentlich sind hier die Worte von der Zeitlosigkeit des Ubw.

Hinsichtlich auch dieser, der Libido ähnlichen, unterstellten Neutralität, wie sie von Freud konstatiert wird, taucht die Frage auf, ob gänzlich außer acht zu lassen ist, daß für das männliche und weibliche Geschlecht eine vom Körper her zu denkende Zeitvorstellung zum Tragen kommt, deren Spuren, Einschreibungen sich am oder im Unbewußten manifestieren. Es erstaunt, daß Freud in seinem Aufsatz *Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds* (1925) mit keinem Wort erwähnt, daß zu diesem Geschlechtsunterschied auf Seiten der Frau der Monatszyklus gehört, von dem im folgenden angenommen wird, daß er auch für das Unbewußte Konsequenzen im buchstäblichen Sinn zeitigt. In Ermangelung eines präziseren Begriffs wird der des Unbewußten in seiner globalen Form verwendet, denn dem Unbewußten ist die Paradoxie des – ist es da, ist es weg – eigen, was unter Psychoanalytikerkollegen und Kolleginnen zu der Gretchenfrage führen kann: »Glauben Sie an das Unbewußte?«

Nicht erst mit Eintritt in die Pubertät und deren damit einhergehenden Veränderungen an und im Körper strukturiert sich das weibliche Zeitempfinden um den Zyklus von etwa 28 Tagen. Nicht erst dann, weil dieser Zyklus schon vor dem eigenen Beginn für das Mädchen, manchmal deutlicher, manchmal verborgener im Außen, bei anderen wahrnehmbar ist.

Der weibliche Zyklus bringt es mit sich, Skandierungen zu setzen, das subjektive Zeitempfinden zu rhythmisieren. Durch den Rhythmus kommt es zum Kontakt mit der Zeit, für den es auf Seiten des Mannes keine direkte Entsprechung, nichts Vergleichbares gibt. An dieser in Absolutheit gefaßten Formulierung kann man sich stoßen, denn es ist in dem Maß eine Anmaßung als Frau über und für den Mann zu sprechen, zu schreiben, wie es etwa in Schriften Freuds Anstoß ist, wenn dort das Rätseln über die Weiblichkeit zur Theorie ausgebaut wird.

Von Lacan gibt es die hübsche Geschichte des Jungen und des Mädchens, Bruder und Schwester, die sich im Zug gegenüber sitzen und zwischen denen sich, während sie in einen Bahnhof einfahren, in dem der Zug hält, ein sinniges Gespräch entwickelt: »Schau, wir sind in

Frauen!« sagt der Bruder. »Dummkopf«, erwidert darauf seine Schwester, »siehst du denn nicht, daß wir in Männer sind!«¹²

Dieses Gespräch, in dem es um eine Standortbestimmung geht, beide sich um Orientierung bemühen, wird in einem Moment der Bewegungsunterbrechung, einer Skandierung geführt. Beide weisen sich und dem Gegenüber einen Ort zu, jeweils den konträren, den zu erreichen ihnen nicht möglich sein wird, da es, wie Lacan im Seminar *Encore* sagen wird, kein Geschlechtsverhältnis gibt.¹³

Lacan erzählt die Geschichte des Bruders und der Schwester im Zug, was durch den Kontext deutlich wird, jedoch weniger, um von der Zeit zu sprechen. Ihm geht es um die Darstellung der Arbitrarität des sprachlichen Zeichens, des Signifikanten, die sich in der Materialität der Buchstaben von Frauen/Männer (im französischen *Dames/Hommes*) auf den Türen manifestiert. Die Bemerkung, es handelt sich um ein erkenntnisreiches Gespräch im Moment einer Skandierung, ist eine Zugabe, die im Text implizit, zwischen den Zeilen aufzufinden ist.

Der Verknüpfungspunkt zwischen der Geschichte und der Darstellung unterschiedlicher Zeitvorstellungen und Zeitempfindungen von Mann und Frau ist die Frage, ob für den vorhin dargestellten Zusammenhang Wirkungen für einen je anderen Um- und Zugang zur Sprache denk- und beschreibbar sind.

Vom Weben und Texten

Die weibliche Orthographie schreibt
noch immer ›Genus‹ mit zwei und
›Genuss‹ mit einem ›s‹.

Karl Kraus

Mit Freud und seinen Ausführungen in der 33. Vorlesung, liegen Gedanken zur Weiblichkeit und Schrift oder zur Weiblichkeit in der Schrift nahe. »Man meint, daß die Frauen zu den Entdeckungen und Erfindungen der Kulturgeschichte wenig Beiträge geleistet haben, aber vielleicht haben sie doch eine Technik erfunden, die des Flechtens und Webens.«¹⁴

Es bedarf nur einer kleiner Verschiebung der Worte ›Flechten‹ und ›Weben‹, um assoziativ bei der Herstellung von Textilien bei Texten und somit bei der Schrift anzukommen.

Was beim Flechten und Weben geschieht, ist die Verknüpfung von miteinander nicht verbundenen Materialien, Fäden durch verschiedenste Techniken und in zahlreichen Möglichkeiten des Arrangements.

Mich erinnert dies sehr an die Worte, durch die Hélène Cixous den Schreibstil von Clarice Lispector charakterisiert. Hélène Cixous begründete ihren Wunsch, das Buch *Aqua Viva* von Clarice Lispector möge veröffentlicht werden damit, daß es für sie eine Metapher für die Weiblichkeit in der Schrift darstellt: »... etwas, das keinen Anfang hat, kein Ende, keinen einzelnen bestimmten Anfang, denn es ist kein Chaos, es besteht aus ästhetischem Material, das vollkommen musikalisch und triebhaft ist, zusammengesetzt aus einer Reihe von Abschnitten und Seiten und diese Seiten sind vom Körper her bestimmt; wie die Atmung beim Schwimmen, so gestaltet der Rhythmus der Atmung die Ortsverschiebung. ... – ein Denken, das vollständig belebt, bestimmt wird von der Kraft des Körpers, vom Triebhaften. Was sich völlig von den männlichen Konstruktionen unterscheidet, die nur in der Verdrängung des Körpers verfaßt werden können.«¹⁵

Mittlerweile ist das als Gründungsmanifest der Frauenliteratur bezeichnete¹⁶ Buch von Clarice Lispector – *Aqua Viva* – veröffentlicht und auch in deutscher Übersetzung erschienen. Von dem was Hélène Cixous männliches Schreiben nennt, das sich an einem Plan, einer im vorhinein angefertigten Architekturzeichnung orientiere, ist Clarice Lispector in der Tat weit entfernt und doch fiel mir während des Lesens manches ein, was bei Maurice Blanchot Anklänge an das hat, was weibliche Schrift, weibliches Schreiben genannt werden kann. Besonders in *Warten und Vergessen* geht es zumindest dem *Sujet* nach um eine ähnliche Bewegung des Verknüpfens, des immer erneut Ansetzens, um Worte zu einem Geflecht zusammenzusetzen.

Geschrieben von einem Mann, doch die Beschreibung dieser Bemühung gilt einer Frau, die sich mit dem Wunsch: »Machen Sie, daß ich zu Ihnen sprechen kann«, an die männliche Person der Erzählung wendet. Dieser Satz ist ein übers andere Mal Kennzeichen des Anfangs, ohne daß das dem Satz folgende Sprechen sehr viel anderes als wiederum ein Anfang wäre. Für eine möglicherweise spezifisch weibliche Form des Schreibens bedeutet dies unaufhörliche Anfangen: Hinter den Anfang geht es auch mit Hilfe der Geste des Durchstreichens nicht zurück.

Vor nicht allzu langer Zeit gab es in den Kinos einen Film zu sehen, dessen Titel mir leider entfallen ist, der mir aber ins Gedächtnis kommt, weil dort die Geste des Durchstreichens von Worten, Signifikanten sehr plastisch dargestellt wurde. In dem Film gab es die Figur eines Jugendlichen, der eine Liste von Wörtern führte, genauer – durchgestrichener Wörter, die er nie wieder aussprechen würde, da er sie Anderen zum Geschenk gemacht hatte. Sprach er, und er sprach selten, so tauchten in seinen Sätzen – je weiter die Filmhandlung gedieh, um

so mehr – Pausen, Lücken an den Stellen auf, an denen ihm verschenkte Worte in seinem Wortschatz fehlten. Nun war es eine zusätzliche Absurdität, daß der Schatz an Worten, der ihm zur Verfügung stand und aus dem er großzügig verschenkte, keiner war, der wieder aufzufüllen gewesen wäre. Würde er all seine Worte verschenkt haben, bliebe ihm nur noch Schweigen, und die Liste durchgestrichener Wörter gäbe Zeugnis davon, welche Wörter, die ihn einst besetzten, er besessen hat.

Eingedenk dessen, daß es in der Hysterie durch den Verlust der Verschiebung zur Starrheit kommt¹⁷, die sich auch schweigend äußert, kann die Vorstellung eines unveränderbaren Wortschatzes hysterisch genannt werden.

Aber die filmisch, in ihrer Buchstäblichkeit dargestellte Idee eines Wortschatzes führt erneut zur Frage des männlichen und weiblichen Schreibens und zu dem Versuch, ein Modell anderer Art zu entwerfen. Dafür ist die symbolische Ordnung, der große Andere als ein Fundus, eine Schatzkiste von Signifikanten zu denken, zu der jedes sprechende Subjekt nicht nur Zugang hat, sondern der es unterstellt ist. Die Differenz zwischen einem männlichen und weiblichen schreibenden Umgang mit diesem Fundus könnte darin zu finden sein, daß zu unterschiedlichen Zeiten, in unterschiedlichen Situationen andere Signifikanten aus dem Fundus, genannt symbolische Ordnung einfallen.

Das dritte Geschlecht

Eine Frau, die schreibt.

Das ist grausam für den Mann.

Marguerite Duras

Während des Schreibens dieses Textes treten Merkwürdigkeiten auf, die vermutlich unmittelbar mit dem Thema zu tun haben und nicht unterschlagen werden sollen.

Die Beschäftigung mit dem Thema der Geschlechterdifferenz, auf welcher Ebene der Betrachtung auch angesetzt wird, ob auf der des Körpers oder der von Sprache und des Sprechens, weckt und schürt Aggressionen, die, obwohl produktiv, Symptom zu sein scheinen für momentan noch Unfaßliches. Kommt die weibliche Schrift zu diesem Thema möglicherweise einer Form der Kastrationsdrohung nahe? Zumindest scheint es in der Tat ehrenrührig, Fragen und Gedanken mit dem Zugeständnis zu beschreiben, daß es auch ein Gegen-Anschreiben ist, die Darstellung einer Gegen-Ansicht zu vorhandenen männlichen Spekulationen über die Frau.

Könnte aber auch sein, die Merkwürdigkeiten verdanken sich dem Versuch, im Schreiben an verschiedenen Orten gleichzeitig sein zu wollen. Nicht nur an dem Ort des – als Frau zur Geschlechterdifferenz Schreibens, sondern auch, trotz Einsicht in die Unmöglichkeit, es als eine Vertreterin des weiblichen Geschlechts zu tun. Das ist das sprichwörtliche Besondere im Allgemeinen und der eine Teil vom ›Einerseits – Andererseits‹, das an einem Ort unterzubringen, übermütig macht.

Zeus wußte dem Übermut im Symposion einzig durch Schnitt Abhilfe zu schaffen. »Denn erstlich gab es drei Geschlechter vom Menschen. (...) Mannweiblich nämlich war damals das eine, Gestalt und Benennung zusammengesetzt aus jenen beiden, dem männlichen und weiblichen, jetzt aber ist es nur noch der Name, der zum Schimpf gebraucht wird.«¹⁸

Diese Worte aus dem Symposion führen direkt in die Welt der Musik, in der der Mythos vom Hermaphroditen des Aristophanes noch bis in das 19. Jahrhundert in den Kastraten Wirklichkeit war. »Das Kastratentum erfüllte die Sehnsucht der Oper nach dem dritten Geschlecht.«¹⁹

Der Weg zu den Kastraten führte über Kinderstimmen zu spanischen Sängern (sogenannten Spagnoletti), in deren Gesangsschulen es die Tradition der Falsettstimme, der Kopfstimme gab, die es auch Männern ermöglichte, in den Lagen von Alt und Sopran zu singen. Den musikbegeisterten Italienern war der Import spanischer Sänger nicht gut genug. 1601 wurde der 1581 geborene Girolomo Rosini in die päpstliche Kapelle aufgenommen. Er war der erste Kastrat und sang Sopran.

Jenseits der historischen Daten nun ist zu fragen, was an den Stimmen der Kastraten anderes faszinierte als an den Gesangsstimmen von Kindern (Knabenchöre erfreuen sich auch heute noch großer Beliebtheit) und Countertenören. Überwältigend an diesen Männerstimmen war, neben der Faszination, die von den Kastraten als Zwischengeschlecht ausging, der Stimmumfang und das Timbre, das von Charles de Brosses in einem seiner Briefe um 1756 beschrieben wurde. »Es liegt, ganz wenige ausgenommen, etwas Sprödes und Herbes in ihrem Gesang, das von der weichen Lieblichkeit der Frauenstimme weit entfernt ist, aber ihre Stimme hat Glanz und Leichtigkeit, dabei Kraft und Umfang.«²⁰

Dies war nicht das einzige Faszinosum, das die Italiener »Eviva il coltello« ausriefen ließ. Mit beginnender Gesangsausbildung von Frauen außerhalb des Vatikanstaates vor allem in Neapel und Venedig während des 17. und 18. Jahrhunderts und deren zunehmenden Auftritten auf Opernbühnen, war für das Publikum bald nicht mehr mit Eindeu-

tigkeit zu sagen, ob Mann oder Frau, denen Verehrung und Bewunderung galten.

Es sollte bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts dauern, bis die Kastraten von den Tenören verdrängt wurden. Die letzte Oper, in der es eine für Kastraten geschriebene Rolle gab, war Giacomo Meyerbeers *Il Crociato in Egitto*.

Fort-Da

Dasein ist Versäumen.

Günther Anders

Zu erwähntem ›Fort – Da‹²¹ in Jenseits des Lustprinzips gibt es die von Luce Irigaray formulierte These, daß dieses Spiel zur Sublimierung von An- und Abwesenheit nicht von einem Mädchen hätte initiiert werden können, da »ein kleines Mädchen, wenn seine Mutter abwesend ist, nicht die gleichen Gesten macht.«²² Die Geste würde auf seiten des Mädchens weniger die des Hin und Her, des Von-sich-wegstossens und An-sich-ziehens sein, sondern die der Beschreibung eines Kreises um sich.

Die Geste des Jungen im ›Fort – Da‹ mag eine diskursive genannt werden. Was bleibt da für das Mädchen? Helene Deutsch konstatierte für den Jungen eine Verschiebung hinsichtlich der Interessen für den eigenen Körper von innen nach außen, für das Mädchen die von außen nach innen.²³ Verschiebungen, die geschlechtsspezifisch verteilt, je eine Seite des ›Fort – Da‹ zum Ausdruck bringen.

Es wird kein Zufall sein, daß diesem Text ein versöhnliches Ende gegeben wird, ohne daß die in den Worten Helene Deuschs gedeutete Parzellierung zufriedenstellend wäre.

Anmerkungen

1 Stud. Ausg. Ergänzungsband, S. 303

2 ebd., Bd. V, S. 258

3 ebd., S. 265

4 ebd., Bd. IX, S. 233

5 hingewiesen sei hier auf Sarah Kofmans Ausführungen zu Freuds ›Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten‹, in: *Die lachenden Dritten*. München/Wien 1990, S. 154 f.

6 ebd., Bd. I, S. 545

- 7 vgl. ›Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie‹ (1905). ebd., Bd.V, S. 123/ Anm. 1. In den Zusatz von 1915 mag sich die Theorie der Bisexualität seines Freundes Wilhelm Fließ eingeschrieben haben.
- 8 Daniel Paul Schreber: Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Frankfurt a. M. 1985, S. 30
- 9 Aristophanes: Die Ekklesiazusen. (Die Weibervolksversammlung). o.O. und J., S. 532
- 10 ebd., S. 550
- 11 Stud. Ausg. Bd. III, S. 145 f.
- 12 Jacques Lacan: Schriften II. Olten 1975, S. 25
- 13 ders.: Livre XX (Encore. 1972-73). Paris 1975. (» ... il n' y a pas de rapport sexuel ...«, S. 36)
- 14 Stud. Ausg. Bd. I, S. 562
- 15 Weiblichkeit in der Schrift. Berlin 1980, S. 78/ 79
- 16 Iris Radisch: Im Museum verlorener Ekstasen. in: Die Zeit, Nr.5/ 27.1.1995, S. 56
- 17 Edith Seifert: Der Andere in der Psychoanalyse Lacans. in: Theorie-Geschlecht-Fiktion. hrsg. von Nathalie Amstutz und Martina Kuoni. Basel 1994, S. 54
- 18 Platon: Sämtl. Werke Bd. II, Hamburg 1988, S. 221
- 19 J. Gregor: Kulturgeschichte der Oper. Wien 1950, S. 135
- 20 Hubert Ortkemper: Engel wider Willen. Die Welt der Kastraten. Berlin 1993, S. 43
- 21 Stud. Ausg. Bd. III, S. 224 f.
- 22 in: Genealogie der Geschlechter. Freiburg 1989, S. 157-159
- 23 in: Psychologie der Frau. Bern 1954, Bd. 2, S. 46

Interview mit Sylvia Eichin

Das Interview mit Sylvia Eichin führte
Ulrike Hoffmann-Richter

Zusammenfassung

Sylvia Eichin ist Psychiatrieschwester. Sie hat ihre Ausbildung dazu mit 38 Jahren als zweitem Beruf begonnen. Im Interview berichtet sie über die Umstände, die sie zu dieser zweiten Berufswahl bewegt haben, die Bedeutung ihrer Lebenserfahrung für den Beruf und die persönlichen Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten in der beruflichen Tätigkeit: Sie hat eine körpertherapeutische Zusatzausbildung gemacht und auf diesem Hintergrund das Konzept einer Fitneß- und Entspannungsgruppe für Psychosekranke entwickelt. Die außerdem angesprochenen Themen – der Umgang mit Ideologien, Gruppenprozessen, ambulanter Tätigkeit und Kleidung im Beruf zeigen, welche Gestaltungsmöglichkeiten einer Psychiatrieschwester trotz des Eingebundenseins in die Institution offenstehen.

Wie du in den Beruf gekommen bist hat eine Geschichte. Könntest du sie erzählen?

Der zweite Beruf

Mit 38 habe ich die Ausbildung an der Schule angefangen und habe vorher etwas ganz anderes gemacht. Zuerst habe ich drei Jahre Damenschneiderin gelernt; drei Jahre die Modefachklasse der Kunstgewerbeschule besucht und dann als Modeentwerferin bei einer großen Firma in Basel etwa fünf Jahre gearbeitet. Zu dieser Zeit bin ich auch sehr viel zu Messen nach Paris und München gereist. 1975 habe ich geheiratet. Gerade in dieser Zeit hat die Firma die Eigenproduktion eingestellt. In Basel gab es relativ wenig Stellen für meine Qualifikation. Ich hätte nach Zürich oder in die Ostschweiz gehen müssen. Da ich gerade geheiratet hatte, wollte ich nicht weit fortgehen oder pendeln. Die Firma bot mir an, als Einkäuferin weiterzuarbeiten. Ich habe parallel noch eine kaufmännische Abendschule absolviert, damit ich vom kaufmännischen Teil mehr verstehe. Ein Jahr lang habe ich im Einkauf gearbeitet, und gemerkt, daß diese Arbeit mir nicht liegt. Ich bin nicht

der kaufmännische Typ, das ist mir zu trocken, mit all den Telefonaten und Zahlen und Kunden. Obwohl ich Mode immer noch gern mochte und auch jetzt noch mag, war mir das zu trocken. Ich habe reduziert und in der Migros-Clubschule Nähkurse für Lederbekleidung, Fastnachtskostüme usw. gegeben. Ich habe auch noch frei gearbeitet. Im Frühjahr und Herbst habe ich in der alten Firma immer noch so eine Art Katalog gemacht. Das war aber mehr ein interner Katalog für die Einkäufer. Insgesamt waren es etwa 60 %, die ich gearbeitet habe.

Dann hatte mein Bruder einen schweren Unfall. Er hatte ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. Er lag auf der Intensivstation und war lange im Koma. Ich habe ihn oft besucht. Sein Zustand hat mich sehr beschäftigt. Ich habe Bücher gelesen, wobei ich mich schon vorher für Psychologie interessiert habe. 1984/85 haben mein Mann und ich uns getrennt, und ich mußte mir überlegen, was ich weiter machen wollte als geschiedene Frau ohne Kinder in diesem Alter. Es ist ja nicht so, daß der Mann einen bis ans Lebensende finanziert. In den alten Beruf zurück zu gehen, war mir zu unsicher. Als Kursleiterin weiß man nie, ob die Kurse wirklich stattfinden oder nicht. Ich konnte nie fix mit einem bestimmten Einkommen rechnen. Noch zusätzlich zur Scheidung und Wohnungsaufgabe eine neue Arbeit zu suchen – außerhalb der Schweiz oder in einem anderen Kanton – war mir dann zuviel. Ich habe gedacht, ich mache jetzt etwas ganz neues. Ich ging zur Berufsberatung und habe mir überlegt, was man mit 38 Jahren noch machen kann. Man kann ja nicht jeden Beruf dann noch anfangen. Ich habe mich über die sozialen Berufe informiert und bin auf die Psychiatriseschwester gestoßen. Es hieß zwar, daß 35 Jahre die oberste Grenze sei. In der Schule haben sie aber gesagt, sie seien nicht so stur, ich solle mal die Aufnahmeprüfung machen. Es hat geklappt. Dann habe ich in der Klinik angefangen, und seit zehn Jahren bin ich jetzt diplomierte.

Schon während der Ausbildung habe ich gemerkt, daß es mich mehr auf Rehabilitationsabteilungen zieht und vor allem zu schizophrenen Patienten. Ich habe nach dem Diplom eine Stelle auf einer offenen Reha-Abteilung gefunden. Dort war ich für fünf Jahre. Dann gab es einige personelle Differenzen, und ich wollte gerne wechseln. In der Zwischenzeit hatte ich noch einen Stationsleiterinnenkurs gemacht und die Abteilung auch ad interim geleitet. Als mir jemand anderes vor die Nase gesetzt wurde, wollte ich nicht mehr bleiben. Die Rehabilitations-Abteilung der Klinik hatte mich schon immer gereizt. Im sozialpsychiatrischen Dienst hätte ich damals die Leitung übernehmen können. Ich war aber damals ziemlich »down«. Ich hatte sehr viel gekämpft, und ich war etwas zermürbt. Ich wollte dann keine Stelle, an der ich mich so stark hätte einsetzen müssen. Auf der neuen Station

konnte ich einfach arbeiten. Das hat mir zu der Zeit sehr gut getan. Ich war etwas ausgebrannt, nicht von den Patienten her, sondern vom ganzen Theater her, das da gelaufen war. So war ich dann auf der Reha-Station. Die zog einige Monate später in ein Haus in der Stadt. Es war wie eine Weiterentwicklung: Von der offenen Station auf die Rehabilitations-Abteilung, die mehr milieutherapeutisch war. Die Abteilung arbeitete so, wie ich mir die moderne Psychiatrie vorstelle. So milieutherapeutisch zu arbeiten hat mir sehr gefallen. Ich konnte dort auch sehr profitieren.

Lebenserfahrung

Du hast offensichtlich gewußt, was du willst. Du hast auch schon davon gesprochen, daß das mit der Lebenserfahrung zu tun hat, wie frau im zweiten Beruf zurecht kommt.

Ja, ich habe das schon als Lernschwester gemerkt. Damals war ich im ersten Lehrjahr, auf der geschlossenen Abteilung. Das war noch eine reine Frauenabteilung. Selbst Drogenentzüge wurden durchgeführt. Ich habe damals festgestellt, daß ich, gerade bei chronifizierten schizophrenen Frauen, besser ankomme. Sie haben mich respektiert oder hatten das Gefühl, daß ich nicht jung war und nur aus den Büchern gelernt hatte, wie man mit Patientinnen umgeht. Es war eine andere Ebene. Ich hatte auch nicht solche Ängste. Wir haben das in der Supervision besprochen. Ich hatte viel weniger zu kämpfen.

Waren noch mehr Schwestern und Pfleger schon im zweiten Beruf?

Ja, schon, wir waren etwa die Hälfte. Auch von denen waren viele 10-15 Jahre jünger als ich. Die hatten schnell gewechselt. Dann waren noch Jüngere, so etwa 25 Jahre alt, also auch nicht gerade nach der Schule. Nur zwei waren ganz jung.

Und du sagt, für die Arbeit sei grundsätzlich wichtig, daß man nicht mehr ganz jung ist?

Ja, das würde ich schon sagen.

Es ist heutzutage eigentlich nicht unüblich, den Beruf irgendwann im Laufe des Lebens zu wechseln. Wie hast du das empfunden? War das schwierig? Es war doch etwas ganz anderes?

Als ich angefangen habe, haben sie mich gefragt ob ich denn nicht Mühe hätte, wieder in eine Klasse zu kommen. Es seien da ganz junge Leute, ich müsse mich anpassen; auf den Abteilungen hätte ich Vorgesetzte,

die jünger sind als ich und mir dann sagen, was ich zu tun hätte. Aber das hatte ich eigentlich nicht. Ich war in der Klasse bald akzeptiert. Da hatte ich keine Probleme, im Gegenteil. Und mit den Leitern und Leiterinnen hatte ich eigentlich nie Probleme. Ich habe mir immer gesagt, daß diese mehr Berufserfahrung haben. Da kann ich profitieren, und sie können mir etwas beibringen. Mir fällt kein Stein aus der Krone, wenn ich sie fragen muß, oder wenn sie mich korrigieren. Ich habe das nicht als Kränkung erlebt.

Und wie ging das mit den Ärzten?

Die werden immer jünger im Verhältnis. Da kommt es immer auf die Assistenzärzte an, wie sie mir begegnen. Die, die meinen, sie haben das Staatsexamen und würden alles wissen, die machen mich dann manchmal schon wütend. Aber es gibt wenig solche. Im Gegenteil, sie kommen sehr viel, um uns zu fragen. Die Zusammenarbeit finde ich gar nicht schwierig. Ich merke es noch mehr an der Reaktion der Patienten, »dieser junge Schnufer, was jetzt der wieder gesagt hat und der weiß doch nicht Bescheid und was der jetzt über etwas redet, was er vielleicht gar nicht weiß, erlebt hat«.

Das heißt, daß du älter warst, ist überall von Vorteil gewesen.

Ja. Um den Beginn der Ausbildung war ich in einer Phase, die man vielleicht Midlife-Crisis nennen kann. Dann kam ein Neuanfang. Ich war sehr begeistert und mit viel Elan dabei. Ich habe gerne gelernt, im Gegensatz zur Schule früher. In der Schule war ich eher mittelmäßig. Jetzt bin ich viel ernster ans Lernen gegangen. Eigentlich habe ich viel leichter gelernt, weil das Interesse da war.

Es gibt junge Schwestern und Pfleger, die den Eindruck machen, daß sie sehr schnell, ich weiß nicht, ob eher ausgebrannt oder desinteressiert sind, und umgekehrt sagen: das kann ich nicht mein Leben lang machen. Kannst du dir das vorstellen?

Nein, ich kann es mir nicht vorstellen. Vielleicht habe ich einen anderen Anspruch an meine Arbeit. Ich habe nicht das Gefühl, ich heile die Leute; sie treten gesund aus. Ich bin nicht frustriert, wenn es nicht so ist. Ich knie mich nicht so rein, habe nicht das Gefühl, ich sei eine schlechte Schwester, wenn die Leute wiederkommen. Ich weiß nicht, warum die Jungen schneller aufgeben, aber ich könnte mir vorstellen, daß es etwas mit ihrem Anspruch zu tun hat und deshalb der burn-out näher liegt.

Körpertherapie

Und wie ging es weiter?

Während der Zeit auf der Rehabilitationsabteilung habe ich die Körpertherapie-Ausbildung angefangen.

Was war eigentlich der Anlaß dafür?

Auf der offenen Abteilung hatte ich mit einem erfahrenen Pfleger zusammengearbeitet, den ich sehr schätze. Er hatte damals die Leitung. Er fing eine körpertherapeutische Ausbildung an und hat mir begeistert davon erzählt. Das hat mich gereizt. Dann ist ein guter Freund und Kollege des Pflegers plötzlich verstorben. Der hatte den sozialpsychiatrischen Dienst aufgebaut. Jener gute Kollege hatte dann das Gefühl, er müsse ein Vermächtnis übernehmen. Er ist dann von heute auf morgen von der Abteilung fort und hat den sozialpsychiatrischen Dienst übernommen. Wir waren quasi die übriggebliebenen, ein älterer Pfleger, der jetzt schon pensioniert ist, und ich. Wir waren die Stellvertretung. Dann hieß es, der ältere Kollege solle die Leitung übernehmen. Er wollte dies aber nicht. Es hieß auch, er sei doch vielleicht zu alt. So wurde mir die Leitung fast aufgedrängt. Ich wollte sie eigentlich gar nicht. Als ich dann die Leiterin war, hat mir die Arbeit Spaß gemacht. Ich habe diese Kaderausbildung gemacht und hatte das Gefühl, dem gewachsen zu sein. Dann wurde plötzlich jemand von einer anderen Abteilung eingesetzt. Ich weiß nicht, was da gelaufen ist. Der ältere Kollege wurde pensioniert; neue Leute kamen. Nur der Oberarzt blieb. Er versuchte verzweifelt, etwas zu ändern. Das ist ihm aber nicht gelungen. Inzwischen hatte ich die Abteilung gewechselt und diese Ausbildung zur Körpertherapeutin begonnen. Damit habe ich eine Fitneß- und Entspannungsgruppe angeboten.

Fitneß- und Entspannungsgruppe für Psychosekranke

Kannst du davon erzählen?

Während der Ausbildung habe ich selbst eine Therapie machen müssen und Leute behandeln. Das haben wir zunächst untereinander in der Ausbildungsgruppe gemacht. Ein wenig haben wir's im Bekanntenkreis versucht. Dann habe ich zwei oder drei Klienten gehabt, als ich mit der Ausbildung fertig war. Eine Stunde pro Woche konnte ich in eine Praxisgemeinschaft und eine Behandlung machen. Ich habe gemerkt, daß es nicht das war, was ich wollte. Ich wollte in der Psychiatrie bleiben. Mit unseren schwerkranken Patienten konnte ich diese Metho-

de nur beschränkt anwenden. Schon während der Ausbildung bin ich mit gewissen Sachen kritisch umgegangen. Ich habe nicht alles angenommen und gedacht, daß das so richtig sei, sondern gewisse Sachen in Frage gestellt. Ich habe dasjenige für mich herausgenommen, was ich gut fand und das andere beiseite gelassen. Meine Bemühungen gingen dahin, einen Transfer von dem zu machen, was ich gelernt hatte, wie ich es in der Psychiatrie anwenden könnte. Das ist natürlich schwierig. Ich kannte kaum Leute, die so arbeiteten. Literatur gab es kaum. Inzwischen habe ich mir einiges selbst erarbeitet.

Kannst du ein bißchen beschreiben, was du da so machst?

Da ich vor allem mit schizophrenen Leuten oder vielleicht noch Borderline-Patienten zu tun habe, mußte ich mir überlegen, wie ich mit ihnen arbeiten könnte. Die Krankheitsbilder kannte ich. Meine Erfahrungen konnte ich schon umsetzen. Ich wußte, was ich nicht machen durfte. Das finde ich ganz wichtig. In der Ausbildung waren Physiotherapeutinnen oder ein Psychiater, aber auch Personen aus verschiedenen sozialen oder pflegerischen Richtungen, die nie in der Psychiatrie gearbeitet hatten. Mir war klar, daß das gefährlich werden könnte, das Gelernte unfiltriert anzuwenden. Das konnte auch schlecht rauskommen. Da habe ich mir überlegt, welche Störungen die Leute haben und was bei denen wichtig ist. Für Psychosekranken geht es um die Realität. In der soziotherapeutischen Arbeit steht der Realitätsbezug, also ganz praktische Sachen, im Vordergrund. Die Medikamente bieten einen Boden, damit die Psychose abklingt. Dann kann die Soziotherapie beginnen. Ich habe mir überlegt, daß ja auch das Körperempfinden gestört ist. Ich wollte also versuchen, Realität mit dem Körper zu schaffen. Dann ist es logisch, daß ganz praktische Sachen stattfinden müssen: daß ein Gefühl für den und im Körper entsteht, nicht irgend etwas Abgehobenes, was die Kranken wieder von der Realität wegführen könnte, sondern das Bodenständige.

Das heißt, du machst mit ihnen Übungen?

Ich mache Übungen. Aber in die Art, wie ich sie einführe und umsetze, verpacke ich vieles. Ich denke, sie merken das gar nicht so. Ich frage z.B., wie das ist, wenn sie sich aufwärmen. Wenn sie dann sagen, ja, ich habe heiß, dann weiß ich, aha, sie spüren jetzt, daß sie heiß haben. Ich versuche, sie an ihre Wahrnehmungen heranzuführen: daß sie merken, ob sie heiß haben oder sonst was. Bei den Übungen fordere ich sie auf zu spüren, wenn ich das ein paarmal mache, dann spüre ich meinen Muskel. Es geht um diese Wahrnehmung der eigentlichen Körpertätigkeit: So ist es in diesem Moment. Zugleich sind sie mehr bei sich, bei ihrem Ich, auch vom Körper-

lichen her, nicht zerrissen. Auch diejenigen, die Körperhalluzinationen haben, können sich in dem Moment mehr spüren.

Kannst du dazu ein Beispiel sagen?

In meinem Konzept habe ich ein Fallbeispiel beschrieben von einem jungen Mann, der schwere Körperhalluzinationen gehabt hat. Ihm hat man den ganzen Tag angesehen, wie er leidet. Er hatte das Gefühl, es verdrehe ihm das Herz. Er hatte auch Vergiftungsideen. Das hat er dann gespürt. Er hat sich auch dementsprechend bewegt. Es war ein schlimmer Anblick. In dem Moment, als er ins Turnen kam, hat er sich eigentlich völlig normal bewegt. Er war eher einer der Guten. Er hat sich sehr sportlich bewegt und hatte Freude. Seine Ängste waren weg. Bis dahin sah er immer sehr ängstlich-erschrocken, bleich aus; er schwitzte und zitterte. Während des Turnens war das weg. Das Schlimme war einfach, daß es nicht lange vorhielt, nur für den Moment, in dem er bei sich war. Eine Stunde später kamen die alten Symptome wieder.

Du hast mir einmal ein Beispiel erzählt: Die Teilnehmerinnen sollen nicht in sich hineinhorchen, weil sie das eher veranlaßt, ihre Körpermißempfindungen oder Halluzinationen wahrzunehmen. Wie machst du das? Wie ist das, wenn sie Hitze, Müdigkeit oder Muskelkater und was noch spüren?

Wir haben z.B. in der Ausbildung viel mit Körperwahrnehmung gearbeitet. Wir haben Körperreisen gemacht, oder auch mit Bildern gearbeitet. Man liegt z.B. an einem Strand und hört das Meer. Solche Übungen mache ich mit ihnen nicht, weil ich denke, dann sind sie wieder fremdbeeinflußt, wenn ich sage, jetzt kommt das Meer, oder jetzt hört ihr dieses. Oder es könnte passieren, daß sie gar nichts spüren. In dem Moment, in dem ich sage, spürt ihr den Atem, denken sie, sie müßten etwas spüren. Sie spüren aber nichts. Ich versuche, nicht suggestiv zu arbeiten, sondern auch bei den Entspannungsübungen praktisch zu bleiben, mehr im Stil von Jakobson mit Muskelanspannung und -entspannung. Dabei müssen sie etwas tun. Ich gebe nicht etwas vor. Sie haben die Augen offen. Sie bleiben in der Realität und schweifen nicht in sphärische Höhen ab. Ich denke, das wäre schlecht für sie.

Wie bist du darauf gekommen? In der Ausbildung hast du das offensichtlich nicht gelernt.

Nein. Aber ist es nicht logisch, daß dann, wenn jemand nicht bei sich ist, ich ihn nicht noch weiter weg von sich bringen darf?

Woher war dir so klar, daß es Suggestion ist zu sagen, ich horche in mich

hinein und ich fühle etwas bestimmtes? Ist das doch etwas aus der Ausbildung? Oder hast du mit jemandem darüber geredet?

Nein, es war meine Erfahrung mit Schizophrenen, daß sie auf solche Sachen sehr schlecht reagieren.

Gurus, Ideologien und Suggestion

Ich bewundere das. Es hört sich an, als sei es etwas Selbstverständliches gewesen für dich, das Gelernte in deinen Tätigkeitsbereich umzusetzen. Es gibt so viele Leute, die von einem Therapieverfahren, egal wo sie herkommen und seien es Mediziner, so fasziniert sind, daß sie alles Wissen vergessen und hinter sich lassen.

Das hat sicher etwas mit meiner Person zu tun. Ich wäre sehr wahrscheinlich schlecht geeignet für irgendwelche Sekten oder irgendwelche Richtungen, in die Gurus weisen. Das macht mir Angst. Da denke ich, ich bin nicht mehr bei mir. Ich mag das nicht. Das war auch Selbsterfahrung im Verlauf der drei Jahre in der Ausbildungsgruppe. Ich habe gemerkt, wie die Leute z.T. abhoben und das Gefühl hatten, nur das sei das Wahre. Das spielt keine Rolle, ob es um Politik oder irgend eine Richtung geht, da habe ich Widerstände. Und um so problematischer muß es für Leute sein, die ein sehr schwaches Ich haben oder gar kein Ich. Also denke ich, das ist sehr gefährlich. Man weiß ja, wo Sekten hinführen können oder solche Therapieverfahren.

Es war dir klar, daß du mit solchen Übungen etwas suggerieren kannst oder Menschen zu Dingen bewegen, die ihnen nicht unbedingt entsprechen?

Ja, das denke ich schon. Mit Suchtpatienten oder mit Depressiven oder mit sonstigen Persönlichkeiten, neurotischen Leuten, die Zwänge haben, würde ich anders arbeiten als mit Schizophrenen. Da könnte ich viel mehr solcher Übungen einfließen lassen. Da besteht nicht die Gefahr, daß sie dekompensieren.

Gruppenprozesse

Du hast gesagt es ist eine ziemlich stabile Gruppe entstanden. Die Patientinnen und Patienten kommen regelmäßig. Möglicherweise ist diese Stabilität der Gruppe gerade dadurch entstanden, daß die Mitglieder etwas Handfestes tun. Sie müssen keine Angst haben, daß in sie

eingedrungen wird. Haben die Patientinnen etwas dazu gesagt oder hast du mit ihnen darüber gesprochen?

Nein, also ich habe eine Evaluation nach einem halben Jahr gemacht. Ich habe sie gefragt, wie das so ist für sie. Sie hatten mir etwa folgende Antworten gegeben: Es ist toll, daß es immer dieselben Leute sind. Dann können wir noch etwas trinken gehen. Wir sind viel fitter geworden. Es macht Spaß, das einmal in der Woche zu machen. Die einen wollen abnehmen, die anderen können besser schlafen. Es sind jetzt fast zwei Jahre. Die Gruppe besteht aus Patientinnen und Patienten mit chronischer Schizophrenie. Sie sind etwa um die 40 Jahre alt und haben eigentlich eine relativ gute Lebensqualität. Sie haben es geschafft, nach vielen Klinikeintritten draußen zu Leben, sei das in einer WG oder alleine. Sie haben vielleicht alle fünf Jahre eine Krise; sie nehmen viele Medikamente. Sie benötigen die Betreuung oder Anlaufstellen. Aber es sieht so aus, als habe sich die Krankheit beruhigt. Sie haben eine Minussymptomatik, leben von einer Rente. Aber die Leute kennen sich schon lange von Patientenferien und von der Klinik. Das ist die Art von Leuten, die gerne regelmäßig kommen. Am Anfang habe ich eigentlich nicht damit gerechnet, daß sich eine Stammgruppe bildet. Ich habe gedacht, daß sie vielleicht ein paarmal kommen und dann wieder Neue. Ich hätte nie gedacht, daß es diese Konstanz geben würde. Das wundert mich sehr.

Du hast auch gesagt, du würdest nach den Übungen nicht groß mit ihnen sprechen, wie sie sich gefühlt haben.

Es gibt schon einige, die immer wieder kommen und sagen, daß sie seit ein paar Tagen Einschlafschwierigkeiten haben, oder daß ihnen in letzter Zeit so schwindlig wird, ob ich da etwas wisse, ob ich eine Übung kenne, daß sie besser einschlafen können. Oder während der Übungen sagt jemand, daß ihm irgendwie komisch sei, was das wohl wäre. Sie kommen mit Fragen, auch in Sachen Fitneß oder Aussehen, aber auch in Sachen Ernährung. Manchmal erzähle ich auch etwas über Ernährung oder übers Rauchen oder Rückenschäden.

Es sind die Dinge, die sonst lange nicht kommen, zu sagen, ich will jetzt abnehmen, wie geht das. Aber es sind lebenspraktische Fragen.

Und ich denke, es tut ihnen sehr gut. Es ist immer sehr lustig und es wird viel gelacht. Wir machen manchmal auch Witze übereinander und nehmen uns gegenseitig hoch. Es ist auch eine gewisse Vertrauensbasis. Da wird nicht geschaut, ob einer es besser kann oder der andere dünner ist. Ich denke, sie fühlen sich trotz all den Witzen und dem Humor ernst genommen von mir. Es ist nicht gleichgültig, ob jemand lang

krank ist oder dick oder vielleicht nicht mehr so attraktiv; ob sich jemand vernachlässigt. Ich nehme sie als Frau oder Mann ernst und berate sie auch mal wegen ihrem Aussehen.

Und jetzt hast du von der Abteilung in die Ambulanz gewechselt.

Ja, vor drei Monaten bin ich in den sozialpsychiatrischen Dienst gegangen.

Und wie geht es dir dort?

Gut. Ich erlebe es wie eine weitere berufliche Entwicklung. Schon während der stationären Arbeit haben mich die Einzelgespräche, wenn ich mit Leuten wöchentliche Gespräche gehabt habe, gereizt. Das Arbeiten mit einzelnen Leuten ist das, was ich jetzt habe und auch genieße. Auch die Verantwortung schätze ich. Ich fühle mich in meinem Beruf aufgewertet. Die Kompetenz, die ich jetzt habe, hatte ich nirgendwo vorher.

Ich denke, daß viele Schwestern und Pfleger sagen würden, das ist nichts für mich. Die Arbeit im Team gehört mehr zum Bild der Psychiaterin. Du sagst, es ist gut so.

Ja, also ganz alleine könnte ich mir nicht vorstellen zu arbeiten, z.B. in einer Praxis in der Stadt. Das könnte ich nicht. Ich bin froh, daß der Austausch stattfindet. Auf der Etage sind immer Leute. Einmal in der Woche ist Rapport und Fallvorstellung. Und das Arbeiten mit den einzelnen Patientinnen finde ich gut so, das mache ich gerne. Gruppenarbeit ist auch nicht schlecht. Aber dafür habe ich die Fitneß- und Entspannungsgruppe.

Kleidung und Erscheinungsbild im Beruf

Gibt es noch Verbindungen zu deinem alten Beruf?

Ja, daß ich mich immer noch gerne schön anziehe. Ich sehe mir die Schaufenster an. Ich gehe mir Stoffe anschauen und anfassen. Ich überlege mir, was ich daraus machen könnte. Aber es ist ein zeitliches Problem. Ich nähe, schneidere weniger. Mode habe ich immer noch sehr gern. Früher habe ich noch viel gemalt, Marionetten gemacht und Larven und alles mögliche. Das habe ich jetzt auf Eis gelegt. Es ist nicht gestorben, ich denke wenn ich pensioniert bin, kommt das wieder mehr. Jetzt muß ich Prioritäten setzen. Ich kann nicht alles auf einmal.

Aber es fehlt dir nicht ständig etwas. Wir haben über Verbindendes

gesprachen, z.B. hast du gesagt, es macht einen Unterschied, wie frau sich im Beruf anzieht.

Ja, das denke ich schon. Natürlich gibt es verschiedene Ebenen, gerade auf die Psychiatrie bezogen. Nicht nur, daß man etwas darstellt, wenn man sich einigermaßen gut kleidet, sondern auch den Patienten gegenüber finde ich, wird es wesentlich, weil die »Schürzen« abgeschafft sind. Wenn ich dann mit Hot-pants auf einer Männerstation herumlaufe... da sind wir beim Thema Sexualität in der Klinik. Ich hatte manchmal Hemmungen, vor Patientinnen mich zu sehr gestylt zu zeigen. Ich habe gedacht, daß diejenigen, die von Rente leben, sich das vielleicht auch leisten möchten, aber nicht können. Dann müssen sie mich beneiden. Ich möchte auch nicht den Eindruck machen, zeigen zu müssen, daß ich nicht auf der kranken Seite bin, daß ich verdiene und den Patienten quasi zeigen will, wie man sich anziehen könnte, wenn man das Geld hätte. Dann habe ich am Morgen manchmal etwas anderes angezogen, als ich eigentlich zuerst wollte, weil ich dachte, daß es sich irgendwie nicht gehört.

Vielleicht hat es auch etwas damit zu tun, daß es andere tun, sich betont abgrenzen?

Manche grenzen sich ab. Manchmal ist es auch Gedankenlosigkeit, worüber man in einer Patientengruppe redet. Wenn ich erzähle, wo ich am Vortag essen war; daß ich super Ferien gemacht habe und im Winter in die Karibik fliege und anschließend noch Skifahren gehe, das gehört sich nicht in einer Gruppe von Leuten, die Rente beziehen. So sehe ich das auch mit der Kleidung.

Das kann ich nachvollziehen. Für mich habe ich das so nicht gesehen. Mir ist die andere Seite immer wieder aufgefallen, nämlich daß es viele Patientinnen irritiert, wenn sie auf eine Person in abgerissenen Jeans und T-Shirt treffen, die sagt, also ich bin jetzt die Frau Doktor.

Ja, das finde ich auch, dort stimmt es auch nicht. Da habe ich die Idee, die sind aus ihrer Studenten-WG-Phase noch nicht raus. Oder vermeintliche Feministinnen, die aussehen, als machten sie sich mit Absicht wüst. Frau kann sich auch als Feministin gut kleiden, ohne daß man denkt, sie macht damit Männer an. Ich sehe nicht ein, warum man sich in Schutt und Asche kleiden soll oder sagen, ich bin jetzt Akademikerin und meine inneren Werte sind wichtig, ich laufe jetzt in Jeans rum. Das ist ein heikles Thema.

Es ist ein heikles Thema, das frau persönlich fast nicht ansprechen kann. Ich habe den Eindruck, da ist eine Verunsicherung geblieben. Die

Schürzen sind abgeschafft, also die spezielle Berufskleidung, aber was nun. Das Namens-Schildchen allein macht's nicht.

Nein. Ich denke, es gibt da noch den Typ »zerstreuter Professor«, der falsche Socken anzieht und vielleicht sonst noch was verkehrt und so, wenn ihm die Frau das am Morgen nicht rausgehängt hat, aber das ist dann eine andere Kategorie. Das sind Originale. Ich weiß, das ist halt der, der die Brille sucht und hat sie auf der Nase. Aber im allgemeinen denke ich auch, daß ein gewisses Äußeres angebracht ist.

Gibt es noch einen anderen Bereich, der wichtig wäre?

Das Eingebunden-Sein in die Institution

Ja, es ist mir sehr wichtig geworden, auf welcher Abteilung ich arbeite. Ist dort gewollt, was ich tue. Was ist dort für eine Leitung, auch was für eine ärztliche Leitung. Wie ist die Klinik dazu eingestellt, was für eine Führung ist da, in welche Richtung ist sie orientiert. Ich bin dadurch nicht frei, ich kann nicht das ausleben oder das machen, was ich mir eigentlich vorstelle, was gut wäre oder meine Richtung. Mich könnte jederzeit jemand aufhalten und fragen, was ich da mache. Er könnte sagen, daß das überhaupt nicht in Frage kommt, Sie sind Psychiatricchwester, wir wollen daß Sie ihre Arbeit machen. Ich habe ja keinen klaren Auftrag; also mache ich das so, wie ich das gut finde und wie ich denke, daß ich meine Arbeit überprüfen kann. Ich hätte Mühe, wenn ich mich nicht mehr so entfalten könnte. Ich habe im Laufe meines Lebens immer neue Ideen entwickelt und habe gerne neue Projekte angegangen, z.B. die IPT-Gruppe oder auch die Angehörigensprechstunde. Ich lasse mich gerne motivieren, auch noch etwas anderes zu tun. Wenn ich dann aber das Gefühl hätte, ich müßte so arbeiten, weil ich das andere nicht darf, hätte ich Mühe.

Vielleicht hat es auch mit deiner Berufserfahrung zu tun, daß du konkrete Vorstellungen hast, was geben sollte und was nicht.

Bis jetzt war es immer so, daß ich auf Interesse gestoßen bin mit meinen Vorschlägen. Das ist eine gute Sache.

Vielen Dank für das Gespräch.

Karriere als Psychiaterin

Angela Schürmann, Ute Siebel, Harald J. Freyberger,
Sylvia Denzel

Seit den 70er Jahren ist die Diskussion von »Frauenfragen« aus der Öffentlichkeit, der Politik und den Medien nicht mehr wegzudenken. Seit der Zeit nach dem 2. Weltkrieg hat sich ein erheblicher gesellschaftlicher Wandel vollzogen, der u.a. gekennzeichnet ist durch die breite Zulassung von Frauen zum Bildungssystem und die veränderten und letztlich nicht mehr festgeschriebenen Lebensentwürfe für Frauen und Männer. Beruflicher Erfolg und gesellschaftliche Macht sind keine ausschließlichen Männerthemen mehr und werden von Frauen ebenso eingefordert; aber auch die diesbezüglichen Erwartungen an Frauen sind gestiegen. Mit den daraus resultierenden Beziehungen haben wir in unserer psychiatrisch/psychotherapeutischen Praxis täglich zu tun.

Im Fach Psychiatrie/Psychotherapie scheint der Frauenanteil bei insgesamt zunehmender Zahl der Medizinerinnen (1995: 50 % der Medizinstudenten) besonders hoch zu sein. Trotzdem beginnt die Diskussion zu Fragen des beruflichen Aufstiegs von Frauen, die im Bereich der Geistes- und Sozialwissenschaften seit Jahren geführt wird und selbst in den Naturwissenschaften Eingang gefunden hat, hier nur zögernd. Lediglich aus den USA liegen größere Studien zu Karriereverläufen von PsychiaterInnen vor, die zeigen, daß die Frauen diesbezüglich deutlich hinter den Männern zurückbleiben (Leibenluft et al., Reiser et al.). Als Grund hierfür wird neben der Belastung durch Familienaufgaben auch ein anderer Arbeitsstil der Frauen diskutiert, der sich vom Arbeitsverhalten der Männer deutlich unterscheidet. Im Kreise der ExpertInnen für »innere Widerstände« (die für dieses Phänomen sicher auch von erheblicher Bedeutung sind) findet die offene Thematisierung auch äußerer Widerstände bisher kaum statt.

Einen Anfang haben wir versucht mit einer Befragung aller Klinikleiter psychiatrischer Kliniken in der BRD (n=286) zur aktuellen Stellenverteilung und zu ihrer Einstellung gegenüber ärztlichen Mitarbeiterinnen versus Mitarbeitern. Die Reaktionen waren lebhaft, viele schickten persönliche Kommentare, und die Rücklaufquote lag mit 76,5 % (n=207) sehr hoch.

Bei der Stellenverteilung zeigte sich auf der Ebene der Assistenzärzte lediglich in den Universitätskliniken ein Überwiegen der Männer (61 %), auf der Ebene der Oberärzte auch in den anderen Institutionen (Uni-Kliniken 78 %, Fachkliniken 64 %, Abteilungen an Allgemein-

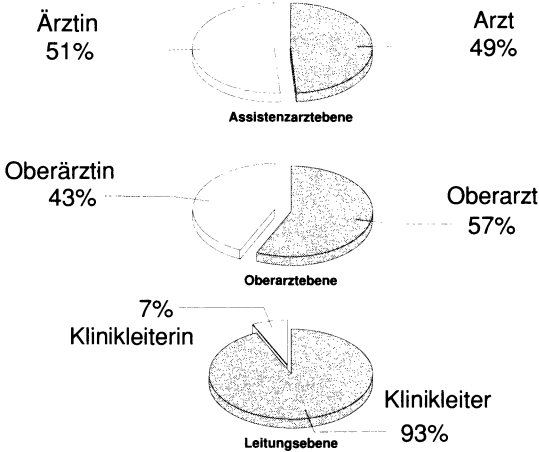
krankenhäusern 56 %). Von den befragten Klinikleitern waren 4,8 % Frauen – vier an Fachkliniken, sechs an Allgemeinkrankenhausabteilungen.

Einige Einschätzungen der Klinikleiter bezüglich ihrer ärztlichen Mitarbeiterinnen seien abschließend angeführt:

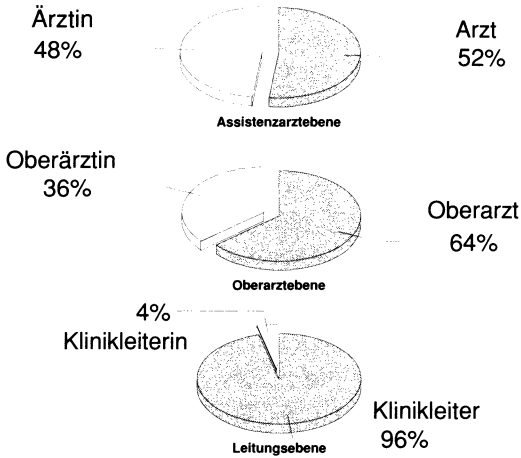
34 % fanden, daß Ärztinnen mit Kindern in der klinischen Arbeit oft weniger verfügbar seien als Ärzte mit Kindern. 43,6 % gaben zu, daß im Anstellungsverfahren die familiäre Situation bei Frauen eine größere Rolle spielt als bei Männern. 35,7 % fanden, daß es für die Anstellung von Oberärztinnen an qualitativ guten Bewerbungen fehle. Dieser Meinung waren hochsignifikant überwiegend die Direktoren der Universitätskliniken. 46,2 % stimmten der Aussage zu, daß Frauen den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit mehr im Versorgungsbereich als in der Wissenschaft suchen und 87 % sahen einen deutlichen Frauenanteil unter den Ärzten als bedeutsam für ein gutes Arbeitsklima an ihren Kliniken an. 69 % sprachen sich für spezielle Förderung von Ärztinnen in Bezug auf Karriereplanung aus. – Die Diskussion ist eröffnet.

Ärztinnen in der Psychiatrie:

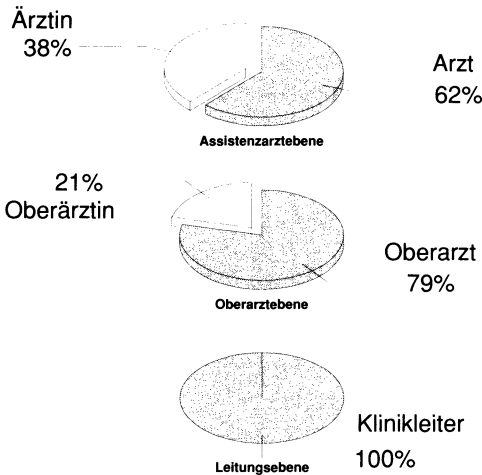
Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (n = 83)



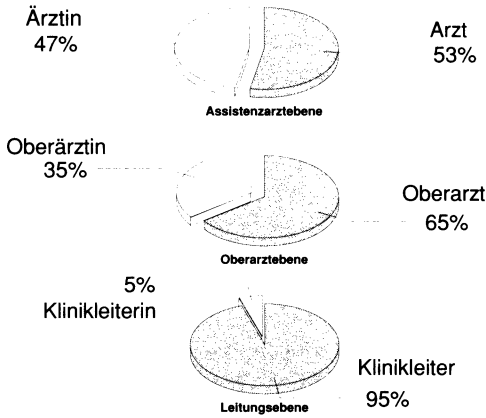
Ärztinnen in der Psychiatrie: Landeskliniken/Fachkliniken (n = 102)



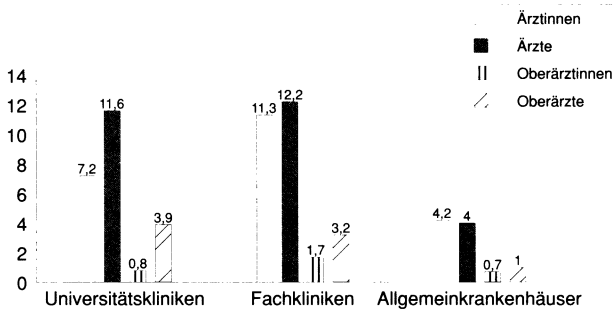
Ärztinnen in der Psychiatrie: Universitätskliniken (n = 22)



Ärztinnen in der Psychiatrie: Gesamtübersicht (n = 207)



Stellenverteilung an psychiatrischen Kliniken Deutschlands (n = 207)
(durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter)



Literatur

Leibenluft, E.; dial, TH; Haviland, MG; Pincus, HA (1993): Sex differences in rank attainment and research activities among academic psychiatrists. Arch Gen Psychiatry 50: 896-904.

Reiser, LW; Sledge, WH; Fenton, W; Leaf, P (1993): Beginning careers in academic psychiatry for women - »Bermuda triangle«? Am J Psychiatry 150: 1392-1397

Mutter oder Partnerin

Vorläufige Gedanken zu weiblichen Vorbildern

■
Judy Ritter

Zusammenfassung

Auf dem Hintergrund tiefenpsychologischer Theorie zu Geschlechts- und Generationenbeziehungen setzt sich die Autorin mit der Situation und der Bedeutung weiblicher Vorbilder auseinander. Schwierigkeiten stellen sich in besonderer Weise ein, wenn das Geschlechtsrollenklichee nicht mit der beruflichen Aufgabe übereinstimmt. Männer und Frauen werden in ihrer Berufsrolle unterschiedlich erlebt, ihr Verhalten anders interpretiert, wenn sie dasselbe tun. Mutter- und Partnerinnenrollen helfen zu verstehen, wo und wie interaktionelle Schwierigkeiten auftreten. Als Bewältigungsansatz schlägt die Autorin die Trennung zwischen beruflicher und persönlicher Auseinandersetzung vor.

Ich bin froh, viele weibliche Ausbilderinnen und Mentorinnen gehabt zu haben. Aber ich habe nie ergründen wollen, woran es lag, außer daß sie mir auf eine grundlegende Weise signalisierten, daß es als Frau möglich ist, fachliche Kompetenz, Verantwortung und Macht zu erlangen. Ich möchte darüber nachdenken.

Es gab Momente, die schwer zu verkraften waren. Ich hätte mir mehr Anerkennung gewünscht. Einem Manne gegenüber hätte ich sie gesucht. Ich hatte keine Muster dafür, wie ich als Frau um die Sache rivalisieren könnte. Von meiner Seite kam mehr Bewunderung als Anerkennung. Das stimmt mich nachdenklich, denn Bewunderung ist für mich ein Wort aus dem Bereich des Märchens und des Zauberns. Anerkennung dagegen verbinde ich mit Arbeit, Schweiß und Tränen. Vermutlich habe ich nicht einschätzen können, was es bedeutete, wenn eine Frau Professorin, Innovatorin, Autorin, Unterstützerin war. Ich habe es hingenommen und davon profitiert. Daß ich nicht viel darüber nachdachte, läßt aufhorchen. In der Tat habe ich damit die Leistung entwertet. Ich vermute, daß ich häufiger das Rad selbst erfinden wollte, womit ich vermeiden wollte, in Abhängigkeit zu geraten. Ich wollte etwas allein erreichen, wobei sich bei mir die irrige Annahme eingeschlichen hat, daß es keine Arbeit und keine Leistung sei, etwas mit fremder Hilfe zu erreichen. Noch belastender ist die Frage, ob ich mich

mit diesen Ausbilderinnen zuerst in ihren gelegentlichen Opferrollen identifizieren wollte. Ich erschrecke doppelt, denn darin erkenne ich eine Flucht auf einen Ersatzschauplatz, in ein häufig gewähltes Muster für Frauen. Das Rad selbst erfinden zu wollen könnte also eine Art Deckgeschichte sein, ein Schutz vor der eigenen Angst, die Fragestellungen zu suchen und zu bearbeiten, die Frauen hier und heute behindern.

Einerseits liegen Hindernisse in mir selbst, z.B. in der Art, wie ich mit meinen Modellen innerlich umgehe. Bin ich genügend risikobereit, um etwas tatsächlich Neues zu suchen und in Angriff zu nehmen oder ist es leichter, das Rad wieder selbst zu erfinden, damit ich nicht ins Neuland stoßen muß, indem ich etwas anderes neu erfinde als das Rad?

Andererseits gibt es durchaus etwas zu tun. Ich frage mich z.B., was ich dazu beitragen kann, um die präkäre Präsenz von Frauen in klinischen und sozialpsychologischen Bereichen zu sichern, denn der Anteil von weiblichen Beschäftigten läßt noch immer zu wünschen übrig, insbesondere in Leitungspositionen. Pflege ich das »old girls« Netzwerk und nehme ich Neue in dieses Netzwerk auf? Bin ich eine bereitwillige Mentorin für jüngere Kolleginnen? Benutze ich konsequent die Ressourcen, die mir zur Verfügung stehen, damit eine weibliche Sichtweise zum Tragen kommt?

In diesem Beitrag gehe ich diesen Fragen indirekt nach, indem ich die Bedeutung der beruflichen Sozialisation durch Frauen näher betrachte.

Die berufliche Sozialisation durch eine Frau

Die allererste Therapeutin, mit der ich beruflich zu tun hatte, habe ich als wohlthuende Erscheinung in Erinnerung. Ich kann mich noch heute nicht nur an manchen Fall erinnern, sondern auch an die klaren Farben, die sie bei Vorlesungen trug. Das sagt mir, wie sehr ich sie damals als Frau und Therapeutin wahrgenommen habe. Als Mitglied des wissenschaftlichen Beirats meiner Dienststelle war sie mir bei der Planung der Fortbildung für meine damalige Tätigkeit unbürokratisch behilflich. Ich hatte ein unkomplizierteres Gefühl ihr gegenüber als ihren männlichen Kollegen, die mehr guter Behandlung von Frauen zu bedürfen schienen. Ich mußte ihr weder als Frau gefallen noch als hilfsbedürftig erscheinen, was ich mir sicherlich Männern gegenüber einbildete. Im Gegenteil, ich war bemüht, das bißchen Professionalität, das mir damals zur Verfügung stand, zu zeigen. Frau könnte einwenden, daß meine unterschiedlichen Reaktionen auf Männer und Frauen mein Problem

sind. Gerade deswegen, weil ich mich bei einer Frau anders darstelle als bei einem Mann, sind mir weibliche und nicht ausschließlich männliche Vorbilder und Verhandlungspartner und -partnerinnen wichtig. Es kommt jeweils etwas Anderes in mir zum Schwingen.

Aus diesen Erinnerungen geht zweierlei hervor. Offensichtlich beeindruckte mich diese Frau durch ihre Kleidung, also auf einer allgemein weiblichen Ebene. Zum zweiten war sie tatkräftig und weder zurückhaltend noch überheblich. Sie verkörperte eine andere Potenz als die frühe Mutter. Sie ermächtigte mich, auch etwas in Angriff zu nehmen, in ein neues Feld vorzustoßen. Auch diese Erinnerung ist auf einer generellen Ebene anzusiedeln, denn sie betrifft keine spezifisch therapeutische Verhaltensweise, sondern eine Einstellung, die sich Frauen auf Grund der Normen in unserer Gesellschaft nicht so leicht aneignen. Sie verkörperte weibliches Durchsetzungsvermögen, das im Beruf unerlässlich ist, das jedoch Frauen traditionell nur zum Schutz von Heim und Kindern zugestanden wird. Offensichtlich nahm ich an ihr wahr, was Bernstein Identitätssynthese nennt: einen fortlaufenden Prozeß der Synthese von Geschlechtsidentität und von Ich- und Überichfunktionen, Idealen, etc., die sich im beruflichen Kontext als nötig erweisen. Diese Sparte der beruflichen Sozialisation ist grundlegend: Wie setze ich mich als professionelle Frau im klinisch- bzw. sozialpsychologischem Bereich durch? Ich konnte und wollte es nicht nachahmen, aber ich habe die Wahrnehmung wie eine Notration für schlechte Zeiten gespeichert.

Ich habe meine Weiterbildung zur systemischen Familientherapeutin unter der Leitung einer Frau absolviert, die sogar ihre TeilnehmerInnen nach systemischen Gesichtspunkten zuließ, d.h. sie bestand darauf, daß Dreiergruppen aus verschiedenen Institutionen zugelassen wurden, damit die TeilnehmerInnen sich gegenseitig unterstützen könnten. Diese Art zu Rekrutieren erforderte erhebliche Verhandlungen mit Vorgesetzten von zukünftigen TeilnehmerInnen; systemisch war sie auf der Lernebene und auf der Arbeitsebene wirksam. Die Leiterin betrachtete den Kurs nicht als isoliertes Phänomen, sondern bezog den Kontext in ihre Überlegungen ein. Sie begleitete meine Beratungen mit Live-Supervision in den Familien. Nie hatte ich in einer solchen Live-Supervision das Gefühl, daß sie sich als Expertin exponierte; ich als Auszubildende war aber natürlich in einer abhängigen Rolle. Sie war eine verlässliche Partnerin mit einer unterschiedlichen Rolle bei den gemeinsamen Vorhaben der Beratung der Familien und der Weiterbildung. Sie verkörperte glaubhaft auf mehreren Ebenen ihren systemischen Ansatz. Auf der Sozialisationsebene teilte sich eine Loyalität den eigenen therapeutischen und sozialpsychologischen

Grundsätzen mit. Sie schaute immer nach Ressourcen. Durch ihre eigene konsequente Haltung gelang es ihr, meinen Blick allmählich in diese Richtung umzupolen. Auch wenn ich versuchte zu rivalisieren, blieb sie stets auf der aufgabenbezogenen Ebene und setzte sich überzeugend auseinander.

In der Organisationsberatung war es schließlich auch eine Frau, die für mich eine informelle Mentorin wurde. Während ihre männlichen Kollegen mich entweder schützten oder angriffen, hat sie mich darin unterstützt, zu verstehen, was im Feld mit mir passierte, und mich ermutigt, selbständig und offensiv damit umzugehen. Was mich beeindruckte, war ihre Aufgabenbezogenheit, ihre Fähigkeit, eine Rolle zu übernehmen und darin kognitiv und affektiv zu arbeiten, und ihre Bereitschaft, Einsichten mit anderen zu teilen, um die Aufgabe voran zu treiben. Sie war nie eine Prima Donna. Sie wurde vielmehr von Männern und Frauen wegen ihrer fachlichen Qualitäten und Kollegialität in der Arbeit gleichermaßen geschätzt.

Im folgenden versuche ich, verschiedene Aspekte dieser Beziehungen herauszukristallisieren, die mir wesentlich erscheinen.

Die Abhängigkeit von der »Mutter«

Abhängigkeit kehrt oben als Stichwort mehrmals wieder. Sie ist sowohl ein individuelles wie auch ein kulturelles Thema. In der Arbeitswelt ist frau/mann vom Chef, von der Chefin und/oder von anderen Arbeitsbedingungen abhängig. Untergebene oder Teammitglieder haben durchaus unterschiedliche Fantasien gegenüber ihren männlichen oder weiblichen LeiterInnen. Ein Leiter zieht Vater- und Partnerfantasien auf sich. Eine Leiterin ruft in Analogie Mutter- und manchmal auch Partnerin-Fantasien hervor. Dies erfahre ich im Rahmen meiner supervisorischen und organisationsbezogenen Aktivitäten immer wieder. Die Vaterfantasien kreisen um den oedipalen Vater, während die Mutterfantasien um die frühe omnipotente Mutter kreisen, die auch gerade wegen ihrer Omnipotenz Neid erweckt. Diese Fantasien implizieren wiederum eine Mutter-Kind-Dyade mit der einhergehenden Komplementarität. Dieses Bild läuft unbewußt bei Männern und Frauen mit. Frauen wie auch Männer wehren sich gegen das vorbewußte Gefühl, die komplementäre Rolle zu der Mutter, nämlich eine kindliche, einzunehmen. Harriet Lerner sieht eine latente generalisierte Tendenz, Neid und Entwertung, die der Mutter aus der frühen Kindheit gilt, zu agieren. Darauf ist nach Lerner mitunter zurückzuführen, daß Beiträge von Frauen verkleinert und entwertet werden.

Meine Ausbilderinnen haben bei mir zwar keine bewußten Gefühle von Abhängigkeit hervorgerufen; es lauerte aber vielleicht mehr an Abhängigkeitsabwehr hinter der Oberfläche, als ich habe wahrnehmen wollen. Frauen in Autoritätspositionen evozieren Abhängigkeitswünsche und -ängste bei anderen, auch dann, wenn sie selbst nichts anderes tun, diese hervorzurufen, als bloß da zu sein.

Die Beziehung zur »Partnerin«

Doris Bernstein meint, daß Phallozentrizität entstanden ist, um sicherzustellen, daß jemand stärker als die Mutter ist, die einmal stärker als alle war. Frauen als Autoritätsfiguren haftet etwas an, was für Männer in der gleichen Weise nicht zutrifft. Dies erklärt, warum es für Frauen als wichtig gilt, jung und heterosexuell attraktiv zu erscheinen. Einer Frau, die so wahrgenommen wird, bleiben eher die mütterlichen Projektionen erspart; häufig wird ihr allerdings auch die Zuerkennung von Autorität erschwert, weil sie in der Tochterrolle verharrt oder nur als sexuelles Objekt gesehen wird. Ein grundlegendes Problem ist die Gestaltung professioneller partnerschaftlicher Beziehungsformen mit Frauen. Diese Aufgabe fängt beim eigenen Ich an. Sie erfordert z.B., daß ich die andere Frau, ihre Aufgabe und den gegebenen Kontext wirklich wahrnehme, anstatt überall den Schatten der omnipotenten Mutter zu entdecken. Erkenne ich die Bereitschaft meiner Mentorin, meiner Ausbilderin über die gegebenen Fälle oder Themen zu diskutieren, oder meine ich, mit eigenen »war stories« oder Erkenntnissen imponieren zu müssen? Habe ich Angst, in eine fachliche Auseinandersetzung einzusteigen, weil es mir schwer fällt, mich als die Juniorpartnerin vorzustellen? Kann ich es glauben, daß diese Person mit mir reden will?

Was muß ich tun, damit ich mich als Partnerin empfinde, sodaß ich die andere gedanklich nicht in eine komplementäre Rolle schiebe? Offensichtlich ist die Tendenz zur Hierarchisierung häufig wirksam. Dazu kommt, daß wir kaum Modelle für gleichgeschlechtliches oder heterosexuelles partnerschaftliches Umgehen in der Familie haben. Die Neigung zur Hierarchisierung führt uns zurück zu der von Doris Bernstein beschriebenen Dynamik: Einer muß stärker sein! Diese Denkart ist ein ontogenetisch und phylogenetisch frühes Muster, eher an Polarisierung als an Differenzierung orientiert. Weil das Muster so vergleichsweise einfach ist, ist es stabil.

Das Geschlecht und der Generationenunterschied

Es wird meist übersehen, daß die Weitergabe von Geschlechtsrollen unweigerlich mit der Generationsdynamik verknüpft ist, und daß die Geschlechterdynamik in unterschiedlichem Ausmaß auch die Generationsdynamik beinhaltet. Die erste Autoritätsfigur ist für Männer und Frauen die Mutter. Die erste weibliche Partnerin des Mannes ist die Mutter. Und die Mutter als Partnerin des Vaters ist das erste Partnermodell für ihre Tochter. Wenn wir bedenken, daß die Geschlechtsidentität sich schon im Alter von zwei Jahren herauskristallisiert, wird deutlich, daß die Interaktion mit pflegenden Personen dabei eine Rolle spielen muß. Daß diese in der Mehrzahl noch Frauen sind, ist von großer Bedeutung für alle Erwachsenen. Dies hat zur Folge, daß eine Frau anderen gegenüber im Gegensatz zu einem Mann immer sowohl sexuelle Gefühle wie auch frühkindliche Abhängigkeitswünsche und -ängste mobilisiert. So kommt es, daß manche gestandene Frauen im mittleren Alter bei KollegInnen und MitarbeiterInnen den Wunsch wecken, sich auf sie zu verlassen; andere rufen bei diesen die Angst hervor, bevormundet und kontrolliert zu werden. Diese Gefühle sowie die dazugehörigen Erfahrungen entstammen häufig der frühen Kindheit und stehen Pate für die Art, wie frau und mann sich später gegenüber Frauen verhält. Weil die Abhängigkeit in unserer Kultur so geächtet und gefürchtet wird, flüchtet frau/mann in die Sexualität, um die Abhängigkeit als Bedürfnis zu verdrängen.

Widersprüche zum Geschlechtsrollenklicsee

Theoretische Einsichten über geschlechtsspezifische Fragestellungen wurden von Frauen erarbeitet und kollegial weitergereicht. Obgleich sie auch für Männer zumindest im Hinblick auf ihre Klientinnen von Interesse sein dürften, habe ich nur selten diesbezügliche Hinweise von Männern erhalten. Es scheint, daß Frauen andere Frauen brauchen, um derartige relevante Informationen zu erhalten. Im Laufe der Jahre ist mir durch diese Hinweise deutlich geworden, daß Frauen bei theoretischen Konzepten gar nicht vorkamen, z.B. als Gruppenleiterinnen und -therapeutinnen. Es gibt nur ein Geschlecht der gruppenleitenden Person, und das ist implizit männlich, wahrscheinlich weil die Theorie in der Hauptsache von Männern an Hand ihrer männlichen Erfahrung abgeleitet wurde. Lehrbücher über Gruppentherapie und Gruppendynamik setzen sich z.B. nicht mit der Bedeutung des Unterschieds auseinander, ob sich ein Mann bzw. eine Frau am Anfang einer Grup-

pentherapie abtinent verhält. Vielleicht deswegen hatte ich manchmal das Gefühl, einen Husarenritt hinter mich gebracht zu haben, nicht so authentisch gewesen zu sein, als ich den damaligen gruppendynamischen Stil anzuwenden versuchte. Die männlichen Leiter verhalten sich dabei dem männlichen Rollenklischee gegenüber konform, dagegen verhalten sich die Leiterinnen dabei dem weiblichen Rollenklischee gegenüber nicht konform. Inzwischen wissen wir, daß dies Auswirkungen hat. Frauen sollen sich gar nicht wundern, wenn sie bestimmte Reaktionen von der Gruppe erhalten, die Männern nicht entgegengebracht werden. Diese Tatsache z.B. hat mich dazu angeregt darüber nachzudenken, was es für meine KlientInnen bedeutet, daß die Person, die mit ihnen arbeitet, eine Frau ist, die sich nicht immer dem weiblichen Rollenklischee konform verhält.

Es waren schließlich Familientherapeutinnen, die mir die Augen für die Allgegenwärtigkeit der Dimension »Geschlechtsrollen« eröffneten. Dabei handelte es sich um Aha-Erlebnisse kognitiver Natur, die mir halfen, Phänomene, die mich erfaßten, zu verstehen und einzuordnen.

In manchen ratsuchenden Familien stehen Väter am Rande und es ist ein therapeutisches Ziel, sie in die Familie wieder einzugliedern. Der Tendenz, z.B. aggressive und kontrollierende Mütter besonders kritisch zu sehen und für alles verantwortlich zu machen sowie der Tendenz, den »roten Teppich« für Väter auszurollen, liegen oft implizite geschlechtsspezifische Annahmen zugrunde: Raum einnehmende Frauen sind daran schuld, daß der Partner so randständig ist. Hier fällt mir die »schizophrenogene Mutter« ein, die ein Produkt einer aus heutiger Sicht sexistischen Denkweise war, die nur im Kontext der damaligen, noch ausgesprägteren Geschlechtsrollenklischees erfunden werden konnte. Die Arbeit mit Familien verdeutlicht, daß es nicht um Menschen im Sinne von »Alle Menschen werden Brüder« geht, sondern um Männer und Frauen im Nexus von familiären und kulturellen geschlechtsspezifischen Zuschreibungen. Aber auch das Geschlecht der Therapeutin bzw. des Therapeuten läuft immer mit. Da unsere Geschlechtsidentität bereits im Alter von zwei Jahren festliegt, wird klar, daß wir die Welt beinahe immer schon als zu einem bestimmten Geschlecht Zugehörige erfahren haben! Trotzdem bezweifeln manche männliche Familientherapeuten heute noch, daß das Geschlecht des Therapeuten oder der Therapeutin einen wesentlichen Unterschied macht.

Bislang ist ein Aspekt des Umgangs mit Ausbilderinnen, Mentorinnen und Chefinnen nicht zum Tragen gekommen: Wie setzt frau sich mit einer Frau auseinander? Ein Supervisand fragte nach einer schwierigen Sitzung mit einer gleichrangigen weiblichen Kollegin: »Wie

kämpft man mit einer Frau?« Mit meinen Ausbilderinnen und Mentorinnen habe ich so gut wie nie Auseinandersetzungen erlebt, wie sie unter rivalisierenden Männern standfinden. Diese haben offensichtlich Rituale dafür und können augenblicklich wieder miteinander kooperieren, wenn es nötig wird (siehe Doris Dörries Film »Männer«). Es wird häufig eingewandt, daß Frauen nicht offen kämpfen. Kann es aber sein, daß wir alle Hemmungen haben, mit einer Mutterfigur offen und hart zu kämpfen? Aus der Perspektive des Kindes ist die Mutter letztendlich zum Überleben unverzichtbar, auch wenn es unter ihr leidet. Wie wir gesehen haben, gehört Aggressivität nicht zu dem weiblichen Geschlechtsrollenklischee in unserer Kultur. Viele Erwachsene haben Angst vor einer ärgerlichen, nach Durchsetzung strebenden Frau. So sind Frauen implizit angehalten, ihre Auseinandersetzungen so zu führen, daß niemand an eine kontrollierende, als mächtig erlebte Mutter erinnert wird. Mit einer Partnerin zu kämpfen, bzw. zu streiten, könnte etwas entlastender sein, als dies mit einer Mutterfigur zu tun, wobei es idealerweise zwei PartnerInnen braucht, um partnerschaftlich miteinander umzugehen. Die aufgabenbezogene Auseinandersetzung erlaubt es, verschiedener Meinung zu sein, ohne die andere Person in Frage zu stellen. Dies bietet sozusagen einen Ausweg aus der direkten persönlichen Konfrontation. Es ist eine Kunst, die mehr und mehr im Sinne eines weichen Managementstils von beiden Geschlechtern entwickelt wird. Aus dem oben Gesagten wird nachvollziehbar, daß eine Frau noch mehr Anlaß hat, sich darum zu kümmern als ihre männliche Kollegen.

Das Geschlecht als unhintergebar Teil der Identität

Was wäre anders, wenn ich nur männliche Ausbilder und Mentoren gehabt hätte? Es gibt einen Bereich, der hier besondere Beachtung verdient, und zwar geht es um das geschlechtsspezifische Über-Ich. Bernstein führt glaubhaft aus, daß das weibliche Über-ich keineswegs schwächer, sondern flexibler ist; es ist jedoch durch ein starkes Verbot der Durchsetzungsfähigkeit gekennzeichnet. Das hat Auswirkungen in der beruflichen Sozialisation. Für mein Gefühl bedeutet es tatsächlich etwas qualitativ Anderes, eine Frau zu erleben, die dieses Verbot der Durchsetzungsfähigkeit durch kontextadäquate Gebote ersetzt hat und die sich mit Erfolg autonom, selbständig und durchsetzungsfähig verhält, als einen Mann mit diesem Verhalten zu erleben. Eine Berufsanfängerin erwartet dieses Verhalten auf Grund der Geschlechterrollenklischees zwar von einem Mann, nicht aber von einer Frau. Es

kommt hinzu, daß ein männlicher Ausbilder manches für Frauen nicht modellhaft vormachen kann. Er kann dies lediglich auf implizite Weise erlauben. Eine Erlaubnis zu erhalten, sich anders zu verhalten, ist qualitativ verschieden von dem Erleben eines anderen Modells. Das Aha-Erlebnis des Selbst-Entdeckens wird durch das Erleben der Inkongruenz zwischen der geschlechtsspezifischen Erwartung und dem tatsächlichen Verhalten des weiblichen Modells möglich.

Weiterbildung impliziert Sozialisation. Und auch berufliche Sozialisation betrifft die ganze Person. Ich meine, je weniger die eigene professionelle Sozialisation entwickelt ist, um so mehr spielt die persönliche Ebene, z.B. in einem Lehr-Lernverhältnis, eine Rolle. Dies geschieht allein deswegen, weil frau noch keine professionelle Identität entwickelt und erworben hat und infolgedessen eher auf Muster aus der primären Sozialisation und Enkulturation festgelegt ist. Die berufliche Sozialisation beabsichtigt in allen Professionen eine Beeinflussung der Persönlichkeit. Deswegen war es m.E. für mich wichtig, professionelle Modelle zu haben, die auch weiblich waren.

Ich bin überzeugt, daß das Geschlecht (Englisch: core gender identity) eine zentrale Kategorie im Hinblick auf Wahrnehmen, Empfinden und Verhalten ist. Dies trifft umso mehr auf therapeutische Berufe zu, in denen die eigene Wahrnehmungsfähigkeit und die Subjektivität auch methodisch eine wichtige Rolle spielen. Wegen der intergenerationellen Geschlechterdynamik ist es eine Irrtum zu glauben, daß sich der Fortschritt in der Präsenz von Frauen in der beruflichen Sphäre ohne bewußte Auseinandersetzung weiterreichen läßt.

Was tragen wir dazu bei, das weibliche Element auszudünnen oder fester zu etablieren? Ich vermute, daß es wesentlich davon abhängt, inwieweit die Ablösung von der eigenen Mutter die Interaktion mit weiblichen professionellen Modellen beeinflusst. Die Entwertungstendenzen, die Frauen so oft betreffen, stammen von Frauen und Männern und hängen maßgeblich mit den jeweiligen Erfahrungen in der frühen Kindheit zusammen. Diese Problematik ist dynamischer Natur und setzt sich über die Generationen hinweg fort. Diesbezügliche Bewußtheit kann dazu beitragen, das Phänomen der Entwertung zu erkennen und mit ihm umzugehen.

Es gibt den »kleinen Unterschied« und wir tun m.E. gut daran, uns dessen bewußt zu sein. Down-to-earth waren meine Mentorinnen begierig, zum Wohle der Entwicklung etwas zu transportieren. Sie wußten, was sie wert waren, sie ließen sich nicht beirren. Sie bestachen durch ihre fachlichen Kriterien, vertraten ihre Hypothesen engagiert, arbeiteten im hohen Maße transparent, und waren deswegen wertvolle Modelle.

Literatur

- Bernstein, Doris, Female Identity Synthesis. In: A. Roland und B. Harris, Hrsg., Career and Motherhood. Human Sciences Press, NY 1979, 104-123.
- Bernstein, Doris, Das weibliche Über-Ich, in Psyche 50(1996), 617-643.
- Ebbecke-Nohlen, Andrea und Jochen Schweitzer, Macht der »kleine Unterschied« einen Unterschied? In: J. Schweitzer, A. Retzer, R. Fischer, Hrsg., Systemische Praxis und Postmoderne. Suhrkamp, Frankfurt 1992, 206-232.
- Lerner, Harriet E., Early Origins of envy and devaluation of women: Implication for sex role stereotypes, in: Bulletin of the Menninger Clinic 38 (1974) 538-553.
- Ritter, Judy, Selbsterfahrung im beruflichen Feld unter weiblicher Leitung, in: WzM, 44(1992), 156-171.
- Ritter, Judy, Weibliche Autorität im beruflichen Kontext, in: WzM, 46(1994), 485-498.
- Wright, Fred /Lawrence T. Gould, Recent Research on sex linked aspects of group psychotherapy, in: Group Therapy 1977: An Overview. N.Y. Stratton Intercontinental Medical Book Corporation, S. 208-218.

Mediale Enthüllungen und Instant-Therapie:

Zur sprachlichen Inszenierung von Emotionalität,
Nähe und Verstehen in TV-Talkshows

Johanna Lalouschek

Fernseh-Talkshows, in denen Personen sehr private Geschichten aus ihrem Leben erzählen, unterhalten ihr Publikum durch die Enthüllung von Besonderem und die Offenlegung von Gefühlen. Der Artikel wird zeigen, wie dieser spezifische Unterhaltungsauftrag alle Interaktionen zwischen den beteiligten Gästen, ModeratorInnen und ExpertInnen bestimmt: ModeratorInnen benützen ganz gezielt bestimmte »verstehende« Gesprächstechniken, um das Intime und Emotionalisierende aus den Erzählungen der Gäste herauszuholen und persönliches Verstehen und Interesse medial zu inszenieren, psychologische ExpertInnen beteiligen sich über rasche Interpretationen an der Inszenierung von »Instant-Therapie«. Die Funktionalität wird offensichtlich, da kein Rahmen hergestellt wird, um die provozierten Gefühle der Gäste aufzufangen und ihre Auswirkungen zu bearbeiten.

Einleitung

In den letzten Jahren läßt sich bei öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehsendern ein enormes Ansteigen von Talk-Shows verzeichnen, in denen Privatpersonen sehr persönliche und oft diskreditierende Geschichten aus ihrem Leben erzählen. Dieser Sendungstyp erfreut sich bei ZuseherInnen wie Erzählwilligen großer Beliebtheit. Diese Talk-Shows sind als mediale Inszenierungen zum Zwecke einer emotionalisierten Unterhaltung eines Publikums zu begreifen. Die linguistische Analyse von Textausschnitten aus diesen Shows soll zeigen, daß dieser Unterhaltungsauftrag und der Inszenierungscharakter die Interaktion zwischen den ModeratorInnen, den Gästen und den ExpertInnen so formt, daß einerseits Inhalt und Verlauf der Erzählungen kontrolliert wird, andererseits der Eindruck von persönlicher Nähe, hoher Emotionalität und persönlichem wie professionellem therapeutischen Verstehen hergestellt wird. Am Ende steht die Frage, was aufgrund dieses medialen Prozesses von den ErzählerInnen, ihren Gefühlen und ihren Geschichten »übrig bleibt«.

Talkshows

Diese Talk-Shows, die im amerikanischen Raum, aus dem sie stammen, chat-shows, also Plauder-Shows oder auch tell-all-TV (Priest 1996) heißen, werden tagsüber gesendet, v.a. nachmittags zwischen 14 und 17 Uhr.¹ Die bekanntesten sind »Schiejok täglich« (ORF), »Hans Meiser« (RTL), »Ilona Christen« (RTL), »Arabella« (PRO 7) oder »Fliege« (ARD). Jede dieser Shows wird täglich zur gleichen Zeit gesendet, dauert eine Stunde, ist einem bestimmten Thema gewidmet und findet live vor Studiopublikum statt. Es sind mehrere, üblicherweise nicht prominente Gäste geladen, die – vom Moderator/von der Moderatorin angeleitet – auf einem Podium »ihre persönliche Geschichte« zu dem jeweiligen Thema erzählen. Ergänzt werden sie durch ExpertInnen und andere Personen, die im Studiopublikum verteilt sitzen und im Laufe der Sendung in kürzeren Beiträgen zu Wort kommen können. Funktion der ExpertInnen ist es, Fachinformationen zu vermitteln, aber auch eben Erzähltes zu kommentieren.

Die Themen dieser Shows stammen zu einem Teil aus alltäglichen Problembereichen in Familie, Beziehungen, Beruf und Gesundheit. Diese Inhalte sind für die ZuseherInnen erlebensnahe und können unmittelbar Bekanntheit oder Betroffenheit hervorrufen. Der andere, weitaus größere Teil der Themen bezieht sich auf extremere oder gesellschaftlich tabuisierte Inhalte, v.a. aus den Bereichen Sexualität, Sucht oder Tod. Diese Inhalte erfüllen bei den KonsumentInnen die Befriedigung von Neugierde an Unüblichem, Abweichendem und Fremdem.

»Emotainment«:

Unterhaltung durch die Offenbarung von Gefühlen

Als es üblich wurde, Informationen und Nachrichten aufgelockert und unterhaltsam an die ZuseherInnen zu bringen, wurden aus konventionellen Nachrichtensendungen News-Shows und zur Beschreibung dieser neuen medialen Aufgabe entstand der Neologismus »Infotainment«, aus »information and entertainment«. Parallel dazu findet sich neuerdings der Begriff »Emotainment« (Klemm 1995), gebildet aus »emotion and entertainment«: »Unterhaltung soll durch die Offenlegung authentischer (?) Gefühle erreicht werden, seien es Liebes-, Glücks-, Scham- oder Reuegefühle.« (Klemm 1995, 267)

Mit nichts läßt es sich – neben dramatischem Aktionismus – so gut und spannend unterhalten wie mit Erzählungen, die sich durch eine

hohe Erlebensqualität und eine hohe Emotionalität auszeichnen, manifestiert im Ausdruck von starken Gefühlen wie Freude, Trauer, Wut, Scham, Glück und Hilflosigkeit. Dies kann durch die Preisgabe von sozial stigmatisierten oder tabuisierten Erlebens- oder Gefühlszuständen verstärkt werden. Der besondere Unterhaltungseffekt von Talkshows entsteht also dadurch, daß in den persönlichen Erzählungen hohe Emotionalität und besonders markierte Themen miteinander verquickt werden, seien es gefühlsbetonte intime Erzählungen über ungewöhnliche Erfahrungen oder Vorlieben, speziell sexueller Art (»Ich lebe eine Ehe ohne Sex«), seien es bewegende Geständnisse diskreditierender Erlebnisse oder die provokative oder reuevolle Offenlegung sozial stigmatisierter Verhaltensweisen und Identitäten (»Ich bin eßbrech-süchtig« oder »Ich bin eine trinkende Mutter«).

Der Grund, warum persönliche Erzählungen überhaupt einen so hohen Unterhaltungswert haben, liegt im Diskurstyp selbst. Eine Erzählung an sich zeichnet sich dadurch aus, daß die »Geschichte« (Gulich 1976), auf die sie sich bezieht, gewisse Minimalbedingungen von Ungewöhnlichkeit erfüllen muß, damit sie überhaupt erzählenswert ist. D.h., die Ankündigung einer Erzählungen weckt schon Erwartungen, etwas nicht ganz Gewöhnliches geschildert zu bekommen, trägt damit ganz prinzipiell ein gewisses Spannungsmoment. Hand in Hand mit der Relevanz eines Ereignisses geht natürlich auch das persönliche Erleben dieses Ereignisses. Jede Darstellung einer »persönlichen Geschichte« ist immer auch eine Darstellung der mit dem Erleben verbundenen Gefühle und Emotionen (Fiehler 1991). Persönliche Erzählungen tragen also per definitionem die Ingredienzien von Talks-Shows, nämlich Ungewöhnlichkeit und emotionale Qualität in sich.

Ein Problem ist, daß es sich bei besonders spannenden Themen meist auch um sehr diffizile, schwierige Themen von hoher psychologischer und/oder sozialer Komplexität und meist auch von hoher gesellschaftlicher Relevanz handelt. Unter dem Auftrag des »Emotainment« steht in den Talk-Shows jedoch der Unterhaltungswert dieser Themen im Vordergrund, nicht eine ernsthafte, vertiefende und problematisierende Exploration. Für die persönlichen Erzählungen der Gäste bedeutet dies, daß die Darstellung des Erlebten alleine oft nicht ausreicht bzw. es gar nicht so sehr um eine umfassende Gesamtdarstellung geht, sondern daß speziell das Spannende und das Sensationelle, v.a. aber das emotional besonders Bewegende fokussiert werden muß. Und dies ist eine der diskursiven Aufgaben der ModeratorInnen.

Die diskursive Inszenierung von persönlichen Erzählungen

Der Unterhaltungswert von persönlichen Erzählungen

Der eigentliche Bestandteil der Talk-Shows sind die persönlichen Erzählungen der Gäste. In ihrer Untersuchung zu Ich-Erzählungen über sexuelle Erlebnisse in Frauenmagazinen stellte Caldas-Coulthard (1996) fest, daß Erzählungen über persönliche Erlebnisse einen direkten Zugang zum »wirklichen« Leben des Erzählers bzw. der Erzählerin erlauben; wenn es in diesen Erzählungen zusätzlich um Intimes und sehr Persönliches, u.U. Diskreditierendes geht, so ermöglichen sie zudem eine Art stellvertretender Teilnahme an Normüberschreitungen, Verbotenem oder für sich selbst Unvorstellbarem.

Eine intime, persönliche Erzählung in der 1. Person Singular kann in der Kommunikation also dazu dienen, sein »wirkliches Selbst« zu enthüllen. Eine derartige Erzählung, noch dazu von einem »gewöhnlichen« Menschen und außerdem öffentlich präsentiert, kann daher auch benützt werden, um (den Eindruck von) Echtheit und Authentizität herzustellen. Eine Steigerung ist möglich durch die Preisgabe von etwas Diskreditierendem oder sozial Abweichendem. So weist man sich ganz speziell in einem Moment, in dem man Beschämendes oder Verbotenes beichtet, oder in dem man sozial inadäquates oder stigmatisiertes Verhalten zugibt, als ernsthaft und echt aus (Tolson 1991, 186). Wie oben erwähnt, läßt sich der Eindruck der Echtheit einer Darstellung speziell auch durch die Preisgabe von sozial stigmatisierten oder tabuisierten Gefühlszuständen erhöhen oder auch durch die Offenbarung von psychischen Störungen wie Depressionen oder von Süchten wie Alkoholismus beispielsweise – und automatisch steigt damit der Unterhaltungswert, da »Entkommuniziertes« kommuniziert wird.² Hier wird deutlich, wie eng Authentizität, Emotionalität und Spannung miteinander verflochten sind, und wie unmittelbar der gezielte Einsatz dieser Elemente die Inszenierung von Spannung und Emotionalität unterstützt.

Diese Form der Selbstoffenbarung (»self-disclosure«, Derlega et al. 1993), die hier von den Gästen öffentlich praktiziert wird, ist an sich charakteristisch für Kommunikation in nahen sozialen Beziehungen, also für Gespräche unter guten Freunden und Freundinnen, aber auch für Gespräche aus beratenden und therapeutischen Kontexten. Die Übernahme dieses kommunikativen Elements aus privaten Diskursen in eine öffentliche Diskursform macht es möglich, in den Talkshows den Anschein von Vertrautheit und Offenheit zwischen den Beteiligten herzustellen. Eine gewisse persönliche Nähe wird also medial inszeniert, sei es zwischen den Gästen und den ModeratorInnen, sei es

zwischen den Gästen und den ZuschauerInnen. So können sich ZuseherInnen via TV nicht nur unterhaltsame Erzählungen über Normverstöße und sozial abweichendes Verhalten anderer Menschen ins Heim holen, sondern auch die Illusion der Teilnahme und Teilhabe an nahen sozialen Beziehungen.

Was die Auswahl der Gäste betrifft, zeigt sich, daß in den Talkshows eine beträchtliche Anzahl aus therapeutischen Kontexten wie Gesprächstherapien, Beratungen oder Selbsthilfegruppen rekrutiert wird, diese also eine gewisse »Professionalität« bzw. Schulung in Selbstoffenbarung haben. Der Vorteil dieser Personen für eine mediale Präsentation liegt auf der Hand: aufgrund ihrer Vorerfahrungen sind sie eher in der Lage, ihr Verhalten und ihre Erlebnisse ausreichend zu verbalisieren – auch in der ungewohnten Situation des öffentlichen Redens vor Kamera und Studiopublikum – und eher geeignet, über die faktische Beschreibung hinaus auch mögliche psychologische Zusammenhänge darzustellen. Die Erzählungen werden dadurch medial präsentabler, inhaltlich komplexer, und u.U. erreicht die Selbstoffenbarung noch tiefere oder privatere Schichten der Persönlichkeit. Alle diese Faktoren wiederum machen das Zuhören interessanter.

»Und dann half am Anfang einfach ein Schluck Alkohol.«

Ein typisches Beispiel ist die kurze Erzählung einer ehemals alkoholabhängigen Frau, die im Anschluß an ihre Entzugstherapie eine TherapeutInnenausbildung absolviert hat und jetzt selbst als Suchttherapeutin arbeitet. In der Sendung »Hans Meiser – Meine Mutter trinkt« schildert sie, wie sich ihre Alkoholabhängigkeit entwickelt und auf ihre vier Kinder ausgewirkt hat:

Hans Meiser. RTL . »Meine Mutter trinkt«*

HM: Hans Meiser, Moderator

KR: Karin Rahr, ehemalige Alkoholikerin

037

KR: (...) ich wollte auch die gute Mutter sein,

038

HM: mhm.?

KR: die ÜBERmutter, <EA> und hab GANZ viel getan und hab mich völich

* Ein Überblick über die verwendeten Transkriptionszeichen findet sich am Ende des Beitrags.

039

KR: vergessn. <EA> ich hab auch irgendwann ah – <EA> diese —

040

KR: Anstrengung auch nich mehr ausgehalt, ich war einfach überlastet

041

KR: ohne Ende, <EA> und dann – HALF am Anfang einfach n Schluck
ALKOhol

042

KR: um noch weitermachen zu können, es puscht ja am Anfang einfach

043

KR: mal AUF, ne' und dann lief es ausm RUDer <EA> äh – daß ich immer

044

KR: WENiger tun konnte und immer weniger DA war und ich denk das

045

KR: Schlimmste für die Kinder is diese – <EA>/daß man so unzuverlässig

046

KR: ist. – das is heute »ach mein Liebes, mein Schätzchen, mein Süßes,«

047

HM: mhm.'

KR: und am nächstn »mein Gott – geh mir ausm Weg und hau doch ab.«

048

KR: die Kinder können sich auf gar nichts verlassen.

Frau Rahr macht für ihre Alkoholabhängigkeit ihre Unfähigkeit verantwortlich, ihre Rolle als »Mutter« ihren damaligen Vorstellungen entsprechend auszuüben. Sie wollte nicht nur eine gute Mutter sein, sondern »die ÜBERmutter« (038), wodurch sie sich selbst immer stärker überlastete und über den Alkohol zu einer »schlechten Mutter« wurde, da sie nicht für ihre Kinder da war, unvorhersehbar agierte und völlig unzuverlässig wurde. Als Person mit therapeutischem Hintergrund ist sie gut in der Lage, eine offene, in den diversen Zusammenhängen klare, sichtlich schon reflektierte und damit gut nachvollziehbare Darstellung zu produzieren.

Das öffentliche Zugeben von Alkoholabhängigkeit ist ein diskreditierender Akt – in unserer Gesellschaft für eine Frau noch stärker als für einen Mann, da Frauen qua Rollenzuschreibung nach wie vor als »Hüterinnen der Moral« zu agieren haben. Dies gilt in besonderem Maße für Frauen mit Kindern, ebenso wie ein weiteres weibliches Rollenstereotyp, nämlich eine »gute und erfüllte Mutter« zu sein (Matlin 1987, 399). In ihrer Erzählung verdoppelt Frau Rahr das Diskreditierende, indem sie als Frau nicht nur ihre Alkoholabhängigkeit öffentlich preisgibt, sondern ein weiteres sozial stigmatisiertes Verhalten, nämlich ihr Versagen als Mutter. Vervollständigt wird diese Selbstdiskreditierung noch dadurch, daß in einer Gesellschaft, deren Mitglieder sich über Leistung und Erfolg definieren, Versagen bzw. das Preisgeben von Versagen und Schwäche ganz generell tabuisiert ist. Und so garantiert diese massive öffentliche Selbstenthüllung für die Echtheit der Erzählung und für spannende, emotionalisierende Unterhaltung. Verstärkt wird dies dadurch, daß Frau Rahr gemeinsam mit ihrem Mann und den inzwischen erwachsenen Kindern auftritt, also praktisch »vor Zeugen« und die Familienmitglieder selbst auch über ihre damaligen und jetzigen Erlebnisse mit ihr erzählen. Da sie diese diskreditierenden Informationen über ihre Mutter bzw. Ehefrau ja in ihrer Anwesenheit preisgeben, wird wiederum der Spannungs- und Unterhaltungswert gesteigert.

M.E. bleibt der Unterhaltungswert dieser höchst heiklen und imagezerstörenden Selbstoffenbarung deshalb gewährleistet, da es sich um vergangene bzw. bewältigte Ereignisse handelt. Frau Rahr ist seit 10 Jahren »trocken« und hat mittlerweile die Ausbildung als Suchtherapeutin gemacht, sie ist inzwischen also sozial rehabilitiert und die ZuseherInnen wissen von vorneherein, daß es »ein gutes Ende« genommen hat. So können sie sich, in einem gewissermaßen abgesicherten Rahmen, betroffen machen lassen, ohne sich unmittelbar verantwortlich fühlen zu müssen.

Die Herstellung des Erzählrahmens

Bevor Erzählwillige in einer Talk-Show auftreten können, werden sie in Vorgesprächen von der jeweiligen Redaktion ausgewählt.³ Aus diesen Vorgesprächen beziehen die ModeratorInnen ihre Vorinformationen, die stichwortartig auf Karteikarten festgehalten werden und ihnen während der Sendungen zur Verfügung stehen. Und dieses Vorwissen gibt den ModeratorInnen eine Vielzahl von Möglichkeiten an die Hand, die Erzählungen ihrer Gäste von Beginn an zu steuern.

Einstieg in die persönliche Erzählung ist die Vorstellung des

Gastes. Diese interaktive Aufgabe obliegt – qua Rollenzuschreibung – der Moderatorin/dem Moderator:

Ilona Christen . RTL . »Die Vaterfalle«

IC: Ilona Christen, Moderatorin

BS: Birgit Struck-Hansen, »Ich habe das Leben meines Vaters geführt«
001

IC: BIRGIT ist mein nächster Gast' Birgit Struck-Hansen' <EA> hat

002

IC: eine BILDERbuchehe geführt, – galt als perfekte Mutter, hatte

003

IC: beruflichen Erfolg, <EA> nur irgendwann hat sie festgestellt, -

004

IC: daß sie gar nicht IHR Leben gelebt hat sondern das ihres

005

IC: Vaters' <EA> Birgit, was hat er denn gemacht daß Sie SO geworden

006

IC: sind wie er wollte daß Sie sein solln.

BS: also was er konkret

007

BS: gemacht hat kann ich eigentlich gar nicht sagen' – ob er überhaupt

008

BS: was gemacht hat, <EA> also mein Vater – is:/ ja – son ganz

Ilona Christen beginnt die Vorstellung ihres Gastes, indem sie in aller Kürze ihr bisheriges Leben umreißt. Dabei bedient sie sich des rhetorischen Mittels der Kontrastierung: sie stellt sozial hochbesetzte, aber ebenso hochstereotype Begriffe wie Bilderbuchehe, perfekte Mutter und beruflicher Erfolg der persönlichen Erkenntnis der Frau gegenüber, daß das nicht ihr Leben gewesen sei, sondern eines entsprechend den Vorstellungen ihres Vaters. Diese Kontrastierung impliziert, daß das jetzige Leben von Frau Struck-Hansen nicht diesen Stereotypen entspricht. So wird inhaltlich die Erzählung einer Normabweichung vorbereitet und eine entsprechende Erwartung und Spannung hergestellt. Strukturell liefert die Moderatorin den ZuschauerInnen damit

einen Orientierungsrahmen für die nun folgende Geschichte, eine Art »abstract«. Dies alles schöpft sie aus ihrem Vorwissen aufgrund der Vorgespräche und der Recherchen der Redaktion.

Mit Namensnennung »Birgit« (005) und einer konkreten, wenn auch sehr komplexen Erzählaufforderung »was hat er denn gemacht, daß ...« (005) richtet Ilona Christen sich direkt an Frau Struck-Hansen. Über die Vorstellungssequenz und diese Erzählaufforderung konstruiert sie einen narrativen Rahmen, in dem sie ihrem Gast einen ganz bestimmten Einstiegspunkt zur Verfügung stellt (vgl. Faber 1996).

Hier sei bemerkt, daß in alltäglichen Gesprächen persönliche Erzählungen typischerweise spontan erfolgen; sie werden von der/dem Erzählenden angekündigt und in Interaktion mit den Reaktionen der Zuhörenden aus- und zu Ende geführt. Aber auch bei fremdinitiierten, d.h. eingeforderten Erzählungen übernimmt der/die Erzählende die Kontrolle über die inhaltliche und diskursive Gestaltung der Geschichte. Für die Zeit der Erzählung hat die/der Erzählende also die Rolle des »primären Sprechers« inne (Quastoff 1990, 67), d.h., daß nach Unterbrechungen wie etwa durch klärende Nachfragen die Sprecherrolle solange automatisch an sie/ihn zurückfällt, bis die Erzählung abgeschlossen ist.

Im Setting der Talkshow wird der Orientierungsteil der Erzählung also von der Moderatorin geliefert und nicht von Frau Struck-Hansen, die das Erzählenswerte erlebt hat. Auch beginnt ihre Erzählaktivität »in der Mitte«, d.h. an einem Punkt, den ebenfalls die Moderatorin bestimmt. Diese beiden Faktoren unterscheiden eine mediale Erzählung von einer Alltagserzählung und dienen der Moderatorin zur präzisen Kontrolle über deren Inhalt und Verlauf. Die Analyse zeigt, daß der verbale Handlungsspielraum von Frau Struck-Hansen, die Erzählung ihrer persönlichen Geschichte eigenständig zu planen und zu gestalten, aufgrund der intensiven Steuerung der Moderatorin von Anfang an äußerst gering ist. Überspitzt formuliert entsteht die paradoxe Situation, daß ihre Geschichte präsentiert wird, sie sie aber nicht erzählen kann.

Die Inszenierung von Spannung und Emotionalität

In der Sendung »Hans Meiser – Meine Mutter trinkt« ist wie schon erwähnt, eine ehemals alkoholabhängige Frau und ihre ganze Familie geladen. Der Moderator kündigt an, daß der Schwerpunkt der folgenden Erzählungen bei dem »Familiengeheimnis« liegen wird, das durch die Alkoholabhängigkeit der Mutter entstanden ist. Nach einer kurzen Darstellung Frau Rahrs über ihre jetzige berufliche Tätigkeit, initiiert

der Moderator mittels direkter Frage nach diesem »Familiengeheimnis« eine entsprechende Darstellung dazu. Diese Erzählaufforderung erfolgt direkt und ohne Überleitung:

Hans Meiser. RTL . »Meine Mutter trinkt«

HM: Hans Meiser, Moderator

KR: Karin Rahr, ehemalige Alkoholikerin

023

KR: denen zu helfn die Hilfe suchn, <EA> und ich denke ich kann denen

024

HM: <EA> war der Alkoholismus/war IHRE Krankheit ein

KR: auch was gebn.

025

HM: Familiengeheimnis?

KR: ja. – das wurde nach außen vertuscht, mein Mann

026

KR: hat es lange vertuscht, ich hatte halt Rückenschmerz und konnte

027

KR: nicht mitgehn, oder ich hatte pausenlos Magn-Darm-Probleme' die

028

HM: mhm.'

KR: hab ich heut überhaupt nicht mehr' <EA> es wurde vertuscht, es

029

KR: wurde auch nicht MIT mir gesprochn, es wurde ÜBER mich gesprochn
so

030

KR: im:/in der weiteren Familie' <EA> äh es war ein Geheimnis. es war

031

KR: eigentlich fast für mich selber auchn Geheimnis. ich hab nicht

032

HM: Bengt – wie hat sich das in der Familie

KR: drüber nAchgedacht.

033

HM: ausgewirkt, auf die Kinder.

Wie gefordert, beantwortet Frau Rahr diese Frage mit einer ausführlichen und sehr plastischen Darstellung, in die sie auch eine Pointe einfließt (»es war eigentlich für mich selber auch fast ein Geheimnis« (031)). Ohne diese Darstellung weiter zu quittieren (wie in Fläche (024)), wendet sich der Moderator mittels direkter Adressierung an Bengt, ihren Sohn, der neben ihr sitzt. Mit der weiterführenden Frage, wie sich das in der Familie ausgewirkt hätte, fordert er ihn zu einer Darstellung der damaligen Situation aus der Perspektive der Kinder auf.

Der mediale Auftrag des Moderator ist es, unterhaltsame, spannende und intime Erzählungen seiner Gäste zu elizitieren. Frau Rahr ist mit ihrer plastischen und offenen Schilderung des Familiengeheimnisses dieser Aufgabe ausgezeichnet nachgekommen. Somit stellt sich für ihn nicht die Veranlassung, auf diese Darstellung weiter einzugehen oder sie zu vertiefen. Da er auch danach trachten muß, die Sendung lebendig und spannend zu halten und alle Gäste, in dem Falle die anderen anwesenden Familienmitglieder, ausreichend zu Wort kommen zu lassen, wendet er sich an die nächste Person, den Sohn, um die nächste Erzählung zu initiieren.

Jedes Familienmitglied gibt nun in der Folge eine derartig initiierte Erzählung zum damaligen Familienleben zum Besten. Wie schon erwähnt sind diese Erzählungen geeignet, den Emotainment-Auftrag zu erfüllen, da in ihnen Szenen, Gefühle und Geschichten dargestellt werden, die üblicherweise nicht an die Öffentlichkeit dringen, das Familiengeheimnis also in allen Details wiedergegeben wird. Je mehr solcher Erzählungen produziert werden, desto intensiver und dramatischer wird das Gesamtzenario für die ZuseherInnen. Dies wird vom Moderator weiter gesteigert, indem er Bengt und die eine Tochter Ute im Anschluß an die letzte Erzählung zu der offenen und expliziten Bekenntnis auffordert, sie wären von den Eltern, speziell von der Mutter vernachlässigt worden, was diese auch tun. Damit wird eine weitere, potentiell noch diskreditierendere und betroffen machende Aussage eingefordert.

103

HM: ham/ham sie

UR: war für die Aggressionen die dann – hochkamen bei ihr.

104

HM: beide das Gefühl daß ihre Eltern sie gemeinsam vernachlässigt

105

HM: habm' – ihre Mutter durch — ihre Trunksucht'

BR: ja doch

UR: ja ja

Aufgrund dieser Analyse stellt sich ein zentrales diskursives Verfahren im Umgang mit den persönlichen Geschichten der Gäste heraus: Die ModeratorInnen fordern ihre Gäste sehr konkret und sehr unmittelbar zur Präsentation bestimmter einzelner Teilerzählungen auf. Die Inhalte der entsprechenden Fragen beziehen sie aus ihren Vorinformationen, sodaß sie auch die erfolgenden Antworten und Darstellungen ziemlich genau abschätzen können. Dadurch können sie die Herstellung von Spannung und Emotionalisierung präzise steuern und kontrollieren. Das heißt aber auch, daß gerade die eingeforderten Teilerzählungen von relevanter Qualität des Erlebens oder Empfindens sind. Da es in den Talkshows um die Unterhaltung durch solche Erzählungen geht, werden die Teilerzählungen ohne weitere interaktive Bearbeitung »stehen gelassen«, u.U. auch unterbrochen, wenn das Wesentliche des Ereignisses oder Erlebnisses geschildert worden ist. D.h., die Enthüllungen bleiben in der Öffentlichkeit stehen, und es wird kein tatsächlicher naher freundschaftlicher oder therapeutischer Rahmen angeboten, in dem diese Inhalte oder Gefühle aufgefangen und weiter thematisiert und bearbeitet werden könnten. Hier wird der Unterschied zu privaten bzw. therapeutischen Diskursen besonders deutlich und damit auch die reine Funktionalisierung der Erzählungen. Aus diesem Grund werden auch mögliche persönliche, in der Ehe oder in der Familienkonstellation liegende Ursachen für die Alkoholabhängigkeit Frau Rahrs nicht weiter angesprochen und problematisiert. Die plastischen Deskriptionen von spannenden, emotional hochwertigen oder diskreditierenden Ereignissen oder Gefühlzuständen im Zusammenhang mit ihrem Alkoholismus sind – im Dienste des Emotainments – ausreichend.

Die Inszenierung von Nähe und Verstehen

Bei Hans Meiser ist dieser Steuerungsmechanismus ziemlich offensichtlich, und er entspricht auch seinem Selbstbild als »journalistischer Talkmaster«, der klare und direkte Fragen stellt. Diese diskursive Steuerung kann von ModeratorInnen aber auch wesentlich subtiler eingesetzt werden, wodurch die Inszenierung noch eine zusätzliche Qualität erhält.

Wie in Kap. (4.3.) dargestellt, soll Frau Struck-Hansen ihre Erzählung mit einer Beschreibung ihres Vaters beginnen, der ihre Lebens-

gestaltung und ihr Selbstbild bis zu einem bestimmten Punkt in ihrem Leben maßgeblich beeinflusst hat:

Ilona Christen . RTL . »Die Vaterfalle«

IC: Ilona Christen

BS: Birgit Struck-Hansen

012

BS: es hieß einfach immer ich bin wie er. – das wurde so gesacht,

013

BS: von alln, von meinen Großeltern, von meiner Mutter, von meinem

014

BS: Vater auch' und <EA> er machte eigentlich n: – stolzn Eindruck

015

IC: und so solltn Sie auch sein. stolz? beherrscht?

BS: und so sollt ich auch sein. also

016

IC: <EA> Herr der Lage?

BS: ja' so/ son – logischer Mensch' wenig emotional'

Frau Struck-Hansen beschreibt ihren Vater als »stolz«. Diese Beschreibung wird von der Moderatorin mit »und« (015) aufgenommen und auf die Erzählerin übertragen: »so solltn Sie auch sein. stolz?« (015). Damit geht sie vertiefend auf die Darstellung ihres Gastes ein und fokussiert zugleich den eigentlichen emotionalen Gehalt der Gesamterzählung »mein Vater wollte, daß ich so bin wie er«. Frau Struck-Hansen bestätigt die Richtigkeit dieser Übertragung durch eine wörtliche Wiederholung, »so sollt ich auch sein.« (015). Die Moderatorin bietet ihr noch zwei weitere Zuschreibungen von Persönlichkeitseigenschaften an (»beherrscht« und »Herr der Lage« (015/016)), beide in Frageform. Und beide werden von Frau Struck-Hansen wieder als zutreffend markiert und durch Nennung weiterer ähnlicher Eigenschaften ergänzt.

Das Interessante an der Weiterführung der Moderatorin ist der Punkt, daß sie die Geschichte ihres Gastes ja bereits kennt, sodaß die Inhalte, die sie einführt (»so solltn Sie auch sein«, »beherrscht« etc.),

sich nicht »aus dem Gespräch« ergeben, sondern aus ihrem Vorwissen stammen, und damit auf alle Fälle zutreffen werden. Trotzdem bietet sie diese Zuschreibungen mit Frageintonation an. So müssen sie von Frau Struck-Hansen erst als zutreffend quittiert werden. Mit diesem Verfahren wird die interaktive Weiterführung erstens als »echte« Frage inszeniert, deren Antwort die Moderatorin noch nicht kennt, und zweitens als »echte« Vertiefung des Gesagten, und so dient es dazu, ihr Vorwissen und ihre Steuerungsaktivitäten zu »kaschieren«. Da zudem diese Zuschreibungen nur als richtig bestätigt werden können, wird bei den ZuseherInnen der Eindruck erzeugt, daß die Moderatorin eine gute ZuhörerIn ist, sie sich gut in ihren Gast hineinversetzen kann, an ihrer Geschichte persönlich Anteil nimmt und sie sie »wirklich« versteht. Die Bestätigungen und Wiederholungen von Frau Struck-Hansen vermitteln weiter den Eindruck einer sich stark ergänzenden und gemeinsamen Produktion dieser Erzählung. So wird eine große Nähe und Empathie zwischen der Moderatorin und ihrem Gast inszeniert, also auch ein weiteres Element aus nahen Diskursen.

In ähnlicher Weise verfährt die Moderatorin, um die Erzählung stärker zu emotionalisieren:

017

BS: – ich hatte/ m/m/m/ ich sollte alles im GRIFF habm' also sich

018

BS: GEHN lassn zum Beispiel, wär was gewesn was ihn sehr gestört hätte,

019

IC: was ham Sie getan um ihm zu

BS: <EA> also son: – KONtrollierter/ n kontrollierter Mensch.

020

IC: gefallen, um seine Liebe zu bekommen' um seine Aufmerksamkeit zu

021

IC: bekommen.

BS: ich hab mich zum Beispiel in der SCHUle sehr

022

BS: angestrengt' ich war SEHR gut im Rechnen in Mathe'

In (019-021) fragt Ilona Christen ihren Gast, was sie unternommen hätte, um die Liebe und Aufmerksamkeit ihres Vaters zu bekommen.

In ihrer bisherigen Erzählung hatte Frau Struck-Hansen noch nichts von derartigen Bemühungen als Kind berichtet. Würde es sich um eine »echte« Frage handeln, müsste die Moderatorin die der Frage innewohnenden Vorannahmen erst mit ihrer Gesprächspartnerin auf ihre Richtigkeit überprüfen, um sie gegebenenfalls zu relativieren, zu ergänzen oder gar zu verwerfen. Dies würde Frageformulierungen wie etwa »Haben Sie etwas getan, um ...?« oder »War es Ihnen wichtig, die Aufmerksamkeit ihres Vaters zu bekommen?« erfordern. Die Fragepartikel »was« (019) impliziert jedoch, daß sie schon weiß, daß Frau Struck-Hansen etwas unternommen hatte – und daß sie auch genau weiß, was, denn sonst würde sie diese Frage zur Elizitierung einer weiteren Teilerzählung gar nicht stellen. Die Wortwahl »Liebe und Aufmerksamkeit bekommen« dient der Emotionalisierung der Erzählung.

Frau Struck-Hansen beginnt sofort mit einer entsprechenden Darstellung ihrer Bemühungen, die tatsächlich stattgefunden haben. Jede Frage scheint also richtig und zutreffend zu sein, auf jede Frage erfolgt eine passende Antwort. Dies vermittelt nicht nur den Eindruck einer glatten und problemlosen Verständigung, sondern auch den Eindruck, die Moderatorin würde ihren Gast tatsächlich verstehen, hätte ein starkes, persönliches Interesse an deren Lebensgeschichte und die Gäste könnten genau das erzählen, was sie betrifft.

Faber (1996) meint, daß die ModeratorInnen auf diese Weise die Erzählungen gemeinsam mit ihren Gästen erzählten. Gemeinsames Erzählen impliziert jedoch eine Rollenverteilung mit im Großen und Ganzen ähnlichen diskursiven Rechten und Pflichten. Wie die Analysen deutlich machen, ist dies zwischen ModeratorInnen und Gästen jedoch nicht gegeben, ganz im Gegenteil: die Gäste bekommen das Rederecht immer nur für die Ausfüllung der von den ModeratorInnen geöffneten slots zur Verfügung gestellt, nicht für ihre gesamte Geschichte, sie befinden sich immer im Zugzwang und müssen auf die Unterbrechungen und Themenwechsel der ModeratorInnen eingehen.⁴ Der – vermutlich durchaus erwünschte – Eindruck des gemeinsamen Erzählens ist lediglich ein weiterer Bestandteil des Inszenierungscharakters der Talk-Shows. Gemeinsames Erzählen impliziert ja, daß beide an der Erzählung Beteiligten das Geschehen auch gemeinsam erlebt haben, es zwischen den Beteiligten also den Anschein einer sozialen Beziehung außerhalb der Erzählsituation gibt. Dies wiederum fördert den Eindruck von Nähe und persönlicher Beziehung.

*»Instant-Therapie« oder die Inzenierung
therapeutischer Kommunikation*

Wie schon erwähnt, wird mit diesen persönlichen Erzählungen ein wesentliches diskursives Element aus privaten Diskursen wie etwa Gesprächen unter nahen FreundInnen, aber auch aus therapeutischen Gesprächen in einen öffentlichen Diskurs übernommen. Wenn es in den Talkshows um psychologische Thematiken geht, sind häufig PsychologInnen, BeraterInnen oder TherapeutInnen als ExpertInnen geladen. Diese äußern sich sowohl zur Fragestellung allgemein wie auch zu den einzelnen Darstellungen der Gäste. Damit wird ein weiteres, sehr spezifisches Element aus diesen Diskursen importiert, und zwar die professionelle psychologische Interpretation oder Deutung von persönlichen Verhaltensmustern. Die diskursive Inszenierung von freundschaftlichem bzw. persönlichem Verstehen durch die ModeratorInnen wird so noch durch die Darstellung von professionellem Verstehen durch ExpertInnen verstärkt.

In der Talkshow »Ilona Christen – Ehe ohne Sex« erzählt Frau Renate, die gemeinsam mit ihrem Mann auf dem Podium sitzt, daß sie diesem bald nach der Eheschließung jede Form von körperlicher Nähe oder Zärtlichkeit verweigert habe. Auf Nachfragen der Moderatorin gibt sie als mögliche Gründe dafür die schwierigen familiären Verhältnissen in der Kindheit an, sie erzählt auch vom sexuellen Mißbrauch durch ihren Vater und von ihrer Tochter, die sie alleine aufgezogen hat. Insgesamt beteuert sie aber, daß sie die Zusammenhänge nicht verstehe. An dieser Stelle schaltet Ilona Christen die Expertin, eine Sexualtherapeutin, ein.

Ilona Christen . RTL . »Ehe ohne Sex«

IC: Ilona Christen

RW: Frau Renate

AB: Angelina Borgaes, Diplompsychologin und Sexualtherapeutin

097

AB: ich geh noch mal auf was andres ein. dieser sexuelle Mißbrauch is

098

AB: natürlich in der Tat ein traumatisches ErLEBnis. <EA> das heißt

099

AB: Sexualität ist von Anfang an: ganz ganz schlimm und ganz

100

AB: negativ besetzt. <EA> viele Frau finden meistens dann überHAUPT

101

AB: gar keinen Zugang zu ihrer – Sexualität zu ihrer eigenen,

102

AB: andre Frau – funktioNIERN in Anführungstüddelchen viele Jahre
< deutet Anführungszeichen an>

103

AB: so wie SIE vielleicht jetz AUCH'<EA> und irgendwann kommts halt
<zeigt zu RW>

104

AB: raus, und bricht halt auch durch. <EA> dazu kommt daß Sie immer für

105

AB: andre DA sein mußtn, – das heißt Sie mußtn immer funktionieren,

106

AB: immer gebm.<EA> das heißt Sie DURftn nie an sich denkn. jetzt

107

AB: HAM Sie einen son tolln Mann und das erste Mal in Ihrem Lebmn

108

AB: dürfn Sie drüber NACHdenkn <EA> ob Sie eigentlich auch Sexualität

109

AB: MÖCHTN. also Sie müssn nicht mehr funktionieren sondern Sie dürfen

110

IC: geNIESEN!

AB: es sich erlauben ob Sies WOLLN. und () ja! – genau.

Die Expertin hebt aus der Erzählung von Frau Renate den sexuellen Mißbrauch in der Kindheit hervor, bringt eine allgemeine Darstellung der dadurch ausgelösten möglichen Befindens- und Verhaltensstörungen, dann geht sie mittels direkter Adressierung direkt auf Frau Renate ein und stellt alle von ihr gebotenen Fakten in einen Gesamtzusammenhang. Damit wird ihr Verhalten »professionell verstehbar«: Frau Renate

habe im Rahmen dieser Beziehung erstmals die Möglichkeit, auszuprobieren. Ihre erzählte Verweigerung wird professionell als Selbstschutz und neuer Freiraum interpretiert, der das Ausprobieren neuer Verhaltensweisen ermögliche. Diese Interpretation wird nicht weiter vertieft, sondern durch einen thematischen Wechsel durch die Moderatorin abgelöst.

Hier kommt es also zur medialen Inszenierung einer scheinbaren »Idealform« bzw. eines Stereotyps von therapeutischer Kommunikation: auf eine problemorientierte persönliche Erzählung durch den »Klienten«/die »Klientin« erfolgt sofort und umgehend die psychologische Erklärung und/oder Interpretation durch den Therapeuten/die Therapeutin, also mediale »Instant-Therapie«. Diese Inszenierung therapeutischer Kommunikation hat einen zusätzlichen Effekt: Die Verbalisierung psychologischer Zusammenhänge macht die Selbstdarstellungen u.U. noch diskreditierender, weil noch offener und noch direkter. Damit wird sie für die ZuseherInnen noch spannender und emotionalisierender, v.a. da sie an einer Diskursform teilhaben können, die sich üblicherweise jeder Öffentlichkeit entzieht.

Die domestizierten Studiogäste

Wie die Analysen zeigen, werden die Erzählungen der Studiogäste von den ModeratorInnen interaktiv so bearbeitet und geformt, daß sie ganz spezifisch auf den Unterhaltungsauftrag der Talk-Shows zugeschnitten sind. Die ZuseherInnen bekommen in erster Linie Ausschnitte zu hören und zu sehen, die das Spannende, Besondere, Extreme, Abweichende oder Diskreditierende der Geschichte beschreiben. Durch die gesteuerte Elizitierung von Teilerzählungen wird die gesamte, prinzipiell mögliche persönliche Erzählung eines Studiogastes einem Prozeß der Zerstückelung unterzogen. Ein derartiger Prozeß scheint insgesamt typisch zu sein für den Umgang von Institutionen mit Erzählungen der KlientInnen und dient dazu, die Aufgaben und Interessen der Institution durchzusetzen (vgl. Lalouschek 1995).

Die ModeratorInnen gehen auf die einzelnen Darstellungen der Gäste nicht weiter ein, angesprochene Erlebnisse oder Gefühlszustände werden nicht weiter thematisiert oder ernsthaft problematisiert. Damit werden komplexere oder differenziertere Zusammenhänge und Hintergründe ausgeblendet oder gehen überhaupt verloren. Einen fragwürdigen Ersatz bieten die Kommentare und Interpretationen von TherapeutInnen oder PsychologInnen, die in manchen Sendungen geladen sind. Genausowenig wie die in den Erzählungen verbalisierten

Erlebnisse und Gefühle aufgefangen werden, bieten die Talkshows für derartige therapeutische Interpretationen einen angemessenen Bearbeitungsrahmen. Somit dienen auch diese professionellen Interpretationen dem spezifischen medialen Auftrag, der Unterhaltung durch Emotionalisierung und die Frage, was die Gäste nach der Rückkehr in ihren Alltag mit diesen Interpretationen anfangen, bleibt unbeantwortet.

Die Gäste reagieren, wie die Texte zeigen, immer unverzüglich auf die Aufforderungen der ModeratorInnen, produzieren die »passenden« Erzählungen und fordern keine weiteren interaktiven Bearbeitungen ihrer Geschichten ein. In Anlehnung an den Begriff des »domestizierten Rezipienten« (Burger 1989) möchte ich die Studiogäste deshalb als »domestizierte Gäste« bezeichnen. Um die Inszenierung von Authentizität, Emotionalität und Spannung perfekt werden zu lassen, bedarf es nicht nur der gezielten Steuerung der Erzählungen durch die ModeratorInnen. Auch die Gäste müssen bereit sein, sich völlig auf diese Spielregeln einzulassen: sie müssen bereit sein, offen und drastisch das (und nur das) zu erzählen, wozu sie aufgefordert werden, sie müssen bereit sein, ihre persönlichsten Erlebnisse und Gefühle zu Unterhaltungszwecken hochgradig funktionalisieren zu lassen, therapeutische »Instant-Interpretationen« ihres Verhaltens über sich ergehen zu lassen, und sie müssen bereit sein, auf ihre Kontrolle über eine eigenständige Gestaltung ihrer Erzählung im Wesentlichen zu verzichten – also in paradoxer Weise ihre eigentliche Rolle als ErzählerInnen ihrer Geschichte aufzugeben.

Anhang

Transkriptionsverfahren

Die Verschriftung erfolgt in Partiturschreibweise nach Ehlich/Rehbein (1976), die speziell geeignet ist, gleichzeitiges Sprechen, Überlappungen der Redebeiträge und Unterbrechungen etc. schriftlich darzustellen:

015

IC: und so solltn Sie auch sein. stolz? beherrscht?
 BS: und so sollt ich auch sein. also

Die Transkriptionszeichen bedeuten:

redn wolln'	steigende Intonation
mein Liebes, mein	gleichbleibende Intonation
das ist schlimm.	fallende Intonation

Herr der Lage?	Frageintonation
-	intonatorische Pause (ca. 0,5 sec.)
—	kurze Pause (ca. 1 sec.)
—	längere Pause (ca. 2 sec.)
<5s>	Pause von 5 sec.
UNfall, KEIN	Betonung der Silbe oder des ganzen Wortes
hattn/wußtn wir	Wort- oder Konstruktionsabbruch
a:ber	Dehnung von Konsonanten oder Vokalen
<EA>	deutliches Einatmen
<AA>	deutliches Ausatmen
()	unverständlicher Wortlaut

Anmerkungen

- 1 Begrifflich wird an sich nicht unterschieden zwischen Talk-Shows dieser Art und abendlichen Talk-Shows mit Prominenten, die oft viel mehr der Selbstinszenierung der Talkmaster dienen und neben den Gesprächen Musikeinlagen, Sketches und andere Formen der Unterhaltung bieten.
- 2 Der österreichische Talkmaster Hermes Phettberg avancierte mit seiner »Netten-Leit-Show« zu einer Kultsendung, weil er gerade diese Form der krassen Selbstenthüllung als Stilmittel einsetzte: er präsentierte sich offen als eß- und fettsüchtig, depressiv, sadomasochistisch, homosexuell und hilflos bis zur Lebensunfähigkeit und machte in den Gesprächen mit seinen Gästen diese Abweichungen und Stigmata systematisch zum Thema (vgl. Palm 1996).
- 3 Es ist anzunehmen, daß die persönlichen Geschichten der Erzählenden schon dabei gewissen Transformationen unterzogen werden. Dazu gibt es jedoch noch keine Untersuchungen.
- 4 Dies ändert sich übrigens, wenn ein Gast prominent und v.a. medienerfahren ist. Diese/r hat dann durchaus die Möglichkeit, die Rollen zu wechseln und etwa den Moderator/die Moderatorin zu befragen, seinen/ihren Moderationsstil zu loben oder zu kritisieren, Antworten zu verweigern oder eigenständig Themen einzubringen.

Literatur

- Burger, H. 1989. Diskussion ohne Ritual oder: Der domestizierte Rezipient. In: Holly, Werner/Kühn, Peter/Püschel, Ulrich (Hsgg.). 1989. Redeshows. Fernsehdiskussionen in der Diskussion. Niemeyer: Tübingen. 116-141.
- Caldas-Coulthard, C.R. 1996. 'Women who pay for sex. And enjoy it' Transgression versus morality in women's magazines. In: Caldas-Coulthard, C.R. & Coulthard, M. (eds.) 1996. Texts and Practices. Readings in Critical Discourse Analysis. 250-271.
- Derlega, V.J./Metts, S./Petronio, S./Margulis, S.T. 1993. Self-Disclosure. Sage: London.
- Ehlich, K./Rehbein, J. 1976. Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT). In: Linguistische Berichte 45, 21-42.
- Faber, M. 1996. Schreinemakers live. Der Jahrmarkt des Medienzeitalters. (erscheint in: Hess-Lüttich/Holly, Werner/Püschel, Ulrich (eds.) Peter Lang: Frankfurt.) Manuskript.
- Fiehler, R. 1990. Kommunikaton und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. de Gruyter: Berlin.
- Gülich, E. 1976. Ansätze zu eine kommunikationsorientierten Erzähltextanalyse. In: Haubrichs, W. (Hg.) Erzählforschung I, Theorien, Modelle und Methoden der Narrativik. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. S.224-256.
- Klemm, M. 1995. Streiten im Fernsehen: »Explosiv – Der heiße Stuhl«. Zur Inszenierung von Authentizität in »Confrontainment«-Sendungen.« In: Spillner, B. (Hrsg.) 1995. Sprache: Verstehen und Verständlichkeit. Peter Lang: Bern. 266-267.
- Lalouschek, J. 1995. Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Matlin, M.W. 1987. The Psychology of Women. Harcourt Brace College Publ.: Fort Worth..
- Palm, K. 1996. Hermes Phettberg. Frucade oder Eierlikör. Knaur: München.
- Priest, P.J. 1996. »Gilt by Association«: Talk Show Participant's Televisually Enhanced Status and Self Esteem. In: Grodin, D. & Lindlof, T.R. (eds.) 1996. Constructing the Self in a Mediated World. Sage: London. pp 68-83.
- Quasthoff, U. 1980. Gemeinsames Erzählen als Form und Mittel im sozialen Konflikt oder Ein Ehepaar erzählt eine Geschichte. In: Ehlich, Konrad (Hg.) Erzählen im Alltag. Suhrkamp: Frankfurt. S.109-142.
- Quasthoff, U. 1990. Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). Medizinische und therapeutische Kommunikation, Westdeutscher Verlag: Opladen. S.66-81.
- Tolson, A. 1991. Televised chat and the synthetic personality. In: Scannell, Paddy (ed.) 1991. Broadcast talk. Sage: London. S.178-200.

Kongreßbericht

■
Help the Helpers«.
Internationale Konferenz &
Workshop. Tuzla, 19. –
21. September 1996

Gemeinsam mit der »Society of Psychological Assistance« (Zagreb) und der »Slovene Foundation« (Ljubljana) veranstaltete der Grazer »Verein für Opfer von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen«, OMEGA, im vergangenen September einen Workshop für professionelle HelferInnen in Bosnien. In diesem Fall war die Veranstaltung auf internationales und bosnisches Personal von CARE-Österreich maßgeschneidert. OMEGA veranstaltet jedoch darüber hinaus in Graz monatliche Eintagesseminare für HelferInnen und besucht interessierte Institutionen in anderen Gebieten, um Supervision und professionelles Know-How anzubieten.

Das auch aus anderen Berufszweigen (v.a. LehrerInnen) gut bekannte »Burnout« Syndrom ist täglicher potentieller Begleiter von Helferinnen und Helfern. Besonders akut wird die Lage, wenn eine langanhaltende Krisensituation die Hilfe, die man anderen gewährt, als deren einzige Existenzbasis erscheinen läßt, wenn die HelferInnen selbst Betroffene der Krise sind, und wenn keine Supervision oder Unterstützung anderer Art für die Helferinnen zur Verfügung steht.

Die Flüchtlingskrise, ob in Ex-Yugoslawien, Rwanda oder Lateiname-

rika, teilt sich im wesentlichen in fünf Phasen: 1. Phase des katastrophalen Ereignisses (Kennzeichen: inneres und äußeres Chaos, Trennung, Trauma, Angst, Zerstörung psychischer und physischer Güter). 2. Fluchtphase: nun dominiert die Notwendigkeit, vor der Katastrophe zu fliehen. Die praktische Organisation der Flucht kanalisiert die Ängste. 3. Konsolidierungsphase: Regressiver aber stabilisierender Widerwille, Hoffnung auf eine bessere Zukunft löst sich ab mit Rechtfertigungsstrategien für die Entscheidung zur Flucht. 4. Konfrontationsphase: die akute Reaktion innerhalb der Flüchtlingskrise stellt sich mit folgenden Symptomen ein: wachsende Angst, Persönlichkeitsveränderungen mit regressiven Mustern, emotionelle Instabilität, Selbstmordgedanken, Schuld- und Schamgefühle, kognitive Veränderungen (Erinnerungslücken, Konzentrationschwächen) und psychosomatische Reaktionen. In der 5. Phase kommt es im Idealfall zur Neuorientierung, nachdem die emotionalen Schwankungen überwunden werden konnten, Probleme integriert und stabilisiert wurden. Der »Embryo« der neuen Existenz nimmt Formen an. (Dr. Emir Kuljuh/OMEGA).

Die die Flüchtlinge in diesen komplexen Phasen begleitenden HelferInnen sind ihren eigenen Problemen und Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsschwierigkeiten ausgesetzt. Zu klären ist vor allem die eigene Mo-

tivation. Warum wird jemand Helferin? (Eine Frage, die sich auch Psychotherapeutinnen nicht oft genug stellen können). Welche Erwartung habe ich an mich als »gute Person«?

Zdenka Pantic aus Zagreb findet die folgenden Fragen sinnvoll, um den Grad der persönlichen Überbelastung zu messen: Bemerke ich psychische und physische Alarmsignale, wie reagiere ich auf Geschichten, die meiner eigenen ähneln, was kann passieren, wenn ich die Hilfe verweigere? Eine Hilfe und ein mögliches Feedback können vor allem Freunde und Verwandte sein, wenn keine professionelle Supervision möglich ist.

Als sehr hilfreich hat sich erwiesen, klare Grenzen zu setzen, Nein-Sagen zu lernen, seine Zeit gut zu strukturieren, Freiräume und Ausgleichstätigkeiten fix einzuplanen, auf seinen Körper zu hören und vor allem: sich ebenso gut zu behandeln, wie die eigenen Klienten! Letzteres wird von den meisten HelferInnen mit einem müden Lächeln kommentiert. Die meisten HelferInnen nehmen keine Rücksicht auf ihre eigenen Bedürfnisse, beachten ihre Schmerzen nicht und berücksichtigen kaum ihre eigenen Familien. Trauer, Verzweiflung und Hilflosigkeit werden selten zugelassen. Doch das Anerkennen von Ohnmacht und Grenzen der Machbarkeit (auch im psychologischen Hilfsbereich) ist ein wesentliches Moment in der Entlastung von HelferInnen. Werden diese Limits nicht berücksichtigt, fällt die Helferin nach einer extremen Überarbeitungsphase in ein Gefühl der Leere und Sinnlosigkeit, über die sie dann jedoch auch mit niemand reden kann

und möchte. Als Helferin Hilfe anzunehmen wird oft fälschlicherweise als unprofessionell interpretiert (»ich schaff' das allein«), während nur die begleitende Psychohygiene diese Art von Extremsituation befriedigend zu bewältigen helfen kann. Darüber zu reden kann ein erster Schritt sein.

Bei einer von Dr. Kuljuh durchgeführten Befragung der TeilnehmerInnen wurden als besonders hilfreiche Faktoren für HelferInnen eingestuft: Trainingsseminare (50%), Fachliteratur und – mit großem Abstand – bessere Gehälter (19%). Das Problem ist wohl kaum ein finanzielles. Wenn sich eine Person auf einen Helferberuf einläßt, ist die Motivation zumeist woanders als im ökonomischen Bereich zu suchen. Daß jedoch persönliches Wohlbefinden und professionelle Leistungsfähigkeit erhalten bleiben, bedarf auch der Betreuung der HelferInnen: durch Supervision und/oder Möglichkeit zur Aussprache der eigenen Probleme; und es bedarf einer Modifikation unserer Einstellung. Denn auch HelferInnen benötigen Hilfe. Nur so können sie ihre Aufgabe bewältigen. ■

Doris Cech,
Wien

Tagungsorganisation und Information:

OMEGA Gesundheitsstelle Graz
Verein für Opfer von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen
Granatengasse 2
8020 Graz
Tel. & Fax 0043-316-973554

Leserbrief

■
 Es muß nicht so schlimm sein
 Antwort auf den Beitrag von Ulrike Hoffmann-Richter und Sibylle Würgler in der Psychotherapeutin 5:
 »Das Psychoanalytische Institut als identitätsbildende Anstalt«

Ich möchte dem sehr sorgfältig und umfassend geschriebenen Artikel der beiden Autorinnen eine Perspektive aus der Sicht eines in den USA ausgebildeten Psychoanalytikers beifügen. Für die Kandidaten von dort war es nämlich mit der ideologischen Indoktrination (oder dem »Noviziat«) nicht so schlimm wie hier beschrieben. Die US-Amerikaner haben sich von Anfang an den ideologischen Dogmatismen der Psychoanalyse entzogen und die Psychoanalyse ganz selbstverständlich als Teil der Psychiatrie gesehen. Das hat ihnen natürlich auch Rügen von seiten Freuds eingetragen.

Meine eigene Erfahrung am Boston Psychoanalytic Institute hatte zwar auch ihre schweren Stadien, war auch sehr belastend aus ökonomischer Sicht, hatte aber wenig vom ideologischen Zwang, der im Beitrag beschrieben wird. Selbstverständlich gab es auch eine Lehranalyse. Diese war aber von Anfang an als »therapeutisch« ausgeschrieben, und deshalb durfte der Kandidat auch seinen Ausbildungsanalytiker selbst aussuchen. Die Lehranalyse und das Ausbildungsinstitut waren nur sehr lose miteinander verknüpft.

Das Institut selbst hatte kein In-

teresse an der »Orthodoxie« der Kandidaten. Es war im Sinne des Genius Loci (Boston ist die Universitätsstadt par excellence) eine Akademie wie viele andere. Intellektuelle Leistung, aber auch Vielseitigkeit zählte bei den Seminarien. Das Institut war, wie der Titel des Beitrags von Hoffmann-Richter und Würgler aussagt, natürlich eine identitätsbildende Anstalt, wie jede Universität, besonders im Medizinstudium identitätsbildend ist. Aber die ursprünglichen psychoanalytischen Theorien waren nicht das allesbeherrschende Thema. Abweichende Ideen hatten ihren Platz, und man konnte sich sogar mit seinem Supervisor für die Kontrollanalyse überwerfen, ohne fortgeschickt zu werden. Die Seminarien sind mir in Erinnerung als die besten Lehrveranstaltungen in der Psychopathologie, die ich erlebt habe.

Die beschriebene Regression der Kandidaten war zwar vorhanden in bezug auf die Lehranalytikerin, jedoch nicht auf das Institut. Es war eine Akademie mit hohen Anforderungen. Ein Dekan sorgte für die Vertretung der akademischen Interessen. Da zu jener Zeit einige der Ordinarien und Professoren an den medizinischen Fakultäten Psychoanalytiker waren, wurde das Psychoanalytische Institut eine Art übergeordnete Superfakultät und ein Kommunikationsort, an dem die drei Fakultäten (Harvard, Tufts und Boston University) kommunizieren konnten. Die allermeisten Psychoanalytiker engagierten sich auch in den Spitälern, Polikli-

niken, Familienberatungsstellen und in der Ausbildung von PsychologInnen und SozialarbeiterInnen. Von Absonderung und Ghettoisierung der Psychoanalyse war keine Rede. Man fühlte sich im Zentrum der akademischen Ereignisse.

Die soziologischen Konsequenzen der zeit- und geldaufwendigen Ausbildung, vor allem der Lehranalyse, waren allerdings auch vorhanden. Die einseitige Konzentration auf die Einzelperson des Kandidaten führte nicht selten zu ehelicher Entfremdung und häufigen Scheidungen. Den armen Frauen der Kandidaten, die so wenig von ihren Partnern sahen, wurde nicht geholfen. Wenn sie sich beklagten, wurden sie ebenfalls in eine Analyse oder Therapie geschickt, ohne daß man das durch die Überforderung des Kandidaten verursachte Beziehungsproblem auch nur angesprochen hätte. Die Kandidatinnen scheinen es besser gemacht zu haben. Die Situation der Frauen und Kinder der Kandidaten war jedoch sprichwörtlich schlecht.

Ich habe die in der europäischen Psychoanalyse vorherrschende mehr ideologische als klinische Orientierung selbst zu spüren bekommen. Zur Akkreditierung legte ich eine Fallvorstellung vor, die aus Boston stammte und mir dort gut gedient hatte. Da es sich um eine Persönlichkeitsproblematik gehandelt hatte, war sie nach den Linien der Ich-Psychologie, vor allem der Entwicklungspsychologie, organisiert und zum Teil von den Konzepten Erik Eriksons inspiriert. Sie wurde hier in Europa scharf kritisiert.

Im Gesamten möchte ich den Autorinnen gratulieren, daß sie ein zeitweise tabuisiertes Thema ausführlich besprochen haben. Zugleich versuche ich aus meiner noch immer transatlantisch geformten Sicht Möglichkeiten aufzuzeigen, wie es anders und teilweise besser gehen könnte, durch einen engeren Kontakt der Psychoanalyse mit der akademischen und der Sozialpsychiatrie. ■

Jakob Christ,
Basel

Bücher

■
Anna Auckenthaler: Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation-Standards-Wirklichkeit. Stuttgart-Berlin-Köln: Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1995

Anna Auckenthaler versucht offenzulegen, was ganz alltägliche, normale Supervisionspraxis ist. Sie begründet ihr Interesse damit, daß Supervi-

sion ganz selbstverständlich als Mittel zur Qualitätssicherung von Psychotherapie und weiterführend psychosozialer Versorgung betrachtet wird, obwohl entsprechende Wirksamkeitsnachweise fehlen, und obwohl noch nicht einmal bekannt ist, was in Supervisionen geschieht. Als Gesprächspsychotherapeutin reduziert sie sich in ihren Aussagen auf Untersuchungen aus dem Bereich der

klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Ich denke, daß viele Überlegungen verallgemeinerbar sind, und manches mag zu differentieller Forschung anregen.

In der Sichtung der vorliegenden Forschungsergebnisse stellt sie fest, daß die Supervisionsforschung, etwas zeitlich versetzt, die verschiedenen Phasen der Psychotherapieforschung wiederholt. Anna Auckenthaler ordnet ihre Untersuchung jenem Forschungsbereich zu, der Belege dafür sucht, daß Supervision die Qualität psychotherapeutischer Praxis verbessert, vorrangig dem Wohl der Klientinnen dient neben einer unterstützenden, auch der bewertenden Funktion in Ausbildung und beruflicher Praxis dient. Im Hinblick auf ihre Fragestellung entdeckt die Autorin bei der Durchsicht der vorliegenden Untersuchungen einen Überhang belehrender und informationsvermittelnder Äußerungen auf Seiten der Supervisorinnen. Allerdings lassen die bisherigen Untersuchungen keine Verallgemeinerung zu, da man vorläufig nur weiß, daß einige, meist erfahrene Supervisorinnen und Supervisoren weit mehr belehrende als unterstützende Äußerungen verwenden, und daß sie trotzdem als unterstützend erlebt werden können. Gleichwohl werden unerfahrene Supervisorinnen oft als unterstützender erlebt. Anna Auckenthaler interessiert sich für die Verknüpfung von Bewertung und Unterstützung, weil erst durch diese integrierende Leistung von kognitiven und emotionalen Aspekten gute Supervision kennzeichnet wird.

Ihr Untersuchungsansatz: Im Anhang des Buches sind die Datenbasis

mit den Angaben zu den in die Untersuchung einbezogenen Gruppen sowie die weiterführenden analytischen Schritte wie das Transkriptionssystem und Gruppendiskussionen aufgeführt. Von den insgesamt 41 in die Untersuchung aufgenommenen Supervisionssitzungen wurden 36 transkribiert und dienten der weiteren Analyse. Die Supervisionsgruppen, die die Fälle darstellen, waren zum Teil kollegiale Supervisionsgruppen, zum anderen Teil Gruppen mit Supervisorinnen.

Bei ihren Überlegungen zur Auswertung und bei der Bewertung ihrer Ergebnisse stellt Anna Auckenthaler Supervision in das Spannungsfeld zwischen Beliebigkeit und Normierung. Eine wichtige Frage, der sie sich zuwendet, ist die, was die Qualität von Supervision beeinträchtigen kann. Sie filtert unterschiedliche Aspekte: z.B. wird auf eine argumentative Auseinandersetzung vor-schnell verzichtet, wenn diejenige, an die sich Kritik richtet, signalisiert, daß sie sich davon bedroht oder auch nur bedrängt fühlt. Supervision, schlußfolgert die Autorin, ist nicht nur auf Toleranz gegenüber Fehlern angewiesen, sondern auch darauf, Handlungen in Frage zu stellen und ein Klima zu erzeugen, in dem fehlerfreundlich argumentative Kommunikation möglich sein kann. Theoretischer Bezug ist in Habermas' »argumentativem Diskurs« zu finden. Argumentative Kommunikation wird nach Habermas nötig, wenn ein Dissens durch Alltagsroutine nicht aufgefangen werden kann und gleichwohl nicht durch den unvermittelten oder den strategischen Einsatz von

Gewalt entschieden werden soll. Mit Hilfe dieser Überlegungen wird eine echte Fehlerfreundlichkeit gegen Verleugnung oder Vernebelung gehalten, Selbstkritik wird bei Aufrechterhaltung der unterstützenden Funktion von Supervision möglich.

Weitere bedeutsame Faktoren, die von Auckenthaler benannt werden, sind Beeinträchtigungen auf der Durchführungsebene von Supervision, wie z.B. zielloses Herumsupervidieren, das Verdrehen und Verschieben von Problemen auf eine andere Ebene, also von der Personenebene auf die Sachebene, von der Therapeutebene auf die Patientenebene usw. und Ausgrenzung. Einen weiteren Faktor machen Beeinträchtigungen auf der Voraussetzungsebene aus, wie z.B. eingeschränkte bzw. fehlende Bereitschaft zur Selbstaufklärung.

Resümierend kommt Anna Auckenthaler zu dem Schluß: wer Supervision nicht einfach konsumiert, sondern bereit ist, sie selbst mitzugestalten, wird natürlich weniger in Gefahr sein, alles zu akzeptieren, was Supervisorinnen anbieten. Deutlich wird durch ihre Untersuchung, daß Bewerten nicht Kritisieren ist, und Unterstützen ist nicht gleich Bestätigen.

Beruhigt stellt Anna Auckenthaler fest, daß sich mehrere Anhaltspunkte dafür finden, daß die Supervision von den Supervisionsteilnehmerinnen in den Dienst der therapeutischen Praxis gestellt wird. Wichtig ist ihr festzuhalten, daß auch die beste Supervision keine Garantie für eine gute Therapie ist. Aber sobald durch Supervision eine Qualitätssteigerung therapeutischen Handelns erreicht

werden kann, ist das natürlich Grund genug, Supervision einzufordern.

Das Buch von Anna Auckenthaler ist außerordentlich praxisnah geschrieben, es enthält eine Menge anregender Überlegungen. Sie ist in der Präsentation ihrer Untersuchungen frei, und die Sprache zeigt, wie sehr sie an ihren Leserinnen interessiert ist, denen sie etwas Wichtiges mitzuteilen hat. ■

Ursula Plog, Berlin

■
*von Klitzing-Naujoks,
 Waltraut/von Klitzing, Kai:
 Psychische Belastungen in der
 Krankenpflege, Vandenhoeck
 und Ruprecht, Göttingen/Zürich
 1995, 212 S., DM*

In diesem Buch greifen die Verfasser dankenswerter Weise eine Problematik auf, die – ist man nicht unmittelbar von ihr betroffen – durchaus auch übersehen wird: Die großen psychischen Belastungen, unter denen Pflegenden häufig ihre Arbeit tun.

Das Buch will – so heißt es in der Einleitung (S. 10) – »die seelischen Belastungsfaktoren im Krankenpflegeberuf« herausarbeiten. Gemäß der »psychoanalytischen Ausrichtung sollen hierbei vor allen Dingen die unbewußten Anteile und Auswirkungen vieler beziehungs-dynamischer Probleme analysiert werden. Bewußtmachung und schließlich auch Integration unbewußter Anteile ist der grundlegende Weg, therapeutisch wirksam zu werden.« Dieser Zielsetzung ist voll und ganz zuzustimmen.

Ich finde es zudem positiv, daß sich die Autoren in dem ersten Ab-

schnitt mit dem Thema »Identitätsprobleme im Krankenpflegeberuf aus historischer Sicht« befassen. Bedauerlich ist allerdings, daß dieser Teil relativ unverbunden mit den nächsten Kapiteln bleibt. Denn um die heutige Situation der Pflege zu verstehen, bedarf es vor allem der intensiven Betrachtung der Auswirkungen der historischen Bedingungen, die auch heute noch viel stärker wirksam sind, als es bisweilen den Anschein haben mag. Will man heutige Belastungen in der Pflege analysieren, bedarf es der genauen Untersuchung eben dieser Auswirkungen, damit nicht den Pflegenden persönlich zugeschrieben wird, was mehr ein unseliges Erbe ist.

Beim Lesen der nächsten Kapitel hat mich vor allem die Frage nicht verlassen, für welchen Adressatenkreis dieses Buch wohl gedacht ist. Wenn es um psychoanalytische Erklärungsmuster geht, erscheinen sie mir für den psychoanalytisch gebildeten Leser etwas vereinfacht, für den unwissenden wiederum muten sie wenig erhellend an, weil sie in dieser Form für ihn kaum nachvollziehbar sind. Sollte erreicht werden, daß sich Pflegende ihrer unbewußten Anteile bewußt werden, so fürchte ich, daß das nicht immer gelingen wird, weil sie sich durch die Art der Darstellung kaum angesprochen fühlen können.

Ich hätte mir in einigen Teilen eine differenziertere und weniger verallgemeinernde Betrachtung gewünscht, die zur Selbstreflexion animiert hätte. Sonst kann hin und wieder der Eindruck entstehen, die Verfasser betrachteten die Berufsgruppe der Pflegenden als eine, die es

zu therapieren gilt. Dieser Eindruck ist deshalb ärgerlich, weil in anderen Teilen des Buches Situationsanalysen zu finden sind, aus denen heraus die Verfasser sehr hilfreiche Lösungsmöglichkeiten vorschlagen.

Es ist vielleicht problematisch, sich gegen die Betrachtung anderer Berufsgruppen zu verwahren, besonders dann, wenn aus der eigenen Gruppe Beiträge eher selten sind. Ich denke gemeinsam mit den Verfassern dieser Studie, daß die Angewiesenheit darauf, aus der Distanz einer anderen Gruppe betrachtet zu werden, dann sehr viel geringer würde, wenn von Berufsbeginn an das Bewußtmachen eigener Anteile und eine hilfreiche Begleitung der jungen und dieser Hilfe ganz sicher bedürftenden Pflegenden die Regel wäre.

Der Hinweis auf Helferhaltungen, die in ihrer Motivation fragwürdig sind, wird ohne diese Hilfe und Unterstützung nur verunsichern und ängstigen. Die abwehrende Reaktion auf einen solchen Verdacht kann dann in der Konsequenz dazu führen, sich erst recht »verdächtig« zu machen. Trotz dieser einschränkenden Bemerkungen: Das Buch verfolgt in seiner Absicht ein wichtiges Anliegen. Sofern dieses Anliegen bis heute nicht überzeugend aus der Gruppe der Pflegenden selber vertreten wird, bedarf es wohl der Unterstützung aus anderen Berufsgruppen. ■

Karin
Pohl,
Bielefeld

■
Rudolf Schmitt: Metaphern des Helfens. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 1995

Aus soziolinguistischem, germanistischem und psychologischem Interesse versucht der Autor eine hermeneutische Rekonstruktion des therapeutischen Handelns jenseits quantitativen Zählens und Messens. Zur Entwicklung und Bearbeitung seiner eigenen Fragestellung setzte Rudolf Schmitt an den sprachlichen Modellen der Helferinnen und Helfer in der Einzelfallhilfe an. Seine Fragestellung wurde davon geleitet, die Wahrnehmungen der Helferinnen und Helfer fragend aufzugreifen und die Untersuchten als Experten ihrer Welt zu nehmen.

Das methodische Kapitel ist über-schrieben: Von der Schwierigkeit, Bedeutung zu verstehen. In sehr genauen Schritten werden themenzentriert die für die vorliegende Untersuchung erforderlichen Voraussetzungen der qualitativen Forschung dargestellt, einschließlich einer Einführung in die Hermeneutik und der Darstellung der Theorien.

Es geht ihm ja nicht darum, Unterschiede zwischen Gruppen herauszufinden, sondern ein umfassendes Gruppenbild zu erzeugen, eine Landschaft zu beschreiben, so daß jeweils Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gesucht wurden, die ergänzende Eigenschaften zu den bisherigen Gesprächspartnern hatten. Es werden zur Variation herangezogen: Alter, Geschlecht, primäre Ausbildung, therapeutische Zusatzausbildung, Problematik der Klienten, Dauer der Hilfen. Rudolf

Schmitt führte neun Interviews durch, wobei eines ein Gespräch mit derselben Helferin in anderem Kontext ist. Die Erfordernisse der Metaphernanalyse sind sehr genau beschrieben, unterschiedliche Ansätze und Theorien werden dargestellt. Der Autor führt sehr stringent und die Leserin auf eine spannende Reise mitnehmend in seine eigenen Überlegungen ein. Gerade dieser Abschnitt ist nicht nur übersichtlich, sondern auch sehr originell und anregend.

In einem eigenen Kapitel, das er »Momentaufnahmen des Helfens« nennt, geht Schmitt auf die Analyse der einzelnen Interviews ein und versucht die – metaphorisch sich ausdrückende – Rekonstruktion der Eigenwelt der Helferinnen und Helfer.

Die zusammenfassende Analyse aller Interviews geschieht in dem Ergebniskapitel »Panorama des Helfens«. Hier werden zunächst die neun zentralen Metaphern des Helfens, die in fast jedem Interview zu finden waren, in ihrer Gesamtheit dargestellt und in ihrer Funktionalität für die Helfenden untersucht. In einem zweiten Abschnitt erfolgt die Darstellung der Inhaltsanalyse der gleichen Texte. Und in einem dritten Abschnitt werden die Ergebnisse der beiden Analysen aufeinander bezogen, so daß sich die Gemeinwelt der Helferinnen und Helfer aus den Ergebnissen der beiden Verfahren rekonstruieren läßt. Einige der aufgefundenen zentralen metaphorischen Modelle des Helfens sind: räumlich, kinästhetische Metaphern (z.B. auf den Wege bringen, begleiten, umgehen, aus einer engen Familie in Frei-

räumen ankommen); Metaphern der Last (z.B. unterstützen von belasteten Klienten, die es schwer haben und erleichtert werden sollen); Metaphorik der Bindung (z.B. Bindungen zu Klienten knüpfen, Bezugspersonen finden, abnabeln); oder Metaphern aus dem Bereich von Behältern (z.B. Einzelfallhilfe ist »Einmischen« bei »verschlossenen« und »Grenzenziehen« bei allzu »aufgeschlossenen« Klienten); oder Metaphern aus dem Bereich des Gebens und Nehmens (z.B. des Gebens von Zuwendung und des Nehmens von Supervision) usw.

Aber die Analyse von Rudolf Schmitt ist viel detaillierter und genauer. Die neun gefundenen grundlegenden Metaphern werden in ihrer Vielfalt und Breite dargestellt. Interessant ist die Überlegung zur differentiellen Betrachtung der Metaphorik. In bezug auf die Einzelfallhilfe kommt Rudolf Schmitt zu der Hypothese: Einzelfallhilfe ist generelle Sozialisations-, Entwicklungs- und Integrationshilfe nach dem Muster der Elternschaft. Er weist zum Vergleich auf die Metaphorik der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in der viel von Wachstum und Reifung, auch vom Lassen und Nichtdirigieren die Rede ist. Diese Metaphorik überläßt dem Klienten vielmehr Eigendynamik und gibt dem Therapeuten längst nicht das aktive Potential, das in den neun aufgefundenen Metaphern des psychosozialen Helfens enthalten ist.

Die spezifischen Aussagen der Inhaltsanalyse beziehen sich auf konkrete soziale und psychische Behinderung der Klienten und Klientinnen, auf Konflikte und Konflikthalte

zwischen Helfenden und Klientinnen und Klienten und ihrem sozialen Umfeld, auf die Vielfalt der konkreten Tätigkeiten. Auf den Nachvollzug von Lebensgeschichten, die den Hintergrund für abweichendes und selbstschädigendes Verhalten bilden. Metaphernanalyse und Inhaltsanalyse ergänzen sich. Sie stehen in einem komplementären, nicht in einem konträren Verhältnis zueinander.

Die Arbeit von Rudolf Schmitt ist nicht ganz leicht zu lesen, sie ist jedoch auch für den Praktiker von großem Interesse. Die Richtung des Nachdenkens, auch die Gründlichkeit der Wahrnehmungsstrukturierung des Lesers macht nicht nur das Feld der Einzelfallhilfe plausibel, sondern es wird immer wieder der Blick auch auf die eigene Tätigkeit gewendet.

Ich fange an, mich bei den eigenen Metaphern zu ertappen und habe die Möglichkeit der Reflexion auch im Gespräch mit anderen. In diesem Zusammenhang fällt mir der Hinweis auf Susan Sontags Buch »Krankheit als Metapher« ein und gleichzeitig die vielen sprachlichen Schnörkel, die wir benutzen, um das Wort krank zu vermeiden. ■

Ursula Plog, Berlin

■
Boothe, Brigitte und Heigl-Evers, Anneliese: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung. 379 Seiten, DM 68.-, Ernst Reinhardt München, Basel 1996

Das Titelbild des Buches, ein Ausschnitt aus dem Gemälde von Renoir »Tanz im Moulin de la Galette« läßt auf anmutige Weise ein, sich der Psy-

choanalyse der frühen weiblichen Entwicklung zu widmen. Renoirs Bild, das durch die in Szene gesetzte Lebenskraft des Weiblichen beeindruckt, ist ca. 50 Jahre vor der Theorie der Weiblichkeit von Freud entstanden. Es kann nicht zufällig sein, daß die Autorinnen ihr Entrée gestaltet haben mit dem Blick dieses großen Künstlers, dessen ausgesprochene Vorliebe der Frau mit all ihren Wandlungen im Leben galt. Mit Renoir, dem es mehr um die Vision beglückender Lebensbejahung ging als um das Erfassen gesellschaftlicher Wahrheiten, werden im psychoanalytisch vorgebildeten Leser schon gleich zu Anfang kontrastierende Bilder geweckt. Es sei dahingestellt, ob dies der Intention der Autorinnen entspricht, doch machen sie im Folgenden deutlich, daß es ihnen darum geht, Verkrustungen im psychoanalytischen Diskurs über die Weiblichkeit zu lösen. Ihre differenzierte Analyse der gegenwärtigen Situation von Liebes- oder besser gesagt Geschlechterbeziehungen im soziokulturellen Umfeld konstatiert einen fundamentalen Mangel: »Der Liebesgesang ist verstummt.... jetzt singt man Lieder der Macht, nicht solche der Liebe«. Diese Feststellung wird unterstrichen durch Passagen nüchterner, ja sogar sarkastischer Sprache, die Bitterkeit verbirgt (?) und durch den Kontrast zu ansonsten sprachlich sehr feinfühligem Darlegungen hervorsteht. Der konstatierte Mangel, der nicht vorstellbar wird beim sinnlichen Aufnehmen der Bilder von Frauen, wie Renoir sie präsentiert, wohl aber denkbar als folgenschwere Konfrontation mit Kränkungen, die

die Freudsche Sicht der Frau impliziert, wird Ausgangspunkt für eine umfassende Auseinandersetzung mit der Geschichte psychoanalytischer Theorien, die nun einen neuen Stellenwert erhalten. Die Autorinnen führen an alte Wunden, um diese einer anderen Behandlung als bisher zuführen zu können. Ihre Wahrnehmung des Mädchens mit seinen spezifischen Konflikten hat Konsequenzen für die therapeutische Arbeit. Es ist ein hochaktuelles Buch, das aus der Sackgasse weiblicher Selbstbeziehung und Inszenierung als Opfer, in die der feministische, aber auch psychoanalytische Diskurs über die Weiblichkeit noch immer zu geraten droht, herauszuführen vermag.

So wie die Autorinnen für die progressive Entwicklung des Mädchens die schmerzliche Auseinandersetzung mit Begrenzung, Enttäuschung, Zurücksetzung als bedeutsame Chance betrachten, so nutzen sie jetzt auch die über manche Weiblichkeitstheorie den Frauen zuteilgewordenen Kränkungen als Chance für einen eigenen theoretischen Entwurf. Vielseitiges und umfassendes Wissen, konsequentes psychoanalytisches Denken, szenisches Verstehen sind das Handwerkszeug, mit Hilfe dessen die Freudsche Theorie, die Ichpsychologie, psychoanalytische und feministische Weiblichkeitstheorie einen neuen, durch die Gesamtschau relativierten Platz erhalten. Auch der eigene theoretische Standpunkt wird konsequenterweise relativiert. Seine Bedeutsamkeit sehen die Autorinnen in erster Linie in der Möglichkeit zur Wahrnehmung und Nutzung der Herausforderung, die sich stellt,

wenn Kränkungen des eigenen Narzißmus und Enttäuschung von Liebeswünschen überwunden werden können durch Anerkennung der eigenen Begrenztheit, durch Abwendung von elterlichen Liebesobjekten, durch Mobilisierung der eigenen Ressourcen und der aktiven Erprobung eigener Kraft. Um diese Chance des Mädchens auf dem Weg zum Frau-Sein geht es und nicht etwa um das Postulat einer ›neuen‹ spezifisch weiblichen Identität. Identität kann – so die Autorinnen – immer nur vorläufig sein, »Ergebnis einer verwickelten Geschichte von Auseinandersetzungen, in denen die Person durch andere entworfen, bestimmt wird und sich selbst an diesen Entwürfen, Bestimmungen und Positionierungen abarbeitet«. Es ist ihnen gelungen, diese verwickelte Geschichte von Auseinandersetzungen aus theoretischer und persönlicher Perspektive zu übermitteln. Sie beginnt weit vor der Geburt des Mädchens und führt über immer neue Hürden zu weitreichenden Möglichkeiten einer alten Frau. Die Hoffnungsperspektive – auch für die zukünftigen Liebesbeziehungen – belebt. Die Übermittlung findet nicht nur im fachspezifischen Kontext statt. Zur kritischen Reflexion von Theorie und Veranschaulichung durch aufschlußreiche und anrührende Fallbeispiele kommt noch die Vernetzung mit klassischer und moderner Literatur, Mythen und Märchen sowie bildender Kunst. Es ist ein interessantes Buch, das auf vielfache Weise Anregungen und Anstöße zu eigener Auseinandersetzung gibt. ■

Astrid Kloth, Sulzburg

■
Friedrich Rudolf Groß: Jenseits des Limes. 40 Jahre Psychiater in der DDR.

Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996

Hier soll auf ein kleines Büchlein hingewiesen werden, daß 1996 im Psychiatrie-Verlag in Bonn erschienen ist. Der Autor war 40 Jahre lang Psychiater in der DDR, und er schreibt »Die Entwicklung von der Anstalt zum Krankenhaus war in Deutschland mühsam und ist noch nicht abgeschlossen. Ihren Tiefpunkt hatte sie in der NS-Ära erreicht. Die Geschichte der Psychiatrie in der DDR stellt die Reform unter den Bedingungen des Sozialismus dar. Welche Ziele waren ihr hier eingeräumt? Als Zeuge dieses Prozesses will ich versuchen, auf diese Fragen einzugehen.«

Friedrich Rudolf Groß ist in den Wirren der Nachkriegsjahre auf der Suche nach Arbeit in der damals sich konstituierenden DDR gelandet. Er erlebt wohl mit, wie sich die Grenzen schließen, entscheidet sich jedoch nicht aus politischen, sondern aus pragmatischen Gründen, in der DDR zu bleiben und dort psychiatrisch zu arbeiten. Das kleine Buch zeichnet seine berufliche Geschichte nach, die ihn durch die Anstalten von Bernburg, von Neuruppin und Stralsund und von Großschweidnitz geführt hat. Es sind zum Teil nacherzählende Kapitel, z.T. aus seiner persönlichen Nachdenklichkeit herrührende Reflexionen, die auf der einen Seite dazu führen, Zeugnis abzulegen für sich selbst und zu zeigen, daß nicht jede Psychiatrie in der DDR von der Stasi berührbar war.

Von dem Buch ist keine Psychia-

trie des richtigen Klassenstandpunktes zu erwarten, dennoch werden vergleichende und differenzierende Gedanken zu der Entwicklung beider deutscher Staaten möglich. Vielleicht helfen die Nachzeichnungen von Friedrich Rudolf Groß auch, zu verstehen, warum es jenseits der aktiven Ausblendung der Psychiatrie durch den Staat auch ruhig gewesen ist in den psychiatrischen Anstalten der

DDR und warum viele psychiatrisch Tätige aus der ehemaligen DDR, denen wir begegnen, von sich sagen, sie haben gute psychiatrische Arbeit geleistet.

Herr Groß will erzählen, entscheidend ist das Büchlein anspruchslos und schlicht, und in dieser Art der Selbstdarstellung gleichzeitig wahrhaftig. ■

Ursula Plog, Berlin

Der Blick auf andere Bücherregale

■ *Gabriele Wollenhaupt: Kilt*

Grappa. Krimi. gräfit, DM 14.80

In dem amüsanten und spannend geschriebenen Krimi spielt ein »Institut für Körpersprache« resp. der entsprechende Therapeut eine wichtige Rolle. Grappa ist in diesem Fall kein Getränk, sondern eine gewitzte Journalistin, die wesentlich zur Aufklärung des Mordfalls beiträgt. Im Lauf ihrer Berufsausübung hatte sie festgestellt, daß der »Unterschied zwischen Polizei- und Sozialreportage gar nicht so groß war«, so daß sie umsattelte und »Verbrechen professionell aufarbeitete und einführend schilderte«. Und wie es sich in einem rechten Krimi gehört, bleibt sie natürlich nicht bei der Schilderung, sondern trägt maßgeblich zur Aufklärung der Fälle bei.

■ *Märchen von Krankheit & Heilung. Fischer Taschenbuch 12883, DM 10.90*

Das hübsche Bändchen aus der Reihe

»Märchen der Welt« versammelt 24 Märchen zur Thematik, untergliedert in vier Themen: Vom übernatürlichen Ursprung von Krankheit und Heilung; Heilende weise Frauen; Ärzte und Wundärzte; Wunderheilende Substanzen. Die Märchen sind aus aller Welt zusammengetragen und mit Quellenangaben und einem längeren Nachwort von Stephan Marks versehen.

■ *Marbacher Magazin 74/1996*
Vom Schreiben 4: Im Caféhaus
oder Wo schreiben? Dt. Schillergesellschaft, ca. DM 20.—

Daß Schreiben heilsam sein, psychotherapeutisch wirken kann, ist bekannt. Aber wo schreiben? Wie schreiben, womit schreiben, Stimulationen brauchen wie den berühmten faulenden Apfel in Schillers Schreibschublade? Auf alle diese Fragen geben die hübschen Ausstellungskataloge des Deutschen Schiller-Nationalmuseums in Marbach Auskunft. Als Orte zum Schreiben bieten sich

an: Küchentische, Gartenhäuser, ja sogar Gefängnisse; lesen Sie selber und suchen Sie sich den besten Platz aus.

Nr. 5 dieser Serie wird übrigens den nicht erschienen Büchern nachgehen: »Ankündigungen oder Mehr ist nicht erschienen?« ist für 1997 vorgesehen.

■
Pascal Bruckner: Ich leide – also bin ich. Die Krankheit der Moderne. Eine Streitschrift.
 Beltz Quadriga, DM 38.—

Wer leidet, geht in Therapie. Pascale Bruckner ist jedoch kein Therapeut, sondern ein Philosoph, er diagnostiziert »Leiden« als die Krankheit der Moderne und analysiert schonungslos und scharfsinnig die Tendenz der Menschen in den westlichen Demokratien, die Verantwortung für ihr Tun und Handeln von sich auf andere, die Umstände, die Welt zu schieben und sich eben dadurch mitverantwortlich zu machen an den Zuständen der Welt.

■
LISTEN – Rezensionsschrift. Listen, DM 5.—

Heft 43 enthält eine Rezension von Reimut Reiche über den psychotherapeutischen Roman, deren Schluß Sie neugierig machen soll: »Irgend etwas müssen all diese Psychotherapeuten an Freuds Behauptung mißverstanden haben, er könne nichts dafür, daß sich seine Krankengeschichten wie Novellen läsen. Denn nun schreiben sie Novellen und behaupten, sie könnten nichts dafür, daß sich diese wie kranke Geschichte lesen. Wenn man literarische Maßstäbe an ihre

Novellen anlegt, halten sie uns ihre Psychotherapeutenmasken vor, und wenn man klinisch Maßstäbe anlegt, verbergen sie sich hinter ihrer Schriftstellermaske.« Diese Aussage bezieht sich in der erwähnten Besprechung auf Lauren Slater: Als auf Oscars Bauch ein Raumschiff landete (Rowohlt) und auf Wolfgang Schmidbauer: Die Kentaurin (ebenfalls Rowohlt).

LISTEN kann man auch abonnieren: fragen Sie in ihrer Buchhandlung danach.

Nicht jedes schwierige Leben ist therapiebedürftig: dafür sollen einige Leseanregungen stehen.

■
Gillian Rose: Die Arbeit der Liebe. Kunstmann, DM 32.—

Die Autorin beherrscht die Kunst, in einer äußerst sparsamen Form üppig von ihrem Leben zu erzählen. Sie hat ein wunderschönes Buch über das Leben und seine Gegensätze komponiert, zu lesen an einem Tag, der sich gegen einen verschworen zu haben scheint. Es ist wie ein warmes Bad und eine erfrischende Dusche zugleich: wenn man das schmale Buch zuklappt, ist man der Welt wieder neugierig und versöhnt zurückgegeben.

■
Helen Meier: Letzte Warnung Ammann, DM 36.—

Auch diese Autorin ist eine Meisterin der knappen Worte, mit denen sie hinreißende Stimmungsbilder erzeugt. Ihre Figuren sind Außenseitermenschen in ganz gewöhnlichen Leben, in denen sie sich ihren Platz erobern oder behaupten. Die Auto-

rin weiß, wovon sie schreibt, war sie doch während ihres Berufslebens als Sonderschullehrerin tätig. Ihr Blick auf die Menschen ist liebevoll und zugleich schonungslos, ihre Geschichten lassen die Leserin nicht so leicht los.

■

*Mazzantini: Die Zinkwanne
Beck & Glückler, DM 38.—*

Ganz anders als die beiden vorher genannten Autorinnen arbeitet Margaret Mazzantini. Ihre Sprache ist ausholend, bildhaft. Es ist eine Familiengeschichte aus Italien, die sich rund um das Leben der Großmutter entwickelt. Antenora, die zentrale Figur dieses gefühlvollen Romans steht für die vielen Frauen, die ihr schwieriges Leben mit Kraft und Humor meistern.

Zum Schluß eine Frage an uns selber – die Aussage von Ruth Klüger, der Literaturwissenschaftlerin:

■

*»Frauen lesen anders«.
dtv 12276, DM 16.90*

Sie sagt: »Frauen lesen anders als Männer, weil sie anders leben«. Die weibliche Optik, die ja auch in der Psychotherapeutin zum Tragen kommt, kann manches entdecken, woran die männliche vorbeisieht. Ruth Klüger beweist dies in ihren Essays, in denen sie aus ihrer Sicht Goethe und Grimmelshausen, Kleist und Kästner, dem Frauenbild in der Unterhaltungsliteratur und den Arbeitsbedingungen von Autorinnen nachgeht. ■

Beatrice Alder, Basel

Die Autorinnen und der Autor

- Prof. Birgit Rommelspacher
Fritschestraße 74
D-10585 Berlin
Psychologin; Professorin an der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialpädagogik Berlin; Privatdozentin an der TU Berlin
- Karin Pohl
Ravensbergerstraße 77
D-33602 Bielefeld
Fachkrankenschwester für Psychiatrie; Leiterin der Weiterbildung zur Krankenschwester/zum -pfleger und zum Altenpfleger/-schwester in den von Bodelschwingschen Anstalten Bielefeld
- Dr. med. Dipl.-Psych
Anne Bangert
Mühlenbrücke 11
D-23562 Lübeck
Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie in freier Praxis; Psychologin
- Dr. med. Dorothée Lansch
Hüchelerstraße 24
D-50226 Frechen
Ärztin für psychotherapeutische Medizin
- Dipl.-Psych. Ulrike Bondzio
Ottenser Hauptstraße 44
D-22756 Hamburg
Psychoanalytikerin
- Sylvia Eichin
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
Psychiatrie-Schwester
- Dr. med. Angela Schürmann
Fliedner Krankenhaus
Thunesweg 58
D-40885 Ratingen
Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie
Leiterin der Klinik I (Psychiatrie)
- Dr. med. Ute Siebel
Klinik für Psychiatrie der
Medizinischen Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck
Ärztin für Psychiatrie; Oberärztin der Klinik

PD Dr. med. Harald J. Freyberger	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie Sigmund-Freud-Straße 25 D-53105 Bonn Arzt für Psychiatrie/Psychotherapeut; Leitender Oberarzt der Klinik
cand. med. Sylvia Denzel	Uhlandstr. 35 D-33564 Lübeck
Judy Ritter	Zentralstelle für Beratung und Supervision Eschersheimer Landstraße 567 D-60431 Frankfurt/M. Diplom-Pädagogin, Supervisorin Familientherapeutin
Dr. phil. Johanna Lalouschek	Institut für Sprachwissenschaften Berggasse 11/13 A-1090 Wien Sprachwissenschaftlerin

Wenn Sie
die PSYCHOTHERAPEUTIN
abonnieren

oder
ein Einzelheft
bestellen wollen,

brauchen Sie nur diese Seite auszufüllen und an den Psychiatrie-Verlag zu schicken. Das Abonnement verlängert sich automatisch um das nächste Kalenderjahr, wenn es nicht bis zum 30. September gekündigt wird. Natürlich nimmt auch jede Buchhandlung Ihre Bestellung entgegen.

- Ich **abonniere** DIE PSYCHOTHERAPEUTIN
zum Preis von 45,- DM/sFR oder 360,- ÖS
für zwei Ausgaben im Jahr ab Heft:.....
- Ich möchte das Projekt DIE PSYCHOTHERAPEUTIN
mit einem **Förderabonnement** für 100,- DM/sFR
oder 800,- ÖS unterstützen
- Ich bestelle folgende **Einzelheft** für 25,- DM/sFR
oder 195,- ÖS zzgl. Versandkosten
(Anzahl/Ausgabe):.....

Bitte vergessen Sie nicht, **Ihre Anschrift** anzugeben:

Vor- und Nachname:.....

Straße:.....

Land, Plz, Ort:.....

Bitte einsenden an den
Psychiatrie-Verlag, Thomas-Mann-Str 49a, D-53111 Bonn
oder an Ihre Buchhandlung