

Lindauer Texte

Texte zur psychotherapeutischen Fort-
und Weiterbildung

Herausgeber:

P. Buchheim M. Cierpka Th. Seifert

P. Buchheim M. Cierpka Th. Seifert (Hrsg.)

Neue Lebensformen und Psychotherapie

Zeitkrankheiten

Leiborientiertes Arbeiten

Unter Mitwirkung von

Th. Bauriedl, B. Cramer, H. Emrich, P. Fürstenau, M. Geyer,
A. Gruen, V. Kast, P. Kruse, E. Künzler, E. Kürsat-Ahlers,
K. Ley, H. Schepank, K. Siegrist, H. Stolze, R. Welter, J. Willi,
M. Wirsching



Springer-Verlag

Berlin Heidelberg New York
London Paris Tokyo
Hong Kong Barcelona
Budapest

Vorwort

Der vorliegende vierte Band der *Lindauer Texte* befaßt sich mit den beiden Leitthemen der Lindauer Psychotherapiewochen 1993 "Neue Lebensformen und Psychotherapie" und "Zeitkrankheiten und Psychotherapie".

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen sich in besonderem Maße mit den neuen Lebensformen in unserer Gesellschaft auseinandersetzen. Die veränderten Werte und Einstellungen zu Lebensgemeinschaften wie der traditionellen Ehe und Familie oder anderen Lebensformen wie alleinerziehende Mütter und Väter beeinflussen die Diagnostik, den therapeutischen Prozeß und die therapeutische Zielrichtung.

Im Teil 1 der *Lindauer Texte* 1994 werden einerseits die Beziehungen zwischen den Veränderungen in den Lebensformen und den therapeutischen Implikationen diskutiert. Andererseits geht es um die theoretische Durchdringung und die praktischen psychotherapeutischen Konsequenzen für bestimmte Lebensformen, wie z.B. der Lebensgemeinschaft von Homosexuellen, Fortsetzungs- und Einwandererfamilien.

Teil 2 widmet sich dem Thema "Zeitkrankheiten und Psychotherapie". Mit der Wortneuschöpfung "Zeitkrankheiten" wollten wir auf Zeit- und Zivilisationskrankheiten aufmerksam machen, die direkt oder indirekt mit den gesellschaftlichen Bedingungen unserer veränderungssensitiven Zeit zu tun haben. Das Gesundheits- und Krankheitsverhalten wurde im Kontext bio-psycho-sozialer Wechselwirkung diskutiert. Es stellte sich auch die Frage, ob die in unserer Zeit vorkommenden Risikofaktoren tatsächlich zu einer Zunahme von "Zeitkrankheiten" führen. Einige Krankheiten unserer Zeit, etwa die "Aids-Krankheit", wurden näher diskutiert.

In den beiden Vorjahren stellten wir im Teil 3 Forschungsarbeiten vor, die im Zusammenhang mit der Evaluation der Lindauer Psychotherapiewochen erarbeitet wurden. In diesem Jahr haben wir eine Arbeit von Helmuth Stolze, dem langjährigen Leiter der Lindauer Psychotherapiewochen, gewählt. Sein Artikel "Leiborientiertes Arbeiten in der Balintgruppe" steht für sein psychotherapeutisches Engagement in den körperorientierten Verfahren.

Nicht alle Vorträge der Lindauer Psychotherapiewochen 1993 konnten in die *Lindauer Texte* 1994 mit aufgenommen werden. Einige Beiträge wurden bereits

VI Vorwort

1993 in unserem langjährigen Organ *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* veröffentlicht. Weitere Manuskripte erscheinen 1994 in der Zeitschrift *Psychotherapeut*, die anstelle der *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* herausgegeben wird.

Wir bedanken uns bei den Autorinnen und Autoren für die gute Zusammenarbeit und die hilfreiche Mitwirkung.

Wiederum gilt unser besonderer Dank Frau Anna Buchheim für die sorgfältige Aufbereitung und redaktionelle Bearbeitung der Texte bis zur druckreifen Herstellung des Bandes. Außerdem bedanken wir uns bei Frau Regine Karcher-Reiners für ihre Unterstützung bei der redaktionellen Arbeit und bei Herrn Prof. Toni Graf-Baumann für seine Beratung bei Fragen der Veröffentlichung.

Wir überreichen dieses Buch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Lindauer Psychotherapiewochen, aber auch allen Interessierten, die letztes Jahr nicht dabei sein konnten.

April 1994

Peter Buchheim, München
Manfred Cierpka, Göttingen
Theodor Seifert, Stuttgart

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Neue Lebensformen und Psychotherapie

<i>Peter Fürstenau</i>	
Neue Lebensformen erfordern neue psychotherapeutische Orientierungen	1
<i>Rudolf Welter</i>	
Individuelle Entwürfe zur Lebens- und Wohnform	13
<i>Verena Kast</i>	
Frauenfreundschaften	28
<i>Erhard Künzler</i>	
Lebensformen der männlichen, gleichgeschlechtlichen Liebe	46
<i>Thea Bauriedl</i>	
Der "politische Mensch" und das wahre Selbst	62
<i>Elçin Kürsat-Ahlers</i>	
Einwandererfamilien, ihr Struktur- und Funktionswandel im Migrationsprozeß	78
<i>Katharina Ley</i>	
Fortsetzungsfamilien	106

Teil 2 Zeitkrankheiten

<i>Michael Wirsching</i> Gesundheit und Krankheit	120
<i>Jürg Willi</i> Die bedrohte Regulation der psychischen und sozialen Ökologie des Menschen	143
<i>Heinz Schepank</i> Haben die psychogenen Erkrankungen wirklich zugenommen?	159
<i>Karin Siegrist</i> Gesundheit und Lebensstil	183
<i>Peter Kruse</i> Psychosomatische Wechselwirkungen bei Aids: Ein Projektbericht	197
<i>Michael Geyer</i> Krankheit im Kontext neuer Orientierungen und Verluste im deutsch-deutschen Vereinigungsprozeß	227
<i>Arno Gruen</i> Anpassung als Sucht	243
<i>Bertrand Cramer</i> Die früheste Beziehung	256
<i>Hinderk M. Emrich</i> Postmoderne Hyperflexibilität, der Konstruktivismus und seine Kritik	264

Teil 3 Helmuth Stolze

<i>Helmuth Stolze</i> Leiborientiertes Arbeiten in der Balintgruppe	283
--	-----

Mitarbeiterverzeichnis

Thea Bauriedl, Priv. -Doz. Dr. phil. , Dipl. Psych.
Lützwstraße 27, 81245 München

Bertrand Cramer, Prof. Dr. med.
Chemin des Crets-de-Champel 41, CH-1206 Geneve

Hinderk M. Emrich, Prof. Dr. med., Dr. med. habil.
Konstanty-Gutschow-Straße 8, 30625 Hannover

Peter Fürstenau, Prof. Dr. phil.
Grafenberger Allee 365, 40235 Düsseldorf

Michael Geyer, Prof. Dr. med.
Karl-Tauchnitz-Straße 25, 04107 Leipzig

Arno Gruen, Prof. Dr. phil.
Rütistraße 4, CH-8032 Zürich

Verena Kast, Prof. Dr. phil.
Hirtenstraße 15, CH-9010 St. Gallen

Peter Kruse, Dr.
Gothel 3, 49406 Barnstorf-Eydelstedt

Erhardt Künzler, Dr. med.
Schiltbergerstraße 6, 82166 Gräfelfing

Elçin Kürsat-Ahlers, Dr.
Drostestraße 8, 30161 Hannover

Katharina Ley, Dr. phil.

Bärenplatz 2, CH-3011 Bern

Heinz Schepank, Prof. Dr. med.

Postfach 122120, 69072 Mannheim

Karin Siegrist, Priv.- Doz. Dr.

Herz-Kreislauf-Klinik, 57319 Bad Berleburg

Helmuth Stolze, Prof. Dr. med.

Adalbert-Stifter-Straße 31, 80799 München

Rudolf Welter, Dr., Architekt, Umweltpsychologe

Dorfstraße 94, CH-8706 Meilen

Jürg Willi, Prof. Dr. med.

Culmannstraße 8, CH-8091 Zürich

Michael Wirsching, Prof. Dr. med.

Hauptstraße 8, 79104 Freiburg

Neue Lebensformen erfordern neue psychotherapeutische Orientierungen

Peter Fürstenau

"Neu" soll in bezug auf das Thema heißen, daß bestimmten Lebensformen zunehmend mehr Gewicht und Bedeutung zukommt als früher, daß sie Ausdruck einer veränderten soziokulturellen Situation sind, mit der wir Psychotherapeuten uns auseinandersetzen müssen, um den Anforderungen unserer Klientel und der Gesellschaft weiter entsprechen zu können. Zugleich sind wir als Glieder unserer Gesellschaft selbst in diesen Prozeß veränderter Lebensformen verwickelt und nehmen unterschiedliche Positionen darin ein.

Eine Reflexion auf die Lebensformen setzt eine wenn auch nur skizzenhafte Verständigung über die gesellschaftsstrukturellen Veränderungen voraus, die den Kontext und Hintergrund der Veränderungen im Bereich der Lebensformen bilden.

Gesellschaftsstrukturelle Veränderungen

Der Zusammenbruch des Ostblocks und der Beitritt der DDR-Länder zur Bundesrepublik Deutschland markiert am sichtbarsten das Ende der Nachkriegszeit, die mit Wiederaufbau, Vollbeschäftigung, Wohlstand für viele und der Wiedererrichtung und kontinuierlichen Ausgestaltung einer liberalen demokratischen Grundordnung verbunden war. Schleichend seit den 70er Jahren, immer mehr sichtbar in den letzten Jahren schlagen sozial abträgliche Eigenheiten des kapitalistischen Wirtschaftssystems und Krisen stärker auch in der Bundesrepublik durch und machen sich als soziale Probleme, z. B. Fehlen erschwinglicher Wohnungen für die unteren Bevölkerungsschichten und massive Erhöhung der Zahl der Sozialhilfeempfänger, bemerkbar. Unter den Sozialhilfeempfängern stehen die Langzeitarbeitslosen, besonders junge Menschen, und Rentner mit zu geringen Rentenansprüchen, an erster Stelle. Der in der Aufbauphase mit Unterstützung einer besitzbegünstigenden Politik entstan-

dene Reichtum Weniger steht einem zunehmend größeren Block von Armut gegenüber.

Das durch die Wiedervereinigung entstandene Ost-West-Gefälle stellt eine weitere mit der bisherigen Politik kaum zu bewältigende Umverteilungsaufgabe dar, die für alle zu weiteren ökonomischen und für viele zu massiven sozialen Belastungen führen wird. Hinzu kommt, daß wir zunehmend mit einer krisenunabhängigen strukturellen Arbeitslosigkeit für markante Teile der Bevölkerung rechnen müssen.

Die ebenfalls mit dem Verfall der großen Blöcke zusammenhängende bisher nicht politisch kontrollierbare Einwanderung in die Bundesrepublik vom Osten und Süden her schafft wirtschaftliche, gesellschaftliche und kulturelle Probleme, die ganz anderer Art sind als die Integration der Gastarbeiter in der Aufbau- und Wohlstandsphase nach dem Krieg. Die mannigfaltigen Bevölkerungsteile fremder ethnischer Herkunft und Kultur stellen uns auch gesundheitspolitisch und psychotherapeutisch vor große, teilweise neue Aufgaben.

Hinzu kommt die Unübersehbarkeit der Risiken der europäischen Integration, zumal diese Integrationstendenzen mit dem Wiederaufflammen massiver partikulärer nationalstaatlicher und ethnischer Tendenzen und Konflikte in Ost- und Südeuropa einhergehen, woraus auch für die Bundesrepublik neue Komplikationen entstehen.

Zu diesen gesellschaftlichen und politischen Risiken kommen die technischen Großrisiken, die seit Tschernobyl konkrete erlebbare Gestalt haben. Zu Recht sprechen manche Soziologen von unserer Gesellschaft als einer Risikogesellschaft; Risiken, die durch Verantwortungsbefugnisse kaum zu bannen sind, da ganz offen ist, wer wie für die Zukunft heute und hier angemessene Verantwortung übernehmen kann.

Immer deutlicher erkennen wir das Gewicht der zu lösenden Probleme, und immer weniger scheinen die kontinuierlich anwachsenden bürokratischen Apparate der verschiedensten gesellschaftlichen Bereiche einschließlich des politischen (bis zur Bundesregierung hin) in der Lage, der Probleme Herr zu werden.

Sozialwissenschaftlich kann man von einer Radikalisierung des Modernisierungsprozesses sprechen, der mit der kapitalistischen Wirtschaftsordnung und der liberalen Demokratie verbunden ist und der zur konsequenten Ausgliederung verschiedener gesellschaftlicher Funktionssysteme, wie Wirtschaft, Politik, Recht, Wissenschaft geführt hat, die für einander Umwelt sind und autonom operieren, d. h. ihre Aufgaben ausschließlich je nach ihren eigenen Regularien und Kriterien technisch im Sinne einer funktionierenden Reduktion von Komplexität wahrnehmen (vgl. Luhmann 1985). Damit hängt zusammen, daß es heute keine Instanz gibt, die den gesellschaftlichen Gesamtprozeß zu steuern und damit eine klare Führungsfunktion auszuüben imstande wäre (vgl. Willke 1991). Es ist eine neue gewichtige Erfahrung, daß es eine gesamtgesellschaftliche politische

Steuerung unter den geschilderten Umständen nicht gibt und nicht geben kann. Auf dem Hintergrund des dargestellten gesellschaftsstrukturellen Rahmens: freie Marktwirtschaft und liberale demokratische Grundordnung, einschließlich des Grundrechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit in einer kritischen gesellschaftlichen Situation, sind die Veränderungen im Bereich der Lebensformen zu sehen, die sich in den letzten Jahren zu einer neuen Gestalt verdichtet haben.

Individualisierung der Lebensformen

Die Soziologen sprechen von "Individualisierung" der Lebensformen und meinen damit eine Vermannigfaltigung gesellschaftlich möglicher, akzeptierter und praktizierter Lebensweisen und zugehöriger gesellschaftlicher Wert- und Normvorstellungen. Diese Vermannigfaltigung der Lebensformen ist mit einem Verfall verbindlicher allgemeingültiger oder zumindest schichtspezifisch gültiger Leitbilder und zugehöriger moralischer bzw. religiöser Werte und Normen verbunden. Dieser Verfall allgemeingültiger Werte korrespondiert dem eben erwähnten Verschwinden der Führungs- und Steuerungsposition bezüglich des gesellschaftlichen Gesamtprozesses. Neben den konventionellen, traditionellen Lebensformen spielen "unkonventionelle", neue eine immer stärkere Rolle, die sich auch statistisch niederschlägt. Sie können von den Mitgliedern unserer Gesellschaft gewählt, ausprobiert, modifiziert und gewechselt werden.

Auch den neuen Lebensformen sind bestimmte ideologische, moralische, religiöse oder pseudoreligiöse Wertorientierungen zugeordnet, die in der gegenwärtigen Gesellschaft und Kultur nebeneinander zur Auswahl stehen. Diese Werte können sehr unterschiedlich akzentuiert sein: von der freien Verwirklichung der Persönlichkeit ("Selbstverwirklichung"), der Konzentration auf Leistung und Karriere auf Kosten von Partnerschaft und Familie, der Orientierung an Konsum und Mode (in unterschiedlichsten Lebensbereichen) zu unterschiedlichen Anforderungen, Erwartungen und Gestaltungen von Intimität und Partnerschaft (unabhängig vom Rechtsinstitut der Ehe) oder der Orientierung an bestimmten moralischen, religiösen, esoterischen oder ideologischen Normen der Lebensführung und den jeweils zugehörigen Bezugsgruppen. Die jeweilige Wahl bestimmt die persönliche Gestaltung von Arbeit, Wohnen, Partnerschaft, Beziehung zu Ursprungsfamilie, Verwandtschaft, Freunden und Gleichgesinnten, aber auch Hobbys und sonstige Freizeitaktivitäten.

Der Blick auf diese pluralistische Welt der Lebensformen darf jedoch nicht vergessen machen, daß die Gestaltung des sog. privaten Lebensbereichs wesentlich mitbestimmt ist von den Möglichkeiten und Grenzen der wirtschaftlichen

Existenzsicherung, der Abhängigkeit von Erwerbstätigkeit oder dem Leben mittels ererbten oder erworbenen Vermögens. Für die meisten ist der Spielraum der privaten Lebensgestaltung durch massive ökonomische Zwänge eingeschränkt. Gerade in einem kapitalistisch hochentwickelten Land wie der Bundesrepublik sieht sich der oder die einzelne einer bürokratisch durch und durch geregelten Welt gegenüber, der er und v. a. auch sie sich weitgehend anzupassen hat, um die eigene Existenz wirtschaftlich zu sichern. Auch hier kann man wählen, kann Unterschiede des wirtschaftlichen Sektors für sich nutzen, aber der Einordnung in weitgehend vorgeschriebene Kontexte entgeht v. a. der Arbeitnehmer nicht. Diese schmerzhaft Konfrontation mit ökonomischen Zwängen erreicht gegenwärtig auch solch eine privilegierte Berufsgruppe wie die Ärzte.

Dem privaten Lebensbereich und dem Arbeitsbereich kommt eine wechselseitige Kompensationsfunktion zu. Lebenssinn, Glück und Wohlbefinden werden nur unter bestimmten Umständen im Arbeitsbereich gefunden, obgleich der Wegfall der Arbeit häufig zeigt, wieviel Lebenssinn doch in der Arbeit investiert war. Der private Lebensbereich soll jedoch vielfach Belastungen und Einschränkungen des Arbeitsbereichs kompensieren. Damit entsteht die Gefahr überhöhter Anforderungen und Ansprüche im Privatbereich. Dies wiederum kann leicht zu Enttäuschungen und Kränkungen und der Wahl von Ersatzbefriedigungen wie süchtigem Verhalten unterschiedlichster Art, Dissozialität oder psychischer Symptombildung führen.

Daß gerade Jugendliche und junge Erwachsene es heute schwer haben, in diesem Spannungsfeld zwischen Freiheit der Lebensgestaltung und massiven ökonomischen Zwängen einen persönlich befriedigenden Weg zu finden und seelisch gesund zu bleiben, liegt auf der Hand. Zugleich stehen wir aber hier vor dem facettenreichsten Studienfeld unterschiedlichster Lebensweisen und Lebensformen und unterschiedlichster persönlicher Auswirkungen der jeweils vollzogenen Wahlen und Entscheidungen. Da sich Adoleszenz unter den gegenwärtigen Bedingungen oft noch über das Ende des dritten Lebensjahrzehnts hinaus hinzieht (Spätadoleszenz), gewinnen wir Psychotherapeuten aus dem Studium adoleszenter Lebensformen Anregungen für viele unserer Patienten. Allerdings können wir von jungen Erwachsenen auch lernen, wie erfolgreiche Auseinandersetzung mit den neuen gesellschaftlichen Bedingungen, unbelastet von früheren anderen Erfahrungen, aussieht.

Im Bereich der Partnerbeziehungen ist eine weitgehende gesellschaftliche Akzeptanz homosexueller Partnerschaften festzustellen. Ein neues, zahlenmäßig immer mehr zunehmendes Phänomen ist das Alleinleben von Menschen ohne oder mit Kindern (Singles und alleinerziehende Elternteile). Neu ist auch in quantitativer Hinsicht das Zusammenleben in längeren oder kürzeren Partnerschaften ohne Heirat, das das Odium des Konkubinats verloren hat. Für uns Psychotherapeuten sind jedoch v. a. die komplizierten Familienverhältnisse wich-

tig, die sich aus Trennungen und dem Eingehen neuer Beziehungen mit oder ohne Tauschein in familiären Systemen mit Kindern unterschiedlicher Herkunft ergeben. Ley u. Borer (1992) sprechen diesbezüglich von "Fortsetzungsfamilien". Nicht nur in diesen Scheidungs-, Stief- und Fortsetzungsfamilien stellt die Erziehung der Kinder hohe Anforderungen an alle Beteiligte. Gerade unter der geschilderten gesellschaftlichen Entwicklung ist Kindererziehung nach wie vor selbst in intakten Familien eine schwer angemessen lösbare Aufgabe, da Eltern bezüglich Erziehung nur selten über brauchbare Orientierungen verfügen, geschweige denn über Lebensorientierungen, die sie ihren Kindern weitergeben könnten. Die öffentliche Diskussion über das bisherige Tabuthema des Inzestes zeigt, wie groß in manchen Familien die Verwirrung und Desorientierung über den Umgang mit Kindern ist, aber auch, wie schwer es manche therapeutische Einrichtungen haben, sich von dieser Verwirrung selbst frei zu halten.

Innerhalb des Partnersektors ist die öffentliche Diskussion der Mann-Frau-Beziehungen, der Gleichberechtigung der Frau bei Unterschiedlichkeit, ein zentrales Thema, das ebenfalls vom Spannungsfeld: liberale Gestaltungsmöglichkeiten - ökonomische und politische Zwänge bestimmt wird und von "Rollback" bedroht ist.

Schließlich ist die veränderte Situation bezüglich alter Menschen in unserer Gesellschaft hervorzuheben. Bekanntlich vergrößert sich der Anteil älterer Menschen innerhalb der Gesellschaft wegen der verlängerten Lebenserwartung immer mehr. Das impliziert beträchtliche Versorgungsprobleme (Armut mancher Rentner, Sicherung der Pflegekosten), stellt aber v. a. die Menschen nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben für eine beträchtliche Lebensspanne vor die Aufgabe einer neuen Sinnfindung und davon abgeleiteter Gestaltung ihres Lebens. Neben mißlingenden Lösungen gibt es aber auch hier originelle neue Versuche der Lebensgestaltung, die manchmal für Jüngere etwas Überraschendes, wenn nicht Irritierendes haben, was die Chancen psychotherapeutischer Hilfe für alte Menschen nicht gerade erhöht.

Neue psychotherapeutische Orientierungen

Aus dieser Analyse ergeben sich eine Reihe von Folgerungen bezüglich des Ziels, der einzelnen Teilaufgaben und implizit der Orientierung von Psychotherapeuten. Das Ziel der psychotherapeutischen Arbeit läßt sich so formulieren: Das jeweilige Patientensystem (Einzelne, Paare oder Familien) mittels Fokussierung und Akzentuierung seiner gegenwärtigen Lebenssituation, seiner Eigenart und seiner Gesundheitsressourcen unter Berücksichtigung seiner Vorgeschichte zu individu-

eller bzw. systemspezifischer Weiterentwicklung (Problemlösung) anzuregen. Daraus ergeben sich acht Teilaufgaben:

1. Die Aufgabe, die gegenwärtige Lebenssituation des Patientensystems (im kulturellen, beziehungs- und lebensgeschichtlichen Rollenkontext) genau zu erfassen.
2. Die Aufgabe, sich auf Kultur, Sprache, Mentalität und das Wertsystem (Moral, Religion, Ideologie) der Patienten genau einzustellen.
3. Die Aufgabe, die Gesundheitsressourcen (frühere gute Lösungen, Ansätze im gegenwärtigen Zustand, Antizipationen künftiger Lösungen) aufzuspüren, zu mobilisieren und zu verstärken.
4. Die Aufgabe, die das Patientensystem gegenwärtig hindernde, einschränkende Vorgeschichte in einer auf Entwicklungsförderung hin fokussierten (begrenzten) Weise in die Behandlung einzubeziehen.
5. Die Aufgabe, sich auf das breite Spektrum sehr unterschiedlicher Patientensysteme einzustellen.
6. Die Aufgabe, sich je nach den Erwartungen der Patienten und den klinischen Notwendigkeiten auf sehr unterschiedliche Anforderungen von der Krisenintervention über die Beratung und Kurztherapie zur länger begleitenden Therapie, ggf. unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen, genau einzustellen.
7. Die Aufgabe, aus einem breiten Repertoire angemessene Settings und Methoden in Kooperation mit den Patienten auszuwählen.
8. Die Aufgabe, ggf. mit anderen Therapeuten (z. B. Organmedizinern, Körpertherapeuten, gestaltenden Therapeuten oder Psychodramatikern) fallbezogen zu kooperieren.

Die Zielbestimmung psychotherapeutischen Handelns setzt den Akzent auf Gegenwart, versteht Beschwerden und Eigenheiten als interaktionelle Manöver, Reaktionen und Strategien und betont die Originalität (Individualität) jedes Patientensystems. Sie bringt weiter sogleich die Gesundheitsressourcen ins Spiel und sieht den therapeutischen Prozeß unter der Perspektive eigener ("autopoietischer") Weiterentwicklung des Patienten bzw. des Paares oder der Familie.

Die Anforderungen, die sich aus dieser Zielformulierung ergeben, seien im folgenden kurz erläutert:

1. Die Aufgabe, die gegenwärtige Lebenssituation des Patientensystems (im kulturellen, beziehungs- und lebensgeschichtlichen Rollenkontext) genau zu erfassen. Diese Anforderung impliziert eine sehr viel genauere Erforschung der gegenwärtigen Lebenssituation von Patienten als häufig üblich. Oft wenden sich zumindest psychoanalytisch orientierte Therapeuten sehr schnell der Biographie und Anamnese des Patienten zu. Gegenwartserforschung bedeutet v. a. Diagnostik des Beziehungsnetzes des Patienten und Identifizierung des sozialkulturellen Ortes, an dem der Patient, das Paar oder die Familie steht. Die Vorgeschichte wird bedeutsam, weil aktuelle Ängste, Erwartungen und Einstellungen des Patienten, die ihn hindern, angemessene Lösungen in der Gegenwart und für die Zukunft zu finden, auf die Vorgeschichte zurückgehen. In diesen Kontext gehören dann auch Beobachtungen aus der unmittelbaren Behandlungsbeziehung (Übertragung/Gegenübertragung).

Die Akzentuierung von Interaktion (Beziehungsdiagnostik) impliziert eine andere Auffassung von seelischen Störungen als die übliche psychopathologische und neurosentheoretische, die Krankheiten fast wie existierende Wesen beschreibt. Versteht man Symptome und Persönlichkeitseigenheiten in erster Linie als Instrumente interaktioneller Reaktionen, Manöver und Strategien, ist es zwar wichtig, die Morphologie pathologischer Muster zu kennen, weil man bekanntlich nur sicher diagnostiziert, was man kennt, aber die konsequente interaktionelle Orientierung verweist direkt auf das Beziehungsnetz, in dem die Manöver jeweils entstehen, aufrechterhalten werden oder verschwinden. Es werden ja nicht psychogene Krankheiten behandelt, sondern Menschen, die in einer bestimmten Lebenslage erstmalig oder erneut bestimmte Bewältigungsstrategien gewählt haben, unter denen sie oder ihre Angehörigen leiden - oder die Gesellschaft.

Damit gewinnt als konzeptueller Rahmen - neben der Entwicklungspsychologie des Säuglings mit Mutter und des Kindes - der entwicklungspsychologische Rest: die Entwicklungspsychologie des Erwachsenen und des Alters, d. h. die Perspektive lebenslang wechselnder Rollen, Relevanz; ebenfalls eine gewisse Neuorientierung im psychotherapeutischen Bereich.

2. Die Aufgabe, sich auf Kultur, Sprache, Mentalität und das Wertesystem (Moral, Religion, Ideologie) der Patienten genau einzustellen.

Dieser Gesichtspunkt fordert eine Feineinstellung auf die Kultur (und ggf. ethnische Eigenheit) der Patienten, auf ihre Art zu sprechen, zu erleben und auf die Werte, an denen sie sich orientieren. Therapeuten, die gewohnt sind, nach dem Trieb/ Triebabwehr-Schema ihre Beobachtungen zu organisieren, stellen sich häufig nicht sehr subtil auf die Sprache und Mentalität und das Wertesystem der

Patienten ein. Die Erfolge der von Milton Erickson angestoßenen neuen Hypnotherapie (vgl. Erickson et al. 1978; Haleg 1978), der systemischen Therapie, des Neurolinguistischen Programmierens und der lösungsorientierten Psychotherapie (s. Fürstenau 1992) fußen wesentlich auf der sehr sorgfältigen und detaillierten Einstellung des Therapeuten auf die Sprachlichkeit, Mentalität und Moralität der Patienten. Die Rezeption dieser therapeutischen Vorgehensweisen wird in Deutschland weithin durch die psychoanalytischen Reserven gegenüber Hypnose und Suggestion verhindert, die auf dem Forschungsstand von vor 100 Jahren beruhen. Die Forderung der Feineinstellung des Therapeuten auf die Mentalität des jeweiligen Patientensystems ist deshalb so zentral, weil eben, wie vorhin dargestellt, die Mentalitäten und Lebensformen unserer Patienten so sehr unterschiedlich sind. Wir haben nur dann die Chance einer optimalen therapeutischen Einflußnahme, wenn wir uns möglichst genau den Eigenheiten der Patienten im Kontakt anzupassen vermögen. Das setzt viel Respekt für diese Eigenheiten voraus, wenn sie von unseren eigenen stark differieren.

Die eben erwähnten verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen haben alle von Erickson gelernt, daß es darauf ankommt, die dem Patienten unmittelbar zugänglichen (bewußten) Vorstellungen, Denkweisen, Wertschätzungen und Gewohnheiten therapeutisch nutzbar zu machen (Utilitätsprinzip), um dem jeweiligen Patientensystem über bisherige Barrieren zu seinen eigenen Ressourcen hinwegzuhelfen. Den Patienten werden sozusagen Brücken von ihren Beschwerden und Eigenheiten über die Barriere zu den ihnen gemäßen eigenen Lösungen gebaut. Dem liegt eine alternative Theorie des Unbewußten zugrunde: Das rechtshemisphärisch lokalisierte Unbewußte ist der kreative Bereich möglicher Lösungen; dagegen hat das linkshemisphärische Ich aufgrund einer bestimmten Erfahrungsverarbeitung Ängste, Hemmungen und Einschränkungen entwickelt, die eine Stagnation der Entwicklung und Beschwerden zur Folge haben. Gelingt die Überwindung der Barriere, kann man darauf hoffen, daß sich die guten Erfahrungen selbst weiter verstärken.

3. Die Aufgabe, die Gesundheitsressourcen (frühere gute Lösungen, Ansätze im gegenwärtigen Zustand, Antizipationen künftiger Lösungen) aufzuspüren, zu mobilisieren und zu verstärken.

Neben der Anknüpfung an den Symptomen und Eigenheiten in dem eben erläuterten Sinne spielt die unmittelbare Akzentuierung, Mobilisierung und Verstärkung der gesunden Ich-Anteile, der Ressourcen, eine wesentliche Rolle. Dies setzt einen klaren Blick des Therapeuten für die Gesundheitsressourcen des Patientensystems voraus. Die einseitige traditionelle Akzentuierung von Pathologie in der Diagnostik bedarf dazu ausdrücklicher Erweiterung auf die gesunden Persönlichkeitsanteile bzw. Paar- und Familienaspekte. Für die Einstellung des Patienten auf Lösung, die Mobilisierung seiner eigenen Lösungsmöglichkeiten,

empfiehlt sich wiederum die suggestivtherapeutische Methodik, von der eben die Rede war. Aufgabe dieser therapeutischen Aktivitäten ist, der resignativen Präokkupation der Patienten mit dem Krankheitserleben entgegenzuwirken und den Prozeß auf Gesundheit hin umzulenken. Die Patienten müssen wieder Zutrauen zu ihren Ressourcen gewinnen.

4. Die Fähigkeit, die den Patienten oder die Familie gegenwärtig behindernde, einschränkende Vorgeschichte in einer auf Entwicklungsförderung hin fokussierten (begrenzten) Weise in die Behandlung einzubeziehen.

Dieser Gesichtspunkt akzentuiert die Wichtigkeit der Einbeziehung der Vorgeschichte des Patientensystems, soweit sie als sowohl Beschwerden und Einschränkungen produzierende als auch Lösungsmuster bergende Gegenwartigkeit früherer Erfahrungen heute noch wirksam ist. Die Aufgabe betont aber zugleich die Notwendigkeit, die Arbeit in dieser Dimension zu fokussieren und damit zu begrenzen auf das, was für die primäre Zielsetzung der Therapie, nämlich die gesündere Weiterentwicklung, erforderlich und dienlich ist. Denn eine ausschließliche, sozusagen monomane Konzentration auf die Vorgeschichte hat hohe Risiken antitherapeutischer, kontrainditionaler Wirkung: Die ursprünglichen oder die sogenannten übertragungsneurotischen Symptome werden dadurch möglicherweise eher stabilisiert als aufgelöst (unendliche Therapie). Dies impliziert eine Kritik am Kleinianischen Fundamentalismus, der sich seit einiger Zeit in der Bundesrepublik verbreitet.

5. Die Aufgabe, sich auf das breite Spektrum unterschiedlicher Patientensysteme einzustellen.

Orientierungsmäßige Konsequenz dieses Gesichtspunktes ist, daß der Therapeut nicht auf den Standardpatienten einer Standardmethode eingestellt sein kann und soll, sondern gerüstet sein muß, mit dem breiten Spektrum unterschiedlicher Patienten therapeutisch effektiv umzugehen. Dasselbe drückt der nächste Gesichtspunkt bezüglich der unterschiedlichen Enge oder Weite der therapeutischen Intervention aus:

6. Die Aufgabe, sich je nach den Erwartungen der Patienten und den klinischen Notwendigkeiten auf sehr unterschiedliche Anforderungen von der Krisenintervention über die Beratung und Kurztherapie zur länger begleitenden Therapie, ggf. unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen, genau einzustellen.

An dieser Stelle ist jedoch zusätzlich hervorzuheben, daß hier die Wahl des Kalibers der Intervention von der Krisenintervention bis hin zur länger begleitenden Psychotherapie nicht nur von der klinischen Bedürftigkeit der Patienten aus dem Blickwinkel des Therapeuten, sondern auch von den Erwartungen der Patienten abhängig gemacht wird. "Wieviel" Therapie der Patient, das Paar oder

die Familie in Anspruch nimmt, sollte nicht ausschließlich von den Kriterien und Einschätzungen des Therapeuten, sondern als ein Akt der Selbstbestimmung auch von den Kriterien und Einschätzungen des Patientensystems abhängig gemacht werden. Diese Maxime hat v. a. dann Bedeutung, wenn sich der Therapeut eher als Experte für Krankheit denn als Experte für Gesundheit versteht und zur Überschätzung des Gewichts pathologischer Persönlichkeitsanteile und zu therapeutischem Perfektionismus neigt (vgl. Fürstenau 1992, 1993). Ziel der Behandlung ist ja v. a. die Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Patientensystems.

7. Die Aufgabe, aus einem breiten Repertoire angemessene Settings und Methoden in Kooperation mit dem Patientensystem auszuwählen.

Dieser Punkt zieht die Konsequenzen aus dem bisherigen für die Wahl von Settings und Methoden und zielt auf die Integration der von den verschiedenen Schulen und Richtungen der Psychotherapie entwickelten und angebotenen Methoden, einschließlich der verschiedenen Zugangswege neben dem Verbalen, zu einem differenzierten Repertoire, aus dem wir Therapeuten je nach Indikation im Einzelfall und je nach Stand des Behandlungsprozesses auswählen können. Parallele Angebote schaffen dabei die Voraussetzung dafür, den persönlichen Vorlieben und Grenzen der Therapeuten, örtlichen Gegebenheiten und anderen Umständen jeweils zusätzlich Rechnung tragen zu können.

Ein solch integrierter und zugleich differenzierter Methoden- und Interventionspool hätte für sämtliche in den bisherigen Ausführungen als wesentlich herausgearbeiteten Dimensionen psychotherapeutischer Tätigkeit Passendes zu bieten.

Voraussetzung des Funktionierens dieses Methoden- und Interventionspools ist jedoch eine umfassende Behandlungskonzeption, die das Zusammenpassen methodischer Elemente differenziert darstellt und steuert, insbesondere die Modifikationen herausstellt, die bei der Kombination ursprünglich selbständig und rein angewandter Methoden erforderlich sind. Das setzt einen intensiven wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch und eine von dieser integrierten differenzierten Behandlungskonzeption geleitete fachliche Ausbildung (Weiterbildung) voraus, die sich von den bisherigen schulbezogenen Ausbildungsgängen wesentlich unterscheidet.

Ein erster Schritt in dieser Richtung könnte unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Umstände (vgl. Meyer et al. 1991) eine Anreicherung psychoanalytisch begründeter Verfahren der Psychotherapie durch Momente der kognitiven Verhaltenstherapie, systemischen und lösungsorientierten Therapie sein und eine Anreicherung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methodik durch übertragungsanalytische, ichpsychologische, systemische und lösungsorientierte Momente. Hinzu käme bei beiden Parteien die Ausschöpfung der vorliegenden Erfahrungen

mit sämtlichen unterschiedlichen Behandlungssettings und mit den unterschiedlichen Zugangsweisen zum Patienten neben der verbalen, worauf der letzte Gesichtspunkt ausdrücklich verweist.

8. Die Aufgabe, ggf. mit anderen Therapeuten (z. B. Organmedizinern, Körpertherapeuten, gestaltenden Therapeuten oder Psychodramatikern) fallbezogen zu kooperieren.

Hier handelt es sich um die Mobilisierung bewährter Methoden der stationären Psychotherapie für die ambulante Versorgung bzw. die Einbeziehung von Verfahren, die bisher ambulant meistens für sich außerhalb der Kassenpsychotherapie ausgeübt werden. Falls der Psychotherapeut nicht selbst über eine diesbezügliche Ausbildung und Erfahrung verfügt, ist eine Kooperation mit entsprechenden Kolleginnen und Kollegen erforderlich (vgl. Moser 1992). Die Kooperation mit Organmedizinern versteht sich von selbst (ist aber bekanntlich nicht immer komplikationslos).

Bei der hier diskutierten psychotherapeutischen Neuorientierung handelt es sich in vieler Hinsicht nur um die ausdrückliche Formulierung und Approbierung konzeptueller Orientierungen und behandlungsmethodischer Praktiken, die vielerorts schon jetzt angewandt werden, allerdings wegen der jeweiligen Loyalität des Therapeuten zu einer bestimmten psychotherapeutischen Schule und zu den fachlich überholten Regelungen der Kassenpsychotherapie oft mit vielen Bedenken, Skrupeln oder Unsicherheit.

Fazit

Der Psychotherapeut soll nicht als Spezialist einer bestimmten begrenzten etablierten therapeutischen Schule und Methode operieren, sondern als kompetenter Experte, der sein Fach möglichst in der ganzen Anwendungsbreite beherrscht und zu angemessenen, differenzierten therapeutischen Entscheidungen in sehr unterschiedlichen Fällen fähig ist. Mit den Worten des "Forschungsgutachtens zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes" heißt das: "Angesichts des gegenwärtigen Entwicklungsstands wäre es ein Anachronismus und fachlich nicht zu rechtfertigen, wenn man den Beruf des Psychotherapeuten in verschiedene, nach Therapieschulen getrennte Sparten einteilen würde". In allen Ausbildungsgängen "sollte grundsätzlich das handlungsrelevante Wissen über den Gesamtbereich der Psychotherapie vermittelt und im Handlungsrepertoire eine möglichst große Breite angestrebt werden" (Meyer et al. 1991, S. 98). Über das Forschungsgutachten hinaus, das für zwei psychotherapeutische "Grundorientierungen"

eintritt, wird hier für ein integratives Konzept geworben. In der Bundesrepublik schicken sich die zuständigen Behörden gegenwärtig an, die Ausübung von Psychotherapie als für die Versorgung der Bevölkerung wichtigen Beruf ausdrücklich zu regeln. Die Einführung neuer diesbezüglicher Facharzttrichtungen ist schon geschehen, das Gesetz über den Beruf des psychologischen Psychotherapeuten steht noch aus. Eine Revision der Psychotherapievereinbarungen und -richtlinien der Gesetzlichen Krankenversicherung muß dann folgen. Die öffentlich-rechtlichen Regelungen sind ohne entscheidende Mitwirkung von psychotherapeutischen Experten nicht konkretisierbar. Diese Experten sind damit aufgerufen, ihre Verantwortung für die Psychotherapie der Zukunft wahrzunehmen.

Literatur

- Erickson MH, Rossi EL, Rossi SL (1978) Hypnose. Pfeiffer, München
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Fürstenau P (1993) Freuds "Wege der psychoanalytischen Therapie" - 75 Jahre später. Z Psychosom Med Psychoanal 39 : 224-229
- Haleg J (1978) Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Pfeiffer, München
- Ley K, Borer C (1992) Und sie paaren sich wieder. Über Fortsetzungsfamilien. edition discord, Tübingen
- Luhmann N (1985) Soziale Systeme, 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, Schulenburg Graf v d JM, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf
- Moser T (1992) Der interkollegiale therapeutische Raum. Wenn ein Patient mehr als einen Therapeuten braucht. In: Moser T (1992) Vorsicht Berührung. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Willke H (1991) Systemtheorie, 3. Aufl. Fischer, Stuttgart

Individuelle Entwürfe zur Lebens- und Wohnform

Rudolf Welter

Statt vieler Worte zur Einführung meines Beitrags möchte ich Ihnen drei Bildergeschichten erzählen. Das Material und die Stimmen, die ich zu Worte kommen lassen werde, stammen aus Forschungs- und Beratungsprojekten, an denen sich unser Büro für Organisationsberatungen beteiligt oder beteiligt hat.

Bildergeschichten als Einstieg in die Thematik

Erste Bildergeschichte

Herr O. bewohnt in einem Pflegeheim ein Zweibettzimmer. Wegen einer fortgeschrittenen MS ist er körperlich recht stark behindert und an den Rollstuhl gebunden. Ich nahm mit Herrn O. im Rahmen einer Forschungsarbeit Kontakt auf, bei der ich von Pflegeheimbewohner/innen erfahren wollte, wie sie ihren Aufenthalt dort erleben. Vor allem interessierte mich die Frage, inwieweit die Bewohner Möglichkeiten zur eigenen Gestaltung ihrer Wohn- und Lebensbedingungen wahrnehmen und umsetzen können.

Sehr spontan greift Herr O. eine kritische Situation auf, die ihn als Rollstuhlfahrer im Zimmer betrifft: die einengenden räumlichen Bedingungen, die ihn in seinem Bewegungsfreiraum einschränken.

Statt daß ich nun nach Lösungen für ihn suche, frage ich ihn, ob er bereit wäre, selber nach Möglichkeiten zu forschen, wie sich seine räumliche Situation verbessern ließe. Ich bringe ein ganz einfaches Modell seines Zimmers mit und überlasse ihm das Experimentieren mit Möglichkeiten.

Ungefähr zwei Wochen später kam ich wieder vorbei und Herr O. überraschte mich mit einem Vortrag über Bettenstellungen, der etwa so anfing: "Ich habe mir verschiedene Bettenstellungen auf dem Modell überlegt und mir dabei alle Vor- und Nachteile vorgestellt, die sich ergäben, wenn man die Varianten umsetzen würde.

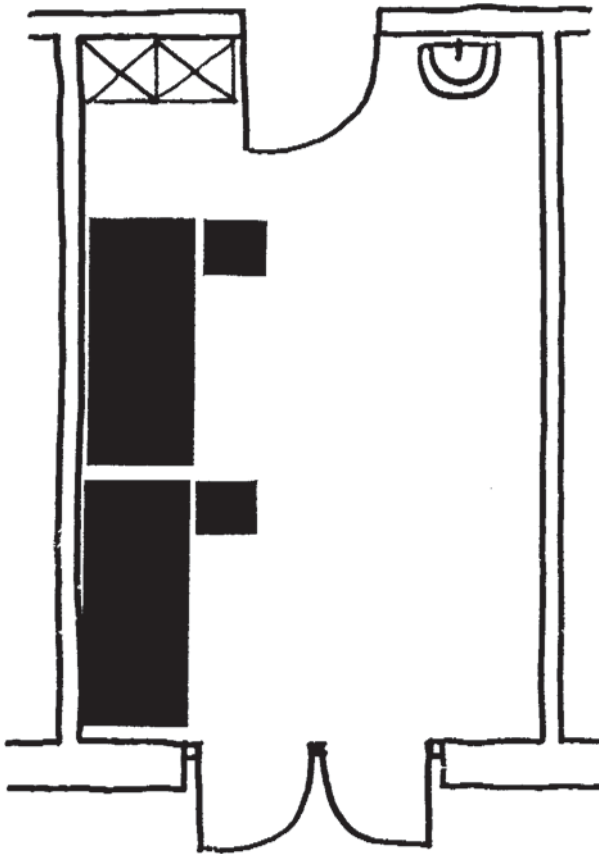


Abb. 1. Bettenstellung 1

Bei dieser Bettenstellung, z. B. würden wir beide Bewohner sehr viel Bewegungsfreiraum gewinnen. Ich könnte aber meinen Mitbewohner nicht mehr von vorne sehen. Zudem würden uns alle ins Zimmer Eintretenden von hinten angehen.

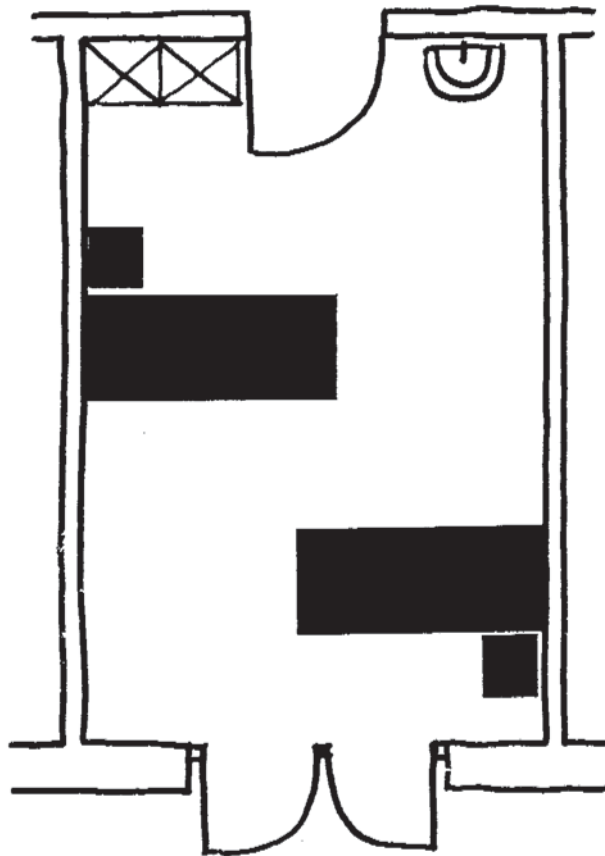


Abb. 2. Bettenstellung 2

Diese Bettenstellung ergäbe einen sehr schönen Blickkontakt über die Diagonale. Mein Bett würde aber den Ausgang ins Freie versperren, es sei denn, dies wäre eine Möblierung für kalte Wintermonate, während denen wir das Zimmer nach draußen nicht verlassen.

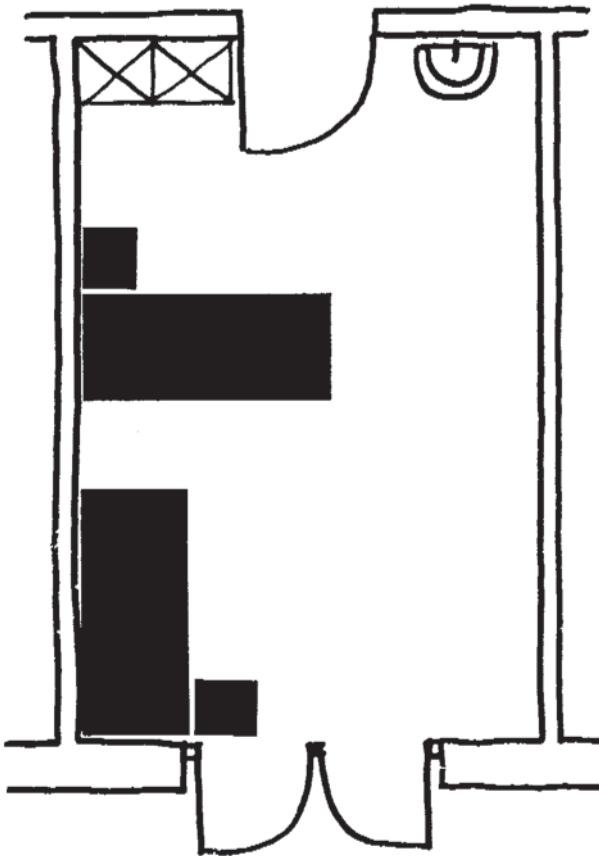


Abb. 3. Bettenstellung 3

Diese Stellung finde ich für den Moment ideal: Viel Bewegungsfreiraum, gute Sichtverbindungen und direkte Sicht-Kontakte mit Eintretenden. Diese Stellung möchte ich ausprobieren!"

Zweite Bildergeschichte

Jetzt sind wir auf einer Bettenstation für Langzeitpatienten eines großen Akutkrankenhauses. Im Rahmen einer Versuchsordnung schlage ich den dort genesenden Patienten vor, im sehr anonym wirkenden Flur eine geschützte Zone abzugrenzen und einzurichten, die nur den dort wohnenden Patienten/innen gehören sollte (vgl. Abb. 4). Nachdem diese Zone geschaffen und einige Zeit vergangen war, machte ich wieder einmal einen Besuch und wollte erfahren, was die Patienten aus den veränderten räumlichen Bedingungen gemacht haben. Ich bekam folgendes von den anwesenden Patienten zu hören:

"Wir haben jetzt diese Zone voll für uns eingenommen, d. h. wir haben z. B. die Besuchszeiten in eigener Befugnis auf den ganzen Tag ausgedehnt und stießen auf keinen Widerstand" oder "Wir haben unsere Angehörigen gebeten, uns doch ab und zu mit speziellem, selbst gemachten Essen zu verwöhnen z. B. brachten sie uns einmal die Zutaten zu einem Käsefondue, das wir gemeinsam in unserem Bereich zubereitet haben. Als weitere Errungenschaft sehen Sie hier Bücher, die wir uns durch die zentrale Bibliothek bringen ließen und die jetzt zu unserer Einrichtung gehören. Wir, die Mobilen, haben übrigens auch unsere Hilfe an Bettlägerige verstärkt. Die offenen Zimmertüren, die nun auf einen halb-privaten Wohnbereich statt auf einen öffentlichen Flur führen, bleiben nun meist offen. Auch die verglaste Wand des sonst als Aufenthaltsraums verwendeten Zimmers haben uns zur Kontaktnahme mit Bettlägerigen angeregt, die wir vorher gar nicht kannten".

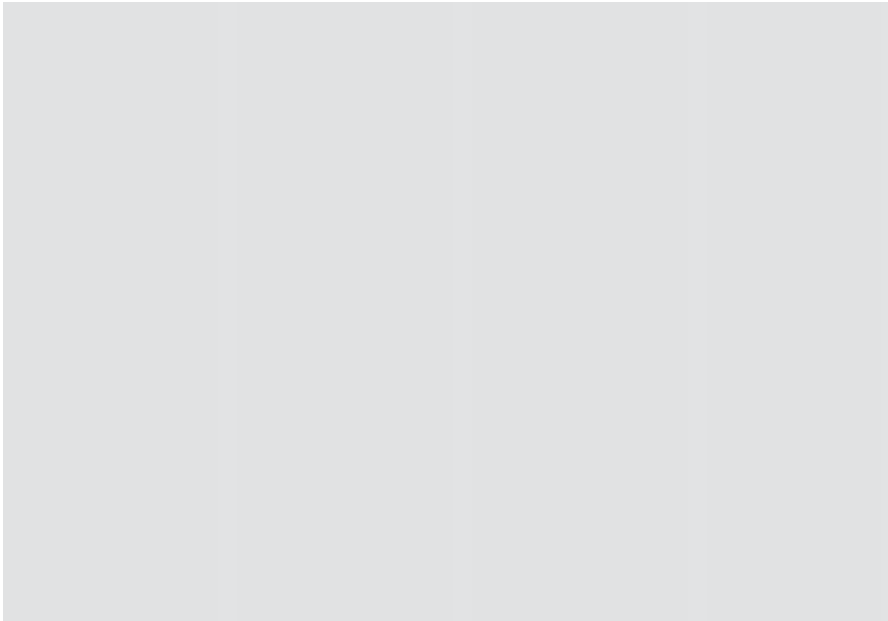


Abb. 4. Halb-privater Wohnbereich

Der neu eingerichtete halb-private Wohnbereich dient vielfältigen Zwecken: Essen, Kartenspielen, Gespräche führen, Informationen austauschen, Bücher lesen, Besuche empfangen, Treffpunkt nachts für Schlaflose ...

Dritte Bildergeschichte

Eine Gruppe von Einwohnern und Einwohnerinnen einer politischen Gemeinde hat im Rahmen eines Forschungsprojekts während einiger Workshops gemeinsam Vorstellungen über das eigene Älterwerden auf sehr unterschiedliche Arten dar-

gestellt: Die einen haben Geschichten geschrieben, andere haben sich fiktive Briefe geschrieben, wieder andere haben ihre Visionen in Form eines Theaterstücks und einer Radioreportage festgehalten. Die Ergebnisse dieser Arbeit fließen in ein Altersleitbild ein, an dem eine Fachgruppe der Gemeinde arbeitet. Das Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen schwankte übrigens zwischen etwa 35 und 85 Jahren!

Das folgende Bild entstand während einer Präsentation des Einwohnerforums, an der interessierte Politiker, Mitglieder der Fachgruppe und Angehörige des Forums teilnahmen:

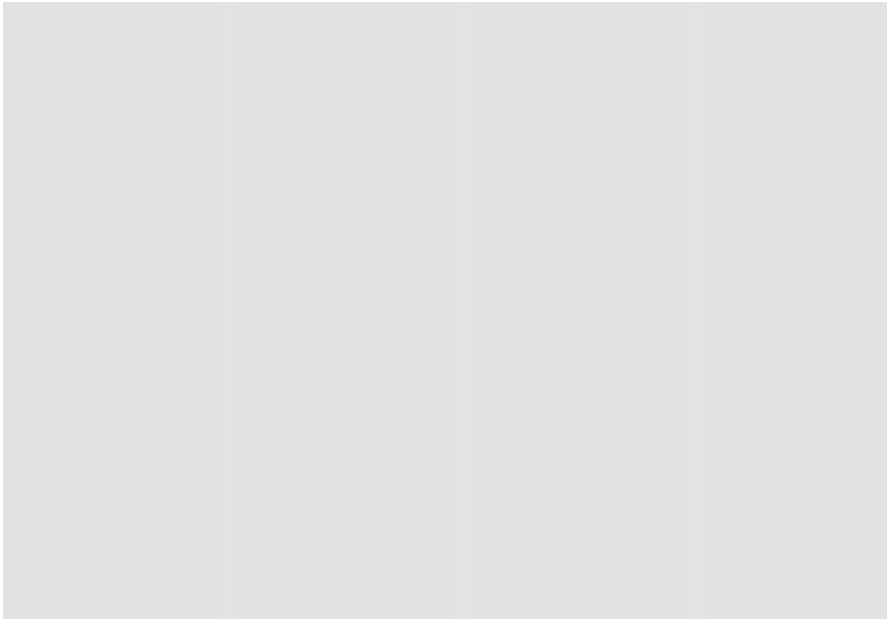


Abb. 5. "Architekten" mit "lebenden Häusern"

Die "Architekten" eines Entwurfes für eine Wohnsiedlung mit "lebenden Häusern" (Wohnungen, die größer und kleiner werden können), stellen der Runde ihr Projekt vor. Mit Fäden werden Texte auf dem Tisch mit Grundrißzeichnungen an der Wand verbunden.

Mit Demokratie ernst gemacht: Betroffene können Beteiligte werden

Ich habe Ihnen eben drei unterschiedliche Settings vorgestellt, in denen Menschen unterschiedliche Anliegen verfolgt haben: Im einen Fall war es ein MS - Patient, der nach Möglichkeiten zur Erweiterung seines Bewegungsfreiraums suchte und diese spielerisch ausprobierte. In der zweiten Geschichte ging es um eine Gruppe von Patienten, die versuchten, soziale und kommunikative Freiräume zu erweitern und die dritte Geschichte zeigte, wie Einwohner/innen eines Gemeinwesens erfahren haben, was es heißt, sich einmal selber an die Gestaltung der eigenen Zukunft heran zu wagen.

Das Gemeinsame an diesen Geschichten möchte ich so verdeutlichen: Die Betroffenen haben Versuche unternommen, selber planerisch und gestalterisch aktiv zu werden. Sie haben nach Möglichkeiten, Visionen oder Luftschlössern gesucht, wie ihre Lebens- und Wohnformen verändert werden könnten. Sie haben nach Möglichkeiten zur eigenen Einflußnahme auf ihr Leben jetzt und in Zukunft gesucht und diese getestet.

Etwas provokativ formuliert geht es mir bei unseren Projekten um eine Rückgewinnung an Einflußnahme auf eigene Lebens- und Wohnbedingungen, die sonst meistens an Fachleute, Berater oder therapeutisch Tätige delegiert wird. Klientinnen und Klienten wechseln ihre Rolle von passiven Konsumenten zur Rolle der aktiven Produzenten, oder eben: Betroffene bekommen die Chance, Beteiligte zu werden. Bei diesen Versuchen geht es im übrigen auch häufig um eine Rückbesinnung auf eigene Werte und Lebensstile, um eine Befreiung aus gängigen Normen und Vorstellungen, wie Menschen zu leben oder zu wohnen haben, welche Möbeldesigner, Innenarchitekten, Hauswarte oder andere Fachleute vorgeben.

Partizipatives Vorgehen: Was löst das bei den Beteiligten aus?

Ich werde Ihnen nun Einblick geben in Auswertungen von Gesprächen, die wir nach einer Zusammenarbeit mit Beteiligten führen. Wir sind natürlich selber daran interessiert zu erfahren, wie die Vorgehensweisen, bei denen sich die Beteiligten mit ihrer persönlichen Lage auseinandersetzen, indem sie Zukunftsbilder entwickeln, bei ihnen ankommen. Die folgenden Aussagen stammen speziell aus Gemeinwesenprojekten.

Vernehmen wir einmal einige Antworten auf die Frage: "Hat sich für Sie persönlich durch das Mitmachen im Einwohnerforum etwas verändert?" Eine 63jährige Frau sagt:

"Ich sehe jetzt vieles anders, denn es haben ja auch viele Ältere in unserer Zukunftswerkstatt mitgearbeitet. Ich habe angefangen, mich mit dem eigenen Älterwerden zu befassen. Ich habe mit meinen Eltern viele Gespräche geführt und in eine Alters-Wohngemeinschaft hineinschauen können - denn wie lange geht es noch, bis ich alt bin, wie lange hat man Zeit, sich Gedanken dazu zu machen? Ich möchte mein Alter nicht in den herkömmlichen Strukturen, wie z. B. in einem Altenheim, verbringen".

Eine ebenfalls etwa 60jährige Frau sagt:

"Ich habe mir zusammen mit meinem Mann überlegt, ob wir vielleicht etwas bei uns im Haus verändern könnten. Ich habe gesehen, daß man nicht warten darf, bis man 70 oder 80 ist, sondern daß man sich schon jetzt fragen muß, mit wem man im Alter zusammenwohnen möchte".

Oder die Antwort eines Ehepaares:

"Wir sind jetzt 40 Jahre miteinander verheiratet. Durch die Teilnahme an diesem Projekt haben wir zum ersten Mal gemeinsam über unsere Zukunft als Paar gesprochen. Wir haben entdeckt, daß wir unterschiedliche Vorstellungen haben, wie wir wohnen möchten, wenn wir noch älter sind. Diese Entdeckung hat uns schon etwas Angst gemacht, aber besser, daß wir das jetzt herausgefunden haben, als zu einem Zeitpunkt, wo wir uns nicht mehr entspannt über Alternativen unterhalten können, sondern andere für uns entscheiden müssen".

Ich möchte diese Aussagen gerne zum Anlaß nehmen, kurz einen Bezug zum Thema *Lebensformen* hier herzustellen, allerdings nicht im therapeutischen, sondern im präventiven Sinne. Das zitierte Ehepaar spricht etwas an, was mit dem sich - Auseinandersetzen mit der Zukunft und dem Einfluß-nehmen-können auf die eigenen Lebens- und Wohnbedingungen zusammenhängt. Es geht darum, kritische Situationen oder Ereignisse vorhersehbarer und durchschaubarer zu machen, es geht um ein Einüben des Umgangs mit bevorstehenden Veränderungen und um das Erkennen von persönlichen Beeinflussungsmöglichkeiten und von Verantwortlichkeit. Unverhofft und abrupt auftauchende kritische Ereignisse oder Situationen sind ja bekanntlich häufig die Ursache von Streß, Desorientierung, Hilflosigkeit und den vielen damit verbunden Folgeerscheinungen, welche therapeutische Maßnahmen erfordern. Ich bin der Ansicht, daß alle Beraterisch und therapeutisch Tätigen sich mit Möglichkeiten auseinandersetzen können, wie das Eintreten kritischer Ereignisse vermieden werden oder zumindest wie mit kriti-

schen Ereignissen kreativer umgegangen werden könnte. Und nun noch eine Antwort aus unseren Gesprächen mit Teilnehmer/innen von Einwohnerforen. Diesmal zur Frage: "Wie haben sie das Einwohnerforum erlebt"? antwortet ein 46jähriger Mann:

"Ich selber habe große Freude am Erzählen, am Träumen, wie es für mich werden könnte. Wie wir nachher zu konkreten Vorschlägen kamen, diese darstellten ... wie wir das schnell konnten, und vor allem, wie wir uns gegenseitig anstecken ließen, kreativ wurden, uns einsetzten, das war großartig. Das Formulieren von Ideen nicht nur schriftlich, sondern mit Theater, Photos, Plänen, das war schön. Auch daß Junge und Alte zusammen waren, fand ich gut. Nicht das Resultat war für mich das Wesentlichste, sondern das, was effektiv da innen zu wühlen und zu gären begann".

Noch eine Antwort auf eine weitere Frage, die wir in Einzelgesprächen stellten: "Wie hat Ihnen die Form der Zusammenarbeit im Einwohnerforum, das gemeinsame Vorgehen, gefallen"? Darauf eine 43jährige Frau:

"Spannend war das Vorgehen des Einwohnerforums rein methodisch: Von außen etwas moderieren, etwas in Gang bringen mit Leuten, die sich nicht kennen. Das fand ich positiv. Sie (damit sind wir Projektleiter gemeint) haben uns mit sanfter Lenkung durch das Ganze geführt, so daß es nie langweilig wurde".

Zu unserer Vorgehensweise, welche die Autonomie der Beteiligten in den Vordergrund stellt, gibt es aber auch andere Stimmen, die ich Ihnen nicht vorenthalten möchte. Sie lassen ganz klar eine gewisse Ungeduld, Hilflosigkeit und ein Unbehagen durchschimmern, wenn eine Beteiligung am Entwickeln von eigenen Lösungen für die Zukunft gefragt ist. Z. B. sagt ein ehemaliger Vizedirektor:

"Ich habe mit dieser Art von Wahrheitssuche oder Problemlösungssuche, die in erster Linie ein brain-storming ist, Mühe. Für Konkretes braucht es etwas mehr. Die ganze Geschichte hätte man mit fünf Sitzungen abhaken können. Mindestens die ersten paar Zusammenkünfte hat man vertrödelt. Ich bin mehr vom Geschäft her gewöhnt "zack zack" zu denken und dann etwas zu liefern, im Geschäft muß man schaffen, wer keine Lösung weiß, dem muß man eine vorgeben".

Noch eine Antwort eines 75jährigen Mannes:

"Ich war in der Gruppe fast ein Passivmitglied. Ich mache nur mit, wenn ich etwas gemeinsam machen muß. Ich war eher Zuhörer. Ich habe schon ein paar Sachen beigetragen, aber das war Unwesentlich ... "

Ich möchte nun für einmal diese Aussagen nicht einfach so stehen lassen, Aussagen, die Gefühle von Passivität, Hilflosigkeit oder aber Ungeduld mit Suchprozessen zum Ausdruck bringen. Ich frage: Sind Menschen von Natur aus so wie gerade beschrieben, oder haben sie verlernt - in einer Welt voller Experten - sich an eigene Entwürfe zu Lebens- und Wohnformen zu wagen? Gibt es so etwas wie eine neue Art von Verarmung in unseren Wohlstandsgesellschaften: Einer schleichenden Enteignung von Einflußmöglichkeiten ausgeliefert zu sein? Ich begeben mich mal kurz aufs Glatteis des Spekulierens und suche nach Erklärungen:

Stellen Sie sich Kinder vor, deren Eltern für sie Zimmer nach Möbelkatalogen bis ins Detail einrichten und die Ordnung und Reinlichkeit darin ständig auch noch gleich selber erledigen. Kinderzimmer werden so zu öffentlichen Zonen, genau wie das Wohnzimmer, ohne private Nischen. Erwachsene machen es den Kindern aber auch im zunehmend verbauten öffentlichen Raum schwer, eigene Nischen zu finden und zu erhalten, anhand derer sie lernen könnten, autonom mit ihren Bedürfnissen nach Nähe und Distanz zu experimentieren.

Wählen zu können zwischen einem eigenen Territorium und gemeinschaftlich genutzten Räumen ist eine Voraussetzung zur Persönlichkeitsentwicklung im Spannungsfeld von Ich und Wir, Autonomie und Bindung. Die Syntax von privaten und öffentlichen Räumen ist eine Metapher für Beziehungs- und Machtverhältnisse in kleinen und größeren Organisationen. Ich konnte übrigens vor einiger Zeit einen Hausarzt bei seinen Patientenbesuchen begleiten. Ich war beeindruckt davon, wie er solche territorialen Bedingungen in Familien beachtet und auch angesprochen hat.

Ein anderes positives Beispiel für den Umgang mit Raum: Ich habe kürzlich einen Lehrer erlebt - leider nicht als Schüler - der ganz bewußt mit seinen Schülern zusammen die Gestaltung des Klassenzimmers laufend verhandelt. Wenn neuer Lehrstoff auftaucht oder wenn neue Lehrmittel eingeführt werden, wird die Möblierung gemeinsam überprüft und verändert. Es werden z. B. neue Lernzonen geschaffen. Mit der Zeit wurden die Schüler selbst aktiv, indem sie sich gegenseitig unterstützten und stimulierten, mit Möglichkeiten zu Veränderungen im Schulzimmer zu experimentieren. Wer von Ihnen hat einen solchen Lehrer gehabt? Wer von Ihnen hat auch verpaßt - wie ich - in der Schule ein Lehrfach gehabt zu haben, das etwa "Kreativer Umgang mit privaten und öffentlichen Umfeldbedingungen" hätte heißen können?

Noch eine Erklärung zur Experten- und Lösungsorientierung des erwähnten pensionierten Vizedirektors: Leitende Menschen in der Wirtschaft lernen oft in Weiterbildungskursen und in der Praxis, für andere Arbeitsabläufe und Produktionseinrichtungen zu planen. Ein paar wenige denken, viele sind Ausführende. In diesem Zusammenhang kommt mir unweigerlich die "Disuse - Hypothese" in den Sinn, die besagt, daß Fähigkeiten verkümmern, wenn sie nicht genutzt und

weiterentwickelt werden können. Ich möchte es bei diesen Spekulationen bleiben lassen und zum nächsten Teil meines Beitrags übergehen.

Demokratie auf dem Prüfstand: Wie kommen partizipative Vorgehensweisen bei Politikern und Fachleuten an?

In unserer forschenden und beratenden Tätigkeit haben wir immer wieder mit Politikern sowie gestalterisch und beraterisch tätigen Menschen zu tun. Wenn wir dabei jeweils Fragen zu partizipativen Vorgehen in der Planung und Durchführung von Projekten stellen, hören wir häufig Argumente, die gegen eine Einbeziehung von Klienten bzw. Bewohnern sprechen. Es scheint uns, als ob in den Köpfen dieser Menschen ein eher negatives Menschenbild vorherrscht, welches sie daran hindert, Klienten als mündige, kreative und motivierte Gesprächspartner bzw. als Co-Verantwortliche für ihre jeweilige Situation zu betrachten. Hören wir einmal zu, wie das so tönt:

"Wo kämen wir denn da hin, wenn jeder und jede meinen würde, sie müssten uns in die Bauerei dreinreden ..." sagen häufig *Architekten* von Krankenhäusern, Altenheimen, Schulen usw. Die Folgen davon sind entsprechend häufig die immer gleichen Raumeinteilungen aus der Schublade, welche keinen Platz für die Arbeitsgeräte der Krankenschwestern und Pflegerinnen lassen; die ungünstige Platzierung von Betten, welche Bettlägerigen keine Ausblicke auf Außen- und Innenräume ermöglichen; Schranktüren, die sich auf die falsche Seite öffnen und deshalb vom Rollstuhl aus nicht zu bedienen sind, usw. usw...

Entsprechend ließe sich eine Folgegeschichte aus der Sicht betroffener Mitarbeiter/innen oder Patienten formulieren: "Ist denn das die Möglichkeit ... Was haben sich die Architekten dazu wieder gedacht. Die sollten selbst einmal unter diesen Bedingungen arbeiten oder leben müssen".

"Was machen wir mit der Flut von *Begehrlichkeiten*, die auf uns zukommt, würden wir Bürger und Bürgerinnen nach ihren Wünschen und Vorstellungen fragen - und das vor allem jetzt, wo die Staatskassen leer sind ..." halten uns *Politiker und Politikerinnen* und Behördemitglieder immer wieder entgegen, wenn es um die Bildung von Einwohnerräten, Bürgerforen oder Betroffenengruppierungen geht.

Die Folgen auch hier: Teure, großspurige "Denkmäler" werden erbaut, z. B. regionale Großpflegeheime - fernab von den natürlichen Lebensfeldern und sozialen Netzen der Patienten - sog. "ökonomischer" zu bewirtschaftende Größeneinheiten, Großinstitutionen mit oftmals unabsehbaren Kostenfolgen, mit hoher Personalintensität und -fluktuation, dafür minimaler Akzeptanz bei den pflege-

bedürftigen Menschen. Die Gespräche am Wirtshaustisch zu dieser Situation sind uns allen geläufig: "Die Politiker machen ja doch, was sie wollen. Was soll man/frau sich da überhaupt noch in die Politik einmischen?"

Ein anderes Beispiel: "Wo kämen wir da hin, wenn wir MS-Patienten in Fallbesprechungen einbeziehen würden?" sagen *Fachleute und Berater*, die, ohne miteinander zusammen zu arbeiten, denselben Menschen behandeln und beraten.

Auch hier sind die Folgen unübersehbar: Unkontrollierte und unkoordinierte Aktionen werden ausgelöst, die ins Leben des Betroffenen eingreifen, die er aber nicht nachvollziehen kann. Und wen wundert, wenn dann die entsprechenden Klienten verwirrt und desorientiert reagieren und sich übergeben, als die Verlierer, vorkommen.

Das sind, um nur wenige Beispiele von vielen zu nennen, die Erfahrungen, die uns nach den Ängsten und Befürchtungen gegenüber partizipativen Planungs- und Entwicklungsprozessen fragen lassen. Was hindert Fachleute immer wieder daran, Klienten in einem demokratischen Sinne als Partner - und damit Co-verantwortliche ernst zu nehmen, ohne ihr eigenes Wissen zu verleugnen?

Ist es die Angst vor:

Imageverlust?

oder Machtverlust?

oder die Angst vor dem Dialog?

Angst davor, Verantwortung teilen zu müssen?

ist es die Angst davor, erkennen zu müssen, daß man eigene Werte auf andere überträgt?

Angst vor dem Verlust der Expertenrolle?

Das eigene Rollenverständnis "auftauen" und aushandeln

Ich habe eine Vision der nicht allzufernen Zukunft, oder soll ich sagen, eine alternative Sicht der Gegenwart, die mit dem vorher angesprochenen Rollenverständnis von politisch, gestalterisch und beraterisch tätigen Menschen zu tun hat. Ich frage mich: Können politisch und beraterisch Tätige ihre Widerstände gegen ihre Ängste vor partizipativem Vorgehen noch aufrechterhalten? Ist da nicht ein Umdenken gefragt, gar gefordert? Zwei Dinge gehen mir durch den Kopf:

Der Druck von unten nimmt zu - der Druck von Bürgerinnen und Bürgern, die sich an der Gestaltung ihrer Lebens- und Wohnformen beteiligen wollen und die darin eine Möglichkeit der Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung ihres psychischen Wohlbefindens sehen. Die Fremdsteuerung in der Planung von

Wohnformen löst bei diesen Menschen Streß und Frustration aus. Wenn dem so ist, müssen sich die angesprochenen Politiker und Fachleute gehörig dahinter machen, ihr bisheriges Rollenverständnis in Frage zu stellen und neue Vorgehensweisen mit den Beteiligten zusammen zu entwickeln. Dieses "Auftauen" wird erleichtert, indem die Angesprochenen zuerst einmal von ihren eigenen Werten und Bedürfnissen auszugehen lernen. Dazu möchte ich Ihnen zwei Hypothesen vorstellen:

- Selber Betroffene zu spielen, führt zu einer Abkehr von gewohnten Vorgehensweisen und Lösungsmustern hin zu einer Vielfalt von Vorgehensweisen und Lösungen.

- Sich in die Rolle von Betroffenen hineindenken führt zu einer sensibleren und differenzierteren Wahrnehmung von Entscheidungssituationen und im Gefolge davon, zu einer Abgabe von Handlungs- und Entscheidungsfreiräumen an diese.

Zum zweiten: Zeiten von wirtschaftlicher Rezession, wie die gegenwärtige, können einerseits zur Entwicklung von Katastrophenszenarien verleiten, indem auf geforderte Sparmaßnahmen mit Panik, Festhalten und Widerstand gegen Innovation reagiert wird. Diese Herausforderung kann aber auch zum Anlaß genommen werden, die im Gesundheits- und Sozialwesen eingeschliffenen, beraterischen und therapeutischen Vorgehensweisen wieder einmal kritisch auf deren Effizienz hin zu überprüfen. Dazu nochmals zwei Hypothesen:

- Betroffene zu Beteiligten zu machen, hilft mit, deren eigene Ressourcen in Beratungs-, Planungs- und Veränderungsprozessen zu mobilisieren und eine größere Akzeptanz der gemeinsamen Lösungen sicherzustellen.

- Einbeziehen von Benutzern des Gesundheits- und Sozialwesens führt zu einer Ressourcen-Optimierung und zu einer gesunden Verlangsamung von Entscheidungsprozessen und Veränderung unserer Umfeldbedingungen.

Abgeleitet von diesen Hypothesen und meinen Erfahrungen ergibt sich für mich immer klarer ein anderes Bild der Expertenrolle als die einst erlernte als Architekt und Umweltpsychologe: Nicht Experte für Lösungen, sondern Experte für den gemeinsamen Prozeß des Verhandeln und Experimentierens mit Vorgehensweisen zu sein, ist mein Anliegen. Betroffene zu Beteiligten zu machen und sie zur Gestaltung ihrer äußeren Frei-Räume zu ermächtigen, wirkt sich positiv auf das Erkennen innerer Frei-Räume aus.

Literatur

- Altersleitbild der Gemeinde Horgen. Standortbericht 1993. Horgen, Meilen
- Jungk R, Müller NR (1981) Zukunftswerkstätten. Hoffmann & Campe, Hamburg
- Kemm R, Welter R (1987) Coping mit kritischen Ereignissen im Leben Körperbehinderter. Eigenverlag Meilen
- Ronneberger F, Seel H-J, Stosberg M (1980) Autonomes Handeln als personale und gesellschaftliche Aufgabe. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Simmen R (1990) Coping - Beratung. Nr.9 der Schriftenreihe, Schweiz. Multiple Sklerose Gesellschaft, Schriftenreihe Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft Bd 9, Zürich
- Simmen R, Welter R (1988) Therapie von Umweltbedingungen statt Therapie von Symptomen. In: Reiter et al. (Hrsg) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Welter R (1991) Nutzerbeteiligung beim öffentlichen Bauen. Schweizer Ingenieur Architekt 21 : 497-501

Frauenfreundschaft - Fundgrube neuer Beziehungswerte?

Verena Kast

Frauen sind seit Jahrtausenden Freundinnen. Frauen waren und sind sich beste Freundinnen, verlässliche Gefährtinnen, sie haben sich emotional, instrumentell und wirtschaftlich unterstützt - und sie werden es weiter tun. Keine neue Beziehungsform also. Vielleicht aber eine Beziehungsform, die man lange unterschätzt hat, möglicherweise absichtlich entwertet, wie vieles, was von Frauen gelebt und geschaffen worden ist? Die Freundschaft zur besten Freundin oder zu den besten Freundinnen - "beste" ist hier eine Qualitätsbezeichnung und nicht ausschließlich gemeint - steht denn auch bei vielen Frauen noch in einem seltsam anmutenden Widerspruch: Sie wird als emotional nährend erlebt, ein Ort, wo die Frau als Frau wirklich einen Platz hat in dieser Welt, die Beziehung wird auch als hilfreich herausfordernd erlebt, hier wird die Frau für sich allein, nicht in Beziehung auf einen Mann hin, erlebt, befragt, hinterfragt. Und dennoch fällt gelegentlich der Satz: "Wenn ich eine Beziehung habe, spielt meine beste Freundin keine so große Rolle ..." Die Frauen zwischen 20 und 30 Jahren ärgerten sich bei unserer Befragung, wenn ihnen ein solcher Satz herausrutschte (Kast 1992).

Eine Beziehung also, die sehr befriedigend ist, ganz wichtig für die emotionale Zuwendung, für Hilfestellung im Alltag und für die Herausforderung, wirklich sie selbst zu sein - und dennoch so leicht zu entwerten, wenn ein Mann auftaucht? Warum muß diese Beziehungsform entwertet werden? Für wen ist sie gefährlich?

Wenn wir uns die Frage nach neuen Beziehungsformen stellen, vielleicht auch Visionen entwickeln wollen, wie neue Beziehungsformen aussehen und welchen Werten sie verpflichtet sein könnten, scheint es mir sinnvoll, die Werte herauszuarbeiten, die in befriedigenden menschlichen Beziehungsformen wie z. B. in der Frauenfreundschaft gelebt und erprobt sind. Diese Werte könnten dann als allgemeine Werte einer Beziehungskultur gelten, von der ich meine, daß sie Bezogenheit in den Vordergrund stellt, anstelle des narzißtischen Allmachtgebarens, Beziehungskultur statt Konkurrenzkultur.

Selbstverständlich müssen auch die Schwierigkeiten, die mit dieser Form der Beziehung verbunden sind, herausgearbeitet werden, damit die schwierigen Punkte einer Beziehungskultur auch schon angemerkt sind.

Die Beziehung zur besten Freundin

Deborah Belle (1982), eine amerikanische Soziologin, weist in einer sehr groß angelegten Studie nach, daß Frauen neben dem größeren Engagement in nahen, vertrauensvollen Beziehungen auch mehr instrumentelle Hilfe bei anderen Frauen zur Bewältigung ihrer Lebensaufgaben suchen und finden und auch verhältnismäßig viel Befriedigung daraus ziehen, sich diese Nähe und Unterstützung zu geben. Belle (1982) weist nach, daß der Grad der erhaltenen täglichen Hilfestellung, verbunden mit der Möglichkeit, die eigenen Gefühle auszudrücken, mit einem Gefühl von erhöhter Selbstschätzung und dem Gefühl der Kompetenz verbunden ist. Je ausgeprägter diese Gefühle waren, umso mehr waren die Frauen davon überzeugt, das Leben sinnvoll bewältigen zu können, umso weniger zeigten sich Symptome von Depression und Angst. Belle (1982) ist es allerdings auch wichtig, auf die Kosten solcher vernetzter Lebenssituationen, in denen sich Frauen gefühlsmäßige und tatkräftige Unterstützung geben, hinzuweisen. Frauen können durch die emotionale Befindlichkeit ihrer Freundinnen angesteckt werden, der Kummer der einen ist der Kummer der anderen, die soziale Not der einen, ist die soziale Not der anderen. Was dennoch bleibt, ist die Tatsache, daß Frauen, die beste Freundinnen haben, in Stresssituationen weniger allein sind, weniger Angst und Depressionen entwickeln und Gefühle der erhöhten Selbstschätzung und Kompetenz haben. Für Frauen scheint zu gelten, daß Selbstvertrauen nicht primär mit Unabhängigkeit zusammenhängt, sondern mit der Fähigkeit zu wissen, an wen sie sich vertrauensvoll wenden können, wenn es notwendig ist (Bowlby 1969, 1980; Stern 1992).

Um näher herauszufinden, was denn das Spezielle an den Beziehungen zur besten Freundin ist, haben wir 100 halbstrukturierte Interviews mit Frauen zwischen 19 und 73 Jahren durchgeführt. Wir haben gezielt Frauen gesucht, die eine Beziehung zu einer oder mehreren besten Freundinnen haben und sie danach gefragt, wie oft die Frauen Kontakt haben, welche Lebensbereiche sie miteinander teilen, welche Bedeutung es für sie hat, daß die Freundin eine Frau ist, welche Knackpunkte der Beziehung sie erleben, ob sie einen Wunsch nach Zusammenleben haben und ob sie von ihrer Freundin träumen. Die Frauen hatten im Durchschnitt 2,7 beste Freundinnen, die durchschnittliche Dauer der Freundschaften war 7,7 Jahre, wobei die längste Beziehung 68 Jahre überdauerte. 67 der 100 befragten Frauen haben zum Zeitpunkt der Befragung eine Beziehung zu einem Mann. 8 Frauen haben oder hatten eine lesbische Beziehung zu ihrer besten Freundin oder könnten sich auch vorstellen, eine solche einzugehen. 79 Frauen leben in irgendeiner Weise mit anderen Menschen zusammen.

Anschließend haben wir 20 Partner von befragten Frauen interviewt, um herauszufinden, welche Lebensbereiche die Frauen aus ihrer Sicht teilen, welche

Beziehungsbedürfnisse von der besten Freundin ihrer Frauen oder Freundin abgedeckt werden, und worauf sie gelegentlich neidisch sind.

Von den 100 Interviews mit Frauen waren nach meiner Einschätzung etwa 20 deutlich idealisierend, schon fast Beschwörungen. Das war auch daran ersichtlich, daß in diesen Interviews kaum Knackpunkte angesprochen wurden. Es waren aber auch die Interviews, bei denen die gegenseitige Beziehung kaum im Vordergrund stand, viel mehr der dringliche Wunsch, eine ideale Freundin möge zur Verfügung stehen.

In der Zwischenzeit haben wir auch 1000 Frauen danach befragt, ob sie eine oder mehrere beste Freundinnen haben (Strassenbefragung in einer größeren deutschen Stadt). Insgesamt gesehen, haben 78, 9% der Befragten zwischen 17 und 80 Jahren angegeben, eine beste Freundin zu haben, 21, 1% haben keine (s. Abb. 1).

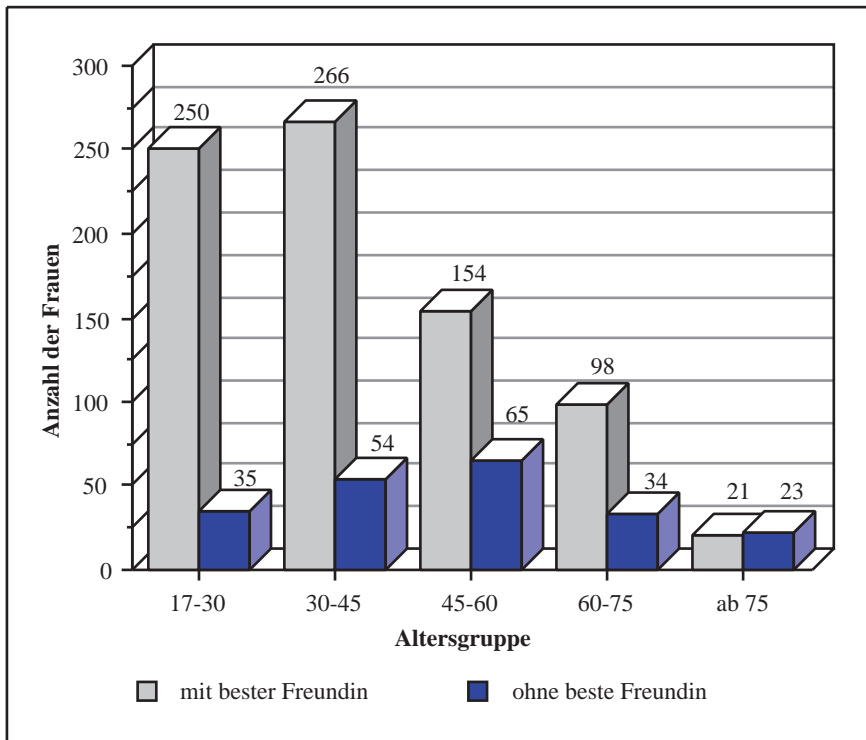


Abb. 1. Frauen mit / ohne beste Freundin. Befragung von 1000 Frauen

Die Aussagen, die ich im folgenden mache, haben nur Gültigkeit für Frauen, die eine oder mehrere beste Freundinnen haben.

Was sind die Kennzeichen der besten Freundin?

Auffallend war, daß im Laufe der Interviews herausgearbeitet wurde, was denn überhaupt die beste Freundin auszeichnet.

Bei ihr ist Nähe geistig, gefühlsmäßig, körperlich erlebbar, Wärme, Geborgenheit und Vertrauen. Bei ihr fühlt sich die Frau sicher und akzeptiert, auch wenn sie etwas macht, das die Freundin nicht versteht. Sie darf schwach und stark sein, kann sich auf die Freundin verlassen in guten und in schlechten Tagen. Die Beziehung zur besten Freundin ist ein relativ angstfreier Raum, in dem die Frauen herausfinden können, wer sie sind, sie sind herausgefordert, sie selbst zu sein, immer mehr sie selbst zu werden - ein großes Maß an Offenheit ist möglich und gefordert.

Die beste Freundin ist die, die am verlässlichsten ist über eine längere Zeit, bei der am wenigsten Vertrauensbrüche vorgekommen sind, oder bei der zumindest das Vertrauen auch wieder hergestellt werden konnte. Es ist auch die, bei der am wenigsten Neid zu fürchten ist, oder wo Neid in der Beziehung angesprochen und aufgearbeitet werden kann. Die Frauen sprechen auch davon, daß diese beste Freundin natürlich auch gelegentlich einen "nervt", daß sie einem manchmal auch ganz und gar nicht gut tut, aber das ist nicht die Regel.

Die beste Freundin ist die, bei der es einem im Moment besonders wohl ist, die einem gut tut, die im Moment Lebens- und Entwicklungsbedürfnisse am besten abdeckt und besonders viel aus dem eigenen Leben weiß. Das ist der Vorteil der Sandkasten- und Schulfreundinnen. Sie sind Zeuginnen des eigenen Lebens, wissen gelegentlich Dinge, die die Frau selbst vergessen hat. Die beste Freundin hat aber auch die Fähigkeit, bestimmte Seiten in einem zu wecken, sie fordert zur Entwicklung heraus. Kann die eine beste Freundin einen anstehenden Entwicklungsschritt nicht stimulierend mit Interesse begleiten, gibt es immer auch noch eine andere. Es scheint weibliche Lebenskunst zu sein, jeweils die Freundinnen zu finden, die die Seiten abdecken, die gerade abgedeckt werden müssen. Das setzt allerdings einen gewissen Zeitwohlstand voraus, denn diese Freundschaften müssen und wollen gepflegt werden. Sie sind ja nicht einfach befriedigend, weil Frauen von Natur aus viel von Beziehungen verstehen, sondern weil Frauen sehr viel für Beziehungen tun. Natürlich gibt es auch Schwierigkeiten, z. B. Eifersucht unter den einzelnen Freundinnen, aber da kein ungeschriebenes Gesetz besteht, daß eine Freundin alle Lebensbedürfnisse abdecken soll, ist die Situation zumindest einigermaßen entschärft.

Die Beziehungen zu den besten Freundinnen ist zusammenfassend einerseits ein Ort des Vertrautseins und des Vertrauens (von 74% der befragten Frauen explizit erwähnt), es ist aber andererseits auch ein Ort der Herausforderung.

Das hängt damit zusammen, daß Frauen sich gegenseitig nicht fremd sind, Frauen haben eine vergleichbare Sozialisation, vergleichbare Schwierigkeiten in einer Gesellschaft, in der das von Männern gemachte so viel sichtbarer ist, sie haben eine vergleichbare Geschichte mit ihrem Leib. Obwohl vertraut, haben Frauen auch für Freundinnen fremde Seiten an sich, und die sind anziehend und ängstigend. Je mehr fremde Seiten eine Freundin hat, umso beunruhigender ist sie, umso mehr weckt sie fremde Seiten in der Freundin, umso mehr fordert sie heraus, Selbstanteile an sich zu entdecken, die noch im Dunkeln liegen, und die hier, projiziert auf die Freundin, faszinieren und ängstigen zugleich (von 28% der interviewten Frauen explizit erwähnt). Die Freundin kann zur Personifikation der "geheimnisvollen Fremden" werden, die die geheimnisvollen, noch zu ergründenden fremden Seiten in der eigenen Psyche der Frau meinen. In diesen Situationen ist auch eine deutliche erotische Anziehung zu spüren. Das Vertrautsein von Freundinnen untereinander, das gegenseitige Vertrauen drückt sich auch darin aus, daß Körperkontakt für viele Frauen ein ganz natürlicher Ausdruck dieses Vertrautsein ist. Körperliche Anziehung spielt bei den meisten Freundschaften eine gewisse Rolle. Freundschaften beginnen ja zu einem bestimmten Zeitpunkt. Eine Frau muß einer anderen Frau in irgendeiner Weise auffallen, und das tut sie zunächst als ein leibliches Wesen, das den Wunsch aufkommen läßt, in näheren Kontakt zu ihr zu treten. Nicht selten beginnt eine Freundschaft mit einer ästhetischen Faszination. Und die ist durchaus auch körperlich (auch wenn die Frau mehr über Kleider spricht). Das sagt aber nichts darüber aus, in welchem Maße die gegenseitige Zuneigung auch körperlich ausgedrückt wird. Aus den Interviews wurde deutlich, daß der körperliche Ausdruck von Zuneigung eine große Rolle spielt, je nachdem natürlich, ob dieser körperliche Ausdruck zu Frauen in der Lebensgeschichte als erlaubt galt. Es wurde in den Interviews unterschieden zwischen einer mehr pflegerischen Nähe und einer mehr spielerischen Nähe. Und es scheint sehr wichtig zu sein, daß auch der Körper der Frau als solcher, eigenes körperliches Begehren und verschiedene körperliche Ausdrucksmöglichkeiten von Zuneigung einer Frau gegenüber - und nicht nur in der Reaktion auf das Begehren des Mannes - erlebt wird. Ein wichtiger Aspekt des originären Selbst.

Welche Lebensbereiche teilen beste Freundinnen?

Es geht einmal um praktische Hilfestellung im Alltag, um das Teilen von Erfahrungen, Sorgen und Nöten. Ebensohäufig wurde in den Interviews genannt, daß das gemeinsame Genießen von Kultur, das gemeinsame Reisen, das Erleben von Kunst, die Diskussion von wissenschaftlichen Themen von großer

Wichtigkeit sind. Im Zentrum steht dabei das Gespräch, das sich nicht nur um diese eher sachlichen Themen dreht, sondern in dem auch vieles gegenseitig über sich selbst ausgedrückt und erfahren wird. Es sind Gespräche im besten Sinne des Wortes: Zwei Frauen formulieren ihre Wahrnehmungen, Empfindungen und Phantasien, sie hören sich gegenseitig interessiert zu, und dadurch kommen Gefühle und Einsichten zur Sprache, die vorher nicht formulierbar waren. Das Gespräch kann also kreativ sein, ist keinesfalls nur das "Getratsche", als das es entwertend etwa bezeichnet wird. Gegenstand der Gespräche sind Beziehungen, Beziehungen zu den Partnern (42%), die Beziehung der Freundinnen untereinander (26%), Zukunftsperspektiven (Kinderwunsch), Gespräche über Therapie, gefolgt von Gesprächen über Politik, kulturelle Ereignisse, Literatur und Spiritualität.

Geht es bei so viel Nähe, Offenheit, Teilen-können miteinander wirklich um Identitätsfindung oder nur um Identifikation? Die Identifikation mit der Freundin ist dann am größten, wenn die Mutterrolle auf die Freundin übertragen wird. Das ist eine der boshaften Interpretationen der Frauenfreundschaft - auch gelegentlich von Therapeutinnen und Therapeuten vertreten - daß die Beziehung zur besten Freundin eine Verlängerung der Beziehung zur Mutter sei, mithin unreif und reiferen Formen zuzuführen. Nun hat die Beziehung zur Mutter und zu Schwestern, falls vorhanden, einen Einfluß auf die Beziehung zu besten Freundinnen. Wer zu den Frauen in der Kindheit Vertrauen aufbauen konnte, kann es auch als erwachsene Frau, findet auch leicht heraus, welche Frauen sich als Freundinnen eignen, welche nicht, d. h., welchen Frauen die Frau vertrauen kann. Das ist sehr wichtig, um schmerzhaften Enttäuschungen vorbeugen zu können. Wer wenig vertrauensvolle Beziehungen zu den Frauen in der Kindheit aufbauen konnte, wird sich zunächst von Frauen fernhalten. Spätestens in der Lebensmitte scheinen diese aber doch auch für sie interessant zu werden.

Unsere Interviews haben ergeben, daß bei den Frauen unter 30 Jahren 36% offen oder etwas verdeckt in der Freundin auch eine Mutter suchten, wobei wiederum deutlich wurde, daß etwa 20% in der Freundin Wesenszüge suchen, die ihrer realen Mutter gerade gefehlt haben (z. B. ein natürliches Selbstvertrauen als Frau). Die Beziehung zur besten Freundin, die Mutteraspekte abdeckt, kann natürlich regressiv sein, die Freundin als die neue, hoffentlich bessere Mutter gesehen werden. Unseren Zahlen zufolge ist das allerdings bei einer kleinen Zahl von Frauen der Fall, es geht eher um eine Ergänzung im Bereich der Muttererfahrungen, die ihrerseits es der Frau dann ermöglichen, mehr sie selbst zu werden. Denn es steht außer Frage, daß Frauen, um zu ihrem originären, d. h. nicht von männlicher Bestätigung abgeleiteten Selbst zu kommen, sich mit der Mutter, dem Mutterkomplex und eigenen mütterlichen Seiten auseinandersetzen und in einen Dialog kommen müssen.

Viel eher als ein über die Zeit hinaus Verweilen im Mutterbereich scheint mir die Beziehung zur besten Freundin ein Ort zu sein, wo Frauen ihre originäre Identität finden können. Immer wieder wurde in den Interviews betont (35% sagen das explizit), daß die Beziehung zur Freundin der Ort ist, wo die Frau sie selbst sein kann, oder herausfinden kann, was sie selbst will, wer sie ist usw. Einmal in dem Sinn, daß die Freundinnen einander nichts vorzumachen brauchen, weil sie einander auch nichts vormachen können. Das gilt besonders für langjährige Freundschaften. Oft aber wurde dieses Selbst-Sein abgegrenzt gegenüber dem Erleben in den Beziehungen zu Männern: Da wird etwa erwähnt, daß die Frau im Zusammensein mit Männern leicht unter Erwartungsdruck kommt, etwas Besonderes sein zu müssen und daß sie sich nicht mehr spontan verhält, sondern unter einem Druck steht, herauszufinden, wie denn der Mann sie am liebsten hätte. Wenn die Frau so erlebt, heißt das, daß sie im Zusammensein mit einem Mann leicht in Gefahr gerät, sich die Identität von ihm verschreiben zu lassen. Das müßten sich auch männliche Therapeuten merken. Diese abgeleitete Identität hat bei der Frau eine Geschichte. Wendet sich ein Mädchen in der Adoleszenz einem Mann zu, der ihr ihre Daseinsberechtigung gibt - als Frau, die einen Mann zu fesseln vermag, wenn sie tut, was man(n) von ihr erwartet - dann muß sie nicht wissen, wer sie ist. Sie muß ihr eigenes Selbst nicht in Ansätzen gefunden haben, denn unsere Gesellschaft bestätigt ihr, daß sie als Frau eines Mannes eine "richtige" Frau ist, auch wenn sie ihre Identität nicht gefunden hat, auch wenn sie ihr originäres Selbst verrät, auch wenn sie immer wieder darauf angewiesen ist, daß der Mann (oder ein Mann) ihr ihre Identität bestätigt, oder sie ihr gar verschreibt ("Du kannst doch in dieser Situation gar nicht so reagieren" ...).

Auf der interaktionellen Ebene taucht laut unseren Interviews ein zusätzliches Problem auf: Frauen können mit Männern nicht so lange über eine Situation sprechen, bis sie herausfinden, was nun wirklich ihr eigenes Interesse ist, da Männer nicht besonders gut zuhören können. Die eigene originäre Identität kann bei der besten Freundin besser erfahren werden, sie wird besser gespiegelt durch eine Frau, wird eher herausgefragt. Es ist aber auch grundsätzlich daran zu denken, daß die Zuneigung zu einer Frau einmal schon eine grundsätzliche Zuneigung zu einem weiblichen Selbst ist, was den Zugang zum eigenen weiblichen Selbst erleichtert, weil es nicht entwertet ist. Frauen mit einem ganz und gar abgeleiteten Selbst eignen sich nicht als Freundinnen. Für sie ist jede andere Frau eine Konkurrentin: Denn wenn sie einen Mann verlieren, verlieren sie nicht nur einen Partner, sondern auch ihre Daseinsberechtigung.

Der Neid der Männer auf die Frauenfreundschaft

Der Neid der Männer, wie wir in den 20 Interviews erfahren haben, bezieht sich auf die selbstverständliche Nähe, die Frauen einander geben können, auf den körperlichen Austausch von Gefühlen, der Frauen erlaubt ist und darauf, daß Frauen in schwierigen Situationen durch die besten Freundinnen selbstverständlich gestärkt werden. Auch die Männer sind der Ansicht, daß Frauen besser zuhören können, deshalb wählen sie sich auch Frauen, wenn sie über etwas länger reden wollen. Es scheint ihnen aber ganz recht zu sein, wenn die Frauen dieses lange Austauschen untereinander pflegen, ihnen wird das leicht zuviel.

Besonders die jüngere Generation der Männer stellt fest, daß die Beziehung ihrer Partnerin zur besten Freundin eine Beziehung ist, die genau so ernst zu nehmen ist wie die Beziehung zwischen ihnen und den Frauen.

"Knackpunkte" in der Frauenfreundschaft

Das Thema der Abgrenzung

In Beziehungen, in denen soviel Nähe möglich ist, soviel Erleben auch an Identifikation, muß Abgrenzung ein Thema sein. Es gehört doch ganz wesentlich zu unserer Identität, daß wir Grenzen haben und selbst Grenzen setzen und uns in unserer Begrenztheit einrichten müssen.

Grenzen haben

In der Regel vermittelt uns unser Körpergefühl, daß wir eigenständige Wesen sind, in unserer eigenen Haut stecken. Dennoch können wir gelegentlich "ganz aufgehen" in einem anderen Menschen. Und dennoch werden wir uns immer wieder auf uns selbst zurückbesinnen müssen. Dieses Sich-Abgrenzen bedeutet, die eigene Befindlichkeit wahrzunehmen und auszudrücken, im Gegensatz oder vielleicht auch nur in der leisen Differenz zur Befindlichkeit des Du. Grenzen haben heißt u. a. auch, sich in einen Gegensatz stellen zu können zu anderen Menschen, zu Beeinflussungen, die von ihnen ausgehen. Das abgegrenzte Ich weiß sich zu unterscheiden von den Ichs der anderen Menschen und kann deshalb auch von ei-

nem Du sprechen. Gerade in einer Beziehung, in der die Frau so offen sein kann, emotional so sehr mitschwingen kann und sich verstanden fühlt, ist die Rückfrage auf das eigene Erleben sehr wichtig.

Grenzen setzen

Grenzen zu haben bedeutet auch, daß die Grenzen beachtet werden müssen. Die Frau muß also auch gelegentlich Grenzen setzen. Es geht dabei nicht um starre, sondern um flexible Grenzen, deren Festlegung von der speziellen Beziehung und ihrer Einwirkung auf den Ich-Komplex und von der aktuellen Lebenssituation bestimmt sind. In Situationen, in denen wir eher uns zu verlieren drohen, wie etwa in Krisensituationen, sind die Abgrenzungen notwendiger.

Grenzen zu setzen wird bei uns als ein Akt von Entschlossenheit angesehen, als ein aggressiver Akt. Es wird doch deutlich die eigene Position neben die eines anderen Menschen gesetzt. Die damit verbundene Angst ist Angst vor Liebesverlust. Wenn es aber stimmt, daß die Frau in der Beziehung zur besten Freundin in einem relativ angstfreien Raum sie selbst sein darf, geradezu sie selbst sein *muß*, dann wäre das gerade daran zu verifizieren, ob diese Abgrenzungen erlaubt sind oder nicht. Vielleicht haben wir es hier, wenn die Abgrenzungen schwer fallen, noch mit alten Verlustängsten zu tun, die übertragen werden.

Abgrenzung als Regel in der Beziehungsdynamik

Es gehört zu den menschlichen Beziehungen, daß Phasen, in denen wir uns mehr miteinander identifizieren, sich mit Phasen, in denen wir uns mehr voneinander unterscheiden, abwechseln. Das hängt damit zusammen, daß sich ein Beziehungsselbst (Kast 1988) konstituiert, wenn wir uns aufeinander einlassen. Dieses ist am ausgeprägtesten in Liebesbeziehungen zu sehen, gilt aber für alle Beziehungen, in denen sich zwei Menschen wirklich aufeinander einlassen. Man hat sich dieses gemeinsame Selbst als die Summe der Erfahrungen und Phantasien vorzustellen, die gegenseitig durch die Beziehung geweckt worden sind und dann auch z. T. im Leben verwirklicht werden. Es geht dabei aber nicht nur um die aktuelle Beziehung, sondern es geht auch um Bilder von Ganzheit, die relativ unbewußt die Ideale der Beziehung prägen (Animus- und Animabilder) und in denen

Entwicklungspotenzen von beiden beteiligten Menschen angelegt sind. Dieses Beziehungsselbst ist immer mehr als das individuelle Selbst, aber auch weniger als dieses; das Beziehungsselbst kann das individuelle Selbst nie ganz umfassen. Es scheint ein Bewegungsgesetz in Liebesbeziehungen zu sein, daß sich Phasen, in denen mehr dieses Beziehungsselbst erlebt wird, in denen wir "symbiotischer" miteinander umgehen, und in denen auch mehr die Geheimnisdimension der Liebe ausgelotet werden, mit Phasen abwechseln, in denen das individuelle Selbst betont wird, die als relative Trennungen erlebt werden. In dieser Situation werden Grenzen gesetzt, ausgehandelt, werden Differenzen im Erleben angesprochen und auch als wichtig erachtet. Auch in der Beziehung der Freundinnen konstellierte sich ein Beziehungsselbst, sie müssen sich immer wieder - um dem Individuationsanspruch gerecht zu werden - auf das individuelle Selbst zurückorganisieren, soll die Beziehung lebendig bleiben.¹

Das aktive Setzen von Grenzen gehört zu dieser Rückorganisation auf das eigene Selbst, und ist gleichzeitig Prüfstein, ob die Beziehung wirklich zur Selbstwerdung anregt, oder ob eher eine Identifikationsmöglichkeit gesucht wird.

Wir müssen auch mit unseren Grenzen rechnen

Ein Frauenleben kann sich zwischen großer Selbstunterschätzung und grandioser Selbstüberschätzung abspielen. Selbstüberschätzung in dem Sinne, daß Frauen grenzenlos gutmütig sein können, sich grenzenlos verausgaben können, ganz selbst-los in einer Situation aufgehen. Selbst-los, ohne eigenes Selbst, ohne ein Besinnen darauf, wo die eigenen Grenzen sind, die Grenzen an Energie, an Einsatzbereitschaft usw. Frauen können sich einander nur zumuten ohne eine Zumutung zu sein, wenn sie mit den eigenen Grenzen und den Grenzen der Freundin rechnen, wenn sie sich auch darauf verlassen können, daß diese angesprochen werden, bevor es zu spät ist.

Der Wunsch nach Nähe und die damit im Zusammenhang stehende notwendige Abgrenzung ist ein hochsensibler Bereich. Das zeigt sich u. a. darin, daß 38% der Frauen nicht mit der Freundin zusammenwohnen möchten. Von den 51% der Frauen, die gerne mit ihren Freundinnen zusammenleben möchten, würden es 23% vorziehen, dies in einer Hausgemeinschaft zu tun. Wenn die Beziehung zu nah wird, dann sehen sich die Frauen seltener, es werden künstlich Meinungsverschiedenheiten aufgebaut - das trennt ja bekanntlich - oder ein hinzukommender Mann schafft die Distanz, die anders nicht zu schaffen war.

¹ vgl. auch Trauerprozesse

Damit ist dann zwar Distanz geschaffen, aber wohl nicht im Sinne des sich Besinnens auf das eigene Selbst.

In der Beziehung zur besten Freundin wird das originäre Selbst zwar stimuliert, es besteht aber auch die Gefahr, daß aus dem Bedürfnis nach ausschließlicher Nähe das Gefühl für das originäre Selbst gerade wieder verloren geht, das heißt dann aber, daß die Frau nur noch Geborgenheit, aber nicht mehr den Anreiz zur Entwicklung spüren würde. Soll die Freundschaft Bestand haben, muß Abgrenzung so gelernt werden, daß für beide ein Gefühl für Grenzen entsteht, auch ein Gefühl dafür, wann sie die Grenzen eines anderen Menschen in einer unzulässigen - weil nicht eingeladenen - Weise überschreiten. Hinter vielen Krisen in Frauenfreundschaften stecken unbereinigte Grenzkonflikte.

Das Ansprechen von Konflikten

Im Zusammenhang mit der notwendigen Abgrenzung steht das Thema des Ansprechens von Konflikten. Frauen scheinen internalisiert zu haben, daß sie "konfliktscheu" seien. Auf jeden Fall wurde in den Interviews dagegen argumentiert.

Es gibt die erwarteten Äußerungen, daß Frauen Konfliktpunkte nicht ansprechen, aus Angst vor Liebesverlust, aus Angst vor einer Verstimmung, obwohl sie wissen, daß das Nichtansprechen gerade die Verstimmung noch befördern wird, und fast zwingenderweise eine Unterbrechung oder eine Distanzierung in der Beziehung provoziert (4%).

Immerhin erwähnen dann aber 26% der Frauen, daß sie Beziehungsprobleme in der Freundschaftsbeziehung ansprechen, und da scheint es gelegentlich auch recht laut herzugehen.

16% von den befragten Frauen, die das Thema der Auseinandersetzung ansprechen, erwähnen, daß die Freundin, und *nur* die Freundin sie kritisieren darf. Nnur von ihr lassen sie sich etwas sagen, weil sie wissen, daß es ihr nicht darum geht, die Freundin zu entwerten, sondern wirklich etwas zu verändern.

Ansatzweise wurde auch ein Modell der Auseinandersetzung formuliert, das vielleicht den Frauen angemessener ist. Ich habe den Eindruck, daß Frauen oft Konfliktscheu angelastet wird, weil sie anders streiten und weniger dieses pingpongartige Spiel der Argumente betreiben, bei dem es darum geht, daß der eine den anderen in die Ecke drängt und letztlich gewinnt. Eine Frau beschreibt, daß sie so lange sich mit ihrer Freundin auseinandersetzt, bis sie sich wieder zusammensetzen können. Auseinandersetzen heißt dann, die Beweggründe zu verstehen, die Verletzungen zu benennen usw. Eine solche Form der Auseinandersetzung ist

sehr zeitintensiv. Die Frau wird sie nur führen, wenn ihr die Beziehung sehr wichtig ist. Sonst wird zu dem bewährten Mittel gegriffen: Funkstille, Distanz, gelegentliche Wiederannäherung.

Neid, Rivalität, Eifersucht

In den Interviews sprechen 27% der Frauen das Problem von Neid, Rivalität und Eifersucht im Sinne von "störenden Problemen" an. In diesem Zusammenhang erweist sich, ob die Freundin auch in ihren starken Seiten gesehen und genossen werden kann. 4% der Frauen erwähnen ausdrücklich, daß die Frau als beste Freundin zu bezeichnen ist, bei der nicht, sobald der einen etwas gelingt und glückt, Gefühle des Neides, oder zumindest nur eine harmlose Form davon, geweckt werden. Bei ihr können Freude über Erfolge geteilt werden und allenfalls aufkeimender Neid kann in ein konstruktives Rivalisieren überführt werden.

Gefühle des *Neides* setzen uns in einen für uns wenig schmeichelhaften Gegensatz zur beneideten Person. Der Neid hätte die Funktion, uns deutlich zu machen, daß wir mit uns selbst nicht mehr einverstanden sind, er wäre ein Anruf an unser originäres Selbst. Machen wir genug aus unserem Leben? Machen wir das, was wirklich zu uns gehört? Es kann auch der Anruf sein, unser Selbstbild zu korrigieren, unsere Grenzen zu akzeptieren und innerhalb der Grenzen unser Land zu bebauen. Neid ist ein äußerst unangenehmes Gefühl, es wird deshalb verdrängt, wir idealisieren dann unqualifiziert, oder wir entwerten, notfalls nicht nur die Neiderregerin, sondern gleich das ganze Leben.

Aus der Geschwisterforschung weiß man (Bank u. Kahn 1989), daß Neid dann am leichtesten in konstruktives *Rivalisieren* überführt werden kann, wenn zwischen den Neidgefährten eine Wir-Beziehung herrscht oder hergestellt werden kann, wenn die Neiderin also in dieser Situation nicht ausgestoßen wird. Das müßte in einer Frauenfreundschaft bei so viel Nähe und einem deutlich wahrnehmbaren Wir-Gefühl möglich sein, setzt aber voraus, daß der Neid auch angesprochen wird.

Die Konkurrenz bezieht sich auf das Aussehen, das Wesen der besten Freundin, auf die Beliebtheit bei Männern und Frauen, auf das Haben bzw. Nichthaben von Kindern, auf den beruflichen Erfolg, besonders bei den jüngeren Frauen. Die Frauen ärgern sich über ihre Konkurrenzgefühle, denn zu ihrem Selbstbild gehört, daß sie gewährend sind und der Freundin den Erfolg gönnen. Wird das Gefühlsdilemma, in dem sich die Frau vorfindet formuliert, besteht eine gute Möglichkeit, daß sich die beiden auch in dieser Situation wiederfinden.

Die *Eifersucht* wird eher am Rande erwähnt, nämlich Eifersucht der Freundinnen untereinander, v. a. aber die Eifersucht der männlichen Partner auf die Freundin. Falls Entscheidungen gefällt werden müssen, wird die Freundin "geopfert". In den Interviews wird auch die Eifersucht auf die Freundin genannt, wenn der Partner diese sehr attraktiv findet. Wie mit der Eifersucht umgegangen wird, kam in den Interviews wenig zum Ausdruck. Unschwellig schwingt die Aussage mit, daß der Partner ein Recht auf Eifersucht habe, die Freundin aber nicht. Warum eigentlich?

Frauenfreundschaft - Fundgrube neuer Beziehungswerte?

Es könnte bei den Frauenfreundschaften um mehr als um das Finden einer originären weiblichen Identität und um emotionale und instrumentelle Unterstützung gehen. Werte, die in dieser Beziehung angestrebt und z. T. verwirklicht werden, könnten zu allgemeinen Werten einer Beziehungstypologie erklärt werden, denen nachzuleben sich lohnen würde, will man Beziehung wirklich mehr in den Mittelpunkt unseres Interesses stellen und Beziehung als zentralen Wert erklären. Es wären Werte, die den Menschen, Frauen und Männern, sowohl Geborgenheit als auch Anreiz zu Entwicklung bieten würden.

Ich habe diese Werte für die Verallgemeinerung aus den Interviews herausdestilliert. Die Werte stehen nicht als einzelne da, sondern miteinander in Beziehung, sie sind vernetzt. Zentral ist der Wert der *Achtsamkeit*.

Achtsamkeit

Mit Achtsamkeit (Raymond 1987) meine ich, daß Freundinnen einander sehen, wahrnehmen, Zuwendung geben, Gefühle der Zuneigung ausdrücken und auch annehmen, emotional echt, und offen auf eine Situation zu reagieren, Kritik üben im besten Sinne, nämlich auf eine Verbesserung der Situation hin und nicht aus Entwertungsgründen aus Konkurrenzgefühlen heraus.

Dieses Sehen und Gesehenwerden, auch in dem, was einem primär nicht paßt, bestärkt aktuell das Gefühl der Identität und gibt ein Gefühl von Wirklichkeit und Daseinsberechtigung. Zur Achtsamkeit gehört Respekt vor der Persönlichkeit des anderen. Achtsamkeit ist so besehen eine Werthaltung, die dem Dominieren über einen anderen Menschen und dem Bestimmenwollen über andere entgegensteht,

die bedeutet, auch in sich selbst gegen die Haltungen des Dominierens und Bestimmens anzukämpfen.

Die Achtsamkeit ist eine Werthaltung, die auf Gleichwertigkeit beruht, und einer Haltung des Akzeptierens, des Förderns, des Schützens und des Konfrontierens entspringt.

Achtsamkeit ist von allen Beteiligten gefordert, auch Achtsamkeit auf die eigenen Gefühle. Werden Gefühle des Ärgers und der Feindseligkeit nicht eingebracht, wird die Achtsamkeit gemindert; werden die Gefühle der Zuneigung nicht eingebracht, kann die Achtsamkeit leicht zu einer Form der Überwachung verkommen.

Achtsam kann nur sein, wer mit den eigenen Enttäuschungen umgehen kann, wer akzeptiert, daß das Leben Bewegung ist, daß nichts für immer gegeben ist, auch nicht das Wesen der besten Freundin oder das Wesen dieser engen Beziehung. Achtsamkeit könnte nicht nur ein zentraler Wert im Umgang mit den Menschen sein, sondern auch mit der Natur. Achtsamkeit ist eine Form der fördernden Liebe zum Leben und zum Lebendigen. Zur Achtsamkeit hinzu kommt der Wert der *Verfügbarkeit*.

Verfügbarkeit

Ich gebrauche diesen Ausdruck im Sinne der "disponibilité" von Gabriel Marcel (1964), eine Haltung, die es zuläßt, daß das Leben von uns Besitz ergreift und uns auch verbraucht, daß Ideen, Gedanken, Phantasien von uns Besitz ergreifen und auch ein Recht haben, teilweise verwirklicht zu werden. Auch läßt diese Haltung zu, daß das Leben eines uns nahestehenden Menschen über unser Leben verfügt, nicht in dem Sinne, daß dieser andere Mensch als solches es wäre, der über unser Leben verfügen dürfte, eben gerade nicht - das verböte die Achtsamkeit - sondern daß es die Beziehungsnotwendigkeiten sind, die dazu führen, daß das eigene Leben von ihnen beeinflußt ist, beeinflußt sein darf.

Im konkreten Alltag heißt das, daß die Freundin fast jederzeit auf ein Problem hin, eine Hilfestellung oder auf eine Überlegung hin angesprochen werden kann. Es ist möglich, sich gegenseitig zuzumuten, ohne eine Zumutung zu sein. Man kann aufeinander zählen.

Verfügbarkeit als Wert meint darüber hinaus, auch offen zu sein für neue Ideen, sich durch neue Ideen und neue Gedanken in Frage stellen zu lassen und sich nicht dagegen abzusperren. Sich der Offenheit der Zukunft zu stellen, und damit auch zu hoffen heißt, sich nicht der Gewohnheit zu beugen.

Damit Verfügbarkeit eine Haltung wird, die sich dem Leben bereitwillig zur Verfügung stellt, und sich nicht ständig sperrt gegen jede Veränderung, gegen jede Anforderung, aber auch nicht verkommt zu einer Situation des Ausnutzens und Ausgenutztwerdens, müssen wir lernen, uns abzugrenzen, unsere Grenzen und die unserer Mitmenschen zu akzeptieren, auch im Verfügbarsein. Dies heißt aber wiederum auch, achtsam mit uns und den anderen Menschen umzugehen.

Die Haltung der Verfügbarkeit läßt den Reichtum des Lebens sich erst richtig entfalten und führt zu einem Staunen darüber, was alles möglich ist im menschlichen Leben - sie ist sozusagen die Kehrseite der Resignation oder der Langeweile. Zu Achtsamkeit und Verfügbarkeit hinzu kommt *Verlässlichkeit*.

Verlässlichkeit

Achtsamkeit und Verfügbarkeit werden erst wirklich zu Werten, wenn man sich in den Beziehungen auch darauf verlassen kann, daß das Werte sind, die dem anderen Menschen auch wichtig sind.

Sich verlassen können aufeinander - im Gegensatz zu einander ständig verlassen - hat deshalb Bedeutung, weil die Bindung, die Nähe, die Geborgenheit auf Gegenseitigkeit hin wichtig sind, ebenso wie die emotionale Verbundenheit in ihrer Bedeutung für das gute Lebensgefühl, das Gefühl einer Lebenssicherheit, als Möglichkeit auch der Angst begegnen zu können.

Verlässlichkeit meint den Willen zur Kontinuität durch alle Konflikte hindurch, meint aber auch, die Beziehung verantwortlich zu leben: Man übernimmt Verantwortung für die Beziehungsprozesse, die im Gange sind.

Diese Verlässlichkeit auch als Wille zur Kontinuität und damit auch zum Wachsen einer Beziehung muß sich immer wieder in punktueller Verlässlichkeit erweisen. Verlässlich sein im Einhalten von Versprechungen, verlässlich sein in der Echtheit der emotionalen Reaktionen usw. Die Verlässlichkeit wird immer wieder neu definiert unter den Menschen, die miteinander eine Beziehung eingehen, indem sie Konflikte miteinander austragen, in denen es um Unzuverlässigkeit geht, aber auch um das Thema des Verlassenwerdens, denn Unzuverlässigkeit ist eine Form des Verlassenwerdens. Sich Verlassen und sich wieder neu Einlassen aufeinander muß als Bewegung auch in guten Beziehungen verstanden werden, wobei das wieder neu aufeinander Einlassen im wesentlichen im Einlassen auf den Konflikt, der durch die Unzuverlässigkeit aufgebrochen ist, besteht.

Achtsamkeit, Verfügbarkeit und Verlässlichkeit werden in den Beziehungen zu den besten Freundinnen in einer Atmosphäre, die der Werthaltung der *Zärtlichkeit* entspricht, gelebt.

Zärtlichkeit

Zärtlichkeit als Ausdruck von Achtsamkeit, Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit in der Beziehung, und gleichzeitig auch als Ausdruck von nicht zu packender, sondern umhüllender Liebe, eine Haltung, die auch das Zarte im anderen Menschen und in sich selber begreift, und es dem anderen Menschen auch erlebbar macht, aus ihm oder aus ihr herausliebt, und dieses Zarte auch schützen will, auch vor dem eigenen harten Zugriff. Zärtlichkeit kümmert sich um das Zarte, und auch um das, was werden will, um das Neue.

Die Zärtlichkeit verliert ihren Wert dort, wo sie zu einem Verzärteln wird, wo einem anderen Menschen nicht auch das Unzarte, Harte, Wilde zugemutet wird.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Beziehung zu den besten Freundinnen ist das Teilen von *Freude* als Wert.

Freude

Das Erleben von Freude, das Teilen von Freude, das Anstecken mit Freude, das sich freuen aneinander, das sich freuen aufeinander, geben den Beziehungen eine ganz spezielle Färbung und tragen wesentlich dazu bei, daß so viel Geborgenheit in ihnen entsteht.

Das Zulassen der Freude, das bewußte Wahrnehmen der Freude vermehrt die Freude. In Momenten der Freude erleben wir uns als Menschen, die ganz und gar einverstanden sind mit sich selbst, mit der Mitwelt und mit der Umwelt. Das gibt uns ein gutes Selbstgefühl und die Gewißheit, fraglos für einen Moment in Beziehungen zu anderen Menschen eingebunden zu sein, fraglos auch ein Teil eines uns umfassenden Lebens zu sein. Das Erleben von Freude hat einen großen Einfluß auf unseren Selbstwert und erlaubt uns auch, in den Momenten der Freude unser originäres Selbst zu spüren.

Freude schafft größere Verbundenheit durch die Stimulierung eines guten Selbstwert- und Daseinsgefühls. Freude ist die Emotion, die zu solidarischem Verhalten führt.

Problematisch würde die Freude dann, wenn in einer Beziehungskultur die andere Seite des Daseins, das Durchdringen der Widerständigkeit des Alltags, im privaten Leben wie auch in der Politik, ausgeblendet würde. Zum Verfall der Freude würde also ein Rückzug von den Problemen und des Kummers führen.

Ein weiterer Wert, der mit allen vorabgenannten in Zusammenhang steht, ist das Wertschätzen einer *Alltagskultur*.

Alltagskultur

Gesten, die Beziehung ausdrücken - etwa das vierblättrige Kleeblatt für den Gang ins Krankenhaus, eine liebevolle Aufmerksamkeit, ein warmes Essen zur richtigen Zeit, ein Gedicht auf dem überfüllten Schreibtisch, das sind Wegmarken einer kultivierten Beziehungslandschaft. Es ist eine bisher wenig beachtete Kultur, aus einem sich Betreffenlassen heraus erschaffen, nicht für die Ewigkeit gedacht, und doch von allergrößter Wichtigkeit für eine Lebensatmosphäre, in der man sich wohl fühlen kann.

Diese Form der Alltagskultur steht selbstverständlich neben allen anderen Werken der Kultur, die Menschen schaffen, aber sie müßte auch als eine Form der Kultur verstanden werden, als eine Form der Beziehungskultur.

Dazu scheint sich mir - in den Interviews recht verhalten - eine weitere Werthaltung zu zeigen: Das Zulassen der Sehnsucht nach Sinn und Mitte, nach einer *Spiritualität*, die im Zusammenhang steht mit dem Erleben und Teilen von inneren Bildern, Träumen und Erlebnissen in der Natur.

Spiritualität

Diese Sehnsucht ist kaum zu unterscheiden von der Sehnsucht nach dem originären Selbst, steht aber auch damit im Zusammenhang, daß für ein umfassenderes Beziehungsselbst auch ein Symbol gefunden werden müßte. Wahrscheinlich wäre es sinnvoll, diese Sehnsucht danach einander immer wieder mitzuteilen - das setzt allerdings viel Vertrauen voraus - vielleicht würden sich dann aus diesen geteilten Sehnsüchten heraus langsam Bilder kristallisieren.

Problematisch scheint mir, wenn einzelne Frauen Bilder, die für sie selbst durchaus eine Stimmigkeit haben, für sie im Moment Sinn und Mitte und emotionale Ergriffenheit bedeuten, als Bilder anbieten, die für alle Frauen gelten sollen, also eigentlich wieder eine neue Ideologie setzen.

Gerade das Wissen um Spiritualität muß immer wieder dem Erleben anderer Menschen ausgesetzt und mit ihnen diskutiert werden; würde es zu einem statischen Besitz, verlöre es die bewegende Kraft und würde allenfalls wieder zu einer Anhäufung von Regeln, die befolgt werden müssen.

Alle diese möglichen Werte einer Beziehungskultur: Die Achtsamkeit, die Verfügbarkeit, die Verlässlichkeit, die Haltung der Zärtlichkeit und der Freude, das Wertschätzen einer Alltagskultur, der Wert der Innerlichkeit in Form einer gewissen Spiritualität sind Aspekte des Wertes der *Solidarität*.

Solidarität

Eine Beziehungskultur ist eine Kultur der Solidarität. Wenn es uns wichtig ist, eine Kultur der Solidarität aufzubauen, dann könnten wir diese Werte, die als Ideal der Beziehung in der Frauenbeziehung stecken, aufnehmen und unsere Beziehungspraxis an dieser Beziehungstheorie messen. Die typischen Probleme, die in der Beziehung zur besten Freundin auftreten, wären natürlich auch zu erwarten.

Literatur

- Bank SP, Kahn MD (1989) Geschwisterbindung. Junfermann Paderborn
- Belle D (ed) (1982) Lives in stress. Woman and depression. Beverly Hills
- Bowlby J (1969, 1980) Attachment and Loss. Hogarth, London
- Kast V (1988) Das Paar: Mythos und Wirklichkeit. In: Pflüger PM (Hrsg) Das Paar - Mythos und Wirklichkeit. Neue Werte in Liebe und Partnerschaft. Walter, Olten
- Kast V (1992) Die beste Freundin. Was Frauen aneinander haben. Kreuz, Stuttgart
- Marcel G (1964) Philosophie der Hoffnung. List, München
- Raymond JG (1987) Frauenfreundschaft. Philosophie der Zuneigung. Frauenoffensive, München
- Stern L (1992) Vorstellungen von Trennung und Bindung bei adoleszenten Mädchen. In: Flaake K, King V (Hrsg) Weibliche Adoleszenz. Campus, Frankfurt aM

Lebensformen der männlichen, gleichgeschlechtlichen Liebe

Erhard Künzler

"Wir haben aber alle ein Interesse daran, daß auch in sexuellen Dingen ein höherer Grad von Aufrichtigkeit unter den Menschen Pflicht werde, als es bis jetzt verlangt wird.

Die sexuelle Sittlichkeit kann dabei nur gewinnen. Gegenwärtig sind wir in Sachen Sexualität samt und sonders Heuchler, Kranke wie Gesunde. Es wird uns nur zugute kommen, wenn im Gefolge der allgemeinen Aufrichtigkeit ein gewisses Maß von Duldung in sexuellen Dingen zur Geltung kommt."

Sigmund Freud (1898, GW Bd. 1, S. 489ff.)

Als die Leiter der Lindauer Psychotherapiewochen *Neue Lebensformen und Psychotherapie* zum Leitthema der ersten Arbeitswoche dieses Jahres wählten, entschlossen sie sich, den "homoerotischen" Lebensformen einen eigenen Vortrag einzuräumen. Sie dokumentierten damit die Notwendigkeit der Information über die in unserer Gesellschaft gelebte gleichgeschlechtliche Liebe und die Diskussionswürdigkeit des Gegenstandes. Daß ein psychotherapeutisches Forum – und noch dazu vom Gewicht und von der Reputation der Lindauer Psychotherapiewochen – begierig ist, von sich aus über die männliche Liebe zu reden, ihr Existenzberechtigung einzuräumen, sie nicht von vorneherein als Pathologie abzustempeln, weist auf eine Neuorientierung in der Geschichte der Psychotherapie hin und läßt mich den Veranstaltern mit allem Nachdruck für ihren innovativen Mut danken. Ihre zweite Kühnheit übertrifft die erste, anstelle eines renommierten Vertreters der Wissenschaft einen Betroffenen um Darstellung zu bitten. Damit brechen sie mit einer festgeschriebenen Tradition: So viel man in über mehr als 100 Jahren in Psychotherapie und Psychoanalyse auch *über* Homosexuelle als Kranke geredet, geschrieben, geforscht hat, bisher hat man nie *mit* ihnen als Gleichberechtigten gesprochen, keinen Dialog mit ihnen geführt.

Wenn Sie von meinen Erfahrungen und Auffassungen über gleichgeschlechtliche Liebe unter Männern hören und lesen, mit mir darüber nachdenken wollen, so

empfinde ich darin eine persönliche Anerkennung, die mich freut und ehrt, und für die ich dankbar bin. Ich sehe in unserer Veranstaltung jedoch nicht nur eine Plattform für Information und Diskussion, ich sehe in ihr auch einen der Ausgangspunkte, von denen aus verletzte Würde homosexueller Männer wiederhergestellt werden kann, einen ersten Schritt der Wiedergutmachung für all die unsäglichen Leiden, mit denen Generationen und aber Generationen uns verfolgt haben und noch immer verfolgen. Insofern fühle ich mich nicht nur als Einzelperson, sondern auch als Repräsentant von vielen, denen ich verbunden und verpflichtet bin. Daß sich Psychotherapien unterschiedlichster Ausrichtung der gesellschaftlichen Verfolgung und Diffamierung homosexueller Männer angeschlossen haben, gehört zu den dunkelsten Kapiteln unserer Disziplinen.

Beim Nachdenken über das gestellte Thema wurde mir schnell klar, daß ich vor Ihnen nicht das Panorama gleichgeschlechtlichen Liebens, wie es heute gelebt wird, entfalten möchte; auch wenn die eine oder der andere das erwartet. Ich halte es für wenig effektiv, Ihnen zu demonstrieren, was die Wirklichkeit ist. Schwule Männer sind Menschen wie du und ich. Sie leben die gleichen Leben, sie sind in ihrer Liebe so hoffnungsvoll und glücklich, in ihren Enttäuschungen so niedergeschlagen und verzweifelt wie jedermann. Nur dort, wo sie bei öffentlicher Diffamierung und Verfolgung die Formen ihres Lebens und Liebens nicht frei gestalten können, sind diese verbildet und verkümmert. Einige von Ihnen würden sagen: das wissen wir sowieso. Andere würden denken: der spricht nur für sich selbst! Wie Schwule leben und wie sie sind, das wissen wir besser. Und denen, die schwanken zwischen dem, was sie glauben sollen, und dem, was sie wissen können, wird der Zweifel durch die Schilderung von Lebensbildern nicht verringert. Hier kann ich auch auf die inzwischen reichlich fließenden Informationsquellen verweisen.

Beim Formulieren meiner Gedanken verlor ich mich nach euphorischen Anfängen immer wieder im Gestrüpp von Unklarheiten. Schließlich entdeckte ich, daß ich vertraute, ausgetretene Wege verlassen, Neues wagen muß. Diese Anstrengung muß ich auch von Ihnen als Zuhörer verlangen. Deshalb möchte ich den Hörer und Leser daran teilnehmen lassen, welche Einsichten ich mir erschlossen habe. Allmählich schälten sich folgende Problemkreise heraus:

- 1) Worin liegt die Brisanz des Themas?
- 2) Warum können wir nicht sehen, was an schwulem Alltag uns "vor Augen liegt"?
- 3) Gibt es den oder die Homosexuellen überhaupt? Oder sind diese Kategorien nur Fiktionen?

4) Hat die psychoanalytische ¹ Fragestellung, ob Homosexuelle gesund oder krank, neurotisch oder gar präödipl gestört sind, überhaupt eine außeranalytische Relevanz?

5) Müssen die vorgeblich wissenschaftlichen psychoanalytischen Theorien zur Homosexualität des Mannes als Dispositive der Macht, als Mittel der Propaganda entlarvt werden?

ad 1) Welches Interesse haben Psychotherapeuten an den Formen gelebter gleichgeschlechtlicher Liebe unter Männern?

Ich denke, daß sich viele gerne mit der Position eines teilnehmenden und dennoch distanziert-neutralen, wissenschaftlichen Beobachters zufrieden geben möchten. Können wir unser Interessenfeld begrenzen, indem wir das, was ist, katalogisieren, nach seiner Entstehung forschen und nach seiner Dynamik fragen, eventuelle gesunde Anteile unberührt lassen und für pathologische Verstrickungen therapeutische Hilfe bereitstellen? Mit den Vorstellungen über eine bisexuelle Anlage und Ausstattung eines jeden Menschen und über eine ubiquitäre milde, unanstoßige Homoerotik könnte die Basis für eine solche neutrale wertfreie Einstellung gegeben sein.

Doch wir werden von der Tatsache ernüchtert, daß Homosexualität nicht in erster Linie ein Gegenstand von Wissenschaft, sondern ein gesellschaftspolitisches Konfliktfeld ist, bei dem es keine unbeteiligten Zaungäste gibt. Freud (1916/ 17, S. 314 f.) hat am Scheideweg gestanden. Mit welcher Klarheit er und wir ihn sehen, darüber müssen wir sprechen: Homosexuelle ...

" ... sind Männer und Frauen, sonst oft – nicht immer – tadellos gebildet, intellektuell wie ethisch hochentwickelt, nur mit dieser einen verhängnisvollen Abweichung behaftet ...

¹ Ich werde im folgenden immer wieder von der Psychoanalyse sprechen, weil sie das Fach ist, in dem ich zuhause bin. Ich möchte jedoch zwei Punkte ausdrücklich festhalten: Die Meinungen sind in der Psychoanalyse nicht einhellig. Wenige Psychoanalytiker teilen Freuds Unvoreingenommenheit gegenüber einer praktizierten Homosexualität des Mannes, in neuester Zeit u. a. der späte Morgenthaler (1984), Isay (1990), Friedman (1988). Die Mehrzahl der Psychoanalytiker von Sadger (1921) über Socarides (1971) bis Kernberg (1985) arbeitet an der Verfolgung und Eliminierung von Homosexualität. Was ich von der Psychoanalyse sage, gilt auch für einige andere tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Schulen. C. G. Jung hat in der Theorie von der Homosexualität erklärt: "Ihre Auffassung als pathologische Perversion (sei, E. K.) fragwürdig" (1983, S. 86), in der Praxis – wie etwa gegenüber Magnus Hirschfeld – war er von einer rüden Antihomosexualität. Alfred Adler (1917), Wilhelm Reich (1933, 1936), Erich Fromm (1972), Alexander Lowen (1980) haben männliche Homosexualität bekämpft.

Natürlich sind sie nicht, wie sie auch gerne behaupten möchten, eine 'Auslese' der Menschheit, sondern enthalten mindestens ebenso viele minderwertige und nichtsnutzige Individuen wie die in sexueller Hinsicht anders (heterosexuell, E. K.) Gearteten."

"Verhängnisvolle Abweichung" oder eine "Variante menschlicher Möglichkeiten": Das hat im christlichen Abendland und bei seinen säkularen Nachfolgern bis in unsere Tage über "Sein oder Nichtsein" homosexueller Männer entschieden. Die institutionalisierte Psychoanalyse ist aus dem umgrenzten Raum des Behandlungszimmers – nach Freud ihre angestammte Stätte der Forschung und der Heilung – hinausgetreten, hat Partei ergriffen und Politik gemacht, sie hat den Homosexuellen den Zugang zur psychoanalytischen Gemeinschaft verwehrt. Andere Psychotherapieformen sind offener und geben homosexuellen Männern die Chance, sich als befähigte Therapeuten zu erweisen. Ich kenne erfolgreiche und einfühlsame schwule Gestalt- und Körpertherapeuten, Bioenergetiker, Atem- und Kunsttherapeuten. Von verschwindenden Ausnahmen abgesehen kann jedoch bis heute niemand seiner Identität und Neigung entsprechend zugleich die Lebensform offener Homosexualität und den Beruf des Psychoanalytikers wählen. Nehmen wir Erdheims (1994) Gedanken auf, die in seinem Beitrag aufwirft, dann ist zu sagen, daß Psychotherapie und Psychoanalyse die Politik auch im Behandlungsraum installierten, als sie Homosexualität zu einer zu behandelnden Störung erklärten. Nach Erdheim ist Kranksein in unserem Kulturbereich eine "Einübung in Unterwerfung" und Krankheit "eine Einübung in die Identifikation mit der Herrschaft".

ad 2) Wenn Sie von mir Information über die und eine Diskussion der Lebensformen der gleichgeschlechtlichen männlichen Liebe erwarten, gehe ich davon aus, daß Ihnen die Lebenswelten homosexueller Männer fremd sind. Ich selbst habe über Jahrzehnte ebenso wie die Menschen meiner Umwelt in einem solchen Zustand wissender Unwissenheit verbracht: Homosexuelle, das sind ferne Wesen; sie sind faszinierend anziehend und gleichzeitig als hochvirulent zu meiden. Sie leben in ihrer eigenen abgeschlossenen geheimnisvollen Welt, aus der gelegentlich, ganz selten einmal, einer von ihnen als ganz normales Wesen auftaucht – der aber bestimmt nicht charakteristisch für ihre Gesamtheit sein kann.

In einem eklatanten Kontrast zu dieser Überzeugung getrennter Welten steht die Realität des Alltags: Homo- und heterosexuelle Lebenswelten durchdringen sich. Selbst wenn die neuerlich mitgeteilten Zahlen über einen Anteil von 10% an der männlichen Bevölkerung nur für besondere großstädtische Ballungszentren gelten sollten, wenn ansonsten unter 25 Männern ein Homosexueller oder gar unter 100 nur einer anzutreffen ist, gibt es niemanden, der nicht seinen oder seine Homosexuellen kennt. Das kann nicht nur ihr Friseur, das kann auch ihr Briefträger sein, ihr Florist, aber auch der Angestellte ihrer Bank, der Mann von

der Müllabfuhr wie ihr Augenarzt, der Pfarrer wie der Studienrat, der Polizist wie der Metzger.

Und dennoch: Im Alltag sind Heterosexuelle – und die heterosexuell sein wollen – von den Homosexuellen wie durch eine irrationale Wand getrennt, durchlässig und undurchdringlich zugleich. Heterosexuelle arbeiten, leben mit Homosexuellen, ohne sie wahrzunehmen und für "wahr" zu nehmen. Durch unzählige Hinweise in Frage gestellt, wird als Glaubensgewißheit dennoch aufrechterhalten: Schwule sind obskure Einzelgänger, haben einen fragwürdigen Charakter, leben ein ungezügelter Sexualleben und frönen perversen Sexualpraktiken. Ich möchte darauf hinweisen, daß solche Vorurteile, solche Borniertheit, nicht das Vorrecht von Laien sind, sie werden auch von vielen Seelenkundlern geteilt. Mich beschäftigen diese tiefe Kluft, die Kräfte und Motive hinter der gewaltsam aufrechterhaltenen Trennung:

Viele Menschen sind irritiert bis hin zu Gefühlen von Unwirklichkeit, wenn sie auf homosexuelle Männer und homosexuelle Lebenswelten treffen. Es ist eine Verwirrung, die sich in den Gedanken ausdrückt: "Ein ganz normaler Homosexueller! Das kann nicht wahr sein! Das darf nicht wahr sein! Das ist bestimmt eine große Ausnahme!" Diese Verwirrung ist Folge eines schweren psychischen Konflikts, denn die festgeprägten inneren Leitbilder mit der rigorosen Verpflichtung zur Abgrenzung und Ausgrenzung und die Außenwahrnehmung begleitet von Regungen der Toleranz widersprechen sich zutiefst. Lange bevor wir den ersten homosexuellen Mann bewußt erkennen, hat unsere Sozialisation uns das aversive Bild von dem eingebrannt, wie wir den Homosexuellen wahrzunehmen haben. Wir sind verwirrt, weil das Leitbild für uns gültig ist, und gleichzeitig – und sei es nur für einen Moment – die Wirklichkeit dieses Schema eindeutig in Frage stellt. Meist arbeitet – bewußt oder unbewußt – die Verleugnung gründlich und schnell: Die Wirklichkeit des Homosexuellen wird zum Trugbild erklärt und das Vorurteil erneut gefestigt.

Eine herrschende heterosexuelle Majorität, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstehende Sexualwissenschaft und die verschiedenen Tiefenpsychologien haben den homosexuellen Mann stets als ein selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Individuum behandelt, sei es, daß sie ihm mit den Prinzipien einer autoritären Erziehung begegneten: "Du allein bist der Urheber deiner Taten!", sei es, daß sie ihn als naturgesetzlich bestimmtes Objekt wie in einer Experimentalsituation isolierten. Dementsprechend gelten seine Haltung, sein Verhalten als Ausdruck *seiner* Charakterstruktur, seine Lebensform als Ausfluß *seines* Wesens. Eine solche Einstellung macht Verfolgung leicht, ermöglicht sie vielleicht erst. Sie exkulpiert auch den Verfolger von der Verantwortung dessen, was tatsächlich der Fall ist, nämlich daß die verkümmerten und verbildeten Formen gleichgeschlechtlichen Liebens Ergebnis der Verfolgung sind oder in klaren Worten: Ergebnis unsozialer und inhumaner Defekte der in unserer

Gesellschaft handelnden heterosexuellen männlichen Charaktere. Wann hätte je ein Mensch anders als in Wechselwirkung mit seiner Umwelt gelebt, wann wäre je ein Mensch isoliert von seiner Umwelt als lebendiges Wesen zu erfassen!?

Sollten wir uns mit der Frage nach "neuen Lebensformen" suggerieren wollen, daß die modernen Zeiten schon begonnen haben, so ist das für den Sektor gleichgeschlechtlicher männlicher Liebe entschieden zurückzuweisen. Erst wenn die Gesellschaft die Gestaltung intimer Beziehungen aus ihrer Reglementierung und ihrer Kontrolle entläßt, werden auch gleichgeschlechtlich Liebende innerhalb der Begrenzungen menschlichen Vermögens ihre Lebensformen nach ihrem Sehnen und ihrem Begehren gestalten.

Zweifellos haben sich unter Liberalisierung, Entkriminalisierung und Entpathologisierung die Freiräume erheblich erweitert; doch solange Homosexualität ein Stigma ist, ist das Leben gleichgeschlechtlich Liebender unter ständiger öffentlicher Bedrohung von den feingezielten Diffamierungen bis zu brutaler Gewalt ein beschädigtes Leben, ist die Persönlichkeit homosexueller Frauen und Männer durch Fremdeinfluß geformt bis verbildet.

Ich verstehe nicht, woher Fürstenau (1994) die kühne Vision genommen hat, homosexuelle Männer als in unserer Gesellschaft integriert zu sehen. Denken Sie an den Terror, den amerikanische Militärs veranstalten und damit Bill Clinton hindern, sein Wahlversprechen zu realisieren, die Diffamierung homosexueller Männer in der US-Army zu beenden.

Gewiß, wir werden nicht mehr in die KZs geschickt und nicht mehr in den Gasöfen verheizt. Wir werden auch nicht mehr wie im München des früheren Kreisverwaltungsreferenten Peter Gauweiler oder im Hamburg des jungen ehrgeizigen Innensenators Helmut Schmidt, unseres heutigen Altbundeskanzlers, von der Polizei gejagt und in "Rosa Listen" amtlich geführt. Doch die neuen Freiheiten sind begrenzt und bedroht.

In den Zeiten krudester, polizeilich-strafrechtlicher Verfolgung war der Homosexuelle nur als Sexualwesen bekannt. Seit Homosexuelle reden, wissen wir, daß selbst in Zeiten härtester Verfolgung auch tiefe langdauernde Beziehungen gepflegt, gelebt wurden. Das, was der Öffentlichkeit fast nur bekannt wurde, waren zumeist der Not ständiger Bedrohung, der Gefahr der Denunzierung abgerungene flüchtige, anonyme Kontakte. Aus einem: "Es war nichts anderes möglich!" machte die Umwelt ein: "*Denen* ist nichts anderes möglich!" Und diese These wird bis heute in psychoanalytischen Diskussionen vertreten. Vom Beginn eines Strafverfahrens an war vergessen, daß die Inkriminierten bis dahin unbescholtene Mitglieder der Gemeinschaft, gute Bürger, zuverlässige Arbeiter, ehrbare Handwerker, rechtschaffene Kaufleute, angesehene Akademiker, Wissenschaftler, Künstler, manchmal sogar teilnehmende Familienväter waren. Da die Zeiten und Auswirkungen von Verfolgung schnell verleugnet werden, sei erinnert, daß bis zur Milderung des § 175 StGB im Jahre 1969 eine

strafrechtliche Verfolgung die Vernichtung der seelischen und der bürgerlichen Existenz, in der Naziherrschaft den Tod bedeuteten. Es ist auch gut, sich das Ausmaß von Verfolgung zu vergegenwärtigen: von 1953-1966 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 100 000 Männer wegen des § 175 verurteilt (Donate 1993, S. 27).

Die in den 60er Jahren beginnende Liberalisierung – in der BRD durch das Jahr 1969 markiert, weil seitdem bei uns einvernehmliche gleichgeschlechtliche Beziehungen unter Erwachsenen kein Straftatbestand mehr sind – hat einen neuen Typus des Homosexuellen hervortreten lassen: den Schwulen als Sozialwesen. Er widerlegt das im allgemeinen Bewußtsein und in der Literatur fixierte Bild vom Homosexuellen. Daß die Liberalisierung, v. a. in den USA, von den Schwulen miterstritten wurde, erweist ihn nicht als feigen, verdrucksten, sondern als kämpferischen und zielstrebigem Menschen. Statt als Asoziale und Dissoziale treten Schwule sozial engagiert hervor: Sie sind vielfältig politisch tätig, in eigenen Belangen und in der Tagespolitik. Selbsthilfeorganisationen treten auf, am bekanntesten ist vielleicht zuerst die HuK, die "Ökumenische Arbeitsgruppe Homosexuelle und Kirche", sind später die Aids-Hilfen geworden. Es organisieren sich die "Schwusos", die "Schwulen Sozialdemokraten", und die schwulen Liberalen. In der Politik auf kommunaler Ebene – wie in München – verzeichnen "Rosa Listen" erste Erfolge. Innerhalb der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung mit ihren mehreren tausend Mitgliedern gibt es eine feste Untergruppe von 500 bis 600 schwulen Psychiatern. Neben den mehr unstrukturierten Sozialkontakten in schwulen Bars und Saunen etablieren sich immer mehr organisierte Gruppen, Sportgruppen und Sportvereine bis hin zu den Gay-Olympiaden und schwulen Gesangsvereinen. Die angeblich Bindungsunfähigen treten als Paare hervor und kämpfen für die Anerkennung ihrer Lebensgemeinschaften. Die ausschließlich sexbesessenen Narzißten organisieren selbstlos und unter großem persönlichen Einsatz die Aids-Hilfen. Sie halten an ihren Freundschaften fest, auch wenn die sexuelle Attraktion längst erloschen ist, und begleiten – auch als einzelne – verlässlich und beständig den aids-kranken Freund auf seinem schweren Leidens- und Sterbensweg – und häufig gerade den Freund, der infiziert ist, weil er – in bürgerlicher Terminologie – "untreu" war, da er seine Sexpartner schon lange außerhalb der Beziehung suchte. Schwule Väter zeigen, daß auch sie in der Generationenfolge stehen und mit der Vaterrolle identifiziert sein können. Ich frage mich, wie lange noch unsere psychoanalytischen Ausbildungsinstitute im Angesicht eines so veränderten Bildes den Psychoanalytikern in Ausbildung Homosexualität und Homosexuelle als "schweres psychiatrisches Krankheitsbild" neben Perversionen und Sucht vermitteln.

Der Schwule als Mensch und Bestandteil menschlichen Alltags entzieht sich der Typisierung; so wie sich niemand einen großen Gewinn von einer Typisierung der "sexuell anders Gearteten", der Heterosexuellen, versprechen würde. Schwule

Persönlichkeiten, schwule Lebensformen sind so vielfältig und so gleich wie die aller anderen, sofern sie nicht unter dem Stigma Homosexualität, den verinnerlichten persekutorischen Normen und äußeren Belastungen und Bedrohungen stehen.

Da gibt es den Mann, der seine gleichgeschlechtlichen Neigungen im Dunkel des Unbewußten oder Vorbewußten beläßt, lebenslang als Einzelgänger lebt, den wir nie kennenlernen werden. Für mich gehört in diese Reihe namenlos Unglücklicher, ein glücklich Unglücklicher mit Namen Peter Ilijtsch Tschaikowsky. Alle, die gestern Abend sein Klaviertrio a-moll, jenes für den Freund Nikolai Rubinstein errichtete Epitaph hörten, konnten miterleben, wie Tschaikowsky seine brennende, schmerzende, wütende, ungestillte Sehnsucht in seiner Musik immer wieder neu aufbranden, sich aussingen und ganz selten einmal sich lösen läßt. Da gibt es den Mann, der deutlich seine herzlichen Gefühle für Freunde empfindet, ihnen aber eine rigorose Moralität entgegensetzt wie einst Ludwig Wittgenstein oder der sie in einem lebenslangen Kampfe unter tiefen Skrupeln und Reue auslebt wie Ludwig II. von Bayern. Da geht einer eine – unglückliche – Ehe ein, weil die Welt, in der er lebt, keine Alternative kennt, wie Robert Schumann, oder weil er dem Stigma Homosexualität entkommen möchte, wie Thomas Mann, oder weil die Sehnsucht nach Geborgenheit einer Familie, der Zwang zur Normalität und berufliche Pressionen stärker sind. Da gibt es den Mann, der früher oder später seine Neigung bejaht und in den Formen lebt, die schwule Kultur bereitstellt, in flüchtigen Erfahrungen, in beständigeren Beziehungen oder in bleibender Partnerschaft. Da gibt es den schwulen Mann, für den der Sex das ist, was sein Leben als Schwuler ausmacht und bestimmt, und es gibt jenen, der glaubhaft versichert, Sex habe immer bei ihm eine untergeordnete Rolle gespielt, aber die Geborgenheit, das Verständnis, die Verlässlichkeit, die er bei andern Männern findet, seien zum Zentrum seines Lebens geworden.

Was von schwulem Sexualleben in die Augen springt, sind die lärmenden Erscheinungen, die Anmache in Parks, auf Klappen, in Bars und Saunen, die wechselnden Beziehungen, die drängenden Inserate, das Vorherrschen von Jugend und Schönheit. Was nie gesehen wird, sind die stillen Freundschaften. Was mißdeutet wird, ist das Verschwinden älter werdender schwuler Männer aus der Szene. Sie sind keine kontaktunfähigen Schizoiden, die jetzt von zahllosen Enttäuschungen verbittert ihr Leben in zurückgezogener Abkapselung und Einsamkeit verbringen – wenn es die, wie bei Heterosexuellen, auch geben wird. Homosexuelle, die älter werden, stehen fest im Beruf, haben ihre Hobbies und v. a. einen festen Kreis von Freundschaften – nicht selten ihre früheren Liebhaber – was ihr Leben ausfüllt und festigt.

ad 3) Ich habe den Gegenstand unseres Interesses bisher mehr umkreist als festgelegt. Die "Homoerotik" habe ich bereits als allumfassend und deshalb nichts-sagend fallen gelassen. "Schwulsein" wird von vielen, weil einerseits entwertend, andererseits aggressiv-selbstbehauptend, zurückgewiesen. Von der "Homosexualität" sagte schon Marcel Proust (1964, S. 17), daß sie nur "recht unzulänglich" die angesprochene Beziehung kennzeichne. Ich habe mich mit Absicht dafür entschieden, als Thema die gleichgeschlechtliche Liebe unter Männern zu wählen; denn mein Plädoyer ist, daß, unter welcher Bezeichnung wir sie auch immer fassen, wir von Formen und Ausformungen von Liebe sprechen.

Den einen klingt das selbstverständlich, anderen fremd. In der Vergangenheit war es bei allen, heute ist es wahrscheinlich noch bei vielen unhinterfragte Selbstverständlichkeit, daß wer einen Mann liebt oder von einem Mann geliebt wird, eine Frau sein muß. Das hat die kuriosesten Theorien hervorgebracht. Die psychoanalytische Auffassung kennen Sie: Männer liebende Männer sind gar keine Männer, sondern weiblich identifiziert, also in Wirklichkeit Frauen – oder wenigstens doch Knaben, die versuchen, sich einer verschlingenden Mutter zu entziehen. Schwule selbst haben die Idee beigesteuert, ihr "drittes Geschlecht" als Wesen mit weiblicher Seele in männlichem Körper zu fassen. Von Geburt an wird uns die Optik vermittelt, unter der wir die Welt zu sehen haben. Diese Perspektiven werden so sehr "unser Fleisch und Blut", daß wir nicht mehr gewahr werden, daß erst unsere eigene Wahrnehmung die Welt schafft, die wir erleben. Es ist für uns selbstverständlich, daß die Welt *ist*, wie wir sie sehen. Wer die festgefügte Welt stört, weckt die Angst, ein ungestaltetes Chaos heraufzubeschwören. Er wird ausgestoßen, vernichtet. Beobachtungen, die nicht passen wollen, verwandeln wir uns durch wissenschaftliche Theorien, deren jeweils herrschende für uns unverbrüchlich "wahr" ist. *Sie* fragen: Wie ist die Welt? *Ich* frage: Wie haben wir *unsere* Welt gestaltet?

Unsere menschliche Welt ist von Geburt an eingeteilt in zwei Geschlechter: Mann und Frau. Ihr dürft keine anderen Götter daneben haben! Die Geschlechter sind polar einander zugeordnet und durch Gegensätze voneinander abgegrenzt. Die Geschlechter gelten durch Liebe einander verbunden. Liebe, die letztendlich von einer ausschließlichen lebenslangen Zweierbeziehung gekrönt werden soll.

Wer jetzt spontan reagiert und sagt: "Diese Grenzen sind doch längst aufgelöst! Das ist doch finsterstes 19. Jahrhundert! Ja, vielleicht ist das überhaupt nie etwas anderes als sentimentale Gefühlsduselei gewesen!" hat recht und unrecht zugleich. Gewiß können Sie innerhalb dieser Grenzen alle Regeln übertreten, doch Sie werden zum Abartigen, Kranken, Verbrecher, wenn Sie diese Grenzen überschreiten, nicht zurückkehren, sondern ein Leben außerhalb führen wollen.

Schon die Sprache – und damit das durch sie konstituierte Denken – verweigert allem, was außerhalb ist, seinen eigenen Namen und damit auch sein eigenes Leben, seine Lebensberechtigung. Sexualität bzw. sexuell bleibt letztlich auf die

Fortpflanzung bezogen; selbst bei dem, der in dem Postulat einer kindlichen Sexualität der Sexualität als Lust Anerkennung verschaffen wollte, bei Sigmund Freud. "Homosexualität" ist kein eigener Name für die Liebe zwischen Frauen oder zwischen Männern. Der "effeminierte" Junge ist kein Junge eigener Art. "Trans"vestiten, "Trans"sexuelle, sie alle werden an das Mann-Frau-Schema angebunden. Und die "Schwulen", "Tunten", "Transen" der Alltagssprache sind allesamt mit der Verächtlichkeit, die diesen Bezeichnungen anhaftet, zum menschlichen Ausschluß degradiert. Ich möchte Sie dazu verführen, mit dem Gedanken zu spielen, daß in sexueller Hinsicht nicht alle Menschen gleich und Brüder sind, daß die Typenvielfalt weit über den Typus von Mann und Frau hinausgeht und daß Sie sich eine Ahnung für die Farbigkeit eigenständiger sexueller Welten eröffnen.

Kaum scheint eine Schranke zu wanken, sind mächtige Institutionen am Werke, sie wieder zu befestigen. Die katholische Amtskirche mit ihrer permanenten antihomosexuellen Politik ist hier besonders rege. Wer meint, ihr Einfluß sei begrenzt, muß sich nur vergegenwärtigen, daß sie einer der wichtigen Arbeitgeber ist, der keine offen von der gesetzten Norm abweichende Sexualität bei seinen Angestellten toleriert. Die Kräfte in der Psychoanalyse sind nicht weniger rege. Noch im vergangenen Jahr belehrte uns Kernberg (1992a) aufs neue, daß zwar eine Paarbeziehung erst mit Einschluß aller polymorph-perversen infantilen Neigungen lebendig wird, daß eine "wirkliche" Paarbeziehung aber nur die einer in vielen Schritten zur Vollendung reifenden "wirklichen Ehe" ist. Und auf dem Gebiete des öffentlichen Rechts? Was die Lebensgemeinschaften homosexueller Paare angeht, hat soeben das Bayerische Oberste Landesgericht deren Gleichstellung mit der Ehe abgelehnt und in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts befunden, die Ehe sei als "Vereinigung eines Mannes und einer Frau zur grundsätzlich unauflösbaren Lebensgemeinschaft" zu definieren, und "dieser Ordnungskern des Instituts der Ehe ist für das allgemeine Rechtsgefühl und Rechtsbewußtsein unantastbar" (SZ 27./28. März 1993).

Wie entstand die Vorstellung einer Wesenseinheit "Homosexualität", einer Einheitlichkeit aller "Homosexuellen"? Den christlichen Abendländern genügte die Entdeckung eines gleichgeschlechtlichen Aktes, um die Täter zu eliminieren. Sie fragten nicht nach der Person hinter der Tat. Um die Mitte des vergangenen Jahrhunderts befand dann einer der Betroffenen, Karl Heinrich Ulrichs, daß es nicht um eine verwerfliche unnatürliche Tat gehe, sondern um den Ausdruck einer natürlichen Neigung, nur strebten diese Männer aufgrund ihrer Anlage nicht zum Weibe, sondern zum Manne. Ihm folgten bis in unsere Tage andere, die für das noch immer nicht erreichte Ziel kämpfen, die menschliche Würde der "also Gearteten" zu sichern, indem ihnen das Grundrecht sexueller Selbstbestimmung eingeräumt wird. Benkert (zit. n. Gooß 1989; Herzer 1992), der das Wort "homosexuell" prägte gehört zu ihnen.

Festgehalten sei: Natürliche Neigung, das meinte alle Spielarten von Liebessehnsucht und Liebesverlangen, vom scheuesten, zartesten bis zu ihrem direkten Ausdruck.

Erst die öffentliche Diffamierung engte die Neigung auf reine Sexbesessenheit ein – wenn es die denn je geben sollte. Ein Homosexueller – so die spätere Einheitstypisierung – das ist nichts anderes als ein Mann, der Abend für Abend auf die nächste Klappe stürzt, um dort einem oder möglichst mehreren mit möglichst großem Schwanz einen runterzuholen; der im Park den ersten Besten ins Gebüsch, in der Bar in den dark-room zerrt; Willige zu sich in die Wohnung holt, Unwillige dazu verführt, um sie dann hirn- und herzlos durchzubumsen.

Als die Rede von den gleichgeschlechtlichen Beziehungen nicht mehr auf den Akt, sondern auf die Person zielte, rief das die Psychiatrie, die neu entstehende Sexualwissenschaft, die sich entfaltenden Psychologien und Tiefenpsychologien auf den Plan. Sie suchten sich des neugeschaffenen Wesens "Homosexueller" zu bemächtigen und rechneten es sich als Verdienst an, dieses dem Zugriff der Strafverfolgung entrissen zu haben, gar die Situation des Homosexuellen verbessert und humanisiert zu haben, weil sie sie nunmehr als Kranke behandeln und einer Heilung zuführen konnten. Nun möge es dem Zynismus überlassen bleiben, zu beurteilen, ob es ein größerer Gewinn ist, durch Strafverfolgung in seiner bürgerlichen Existenz vernichtet zu werden oder durch Kastration körperlich verstümmelt, durch Lobotomie und stereotaktische Hirnoperation in seiner Persönlichkeit beschädigt oder durch Psychotherapie und Psychoanalyse einer Zwangsheterosexualität zugeführt zu werden. Jedenfalls war und bleibt es das Bemühen dieses Teils der Wissenschaft, alle, die sich ständig einer bürgerlich-patriarchalischen, heterosexuellen Gesellschaftsordnung entziehen wollen und deren sexuelles Ordnungssystem grundsätzlich verneinen, wieder einzufangen.

"Homosexualität", "homosexuell", "Homosexueller", das sind Einheitsbegriffe, geschaffen, um ein gesellschaftspolitisches Programm zu erfüllen. Für die einen, daß sie sich solidarisieren und öffentlicher Verfolgung entgegenstellen können, für die anderen, damit sie die Revoltierenden reglementieren. Nur das eint die Gruppe der Homosexuellen, läßt sie zur Einheit werden. Ansonsten sind sie so verschieden wie alle anderen Menschen auch. Morgenthaler (1984, S. 136) muß das im Sinn gehabt haben, als er sagte: "Es gibt im Grunde weder Hetero-, noch Homo-, noch Bisexualität. Es gibt nur Sexualität, die entlang sehr variationsreicher Entwicklungslinien schließlich ihre, für jeden einzelnen spezifische Ausdrucksform findet." Alle psychologischen und tiefenpsychologischen Kategorisierungen sind Fiktionen. Sie sind der Tribut, den theoretisierende Psychotherapeuten der Allgemeinheit zollen, solange sie nicht reflektieren, daß und wie sie in die gesamtgesellschaftlichen Strategien eingebunden sind.

ad 4) Meine Überlegungen zu diesem Punkt möchte ich thesenhaft zusammenfassen:

Die Diskussion von Gesundheit oder Krankheit, von neurotischen, präödiptalen oder psychotischen Störungen homosexueller Männer kann in sinnvoller Weise nur innerhalb eines therapeutischen Bezugsrahmens erfolgen. Wird medizinisch-psychologisches Wissen in den Bereich gesellschaftspolitischer Auseinandersetzungen transferiert und dort als Waffe gegen Homosexuelle eingesetzt, ist das ein Mißbrauch von Kompetenz, der zu ächten ist.

Wer als Analytiker, als Psychotherapeut die Diskussion in der Weise führt – und so geschieht es häufig, daß nur ein gesunder, möglichst noch nützlicher Homosexueller anerkanntes Mitglied der menschlichen Gemeinschaft sein kann, ein Kranker im Behandlungsraum zu isolieren ist, hat den Boden des medizinischen und psychologischen Diskurses verlassen; er treibt reines Agitprop-Theater.

Die Frage, wie gesund oder wie krank ein Mensch ist, ist im Alltagsleben irrelevant; hier gelten andere Kriterien. Wir müssen alle unser Leben mit unseren Konflikten, unseren Neurosen, partiellen Defekten und partiellen Psychosen leben und so wird es bleiben. Noch keine Psychotherapie, gleich welcher Provenienz, hat je einen Menschen davon befreit. Das gilt, auch wenn ich überzeugt bin, daß ohne die Psychotherapien unsere Leben ärmer und schwerer wären.

Wir alle sind unter eine Tyrannei geraten: Wir haben Behandlungsziele von Autonomie und Reife entwickelt, die unserer Phantasie schmeicheln, unsere Allmachtsgefühle stärken, uns gegen Ohnmachtserlebnisse und Abhängigkeitserfahrungen schützen sollen; wir pflegen die Vorstellung, was der eine therapeutisch erreicht hat, müsse dem anderen ebenfalls möglich sein, ohne daß wir je solche Versprechungen einhalten können. Das einzige, was wir wirklich erreicht haben, ist, daß wir Therapeuten uns und unsere Patienten mit diesen Idealen quälen.

Ich empfinde immer wieder, daß sich die Gesellschaft gegenüber homosexuellen Männern und Therapeuten gegenüber Klienten verhalten wie jene Eltern, die von ihren Kindern erwarten, daß sie die eigenen Fehler nicht wiederholen, die eigenen Sünden nicht begehen, die von ihnen selbst nicht erreichten Ideale erreichen sollen.

ad 5) Ich möchte abschließend meine Auffassung von der Verschränkung von gesellschaftspolitischer Blindheit, normativer Voreingenommenheit und psychoanalytischer Theoriebildung darstellen. Das ist mir aus verschiedenen Gründen wichtig: Ich kenne meine frühere Gewohnheit und weiß, daß sie eine Gewohnheit vieler Kolleginnen und Kollegen ist: Bei einem Nichtwissen – wie im Falle der Homosexualität – nicht zuerst vor Ort nachzuforschen, sondern in der Fachliteratur nachzulesen. Je mehr ein Autor ein wissenschaftliches Ansehen genießt, desto fundierter gelten seine Aussagen, ohne daß geprüft wird, ob so viel

Vertrauen überhaupt gerechtfertigt ist. Nicht die Homosexuellen demonstrieren ihre Lebensformen, sondern die Psychoanalyse lehrt, wie diese Formen zu sehen sind.

Ich habe für die nachfolgende Diskussion Kernbergs Verständnis und Darstellung männlicher Homosexualität ausgewählt. Mir – und Ihnen – liegen aus jüngster Zeit Darstellungen Kernbergs vor (1985, 1992b). Er gilt als kompetent und wird vielfach zu Rate gezogen, zumal er sich als Mann der Mitte zwischen ideologischen Extremen versteht. Seine Darstellung ist differenziert. Die ohnehin nicht zu rechtfertigende Einheit "Homosexualität" ist bei ihm aufgelöst, und wir lernen Homosexualität auf dem Niveau neurotischer Persönlichkeitsorganisation, auf Borderlineniveau, bei narzißtischer Störung, bei malignem Narzißmus und bei Psychose kennen. Die Grenze zwischen Homosexualität und Normalität wird von ihm scharf gezogen (Kernberg 1985).

Meinungen und Atmosphäre bestimmen jedoch nicht nur die großen Hypothesen, sie werden ebenso stark, wenn nicht stärker, von den kleinen Nebenbeobachtungen geprägt, zumal diese wie kein zweites Instrument dazu geeignet sind, quasi im Vorbeigehen, bestehende Vorurteile zu bestätigen und zu zementieren. Und im Nebenbei sind bei Kernberg Homosexuelle gar nicht mehr differenziert und schon gar nicht für gut befunden. Da hören wir von der "typisch submissiven Dynamik in der männlichen Homosexualität", da erfahren wir, daß "die ödipale Rebellion auf heimliche, unehrliche Art erreicht" wird, da wird ein Homosexueller auch außerhalb einer Therapie zum "Patienten", und leidet er an einer Psychose, sogar zum "äußerst gefährlichen Patienten".

Muß nicht ein konzeptuelles Modell - allein für männliche Perversion und Homosexualität aufgestellt - suggerieren, daß es sich hier um Krankhaftes per se handelt? In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß Heterosexualität sich nicht weniger als Homosexualität mit Psychosen, malignem Narzißmus, narzißtischer Störung, mit Borderlineniveau, mit neurotischem Niveau verschwivert findet, und es wird gefragt, worin denn die Spezifität eines homosexuellen Lösungsversuches liege. Kernberg präzierte in der Diskussion seine Vortrags auf den Lindauer Psychotherapiewochen 1992 die Frage: Warum ein Separationskonflikt, ein Kastrationskomplex usw. einmal mit Hilfe von Homosexualität, ein andermal mit Heterosexualität, Voyeurismus, Fetischismus oder anderem bewältigt wird, wissen wir nicht. Ist es dann nicht unparteiischer und ehrlicher, mit Morgenthaler (1984) zu sagen, daß es überhaupt keine Sexualität als Krankheit gibt und zu bekräftigen, daß unterschiedliche Sexualitäten zur Bewältigung von Entwicklungskonflikten zur Verfügung steht? Daß das Endergebnis nichts über Krankheit und Gesundheit des verwendeten Bewältigungsmechanismus aussagt, berechtigt keinesfalls dazu, die heterosexuelle Lösung schlichtweg als die gesunde, jede andere aber als gravierende Störung zu bezeichnen.

Wer mit der Vorstellung von Krankheit und Gesundheit operiert, sollte sie definieren und seine Definition begründen. Das erste leistet Kernberg mit Klarheit, das zweite bleibt er schuldig. Nach Kernbergs Auffassung ist gesund, wer sich mit dem ödipalen Vater in einer echten Beziehung zu einer erwachsenen Frau identifiziert und die Vaterrolle in Verbindung mit gegengeschlechtlicher Sexualität voll annimmt. Nur darin sieht er eine gesunde, normale Auflösung von infantilen ödipalen Konflikten (Kernberg 1985, S. 177). Nach diesem Gesetz kann selbstverständlich nur ein Heterosexueller als gesund gelten, jeder andere ist krank. Sind Sie bereit, nach dem was ich vorhin sagte, in einem solchen statement nicht eine medizinisch-psychologische Bestimmung von Gesundheit, sondern die in unserem Kulturkreis herrschende gesellschaftliche Norm propagiert zu sehen?

Jedenfalls dürfte klar sein, warum es 1985 für Kernberg keinen gesunden Homosexuellen geben konnte und für ihn "klinisch" männliche Homosexualität immer "mit einer unübersehbaren Charakterstörung verknüpft ist" (Kernberg 1985, S. 185). Offensichtlich wird, daß eine Seele sich sträubt, das wahrzunehmen, was vor Augen ihr liegt – nach Goethe das Schwerste von allem – wenn Kernberg 1992 erklärt, vielleicht könne es gesunde Homosexuelle geben, sie hätten aber eben noch nie seine analytische Praxis aufgesucht.

Ist eine wissenschaftliche Disziplin vorstellbar, in der ein Forscher für seriös gehalten wird, wenn er über eine Population Aussagen macht, die er noch nie zu Gesicht bekommen hat und sich permanent versagt, diese Population in ihrem Lebensfeld aufzusuchen? Die tendenzielle Gesichtsfeldeinschränkung wird offenkundig, wenn in der Literatur längst festgehalten ist, was Kernberg als noch ausstehende Beobachtung bezeichnet. Die Psychologin Hooker (s. Bayer 1987) suchte "gesunde" Homosexuelle in den 60er Jahren bereits dort auf, wo sie zu finden sind: in ihrem Alltag. Sie ermittelte, daß bei Blindstudien projektiver Tests nicht zwischen homosexuellen und heterosexuellen Männern unterschieden werden kann, daß sie also die psychodynamischen Konflikte erwachsener homosexueller und heterosexueller Männer in verblüffender Weise gleichen. In der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung wird seit Anfang der 80er Jahre eine Diskussion um gesunde Homosexuelle, gesunde Homosexualität geführt. Ein Psychoanalytiker, der mit Kernberg in New York Tür an Tür arbeitet, Richard Friedman, hat 1988 publiziert, daß es keine unterschiedliche Verteilung von Homosexuellen und Heterosexuellen gibt, wenn man sie in einem dreidimensionalen diagnostischen Schema einordnet, wobei die beiden anderen Referenzkategorien einmal die Ebene psychostruktureller Differenzierung und zum anderen der vorherrschende psychodynamische Typ der Persönlichkeit sind.

Vieles von dem, was ich sagen wollte, habe ich nicht sagen können; vieles von dem, was Sie hören wollten, haben Sie nicht gehört. Kehren Sie nach Lindau wieder in Ihre Behandlungsräume zurück, dann würde mich eines freuen: Wenn Sie nicht immer mit dem Schildchen "Bitte nicht stören!" die Realität aus dem

Behandlungszimmer verbannen würden, sondern gelegentlich die Tür weit öffnen, damit das ausgeschlossene Leben zu Ihnen finden und Ihre Erfahrungen bereichern kann.

Literatur

- Adler A (1917) Das Problem der Homosexualität. Reinhardt, München (2. Aufl 1930, Hirzel, Leipzig)
- Bayer R (1987) Homosexuality and American psychiatry. Princeton Univ Press, Princeton New Jersey
- Donate C (1993) Schwul sein – die alltägliche Diskriminierung. In: Rauchfleisch U (Hrsg) Homosexuelle Männer in Kirche und Gesellschaft. Patmos, Düsseldorf
- Erdheim M (1994) Lebensformen in den unterschiedlichen Kulturen. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Lindauer Texte 1994. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Friedman RC (1988) Male homosexuality. Yale Univ Press, New Haven London
- Freud S (1916/17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 11
- Fromm E (1972) Die Kunst des Liebens. Ullstein, Frankfurt Berlin Wien
- Fürstenau P (1994) Neue Lebensformen erfordern neue psychotherapeutische Orientierungen. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Lindauer Texte 1994. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Gooß U (1989) Von der männlichen Liebe zur Homosexualität. In: Gooß U, Gschwind H (Hrsg) Homosexualität und Gesundheit. Verlag rosa Winkel, Berlin
- Herzer M (1992) Zastrow- Ulrichs - Kertbeny. Erfundene Identitäten im 19. Jahrhundert. In: Lautmann R, Taeger A (Hrsg) Männerliebe im alten Deutschland. Verlag rosa Winkel, Berlin
- Isay RA (1990) Schwul sein – Die psychologische Entwicklung des Homosexuellen. Piper, München Zürich
- Jung CG (1983) Die Archetypen und das kollektive Unbewußte, 5. Aufl. Walter, Olten Freiburg i Br
- Kernberg OF (1985) Ein konzeptuelles Modell zur männlichen Perversion. Forum Psychoanal 1: 167-188
- Kernberg OF (1992a) Aggression und Liebe in Zweierbeziehungen. Psyche 46: 797-820
- Kernberg OF (1992b) Homosexualität – Zeitgemäße psychoanalytische Neubewertung. Vortrag, Akademie für Psychoanalyse München. Unveröffentlichtes Manuskript
- Lowen A (1980) Liebe und Orgasmus. Kösel, München
- Morgenthaler F (1984) Homosexualität Heterosexualität Perversion. Qumran, Frankfurt aM Paris

Proust M (1964) Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Sodom und Gomorra I. Suhrkamp, Frankfurt aM

Reich W (1933) Charakteranalyse. Eigenverlag

Reich W (1936) Die sexuelle Revolution. Sexpol, Kopenhagen (1971, Fischer, Frankfurt aM)

Sager J (1921) Die Lehre von den Geschlechtsstörungen. Deuticke, Leipzig Wien

Socarides Ch (1971) Der offen Homosexuelle. Suhrkamp, Frankfurt aM

Der "politische Mensch" und das wahre Selbst

Thea Bauriedl

Was ist los mit unserer Demokratie? Wir wählen "Volksvertreter", die nicht das Volk sondern sich selbst, ihre eigenen Interessen und Vorteile vertreten, dabei aber behaupten, die Probleme unseres Volkes zu lösen. Es wird gelogen, betrogen und bestochen, es werden Vorteile aus politischen Ämtern erwirtschaftet - als wäre nicht das Volk der Souverän, sondern seine "Vertreter". Man setzt sich über das Prinzip der Gewaltenteilung hinweg, läßt politische Konflikte von Gerichten entscheiden, nur um an der Macht bleiben zu können, und maßt sich umgekehrt als Politiker Eingriffe in die Rechtsprechung an.

Immer mehr Menschen verzichten darauf, zur Wahl zu gehen. Viele haben resigniert in bezug auf ihre Mitsprachemöglichkeit in politischen Fragen. Dadurch tragen sie bei zu dem Zustand, den sie beklagen und von dem sie sich enttäuscht abwenden: Sie verzichten darauf, ihre Stimme zu erheben und sich in die Problemlösungen einzumischen, die uns alle und unsere Nachkommen angehen.

In dieser Situation stellt sich die bekannte Frage: Ist dieser Zustand in letzter Zeit schlimmer geworden, oder sind wir gegenüber Betrügereien in der Politik empfindlicher geworden? Da diese Frage wie so oft nicht eindeutig zu beantworten ist, denke ich, daß es wichtigere und weitergehende Fragen gibt, die zur Aufklärung über die Umbruchsituation beitragen können, in der wir uns befinden:

Könnte es sein, daß wir uns gerade jetzt über Lug und Trug in der Politik aufregen, da uns zunehmend bewußt wird, daß wir alle mehr oder weniger auf Kosten anderer Menschen leben - auf Kosten der Armen im eigenen Land, in der Zweiten und Dritten Welt, aber auch auf Kosten unserer Nachkommen? Könnte es sein, daß wir - latent verzweifelt und voller Schuldgefühle - manifest mit Hilfe von Schuldzuschreibungen an andere versuchen, dieses Wissen unserer eigenen Schuld zu verdrängen? Oder könnte auch es sein, daß in dieser Schuldzuweisung der unbewußte Wunsch und Auftrag steckt, daß doch die Politiker, also unsere Vertreter, bitte aufhören sollten, auf Kosten anderer zu leben, da wir selbst merken, wie schwer es uns fällt, auf kurzfristige Vorteilsnahme im engeren und im weitesten Sinn zu verzichten? Könnte es sein, daß wir im Verhalten der Politiker ein Symptom bekämpfen, um uns nicht mit der Struktur unserer Gesellschaft und unseren persönlichen Lebensformen beschäftigen zu müssen?

Ich will mit diesen Fragen nicht sagen, daß Symptome grundsätzlich nicht beseitigt werden sollten, oder daß unsere Politiker ruhig so weitermachen können, da das übrige Volk auch nicht besser ist. Im Gegenteil: Ich meine, daß wir alle, und speziell wir als Psychoanalytiker, uns damit beschäftigen sollten, wie die persönlichen und gesellschaftlichen Abwehrmechanismen aussehen, und wie wir zur Emanzipation aus den abwehrbedingten Einschränkungen unserer Wahrnehmung und unseres Handelns beitragen können.

Jeder Mensch ein "zoon politikon"

Ich habe für den Titel meines Beitrags den Begriff "politischer Mensch" gewählt, um damit auszudrücken, daß wir im Grunde genommen alle auch "Politiker" sind, vielleicht nicht im engeren Sinne, so daß wir als Staatsbürger mit den besonderen Aufgaben der Volksvertretung betraut wären, doch aber im weiteren Sinne. Unser Mitdenken und Nichtmitdenken, unser Handeln und Nichthandeln haben jeweils politische Bedeutung. Wir haben alles zu verantworten, was wir tun und was wir nicht tun.

Die Definition des Menschen als "zoon politikon" hat Tradition in der Psychoanalyse. So schrieb z. B. A. Mitscherlich 1966 in einem Aufsatz über *Die Krankheiten der Gesellschaft und die psychosomatische Medizin*:

"Der Mensch mag als homo sapiens oder homo ludens beschreibbar sein. Kein Beiname trifft aber seine Wesensart so zentral wie wenn wir von ihm als homo socialis - als zoon politikon - sprechen und damit als einem Wesen, das primär auf mitmenschliches Leben angewiesen ist" (Mitscherlich 1983a).

Trotz der langen kulturkritischen Tradition in der Psychoanalyse, die schon mit Freud begonnen hat, ruft die Verbindung von politischem Geschehen und psychoanalytischem Denken immer wieder Erstaunen, wenn nicht sogar Empörung hervor. Wir sind es gewöhnt, unsere psychoanalytischen Theorien und therapeutischen Methoden für etwas ganz anderes zu halten als politisches Geschehen und Handeln - als lebten wir in einer Enklave, in die das "garstig Lied" der Politik nicht eindringen kann.

Wenn man aber bedenkt, daß Politik die Regelung der zwischenmenschlichen *Beziehungen* in der Polis, in der Stadt bzw. in der Gemeinschaft ist, dann wird die Nähe zwischen Psychoanalyse und Politik schon deutlicher. Der Mensch ist seinem Wesen nach ein "zoon politikon". Deshalb besteht eine seiner wichtigsten Tätigkeiten darin, daß er sich mit anderen Menschen über die Art, wie gemein-

same Aufgaben und Probleme gelöst werden sollen, wie das gemeinsame Leben gestaltet und gesichert werden soll, auseinandersetzt. Die "politische Kultur" besteht darin, *wie* wir in dieser Auseinandersetzung miteinander umgehen. Sie wird bestimmt durch den Grad der Freiheit des einzelnen und damit auch der Gemeinschaft. "Die Masse fängt in der Familie an" (Mitscherlich 1983b) schrieb A. Mitscherlich, und er meinte damit v. a. den Grad der Konformität in den zwischenmenschlichen Beziehungsstrukturen, der Konformität, die in der Familie entsteht und sich gesellschaftlich auswirkt.

Die Interaktion zwischen Individuum und Gemeinschaft ist Gegenstand der Politischen Psychoanalyse, nicht eine unkritische "Übertragung psychoanalytischer Erkenntnisse auf die Politik", wie gelegentlich kritisierend behauptet wird (Bauriedl 1987, 1992). Aber die Beschäftigung mit der Abhängigkeit des einzelnen nicht nur von seinem Unbewußten, sondern auch von den Abwehrmechanismen der "kleinen" (Familie) und der "großen" Gesellschaft, in die er hineingewachsen ist und in der er sich zurechtzufinden versucht, wird nicht selten als Kränkung empfunden. Immer noch und immer wieder phantasieren wir, "frei" und unabhängig zu sein, wenn schon nicht von unserem Unbewußten, so doch wenigstens von der Art, wie unsere Eltern und unsere jetzigen Beziehungspartner gedacht und gefühlt haben bzw. denken und fühlen. Es ist auch nicht jedermanns Sache, die Umkehrung zu sehen, nämlich das eigene Beteiligtsein und damit die je persönliche Mitverantwortlichkeit für unsere privaten und öffentlichen Beziehungen. Unglück und Gefahren sollen schon lieber nur auf diejenigen zurückzuführen sein, die beides direkt und aktiv herbeiführen. Als willenlose und machtlose Opfer fühlen wir uns scheinbar wohler denn als Täter. Über unser persönliches Verstricktsein in die ungelösten Probleme dieser Welt können dann unsere Enkel wieder nachdenken.

Und doch hängt auch die Psychoanalyse, hängen unser theoretisches Denken und unser therapeutisches Handeln vom jeweiligen "Zeitgeist" ab, der uns umgibt und an dessen Ausgestaltung wir beteiligt sind. Da unsere Wissenschaft nun schon etwa 100 Jahre alt ist, haben wir die Chance, aus ihrer Geschichte zu lernen. Wir können sehen, wie Freuds Ideen einerseits von den Ideen seiner Zeit geprägt waren und andererseits die Geistesgeschichte dieses Jahrhunderts wesentlich beeinflussten. Die kulturkritische Potenz der Psychoanalyse hängt davon ab, ob sie ihr Eingebundensein in das Bewußtsein der jeweiligen Zeit reflektiert und zugleich - aufgrund der Erkenntnis der eigenen Abhängigkeit - die Abhängigkeiten bzw. Blindheiten des kollektiven Bewußtseins zu erkennen und aufzuzeigen wagt. Freilich liegt in einer Zeit der Vermarktung und Medizinalisierung (Parin 1986) auch der Psychoanalyse der Verzicht auf diese kulturkritische Potenz zugunsten "erfolgsorientierter" Konformität nahe. Wir Psychoanalytiker sind eben auch "politische Menschen", die - je nachdem - die Wahrheit suchen oder den persönlichen Vorteil auf Kosten der Wahrheit "erwirtschaften".

Die Suche nach der Wahrheit in der Psychoanalyse

Um dies deutlich zu machen, habe ich den Begriff des "wahren Selbst" gewählt, einen Begriff, den D. W. Winnicott 1960 in die Theorie der psychischen Entwicklung des Kindes einführte (Winnicott 1974). Das "wahre Selbst" ist nach Winnicott sozusagen die Innenseite des Menschen, während das "falsche Selbst" die Seite des Menschen darstellt, die er nach außen kehrt. "Falsch" ist dieses Selbst insofern, als jeder Mensch - mehr oder weniger - lernt, auf seine wirklichen Gefühle und Wünsche zu verzichten und stattdessen versucht, nur das zu fühlen und zu wünschen, was seine Umgebung ertragen kann und von ihm erwartet. Durch diese Entwicklung eines mehr oder weniger falschen Selbst erreichen wir unsere Stellung in der Gemeinschaft, sei es als bewunderte und erfolgreiche Menschen, sei es als Sündenböcke und Versager, oder in einer anderen der vielen möglichen "sozialen Rollen". Immer verbergen wir eine Seite unseres Selbst und versuchen so, eine mehr oder weniger gesicherte Stabilität in unseren Beziehungen zu gewinnen.

Nach Winnicott ermöglicht die Ausbildung eines falschen Selbst auch das versteckte Überleben des wahren Selbst und das Überleben des Kindes in seiner Umgebung überhaupt. Es hat also eine lebenserhaltende Funktion. Freilich geschieht es oft, daß wir selbst oder andere unser falsches Selbst als die wirkliche Person ansehen und das hinter ihm verborgene wahre Selbst nicht mehr als zur eigenen Person gehörend ansehen oder ansehen wollen. Wir und andere verwechseln uns mit unserer "sozialen Hülle". Innerhalb dieser Hülle bzw. hinter einer auf einem falschen Selbst beruhenden erfolgreichen Fassade wären zumeist Angst, Trauer, Schmerz und Einsamkeit zu finden, eben die Gefühle und Wünsche, auf die wir als Kinder verzichtet haben, um die lebensnotwendige Verbindung zu unseren Bezugspersonen nicht zu verlieren.

Die Tatsache, daß wir häufig nach außen so ganz anders erscheinen als wir uns "innen" wirklich fühlen, macht die Täuschung oder Selbsttäuschung unstabil. Zwar kann die gegen die eigene Person und gegen andere eingesetzte Unterdrückung der wirklichen Gefühle in unserer Gesellschaft kurzfristig wirtschaftliche oder auch narzißtische Vorteile bringen, doch sind diese Vorteile, ist diese "Vorteilsnahme" ständig bedroht von einer möglichen Aufklärung über die andere, die verborgene und verleugnete Seite der Person. Da ist es nicht erstaunlich, daß nur wenige "Erfolgreiche" es wagen, sich in einem analytischen Prozeß mit der Wiederentdeckung ihres wahren Selbst zu beschäftigen, und daß es jedem Analysanden auch innerhalb seiner Analyse schwer fällt, auf sein Sicherheit bietendes falsches Selbst zu verzichten.

Anders als Winnicott sehe ich die Ursache für das Entstehen des falschen Selbst nicht darin, daß eine "nicht gut genuge Mutter die Omnipotenz des

Säuglings nicht praktisch zur Wirkung bringt" (Winnicott 1974, S. 189), d. h. sich nicht gut genug an den Säugling anpaßt. Den in diesem Teil der Theorie enthaltenen Leistungsdruck für die Mutter halte ich für den Ausdruck eines kollektiven falschen Selbst, das zu der Zeit, als Winnicott diese Zeilen schrieb, noch weniger hinterfragt wurde als heute. Als Frau und Mutter kann ich diesen Teil seiner Theorie heute nicht mehr nachvollziehen. Sie liegt mir ebenso fern wie die Annahme, daß der Säugling mit natürlichen Omnipotenzgefühlen geboren wird, denen die Mutter dann zu genügen hat. Ich sehe die Situation zwischen Säugling und Mutter so, daß *beide* von Anfang an in einer mehr oder weniger lebendigen Beziehung zueinander stehen, mehr oder weniger lebendig deshalb, weil die Mütter in unterschiedlichem Maße fähig sind, sich auf ihr Kind als auf ein anderes, auf ein für sie emotional ungeheuer wichtiges, aber doch von ihnen getrenntes Objekt zu beziehen. In einer lebendigen, ich würde sagen "dialogischen Beziehung" entsteht das, was Winnicott die Fähigkeit, ein Symbol zu benutzen, nennt. Ich würde heute sagen: Der Säugling erlernt die Möglichkeiten des verbalen und nonverbalen zwischenmenschlichen Dialogs, was er nur in dem Maße kann, in dem ihm von Seiten seiner Bezugspersonen das Recht und die Fähigkeit, selbständig zu kommunizieren, eingeräumt wird, wenn also die Eltern *mit ihm* sprechen und nicht mit externalisierten Teilen von sich selbst.

Die Entwicklung des falschen Selbst ist eine Möglichkeit, auch in psychisch sehr ungünstigen und unlebendigen Beziehungsstrukturen zu überleben. Hier übernimmt der Säugling weitgehend die Strukturen seiner Bezugspersonen. Er wird wie sie und kann sich so wenig von ihnen unterscheiden, wie ihn seine Mutter bzw. sein Vater von sich selbst unterscheiden konnte. In der Beziehung zu anderen Personen spürt er nicht mehr, was er wirklich spürt, sondern er spürt, was seine Mutter oder sein Vater spüren würde, bzw. was "man" in dieser Situation zu spüren hat, eventuell gar nichts. Seine "spontanen Gesten" (Winnicott 1974, S. 193) verkümmern, er vermittelt nicht mehr seine wirkliche Befindlichkeit, weil er sie gar nicht kennt. Stattdessen vermittelt er Befindlichkeiten, die er in seinen Bezugspersonen wahrnimmt, so z. B. die auf ihn projizierte Großartigkeit oder auch die bei ihm "deponierte" depressive Gefühlslage der Eltern.

Im Gegensatz dazu gehen nach Winnicott "vom wahren Selbst ... die spontanen Gesten und die persönlichen Ideen aus. Die spontane Geste ist das wahre Selbst in Aktion. Nur das wahre Selbst kann kreativ sein, und nur das wahre Selbst kann sich real fühlen" (Winnicott 1974, S. 193). Das wahre Selbst ist die "Gesamtheit der sensomotorischen Lebendigkeit" des Menschen.

Das "falsche Selbst" in unserer Wegwerfgesellschaft

Was hat das nun alles mit dem eingangs erwähnten Zustand unserer Demokratie zu tun? Ist nicht das persönliche Unglück der Menschen eine Sache und das politische Unglück eine ganz andere? Gelten nicht in der Politik ganz andere Regeln als im Privatleben? Ist nicht das falsche Selbst eine im Unbewußten fixierte Charakterstruktur, während der verlogene Populismus mancher Politiker bewußte Berechnung, wenn nicht gar absichtlicher Betrug ist? Ich gehe davon aus, daß auch der Mensch, der andere absichtlich betrügt, in seiner persönlichen Geschichte zu glauben gelernt hat, daß der Betrug die beste, vielleicht die einzige Möglichkeit ist, wie er sich gegen andere am Leben erhalten kann. Und ein Volk, das offensichtliche Betrüger wählt oder gewähren läßt, glaubt entweder in seiner Mehrheit, daß diese Art zu "überleben" ganz normal und selbstverständlich ist, oder daß es auf die Geschicklichkeit solcher "Schlaumeier" in seiner Führung angewiesen ist. Im Zweifelsfall sind diese ja dann auch fähig, zugunsten des Volkes oder bestimmter mächtiger Interessengruppen die anderen hereinzulegen. Der "Marktwert" solcher Menschen ist in einer Gesellschaft ebenso hoch wie sie glaubt, auf die Funktionalisierung von Menschen durch Menschen angewiesen zu sein.

Diese These wird verständlicher, wenn wir uns den Vorgang "im Kleinen" noch einmal ansehen: Eine Mutter, die sich nicht von ihrem Kind unterscheiden kann, funktionalisiert ihr Kind als "Selbstobjekt". Sie erlebt es wie einen Teil von sich selbst und beurteilt es unbewußt nach den Kategorien einer "guten Ergänzung" ihrer Person. Sie braucht es, um ihre depressiven Zustände und Minderwertigkeitsgefühle zu vertreiben, um einen Partner zu binden und/oder fernzuhalten, etc. Jeder Mißbrauch eines Kindes - natürlich nicht nur durch Mütter! - beruht auf dem Prinzip der Funktionalisierung. Kann das Kind die gewünschte Funktion erfüllen, dann ist es "wertvoll". Gleichzeitig lernt es, seinen eigenen Wert nach seiner Brauchbarkeit und seinem "Erfolg" bei der Erfüllung dieser Funktionen für die Mutter bzw. für den Vater zu beurteilen.

Die "psychische Marktwirtschaft" regelt den "Marktwert", die Brauchbarkeit eines Menschen nicht nur im Arbeitsleben, sondern auch in seinen privaten Beziehungen. Und Funktionalisierungen in einer Beziehung erfolgen immer gegenseitig: Die Mutter ist nicht so, wie sie ist, sondern so, wie sie glaubt, sein zu müssen, damit sie "richtig" ist. Das bedingt symmetrisch für das Kind den Zwang, so zu sein, daß es für die Mutter "richtig" ist. Seine eigene Lebendigkeit (seine Fähigkeit, die *eigene* Lust und den *eigenen* Schmerz zu empfinden) wird zwangsläufig von der Mutter mit Ausstoßung bestraft, weil sie diese Gefühle bei sich selbst auszustoßen gelernt hat. Also entwickelt sich in dem Kind eine unbewußte Szene, nach der auf Lebendigkeit Strafe folgen muß. Die Strafe dient zur Abwehr

der Lebendigkeit, zur Abwehr von Lust, Schmerz und Angst. So werden die Abwehrmechanismen, die gegenseitige Funktionalisierung und die verschiedenen Formen des falschen Selbst von einer Generation an die nächste weitergegeben. Der Wert des Menschen wird mehr oder weniger von außen beurteilt, in bezug auf seine Brauchbarkeit. Wo der "Markt" regiert, da ist kein Platz für echte Gefühle.

Jetzt wird vielleicht meine These verständlicher, daß auch zwischen Politikern im engeren Sinne und Bürgern eine gegenseitige Funktionalisierung stattfindet. Viele Politiker hasten wie gejagt - oder wie süchtig - von Veranstaltung zu Veranstaltung. Der Kraftaufwand dabei erscheint manchmal übermenschlich, aber der psychische Gewinn ist deutlich: das Gefühl, ich werde gebraucht, bin wichtig. Der Zusammenbruch kommt zumeist erst, wenn diese Art der ständigen Selbstbestätigung nicht mehr möglich ist. Dann drohen Langeweile und Sinnlosigkeitsgefühle. Diese Szenen lassen darauf schließen, daß sie in ihrem Leben schon sehr früh die Erfahrung gemacht haben, daß sie nur dann ein Lebensrecht haben, wenn sie "nützlich" oder "erfolgreich" sind. Andernfalls könnte man sie "wegwerfen". So müssen sie sich ständig auf einer Fortschrittsskala aufhalten, immer vom Absturz oder auch nur vom Stillstand bedroht. Es ist kein Wunder, daß diese Art, Politik zu machen sich häufig in einer Ideologie des krankhaften Wachstums äußert - bei den Politikern selbst, aber auch bei den Bürgerinnen und Bürgern.

Man könnte also sagen, daß sich die Politiker um der Bestätigung ihrer Lebensberechtigung willen von den Bürgern funktionalisieren lassen. Und die Umkehrung? Wozu "dient" die Bevölkerung den Politikern? Diese Frage kann man beantworten, wenn man sich überlegt, was die Politiker von der Bevölkerung wissen wollen. Folgt man den Veröffentlichungen in unseren Medien, dann scheinen die Politiker, aber auch die Leser, Hörer und Seher hauptsächlich eines wissen zu wollen: "Wen würden Sie wählen, wenn am nächsten Sonntag Wahl wäre?" Es wird also vornehmlich immer wieder die Machtfrage gestellt. Die Bevölkerung verkümmert zu einem Instrument der Machtverteilung, dessen Äußerungen auch von einer rein quantitativen Sozialforschung in möglichst einfache statistische Zahlen eingeordnet werden.

Als ein Instrument der Machtverteilung muß die Bevölkerung "richtig bedient" werden. Andere Fragen, etwa die Frage: "Wie geht es Ihnen, was möchten Sie deswegen tun?" wären bei weitem nicht so "einfach" zu beantworten. Die Antworten müßten sehr viel komplexer ausfallen, sie bräuchten mehr Zeit als unsere gehetzten "Volksvertreter" haben. Das Gespräch zwischen ihnen und dem "Volk", das sie häufig "die Menschen" nennen, würde die Phantasie von der ständigen Vorwärtsbewegung stoppen. Aber mit so komplexen Fragen nach der wirklichen Befindlichkeit, nach dem wahren Selbst, können Menschen auf beiden Seiten dieses Machtspiels nicht umgehen, die nichts anderes interessiert als die Antwort auf die Frage: "Braucht Ihr mich noch? Bin ich großartig? Seht Ihr mich

alle?" Und von seiten der Bevölkerung: "Brauchen wir die noch? Oder können wir den einen oder die andere jetzt schon wegwerfen?"

Unsere Wegwerfgesellschaft macht vor den Menschen, ja vor unseren privaten Beziehungen nicht halt. Die großen Schwierigkeiten in unseren Partnerschaften hängen wesentlich mit den beschriebenen Prinzipien der Funktionalisierung zusammen. Opfer und Täter von "Wegwerfpartnerschaften" gehen regelmäßig beide von der unbewußten Phantasie aus, daß Menschen, die sich nicht als schön genug, als reich genug, als klug genug, als freundlich genug, etc. erweisen, selbstverständlich "weggeworfen" werden *müssen*. Was soll man sonst mit ihnen tun? Die Möglichkeit eines konstruktiven Gesprächs über die wirkliche Befindlichkeit haben sie schon in ihrer Kindheit nicht kennengelernt. Man ist nicht mit ihrem wahren Selbst, sondern vorwiegend mit ihrer "sozialen Hülle", dem falschen Selbst umgegangen. Und dort stellt sich immer nur die Frage: "Bin ich gut genug, um leben oder dabeisein zu dürfen?"

Es fehlt die Freiheit zum Gespräch

Es ist nur folgerichtig, daß in einem gesellschaftlichen und politischen Klima, in dem so viel Angst vor dem Weggeworfen-Werden, dem Ausgestoßen-Werden herrscht, nur wenige Individuen aufwachsen, die zivilen Mut, die zivile Courage haben. Das Fehlen bzw. die Nichtbeachtung der wirklichen Gefühle führt zwangsläufig in die Angepaßtheit und von dort eventuell in einen militärischen Gehorsam, nicht in zivilen Ungehorsam.

Das Wort Ungehorsam hat in unserem Sprachgebrauch immer noch eine negative Bedeutung (Allerdings ist das Wort Gehorsam nicht mehr nur positiv besetzt, wie noch vor 50 Jahren). Wenn ich also von zivilem Ungehorsam spreche, ist das für viele Menschen nicht sehr einladend, assoziieren wir doch damit schnell Chaos und Kampf, wenn nicht sogar die Angst, ausgestoßen zu werden. Es bleibt mir die Möglichkeit, von Freiheit zu sprechen. Das Wort Freiheit ist zum Glück immer noch ein positiv besetzter Begriff. Allerdings stellt sich sofort die Frage, was wir darunter verstehen. Im Zusammenhang mit unserem Wirtschaftssystem, als freie Marktwirtschaft, hat der Begriff "frei" häufig die Bedeutung von unbegrenzt oder schrankenlos. Es entsteht das Bild als wären die "Freien" jeweils alleine auf der Welt. Ohne Rücksicht auf andere können, dürfen, ja müssen sie nach Gewinn streben. "Ich bin alles, die anderen sind nichts". Das ist die Umkehrung des Satzes: "Dein Volk ist alles, du bist nichts". Beide Bilder haben mit dem, was wir uns unter einer zivilen und demokratischen Gesellschaft vorstellen, nicht viel zu tun.

Es fehlt das Gespräch, das Gespräch *zwischen* den Personen. Und die *Freiheit zu einem echten Gespräch*, in dem es jeweils einen wichtigen anderen gibt, entsteht ausschließlich aus dem wahren Selbst. Wenn wir leere Hüllen sind, haben wir auch keine Grenzen. In uns leben nicht wir selbst, sondern der jeweils andere, sei es als "Feind" oder als "Freund". Wir haben gesehen, daß sich das falsche Selbst dann entwickelt, wenn nicht zwei Personen in einer dialogischen Beziehung zueinander stehen, sondern jeder nur ein Teil des anderen ist, wenn es sich also um eine amorphe Masse aus zwei oder mehr Personen handelt, die nicht voneinander unterscheidbar sind. Diese amorphe Masse ununterscheidbarer Personen ist der Prototyp einer unfreien, emotional und intellektuell "gleichgeschalteten" Gesellschaft. Nicht nur die Bilder der nationalsozialistischen Aufmärsche zeigen die Gleichschaltung und Funktionalisierung des einzelnen, seiner Gefühle und Gedanken. Wir müssen uns schon auch mit den Erscheinungsformen der Gleichschaltung in unserer heutigen Gesellschaft beschäftigen.

Dazu ist es gut, sich noch einmal das Prinzip der Usurpation des Menschen durch den Menschen, der Kinder durch die Erwachsenen vor Augen zu führen. Ich habe beschrieben, wie schon der Säugling zwangsläufig auf seine eigene Identität verzichtet bzw. diese Identität gar nicht entwickeln kann, soweit die Eltern leere "Hüllen" sind. Sie brauchen ihn, um ihre innere Leere zu füllen, also entwickelt er die Gefühle und Verhaltensweisen, die in die "Hüllen" der Eltern passen. Er "steckt" in ihnen wie sie in ihm. Der Verzicht auf die *eigenen* Gefühle macht ihn "grenzenlos" und krankhaft abhängig. Süchtige Menschen im engen und im weitesten Sinn versuchen nun, ihre persönliche Leere mit Suchtmitteln aller Art zu füllen. Dazu können sie ihre eigenen Kinder verwenden, ihre Partner, ihre Arbeit, ihren Erfolg, oder auch andere Suchtmittel wie Gewaltvideos, Alkohol, Nikotin oder "härtere" Drogen.

In der Abhängigkeit der Sucht besteht immer der innere Zwang, sich mit künstlichen Gefühlen anzufüllen, wo die eigenen Gefühle fehlen. Große Teile unseres gesellschaftlichen Lebens sind auf die Vernichtung der wirklichen Gefühle ausgerichtet. So funktionieren jede Werbung, ein großer Teil der politischen Propaganda und viele Fernsehsendungen nach dem Prinzip der Vereinfachung. Die wirklichen Gefühle werden durch falsche, künstlich erzeugte Gefühle ersetzt. Die Werbung verspricht uns, daß wir uns wohl fühlen werden, wichtig, groß und "habend", wenn wir ihre Produkte kaufen. Die politische Propaganda gibt vor, einfache Lösungen für vielleicht nur sehr schwer lösbare Probleme zu haben. Das Fernsehen und viele andere Medien helfen uns, die Welt in gut und böse einzuteilen. Dann brauchen wir unsere wirklichen Gefühle der Angst, der Unsicherheit und des Gefährdetheits, nicht zuletzt auch unsere Schuldgefühle nicht mehr zu erleben. Wir können stattdessen Richter sein über andere und uns selbst jeweils zu den Guten zählen. In letzter Zeit überbieten sich die Unterhaltungssendungen im Fernsehen in der Produktion von Paradiesphantasien, die man am Samstagabend

verdient zu haben glaubt. Alles scheint machbar zu sein - fürs Fernsehen. Und wir haben die Fernbedienung in der Hand.

Viele Medien bestätigen die einfachen Lösungen nach dem Muster der Groschen-Romane, der narzißtischen Zurschaustellung, des Erfolgsdenkens und der Siegermentalität. In scheinbarer Naivität bilden sie die primitiven Konfliktlösungen der Bevölkerungsmehrheit ab und bestätigen dadurch ständig das falsche Selbst unserer Gesellschaft. Differenziertere Gefühle und Überlegungen sind in den von diesen Medien wiedergegebenen "alltäglichen" Szenen unserer Lebenswelt nicht enthalten. Damit tragen sie zur Brutalisierung unserer Gesellschaft bei, und dies nicht nur durch die Gewaltszenen, die sie zeigen. Sie reduzieren die bedrohliche Komplexität der Probleme auf eine scheinbar weniger bedrohliche Einfachheit. Das vermittelt eine kurzfristige Beruhigung und wird deswegen gut bezahlt.

Wo die echte Angst durch ständige scheinbare Beruhigung genommen wird, muß stattdessen falsche Angst geliefert werden. Dies geschieht reichlich in Horrorsendungen und entsprechenden Videos. Auch sie haben den Charakter von Suchtmitteln, die immer wieder und in immer stärkeren Dosen genommen werden müssen, um ihre Funktion zu erfüllen: Gleichzeitig Angst zu machen und die Angst als gemachte Angst zu entschärfen. Die echte Angst ist dann weniger bedrohlich. Aber die so verdrängte echte Angst kann dann nicht mehr dazu führen, daß wir (politisch) etwas tun gegen die Gefahr. Es sieht so aus als fände das Leben im Fernsehen statt. So, wie es dort gezeigt wird, wird es wohl sein, so glauben wir gerne. Ein Leben, das an- und abgeschaltet werden kann, macht weniger Angst als ein echtes Leben. So wird ein ganzes Volk dazu gebracht - und bringt sich selbst dazu - fremdes Erleben in sich hereinzunehmen und diese ständige Introjektion von Fremdem und Falschem mit einem Gespräch zu verwechseln, das gleichzeitig immer mehr verkümmert. Der Verlust der Freiheit zum Gespräch fällt schon kaum mehr auf. Man bekommt ja immer etwas "geboten".

Das "falsche Selbst" auch in der Psychotherapie?

Diese Kritik an den Medien fällt uns Psychotherapeuten verhältnismäßig leicht. Aber wie sieht es bei uns selbst aus? Wie sehen unsere Psychotherapien aus, wenn wir sie daraufhin untersuchen, ob wir wirklich nach dem wahren Selbst suchen, oder ob wir unseren Patienten ein neues falsches Selbst anbieten, das ihnen vielleicht kurzfristig weniger Angst macht? Da wir mitten in der hier beschriebenen Gesellschaft leben, denken und handeln, ist es nicht erstaunlich, wenn wir dieselben Elemente in unseren Psychotherapien wiederfinden, die wir in der übrigen

Gesellschaft kritisieren. Ich will das nicht beklagen, denn es ist nicht anders zu erwarten. Bedenklich finde ich es, wenn wir uns nicht darum bemühen zu *erkennen*, wo wir die krankmachenden Mechanismen unserer Familien und unserer Gesellschaft insgesamt wiederholen.

Ich habe versucht, mir unsere gegenwärtige Situation als Psychotherapeuten aller Schulrichtungen unter der folgenden Fragestellung anzusehen: Wo ist die "Droge Arzt" eine Anregung zur Heilung und wo bleibt sie "Droge" im Sinn der Fortsetzung der Sucht mit anderen Mitteln? Ich weiß, daß dies eine sehr brisante Fragestellung ist, die zu kontroversen Diskussionen Anlaß geben kann.

Unter dem Eindruck bestimmter berufspolitischer Entwicklungen besteht zur Zeit eine Tendenz, alle psychotherapeutischen Theorien und Methoden in einen großen Topf zu werfen und gut umzurühren. Die Hoffnung, aus diesem Topf dann "ohne ideologischen Ballast" diejenige Methode entnehmen zu können, die für den jeweiligen Patienten die geeignetste ist, scheint bestechend zu sein. Die Indikationsstellung vereinfacht sich so auf die Fragen: Was fehlt? Was ist zu tun? Als Reaktion auf die Frage nach der Effektivität medizinischer und psychotherapeutischer Methoden, die uns heute von Seiten der Krankenkassen sinnvollerweise gestellt wird, beginnen auch wir Psychotherapeuten, uns wieder an das tradierte medizinische Denken zu halten. Wir glauben, daß medizinische und psychotherapeutische Methoden unabhängig vom Arzt oder Psychotherapeuten und unabhängig von der Beziehung zwischen Arzt und Patient beurteilt und angewandt werden können: Bestimmte Therapeutika werden gegen bestimmte Krankheiten eingesetzt.

Freilich ist diese Entwicklung nicht nur als Rückschritt zu verstehen. Sie enthält aus meiner Sicht auch den Versuch, sich einengender Dogmatismen zu entledigen, die seit langer Zeit den Streit zwischen den verschiedenen Schulen in der Psychotherapie prägen. Es sieht so aus, als wollte eine jüngere oder "freiere" Generation von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen die Kämpfe der Älteren nicht fortsetzen, indem sie sich über die von diesen gesetzten Schranken des jeweils "Erlaubten" hinwegsetzt. Vielfach wird die mangelnde Fähigkeit und Bereitschaft der "orthodoxen" Vertreter bestimmter Schulen beklagt, andere Methoden zu akzeptieren. Und hat nicht der Dogmatismus insbesondere der Psychoanalytiker auch der Psychoanalyse selbst geschadet, wenn hier wie auch in manchen anderen Schulen das eigene Denken für das einzig richtige und "wahre" gehalten wurde und "Andersgläubige" diffamiert wurden? Ist nicht die Unfähigkeit, miteinander ins Gespräch zu kommen und sich stattdessen mit Entwertungen abzuschotten ein schlechtes Zeichen für unsere Demokratiefähigkeit? Sollten wirklich berufspolitische, und das heißt: ökonomische Interessen alleine ausschlaggebend sein für unsere wissenschaftliche Haltung in dieser Umbruchzeit? Sind wir nicht selbst mitschuldig daran, daß ständig neue psychotherapeutische Schulen entstanden, die gegen den Dogmatismus der "Alten" einen

ebensolchen neuen Dogmatismus entwickelten? Ich meine, man kann die neue Entwicklung unter zwei unterschiedlichen Gesichtspunkten betrachten. Man kann sagen: "Es ist der Zerfall aller "heiligen" Werte", oder man kann sagen: "Es ist die Suche nach neuen Werten". Wenn man den zweiten Gesichtspunkt einnehmen will, muß man sich allerdings auch mit der Frage befassen, welche denn nun die neuen Werte sein sollen. Erst hier kann ein fruchtbarer Veränderungsprozeß beginnen. Der erste Schritt aus einer autoritären Orthodoxie ist häufig ein Schritt in die pluralistische Beliebigkeit, die dann oft schon mit Freiheit verwechselt wird. Wenn aber Freiheit nicht Schrankenlosigkeit sein soll, sondern als *Freiheit zum Gespräch* verstanden werden soll, dann muß das Verlassen der orthodoxen Positionen mit dem Beginn eines "unendlichen Gesprächs" über die jeweils bewußt und unbewußt zugrundeliegenden Werte einhergehen. Denn beide Haltungen, die dogmatische ebenso wie der unkritische "Eintopf", scheinen mir Anzeichen für eine Unfähigkeit zum kritischen Gespräch zu sein. Die dogmatische Haltung mancher Schulen sehe ich als ersatzweise Abgrenzung gegen Andersdenkende, da der Dialog nicht, oder noch nicht gelingt. Aber auch der "Eintopf" scheint mir den Versuch darzustellen, sich nicht auseinandersetzen zu müssen.

Die Gegenüberstellung von Wissenschaftlichkeit einerseits und Ideologielastigkeit andererseits (vgl. z. B. Wesiack 1993) ist eine Illusion. Jede Wissenschaft wird von einer Ideologie getragen, die ebenso zu hinterfragen ist wie sog. unwissenschaftliche Überzeugungen und Werthaltungen. Wo nur noch die Pragmatik wegweisend sein soll, wird der Psychotherapeut als Person ausgelassen, und das hat durchaus ideologischen Charakter. Er muß sich dann zwar keiner Kritik mehr stellen, wenn er sich entsprechend gewisser Therapiemanuale verhält, aber er wird dadurch, daß seine Person scheinbar an seiner Therapie nicht mitbeteiligt ist, funktionalisiert. Die Folge ist, daß er zwangsläufig seine Patienten ebenso funktionalisieren wird.

Wenn wir also eine so verstandene Pragmatik als ein oberflächliches und wissenschaftlich anachronistisches Kriterium für die Qualität einer Psychotherapie verwerfen, dann stellt sich die Frage nach einem neuen Kriterium, das dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angemessen ist. Mir scheint, daß wir ein Kriterium brauchen, das einen *Prozeß* beschreibt, nicht eine Leistung. Wenn Gesundheit nicht ein Zustand ist, sondern ein Prozeß, dann müssen wir Therapien jeder Art als Hilfestellung bei diesem Prozeß des Sich-Gesund-Erhaltens bzw. des Gesünder-Werdens definieren. Das schließt entgegen manchen kritischen Einwänden von Seiten rein pragmatisch denkender Kollegen und Kolleginnen nicht aus, daß es um die Wirksamkeit geht. Die Hilfe beim "Gesünder-Werden" besteht natürlich darin, sich selbst und den Leidenden im weitesten Sinn zu fragen, welche Art der Hilfe oder Anregung er brauchen könnte. Wesentlich an dem von mir gemeinten Unterschied ist, daß es sich prinzipiell nicht um eine

"Verordnung" handeln kann, wenn es um die Wiedereinführung des ausgefallenen Gesprächs geht. Jedes "Medikament" im direkten und im übertragenen Sinn, also auch jede Frage, jede Deutung, "spricht den Leidenden an". Welche Botschaft dabei vermittelt wird, wäre zu untersuchen, wenn man wirklich herausfinden will, ob und inwieweit im jeweiligen Fall die medizinische oder psychotherapeutische Hilfe eine Fortsetzung der Sucht mit anderen Mitteln ist.

Dabei würde sich wahrscheinlich herausstellen, daß es keine "drogenfreie" Behandlung gibt, und daß der "Drogenanteil" an jeder Behandlung, also der Teil, der zunächst beruhigend und nicht aufdeckend wirkt, umso größer ist, je ausgeprägter die "Sucht" des Patienten, also die Beziehungsstörung im weitesten Sinn, ist. Das stellt manche puristischen Vorstellungen auch in der Psychoanalyse in Frage, verhilft aber der Diskussion über die in gewissen Fällen einzuführenden "Parameter" vielleicht zu einer neuen Gesprächsgrundlage. Es stellt *nicht* den von der Psychoanalyse seit ihren Anfängen erarbeiteten Beziehungsaspekt als wichtigstes Kriterium jeder Behandlung in Frage.

Das Kriterium, nach dem sich alle analytischen Psychotherapien, aber auch alle anderen Psychotherapien, hinterfragen lassen müßten, wäre also z. B. durch folgende Fragen gekennzeichnet: Wird der (psychisch) kranke Mensch als ein nicht-funktionierendes Rädchen gesehen, das - wenn auch in scheinbarer Übereinstimmung mit dem Patienten - dazu gebracht werden soll, wieder zu funktionieren, oder wird er gefragt, wie es ihm geht und was er deswegen tun will? Wird die durch Sprachlosigkeit entstandene Leere in der "sozialen Hülle" des Patienten durch die Produktion von Ersatzgefühlen gefüllt, oder läßt man sich gemeinsam auf die nicht mehr wahrgenommenen und nur schwer mitteilbaren wirklichen Schmerzen, Ängste und Wünsche des Patienten ein?

Die angedeutete zweite Version der Therapie kann nicht von einem Arzt oder Therapeuten ermöglicht werden, der nur "gut funktioniert". Hier ist der Arzt oder Psychotherapeut in seinen mitmenschlichen Qualitäten gefragt. Niemand kann einem anderen Menschen einen Freiheitsraum bieten, in dem dieser sich entfalten und sein wahres Selbst finden kann, der diesen Raum nicht selbst besitzt. Die Abwehrstruktur eines jeden Arztes oder Psychotherapeuten ist das wichtigste Element jeder Art von Behandlung, weil sie sich unweigerlich in der Art seines Beziehungsangebots ausdrückt. Diese Tatsache kann keine noch so geschickte "Behandlungstechnik" aus der Welt schaffen. Ich will damit nicht sagen, daß "handwerkliche" Erfahrung in der Psychotherapie unwichtig wäre, aber ich will nachdrücklich darauf hinweisen, daß das wichtigste und wirkungsvollste "Instrument" jedes Arztes oder Psychotherapeuten seine Person ist. Um dieses Instrument arbeitsfähig zu halten, muß er ständig um seine eigene Psychohygiene besorgt sein, d. h. er muß ständig um seinen eigenen Freiraum, um sein wahres Selbst ringen. Verliert er den Zugang zu seinen wirklichen Gefühlen, dann droht er mit dem Patienten zu verschmelzen, und das heißt: Er wird ihn in irgendeiner

Weise mißbrauchen, den Mißbrauch wiederholen, dem der Patient in seiner Kindheit ausgeliefert war, aber auch den Mißbrauch wiederholen, dem der Arzt oder Psychotherapeut in seiner eigenen Kindheit ausgeliefert war.

In diesem Zusammenhang scheint mir die Forderung nach "Echtheit" in manchen Psychotherapieformen vor dem von mir weiterentwickelten Winnicottschen Konzept des "wahren Selbst" einer Präzisierung zu bedürfen: Spontaneität wird in unserer Kultur oft mit Echtheit verwechselt. Wir tendieren zu der Annahme, daß der gehemmte Mensch dem falschen, der enthemmte dem wahren Selbst entspricht. Wenn aber nun nicht die Angepaßtheit der Mutter bzw. des Therapeuten an den Patienten gefragt ist, sondern die Arbeit an der psychischen Trennung (was immer Kontaktaufnahme mit dem wahren Selbst bedeutet), dann geht es nicht darum, in erster Linie Hemmungen zu beseitigen, weder beim Patienten noch beim Therapeuten. Es geht darum, das Gespräch zu kultivieren, und dieser Vorgang beginnt *in* der Person des Therapeuten, weniger *am* Patienten.

Winnicott warnt davor, Kandidaten für die psychoanalytische Ausbildung zuzulassen, die wesentlich von einem falschen Selbst bestimmt sind: "Das organisierte falsche Selbst ist mit einer Starrheit der Abwehr verbunden, die eine Entwicklung während der Lehrzeit verhindert" (Winnicott 1974, S. 187). Wenn wir Psychoanalytiker uns in den letzten Jahren vorsichtig immer weiter aus dem Schutz der starren Abstinenz, aus der Funktion der "weißen Projektionsfläche" verabschiedet haben, so kann das nicht bedeuten, daß wir jetzt unter Überschriften wie "Echtheit", "Menschlichkeit" oder "Nähe" der Beliebigkeit verfallen. Je mehr wir auf den pauschalen Schutz der immer deutlicher als "starr" angesehenen "klassisch" psychoanalytischen Haltung verzichten, desto deutlicher geht es in dem Bemühen um Abstinenz darum, die eigene Person, das eigene wahre Selbst zu kultivieren.

Gut gelernte Therapiemethoden helfen nicht, wenn wir *spüren* müssen, ob und wie weit es sich in der jeweiligen therapeutischen Beziehung um eine Wiederholung des Mißbrauchs handelt. Ich meine, daß das jeweilige Setting eine wichtige Rolle spielt, insofern als es die bestmögliche äußere Form gewährleisten soll, in der der Therapeut gut arbeiten kann. Aber in bezug auf die Frage der Abstinenz ist es weniger wichtig, ob der Patient liegt oder sitzt, ob er berührt wird oder nicht. Wichtiger scheint mir die Fähigkeit des Therapeuten zu sein, die Wiederholungsszenen zu spüren und mit ihnen umzugehen. Das gilt aus meiner Sicht für alle Formen der Psychotherapie. Hier zeigt sich, ob der Therapeut fähig ist, auf den kurzfristigen Rausch des Mißbrauchs von Patienten in jeder Form immer wieder zu verzichten, oder ob er auf eben diesen Rausch psychisch angewiesen ist.

In der Wiederholung entspricht das falsche Selbst beim Therapeuten dem falschen Selbst der Mutter oder des Vaters. Leider haben wir durch vielfältige Vorstellungen über und Anweisungen für den "richtigen" Umgang mit Kindern

bzw. Patienten dieses falsche Selbst z. T. auch in unseren psychoanalytischen Theorien gefördert. Erst allmählich wird deutlich, daß es gerade "falsch" sein kann, wenn man versucht, sich "richtig" zu verhalten. Die damit verbundene Verwirrung löst sich auf, wenn Psychotherapie - und natürlich entsprechend jede andere Therapie auch - verstanden wird als ein Versuch, den zerstörten Dialog zu restaurieren.

In den letzten Jahren hat das Element "therapeutische Beziehung" in fast alle psychotherapeutischen Schulen Eingang gefunden. Durch entsprechende Forschungen wurde immer deutlicher, daß die therapeutische Beziehung sogar bei rein medikamentösen Therapien eine wesentliche Rolle spielt. Auch die Zunahme der Balintgruppenarbeit zeigt, daß das Interesse an einer patientenorientierten und ganzheitlichen Medizin zunimmt. Gleichzeitig sehe ich verschiedentlich den Versuch, das in der Psychoanalyse entwickelte Konzept isoliert aus der Psychoanalyse herauszunehmen und "optimale" Beziehungsformen (Vertrauen schaffen, den Patienten sich selbst organisieren lassen, etc.) zwischen Therapeut und Patient zu beschreiben. Wenn man nicht von der "wahren Beziehung" zwischen den jeweils beteiligten Personen ausgeht und diese zu verstehen versucht, sondern versucht, die "richtige" Beziehung zu "machen", wird man immer in "falsche" Beziehungen geraten. Beziehungen entstehen, sie verändern sich, sie sind so oder so. Der einzige Weg, den ich kenne, wie Beziehungen wirklich verbessert werden können, ist die Analyse der bestehenden Beziehung. Und diese Analyse führt regelmäßig ein Stückchen weiter auf dem Weg vom falschen zum wahren Selbst, d. h. es werden unbewußte, bisher abgewehrte Anteile des wahren Selbst, der "Innenseite" des Menschen wahrnehmbar und mitteilbar. Die Lebendigkeit in der Person nimmt zu im gleichen Maße wie die Lebendigkeit in der Beziehung. Die Voraussetzung für diesen Prozeß beim Therapeuten besteht nicht darin, daß er dem Patienten die "richtigen", z. B. "positiven", Gefühle macht, sondern darin, daß er ihm einen Raum anbietet, in dem er verlorene Teile *seines* wahren Selbst entdecken kann.

Die Suche nach der Wahrheit ist in letzter Zeit auf verschiedenen Gebieten sehr in Mißkredit geraten. Ich bin noch nicht bereit zu resignieren und sie für aussichtslos oder illusorisch zu erklären. Ich halte es für eine Chance gerade für uns Psychotherapeuten, den Funktionalismus unserer Zeit immer wieder in Frage zu stellen. Aber das geht nur, wenn man der Frage: "Funktioniere ich richtig?" die Frage: "Was fühle ich wirklich, und was will ich deswegen tun?" gegenüberstellt. Das wahre Selbst des Therapeuten, es ist freilich nie zu erreichen, aber es kann als Grundkonzept nicht aufgegeben werden, wollen wir nicht in einen "heillosen" Pragmatismus verfallen. "Die Wahrheit" kann keine psychotherapeutische Methode verkünden, aber wir können zumindest den Versuch unternehmen, das wahre vom falschen Selbst zu unterscheiden, zumal das psychische, psychosomatische und psychosoziale Leiden, mit dem wir es zu tun haben, mit dieser

Unterscheidung viel zu tun hat. Und hier schließt sich der Kreis, es zeigt sich, daß meine Eingangsfrage: "Was ist los mit unserer Demokratie?" sehr viel mit der Frage zu tun hat: "Was ist los in unseren Psychotherapien?". Das Leiden habe ich in beiden Fällen als eine Folge der Funktionalisierung und der Sprachlosigkeit beschrieben, den Weg aus dem Leiden als den Versuch, auf die wirklichen eigenen Gefühle zu hören und sich diesen Gefühlen entsprechend zu verhalten. Das klingt alles einfach und ist doch sehr schwierig. Verschiedene Wege habe ich versucht zu beschreiben, auf denen wir uns dem wahren Selbst als dem Kern demokratischen Handelns nähern können: Es ist v. a. der Respekt vor der Freiheit der Andersdenkenden (Rosa Luxemburg), der unsere eigene Freiheit ausmacht. Es ist der Versuch, den offenen und kritischen Kontakt zu riskieren, was es ermöglicht, die Freiheit zum Gespräch zu kultivieren. Und es kann heute auf beiden Gebieten deutlich werden, daß nicht das strategische Denken im militärischen Sinne lebenserhaltend ist, sondern die genaue Beachtung der Signale, die wir von uns geben und die wir empfangen. Wenn wir uns darauf konzentrieren, können wir das psychische und das psychosoziale Immunsystem unserer Patienten und unserer Gesellschaft am besten unterstützen.

Literatur

- Bauriedl T (1987) Politische Psychoanalyse als angewandte Psychoanalyse - Probleme und Möglichkeiten. Anmerkungen aus dem Institut für Politische Psychoanalyse München, Heft 3, S 67 -85
- Bauriedl T (1992) Wege aus der Gewalt. Herder, Freiburg
- Mitscherlich A (1983a) Die Krankheiten der Gesellschaft und die psychosomatische Medizin. In: Ges. Schriften, Bd. 2. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 428
- Mitscherlich A (1983b) Die Masse fängt in der Familie an. In: Ges. Schriften, Bd 6. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 369
- Parin P (1986) Medicozentrismus. In: Parin P, Parin-Matthey G (Hrsg) Subjekt im Widerspruch. Syndikat, Frankfurt aM, S 61-80
- Wesiack W (1993) Über das Gemeinsame der psychotherapeutischen Schulen und Methoden. Psychol Med 4 : 12-16
- Winnicott DW (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München

Einwandererfamilien, ihr Struktur- und Funktionswandel im Migrationsprozeß

Elçin Kürsat-Ahlers

Die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit Migrationsprozessen sind stets mit zwei Problemen der Betrachtungsebenen konfrontiert: Gesellschaften geringerer Entwicklungsstufe sind durch regionale, lokalvorstaatliche Heterogenität und durch starke Stadt-Land- und Schichtunterschiede gekennzeichnet. Erst der Verzicht auf eine zu differenzierte Analyse ermöglicht eine Synthesenbildung, birgt aber in sich gleichzeitig die Gefahr der Stereotypisierungen.¹ Das gleiche Dilemma entsteht auch durch sehr unterschiedliche Migrationsverläufe individueller und von Familienbiographien: Solche Fragen wie z. B. Migration in welcher Lebensphase und in welcher Phase des Familienzyklus, soziale Bezüge im Herkunftsland, die ersten Erfahrungen mit der Aufnahmegesellschaft, der Verlauf der beruflichen Biographie usw. können in ihrer gegenseitigen Zusammenwirkung völlig andere Migrationserfahrungen hervorrufen. Auch meine Betrachtung konzentriert sich *selektiv* auf einige besondere Spannungen, konfliktrträgliche Veränderungen und ihre Gegenreaktionen im Migrationsprozeß der Familie als eine Gruppenfiguration am Beispiel der Türken ländlicher Herkunft.

Die Zivilisierungsinstanz Familie und die Entwicklungsstufe der Gesellschaft

Eine Reihe herkömmlicher Klischees propagiert ein unrealistisches Idealbild der Familie als ein unwandelbares Geflecht der Beziehungen, die naturgegeben von selbst gut funktionieren und den Menschen einen emotionalen Schutzraum, Geborgenheit gegenüber der unmenschlichen Gesellschaft gewähren. Dieser

¹ In einem früheren Aufsatz differenzierte ich zwischen den unterschiedlichen Migrationsverläufen der Mittelschichtangehörigen und Migranten ländlicher Herkunft (s. Kürsat-Ahlers 1991)

Idealisierung der Familie liegt die Hypothese zugrunde, die Familie sei eine Gegenstruktur zur Gesellschaft (Rosenbaum 1978, S. 108), d. h. sie sei ein aus der Gesamtgesellschaft ausgegliederter, unabhängig funktionierender Bereich. Dieser Schein, daß die Familie den Menschen ein Gefühl von Freiheit, Selbstbestimmung und des Spielraums vermittelt, hängt damit zusammen, daß die Familie weniger den Zwängen der kapitalistischen Rationalität, der Disziplinierung und Fremdbestimmtheit der Arbeitswelt unterworfen ist, als viele andere *Prägestanzen*, wie z. B. die Schule.

Aber die Struktur und Funktionen der Familie, ihr Beziehungsgeflecht ist interdependent mit der Staatenbildungs- und Entwicklungsstufe der Gesellschaft, deren Bestandteil sie auch ist. Die von der Familie geformten Gefühls- und Affektstandards ² in Abhängigkeit vom Zivilisierungsgrad der *Zivilisierungsinstanz Familie* spiegeln die erreichte Stufe der Entwicklung der Gesellschaft wider, aber auch den Integrationsgrad der sozialen Gruppe oder Schicht, zu der die jeweilige Familie gehört.³

Das hohe innerfamiliäre Spannungsniveau des Wandels in den Einwandererfamilien entsteht in einer Wechselwirkung von

- einer plötzlichen Transplantation in eine fremde Gesellschaft auf einer höheren Entwicklungsstufe, so daß eine Reorientierung sehr erschwert ist;
- einer stigmatisierten Außenseiterstellung ⁴ als Gruppe, der der Zugang zu Aufstiegs- und Machtquellen der Gesellschaft und zur Zivilisierungschancen versperrt bleibt;
- und den verzweifelten reaktiven Versuchen, die eigene Familiensphäre von diesem als eine Entwertung, Erniedrigung erlebten Anpassungszwang unberührt zu lassen. Die Sinnentleerung und das Gefühl des "kollektiven Sterbens" durch das bedrohende Aufgehen in einer fremden Gesellschaft sind um so stärker, je weniger sich mit ihr Wir-Gefühle und Identifikationen verbinden (Elias 1987). Außenseitergruppen können keine kollektive Identifikation mit der Mehrheitsgesellschaft entwickeln.

² Die Stabilität des angezüchteten Über-Ich hängt engstens mit dem Prozeß der "Zivilisierung der Zivilisationsinstanzen", d. h. mit der zunehmenden Berechenbarkeit, Beständigkeit, Bindung an Regeln und der Zügelung der momentanen Affekthandlungen der Straffenden, zusammen (Elias 1939/1976)

³ Ich verwende den Begriff "Zivilisation", "Zivilisierung" oder "Zivilisierungsinstanz" im Sinne der Zivilisationstheorie von Norbert Elias. Für eine Zusammenfassung s. Gleichmann (1988)

⁴ Für eine theoretische Modellbildung über die Etablierten-Außenseiter-Figuration (von Norbert Elias) zwischen Einwanderern und Deutschen s. Waldhoff (1993)

Gordon (1964) bezeichnet Religion, Familie und Freizeit als im besonderen Maße ethnisch-kulturell partikularisiert-strukturierte Lebenssphären. Gerade weil sie am wenigsten den Interdependenz- und Vereinheitlichungszwängen der funktionsteiligen Industrie- und Postindustrialgesellschaft unterworfen sind, manifestieren sich die Mechanismen der affektiven Kompensationen, regressiven Reaktionen, Symptombildungen aus langzeitigen psychischen Belastungen des Migrationsprozesses in diesen Lebenssphären.

Gesellschaften einer früheren Stufe sind durch eine höhere Machtungleichheit und ein höheres Gewaltpotential bei allen Unter- und Überordnungsbeziehungen, zwischen den Regierenden und Regierten, Lehrenden und Lernenden, Arbeitgebern und Arbeitnehmern und nicht zuletzt in der Familie, zwischen Mann und Frau, Eltern und Kindern gekennzeichnet. Elias (1980) schreibt:

"Wo immer entsprechend dem Gesamtaufbau einer Gesellschaft, die Machtgewichte zwischen den eine Familie bildenden Menschen sehr ungleich verteilt sind, ist die Beziehung von Eltern und Kindern, wie von Männern und Frauen in hohem Maße formalisiert, die Muster der Überordnung und Unterordnung, des Befehlens und Gehorchens sind unausweichlich ..." (Elias 1980, S. 12).

Durch eine mit der gesellschaftlichen Entwicklung einhergehende Verringerung des Machtgefälles tritt eine Informalisierung der familialen Beziehungen, gleichzeitig auch die Notwendigkeit, durch eigene Anstrengungen einen *modus vivendi* miteinander auszuarbeiten, ein. Solch eine Beziehungsform setzt aber ein hohes Maß an Selbstbeherrschung der beiden Partner in der nicht normierten Beziehungsgestaltung voraus. Sie muß von Kindheit auf gelernt werden. Die zunehmende Freiwilligkeit der familialen Bindungen, wie bei allen zwischenmenschlichen Beziehungen, das Verschwinden der Unentrinnbarkeit der Bindungen charakterisieren in zunehmendem Maße die Gesellschaften west- und nordeuropäischer Wohlfahrtsstaaten, weil das physische Überleben des einzelnen nicht mehr von der Einbettung in eine Gruppenzugehörigkeit abhängt. Symptomatisch für eine Verringerung der elterlichen Herrschaftsgewalt, für eine Verminderung der Ungleichheit im Verkehr von Eltern und Kindern in westlichen Gesellschaften ist der Abbau der Autoritätssysteme und formeller Respektbezeugungen, die in früheren Zeiten als "Sinnbilder" dieser Herrschaftsgewalt und auch als Mittel zu ihrer Sicherung dienten. Entsprechend der früheren gesellschaftlichen Entwicklungsstufe dominieren die Zwanghaftigkeit der Beziehungen, ritualisierte Verkehrsformen zwischen rangunterschiedlichen Rollen mit großem Machtdifferential in Familien aus diesen Herkunftsländern.

Eine Lockerung der Respektschranken im Verkehr von Eltern und Kindern, also eine Informalisierung, ging in Europa Hand in Hand mit einer Straffung des Verbots gegen den Gebrauch physischer Gewalt, d. h. dem Verzicht der Eltern auf

physische Gewaltanwendung als Zuchtmittel durch zwei Entwicklungsstufen: Durch die staatliche Gesetzgebung und durch die wachsende Sensibilität gegenüber dem Gebrauch physischer Gewalt in allen menschlichen Beziehungen. Die Herrschaftsgewalt der Eltern über die Kinder, des Ehemannes gegenüber der Ehefrau ist in weniger entwickelten Gesellschaften sowohl wegen des geringen Durchdringungsgrades des Staates in die Gesellschaft und Familie, als auch höherer Abhängigkeit der machtschwächeren Glieder von den Überlebensfunktionen der Familie viel uneingeschränkter. Erst in Deutschland machen sowohl die Kinder als auch die Eltern und Ehefrauen die Erfahrung der staatlichen Reglementierung der innerfamilialen Rechte und Beziehungen. Diese Fremdkontrolle, die vielen Vätern unverständlich ist, und ihnen als ein unberechtigter Eingriff in ihre Herrschafts- und Erziehungsrechte vorkommt, gibt den machtschwächeren Mitgliedern der Familie, den Jugendlichen und Frauen, Schutz und eine institutionelle Alternative im Falle von schweren, unlösbaren und gewalttätigen Konflikten. Der Anteil der ausländischen Frauen in Frauenhäusern liegt in vielen Kommunen zwischen einem Drittel und 50%.

Die Entwicklung zum Wohlfahrtsstaat hat in Europa die relative Unabhängigkeit der Heranwachsenden von ihren Eltern verstärkt. Die westliche Familie hat viele Funktionen an andere Institutionen, v. a. an den Staat verloren, die früher ihren Charakter und besonders durch ihre Herrschaftsstruktur mitbestimmten. Umso stärker treten heute diejenigen Funktionen zutage, die ihr geblieben sind, also v. a. die affektiven und emotionalen Funktionen. Man kann von einer Zivilisierung, Demokratisierung aber auch Emotionalisierung der Familienbeziehungen sprechen.

Der abrupte Wandel der familialen Funktionen durch die Migration

Der Begriff der Familie, der die Intimität der Beziehungen und die zentrale Bedeutung der Sozialisation der Kinder als konstitutive Merkmale betont, trifft nur das Bürgertum und durch die zunehmende Integration der Arbeiterklasse später auch Teile von ihr. Denn die Familienstruktur und -funktionen hängen ganz entschieden von der Wirtschaftsverfassung und der jeweiligen Stellung der Ernährer in der Produktion, ihrer Sicherheit und Einkommenshöhe ab. Im Vergleich zur langsamen Übertragung eines großen Teils der ehemaligen familialen Sozialisationsfunktionen an andere gesellschaftliche Institutionen, insbesondere an den Staat im europäischen Zivilisationsprozeß, vollzieht sich dieser Wandel im Falle von Einwandererfamilien sehr abrupt. Das Bewußtsein der

"Entfremdung" ihrer Kinder drängt die Einwandererfamilie in eine unter Migrationsbedingungen affektiv stark besetzte Rolle als zentrale *kulturelle Prägeinstanz* für eine herkunftsorientierte Sozialisation der Kinder. Der Überforderung und ideellen Belastung folgt nicht selten das Gefühl des Versagens, des *kulturellen Verrats* an der Herkunftsgesellschaft und eine reaktive, repressive Erziehung. Hier sind drei miteinander interdependente Zwangsquellen wirksam:

- Der Zwang der *defensiven Wir-Identität* und des Wir-Ideals einer ethnisch-kulturellen Minderheit unter dem Assimilationsdruck der Mehrheitsgesellschaft, der stets als Erniedrigung und Aushöhlung des Selbstwertgefühls empfunden wird.
- Der kollektive *Konformitätszwang der eigenen Einwandererkolonie* in der Bundesrepublik, d. h. ihre interne öffentliche Meinung, die als Hüter der "musealen Bewahrung der Wir-Identität" fungiert. Elias (1987, S. 283) spricht von "Fossilisierung des sozialen Habitus" in diesem Zusammenhang.
- Faktische und affektive *Bindung an das traditionelle Autoritätsgefüge des Herkunftslandes*. Es ist bekannt, daß die Auswanderer, also die Verlassenden, "Schuldgefühle" gegenüber den Zurückgelassenen empfinden (Grinsberg u. Grinsberg 1990, S. 106). Diese verdrängten Schuldgefühle sind die beste, weil verinnerlichte Bastion intrapsychischer Perpetuierung der Loyalität, des verstärkten Gehorsams, gegenüber den Herkunftsautoritäten.

In vorkapitalistischen Gesellschaften bei bäuerlicher Existenz sind die Familie und Produktionseinheit, Familien- und Produktionsbeziehungen identisch, so daß das Beziehungsgefüge von sachlichen, arbeitsorganisatorischen Zwängen geprägt und strukturiert wird. Erst durch die räumliche und zeitliche Trennung der Arbeitsstätte und Familie/Haushalt durch die Binnenmigration innerhalb der Türkei oder Auswanderung entsteht eine relative Entsachlichung der Beziehungen, eine von der Öffentlichkeit und Arbeit ausgesonderte, vom Gefühl beherrschte Privatsphäre.

Der Zwang, die Produktionseinheit aufrechtzuerhalten, die Unverzichtbarkeit der familialen Beziehungen unter den bäuerlichen Existenzbedingungen, gehen mit festgeschriebenen, ritualisierten Beziehungsformen einher, die die Spannungen einer überwiegend freiwilligen und emotionalen Gattenbeziehung erst gar nicht erlauben. Die Gattenbeziehung der ländlichen Türkei mit folgenden Merkmalen läßt unter dem stark reglementierenden kollektiven Fremdzwang kaum einen individuellen Gestaltungsraum zu:

- Feste Hierarchie in der familialen und verwandtschaftlichen Autoritätsstruktur, sowie genaue Festlegung und Trennung der sozialen Rollen von Mann und Frau.

- Emotionale Entlastung der Gattenbeziehungen durch die Vielfalt der familialen Beziehungen. Das Glück ist viel mehr an die alltäglichen Interaktionen mit Verwandten gebunden.

- Die ganze erweiterte Familie fühlt sich verantwortlich für den Fortbestand der Ehen der Kernfamilien. Die Orientierungsfamilie übt eine Fremdsteuerungsfunktion aus.

- In 37, 5% der Dorffamilien sind Eheleute miteinander verwandt oder verschwägert (in Städten dagegen knapp 20%), was zu einer höheren Verflechtung und daher Scheu vor offenen Gattenkonflikten führt (Mertens 1977, S. 71).

Wenn die Migration auch mit einem plötzlichen Wechsel der Familienform von der erweiterten Großfamilie zur Kernfamilie, d. h. Loslösung von den die innerfamilialen Beziehungen regulierenden Instanzen, zusammenfällt, wächst das Risiko der Anomie; laut Befragungen trifft dies für knapp die Hälfte der türkischen Familien zu. Die bisher vom Kollektiv wahrgenommene Funktion der gemeinsamen Kindererziehung und -betreuung, soziale Kontrolle über sie, fällt plötzlich auf die durch die Trennungserfahrungen und Objektverluste verunsicherten Gatten zurück. Innerhalb der Gattenbeziehung treten eine zwangsläufige Verringerung der sozialen Distanz und ritualisierten Umgangsformen ein, die mit einer erheblichen persönlichen Unsicherheit einhergeht.

Mit dem Funktionsverlust der Familie als Produktionsgemeinschaft, verschwindet ebenfalls ihre Funktion in der Berufsausbildung, Arbeitsdisziplinierung und Eingliederung der Kinder in den Arbeitsprozeß. Während die Welten der Kinder und Erwachsenen im Herkunftsland kaum voneinander getrennt waren, entsteht durch die Migration und Industriearbeiterschaft der Eltern eine klare zeitliche und räumliche Abgrenzung zwischen der Kindheit und Jugend als die Vorbereitungszeit auf die zukünftige außerfamiliale Arbeitswelt und dem Erwachsenenstatus.

In weniger entwickelten Gesellschaften ist die unmittelbare, fremdzwangsorientierte Kontrolle stark, die Einbindung der lokal-familialen Beziehungen mit Überwachungsfunktion ist eng, aber die Erziehungsideale sind viel weniger auf Schaffung internalisierter Selbstzwänge und Selbststeuerungsinstanzen orientiert. Erst Gesellschaften mit komplexerer funktions- und arbeitsteiliger Wirtschaft und Industrie erfordern diese psychische Struktur verinnerlichter, automatisch funk-

tionierender Über-Ich-Bildung. Insofern bedeutet die Ankunft in der Bundesrepublik für das Kind ein stärker reglementiertes Leben. Elias (1980, S. 20) begründet diesen Wandel:

"(Die Erziehung) dauert in einer Gesellschaft, in der die Anforderungen an die Selbstregulierung des einzelnen ... so hoch sind wie in den entwickelteren Industriegesellschaften ... erheblich länger als etwa in einfachen bäuerlichen Gesellschaften. In einfacheren Gesellschaften braucht auch der Prozeß der Triebumwandlung, in dessen Verlauf Kleinkinder von ihrem Triebfreilauf auf das Triebselbstregulierungsniveau der Erwachsenenengesellschaft gebracht werden, weniger Zeit - der individuelle Zivilisierungsprozeß ist kürzer, er ist weniger schwierig und tiefgreifend."

Die Eingewöhnung in die industrielle Arbeits- und Sozialwelt ist eines der schwierigsten Probleme bei der Migration. Dies hat auch Konsequenzen für die Qualität der Gattenbeziehungen und ihrer Erziehungskompetenz gegenüber den Kindern. Laut Befragungen haben nur 34% der Väter bereits in der Türkei im industriellen Bereich gearbeitet (Neumann 1981). D. h. zwei Drittel haben kein Erfahrungsreservoir bezüglich der Lebensgestaltung als Arbeiterfamilien durch die Beobachtung des Elternverhaltens, auf das sie für die Alltagsbewältigung zurückgreifen könnten. Dieser wichtige Unterschied zu den deutschen etablierten Mehrgenerationenarbeiterfamilien darf nicht übersehen werden. Selbst bei denjenigen, die industrielle Arbeitserfahrung laut ihren Angaben haben, hat Mehrländer (1974, S. 74) erhebliche Eingewöhnungsschwierigkeiten festgestellt, da sie meist aus handwerklichen, kleingewerblichen Zwergbetrieben kommen.

Die mit dem Funktionsverlust der Familie einhergehende Unabhängigkeit des einzelnen, die Entfesselung der Beziehungen, d. h. der Machtverlust der Eltern gegenüber den Kindern und des Ehemannes gegenüber der Ehefrau produzieren Ängste. Flucht in gemeinsame Größenwahnphantasien der ehrenvollen Rückkehr mit angehäuften Vermögen und die Fixierung auf ferne Zukunft oder Vergangenheit dienen dem illusionären Wiederherstellungsversuch der Familienkohäsion. D. h., die erste Phase der Migration kann den Zwangscharakter der Familie fortsetzen oder sogar steigern. Der Deutschlandaufenthalt wird als zeitlich befristete gemeinsame Zukunft im Herkunftsland, als Zeit des Verzichts betrachtet. 28, 1% der Familien sparten ein Drittel und ebenso viele sogar die Hälfte ihres Einkommens. Hohe Sparziele und -leistungen korrelieren mit ländlicher Herkunft (Akpınar 1977, S. 301).

Wieweit die Einwandererfamilien diese "Lustfeindlichkeit" überwinden können, gilt m. E. als ein Indiz für die erreichte Stufe der identifikatorischen Integration. Hier liegt auch ein starkes Konfliktpotential zwischen Eltern und Kindern vor: Die Maßstäbe des Status, Prestige und des Lebenserfolgs sind zwischen den beiden Generationen meist sehr unterschiedlich. Die zweite Generation

bewertet die Einkommensverbesserungen und den Konsumstandard der Familie erheblich niedriger als ihre Eltern. Während die Jugendlichen nach einer Prestigesteigerung in der hiesigen Gesellschaft streben, arbeiten ihre Eltern für eine Statussteigerung in ihrer Bezugsgruppe, durch Investitionen in der Herkunftsgesellschaft.

Die Nostalgie der verlorenen familialen Produktions- und Konsumeinheit wird nicht selten auf die übrig gebliebenen Konsum- und Sparfunktionen übertragen. Eine Zentralisierung der Haushaltsführung in Zwei-Generationenfamilien, d. h. die Monopolisierung der Verdienste aller arbeitenden Familienangehörigen, der Konsumausgaben und Vermögensbildung beruht auf Projizierung der rückwärtsgerichteten Ideale einer geschlossenen, autonomen Hausgemeinschaft der Herkunftsgesellschaft auf die neuen Lebensbedingungen nach der Migration.

Der Typus der türkischen Einwandererfamilien

Können die bisher geschilderten Merkmale für alle türkischen Einwandererfamilien gelten? Gewiß nicht! Nach dem Anwerbestop 1973 war die Hälfte der türkischen Arbeitsmigranten aus ländlichen Gegenden (Wilpert 1983, S. 12). Eine dichotomische Struktur bildete sich heraus, in der die Migranten aus weniger entwickelten Regionen, d. h. Ost-, Südost- und Mittelanatolien, außerdem häufig aus Dörfern und die, die aus modernisierteren Teilen, wie Marmara-, Ägäisch- und Mittelmeerregionen, häufiger aus Städten kamen. Ab den 70er Jahren setzte ein Zustrom aus Ostanatolien aus zwei Gründen ein:

1. Während Migranten urbaner Herkunft ihre Ehepartner und Kinder relativ früh in den Migrationsprozeß einbezogen, hatten die aus Dörfern eher die Tendenz, ihre Familien zunächst in der Heimat zurückzulassen. Nach längerer Trennungszeit und wegen der geplanten staatlichen Familiennachzugsbeschränkungen, holten sie sie erst in den 70er Jahren zu sich. Dies bedeutet, daß die zweite Generation aus unterentwickelten, traditionellen Gebieten auch noch unter der zusätzlichen Benachteiligung und psychischen Schädigung längerer Trennungszeit von einem oder beiden Elternteilen litten. Auf diesen Aspekt komme ich zurück.
2. Da die Wir-Identität und Kohäsion in der Verwandtschaft und Dorfgemeinschaft viel stärker unter der ländlichen Bevölkerung ist, haben sie durch Heirat oder Organisation der *Kettenmigration* ihren Anteil auch nachträglich erhöht.

Eine namentliche Aufforderung des künftigen Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber war die Grundlage.

Die Vorstellung, daß die patrilinearen, patrilokalen Familien die türkische Gesellschaft dominieren, trifft statistisch nicht zu. Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen den Regionen und ein Land-Stadtgefälle.

Tabelle 1. Verteilung der Familienformen nach Wohnort in % der Haushalte (Mertens 1977, S. 46)

Familienform	Ankara Istanbul	Großstadt	Stadt	Kreisstadt	Dorf	Türkei
Kleinfamilie	67,9	65,8	63,3	61,5	55,4	59,7
Patrilinear erweiterte Familie	4,6	9,7	9,5	20,0	25,4	19,0

Tabelle 2. Verteilung der Familienform nach Regionen in % der Haushalte (Akpınar 1977, S. 43)

Familienform	Mittel- anatolien	Schwarz- meer	West- anatolien	Mittel- meer	Ost-ana- tolien	Türkei
Kernfamilie	63,6	46,3	59,1	67,4	63,0	59,7
Großfamilien	17,6	33,6	15,2	14,2	16,6	19,0

Die obigen Zahlen betreffen die Prozentanteile der Haushalte. Die Anzahl der Menschen dagegen, die in erweiterten Großfamilien und Übergangsfamilien leben, erreicht einen Anteil von fast der Hälfte der Bevölkerung (47, 2%). Nach der Befragung von Mertens (1977, S. 149) in Berlin kamen 30, 2% der türkischen Migranten unmittelbar aus Dörfern, 24, 4% aus Kleinstädten, die in der Türkei stark ländliche Strukturen aufweisen und 45, 4% aus Großstädten, wobei dieser letzte Anteil auch die (auf dem Weg der Landflucht) neuen Stadtbewohner mit umfaßt. 30, 5% waren Bauern mit kleinem Boden, 16, 7% Bauern und Saisonarbeiter, 16, 1% hatten eine kleine Werkstatt.

Der statistisch relativ niedrige Anteil der Kernfamilien soll nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie in einem engverzahnten Verwandtschaftssystem eingebettet sind. Traditionelle Wertorientierung zur partilineal erweiterten Familie prägt die Vorstellungen, den sozialen Habitus und das Selbstideal der Familien. 1972 fand die Universität Hacettepe in Ankara heraus, daß 75% der Bauern lieber in einer Großfamilie leben möchten, die sie als Zeichen von Wohlstand und Prestige sehen. Neumann stellt fest, daß 44% der türkischen Väter in der Bundesrepublik das Ideal und den Wunsch hegen, in einer Großfamilie zu leben (Neumann 1981, S. 43). Die Veränderungen der Mentalitäten und des sozialen Habitus hinken häufig den realen sozioökonomischen Entwicklungen hinterher.

Das Beziehungsgefüge der Einwandererfamilien

Eine erfolgreiche Migration scheint positiv auf die erweiterten Familienbeziehungen zumindest der ersten Generation zu wirken. In einer Befragung gaben 66% (Neumann 1981, S. 42) der Befragten an, ihre Verwandten finanziell zu unterstützen. Die auswandernde Familie trägt die Verantwortung zum Lebensunterhalt der zurückbleibenden Verwandten, von deren Erfüllung ihre soziale Achtung abhängt, da der Verdienst des einzelnen, entsprechend dem geringen Grad der Individualisierung, dem erweiterten Abstammungsverband gehört. Die Beziehung zwischen der "Auswandererfamilie" und ihrer Herkunftsgruppe ist häufig ambivalent, weil sie als "Grenzübergänger" zwischen dem Vertrauten und dem Fremden, beinahe als Tabubrecher, das Projektionsobjekt der Gruppenphantasien wird: Sie wird auf der einen Seite zur Identifikationsfigur, die den Traum aller, nämlich den Zugang zum Reichtum und Charisma der westlichen Zivilisation, verwirklicht hat, aber sie zieht gleichzeitig den Zorn und Neid der unerfüllten Träume von den westeuropäischen Städten, der unbefriedigten materiellen Wünsche, Sicherheitsbedürfnisse, der sexuellen Triebverzicht und -verleugnungen auf sich. So hängt die Heftigkeit, mit der die

Frauen, insbesondere junge Mädchen der Auswandererfamilien oder die allein in die Bundesrepublik eingereisten Arbeiterinnen in ihrer "Ehre" angezweifelt und vom Dorfklatsch als "Hure" gebrandmarkt werden, mit diesen projektiven Vorgängen zusammen. Die Angst der Familien vor dieser Stigmatisierung und dem Ausschluß seitens des Herkunftslandes, das stets die Bezugsgruppe bleibt, hat weitreichende Konsequenzen für die restriktive Sozialisation der Kinder, insbesondere der Töchter. Je höher die rechtliche und politische Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltes in der Bundesrepublik ist, desto stärker prägen die äußeren und inneren Über-Ich-Instanzen der Herkunftsgesellschaft das Leben der Auswanderer.

Der ständige Werttransfer in Form von finanziellen Unterstützungen oder teuren Urlaubsgeschenken ist eine Art Tribut, um den kollektiven Neid zu beschwichtigen, also ein Akt der Wiedergutmachung, der seine Wurzeln in den eigenen Schuldgefühlen wegen des Zurücklassens der anderen hat. Er dient auch zur Schaustellung des eigenen materiellen Migrationserfolgs, für mehr Prestige in der eigenen Bezugsgruppe als Kompensation für die Aushöhlung des Selbstwertgefühls, und gesellschaftliche Erniedrigung im Migrationsland.

Die Annahme, daß die regionale Mobilität und Arbeitsmigration immer nur die Kernfamilie erfaßt, erweist sich als falsch (Nauck 1985, S. 33). Ganze Verwandtschaftssysteme können an der Migration teilnehmen. Greenfield (1961) berichtet z. B., daß in Brasilien die erweiterten Familien sich dadurch an Migration und Urbanisierung angepaßt haben, daß sie in Apartmenthäusern einen ganzen Flur mieten. Konzentration von bestimmten Sippen und Dorfbewohnern in bestimmten Städten, Stadtvierteln, sogar in einer Straße sind auch in der Bundesrepublik bekannt. So gaben 51% der Befragten in Deutschland an, daß sie Verwandte in ihrer unmittelbaren Wohnnähe haben. 38% der Familien sehen sich mit diesen täglich und 39% mehrmals pro Woche (Neumann 1981, S. 47). Patrilokalität setzt sich auch in Deutschland durch: 35% haben engste Kontakte zu Brüdern, 28% zu Vettern, 21% zu Bewohnern aus dem Heimatdorf, d. h. Migranten, und nicht nur die türkischen bauen soziale Netze der gegenseitigen Hilfe durch das Holen von Verwandten und Bewohnern des Heimatdorfes, was unter der Bezeichnung Kettenmigration bekannt ist, um soziale und emotionale Sicherheit und befriedigende Bindungen zu schaffen. Sowohl der Prestigegewinn in der eigenen Einwandererkolonie hier, als auch der Macht- und Prestigezuwachs im Heimatdorf sind weitere bestimmende Motive für die Bildung eigener Verwandtschaftsnetze. Insofern trifft die in der Literatur häufig beschriebene Isolation der ausländischen Familien eher für Familien aus urbanen Städten zu, die sich vom Familienverband bereits in der Türkei soweit abgenabelt haben. Solche sozialen Netze scheinen eher die psychische Stabilität und Streßausdauer zu erhöhen. Mehrländer (1983) fand heraus, daß türkische Jugendliche, die in deutsche Wohnbezirke integriert sind, sich eher an Rückkehr orientieren, als sol-

che, die in ethnischen Enklaven wohnen. Untersuchungen zeigen, daß die Integration der türkischen Familien in die eigene Einwandererminorität viel stärker in Form von engen Kontakten mit den Personen aus derselben Dorfgemeinschaft und Konzentration auf die erweiterte Familie stattfindet. Entsprechend der noch auf der vorstaatlichen Integrationsstufe befindlichen Wir-Identitäten und Loyalitäten in der Türkei ist der Grad der Kohäsion und Organisation auf der Ebene der nationalen Zugehörigkeit in Einwandererkolonien gering.

Wenn man einige Schlüsseldaten über das Kontaktverhalten der türkischen Migranten zugrundelegt, wird seine Beschränktheit auf die eigene Ethnie deutlich: 60% geben z. B. an, nie Besuch von Deutschen zu bekommen, während der Anteil, der regelmäßig von Deutschen besucht wird, nur 5% beträgt (vergleichsweise bei anderen Nationalitäten 20-30%).

Rein *ethnisch homogen zusammengesetztes Freundesnetzwerk* erweist sich unter Türken als beharrlich über zwei Generationen (Esser u. Friedrich 1991, S. 187).

Tabelle 3. Ethnische Homogenität der Freundesnetzwerke

Türken		Jugoslawen	
1. Generation	2. Generation	1. Generation	2. Generation
78%	64, 7%	62%	25,6%

Aber der Wunsch nach näheren Kontakten zu Deutschen ist am stärksten unter den Türken, die wiederum auf stärkere Ablehnung durch die Deutschen treffen. Diese Asymmetrie ist auf der Basis der Etablierten- und Außenseiterfiguration erklärbar, bei der das kollektive Minderwertigkeitsgefühl der Außenseiter entsprechend dem aufgewerteten Bild von den Etablierten und ihrem Charisma, eine Faszination von der mächtigen, unerreichbar erscheinenden Etabliertengruppe produziert. Entsprechend groß ist der Wunsch, an diesem Charisma wenigstens durch Kontakte teilzuhaben.

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung von Esser u. Friedrich (1991, S. 172) war die Bedeutungslosigkeit der ethnischen Struktur des Wohngebiets für die soziale Assimilation. Einen starken Einfluß auf die Persönlichkeitsentwicklung hat der *Familialismus*, d. h. die Beschränkung der sozialen Kontakte auf die Verwandtschaft und Familie, die den Erfahrungshorizont des Kindes einschränkt. In dem Maße, in dem die Familie unter sich bleibt, bleiben auch soziale Kontakte,

die dem Intimitätsmuster nicht mehr entsprechen, wie z. B. Kommunikation mit Fremden oder halbwegs Bekannten, Konflikte mit anderen Menschen usw., unbekannt und daher ungekannt. Mangelnde Beziehungen zur diskriminierenden, kränkenden Aufnahmegesellschaft werden durch primärnarzistische, emotionale innerfamiliäre Bindungen kompensiert. Familialismus, in welcher Gruppe, wie auch immer er vorherrscht, ist m. E. ein Zeichen für den geringen Integrationsgrad in die Gesellschaft, für Marginalität und Rückzug und perpetuiert wiederum diese Stellung in den kommenden Generationen. Er ist eins der vielen Double-bind einer Etablierten-Außenseiter-Figuration.

Blood (1970, S. 196) weist darauf hin, daß die Migration nicht nur eine Reetablierung der erweiterten Verwandtschaftsbeziehungen, sondern ihre stärkere geographische Konzentration und Intensivierung der Beziehungen bewirken kann. Der Wegzug der Kin-Gruppe von ihrem Herkunftsort verursacht eine drastische Minderung der Beziehungen außerhalb der Gruppe. Je feindlicher und fremder die Aufnahmegesellschaft reagiert, desto höhere Bedeutung bekommen die Kinship-Beziehungen. Litwak (1970) hat ferner aufgezeigt, daß die Bereitschaft in erweiterten Familien zu leben durch die Migration nicht notwendigerweise abnimmt.

Da der Zugang der Migranten zu gesellschaftlichen Institutionen, die erst die Berufstätigkeit der beiden Ehepartner ermöglichen, wie z. B. zu den Kindergärten, Hortplätzen und Sozialdiensten ungleich ist, kann die Funktion der erweiterten familialen Hilfeleistungen sich gerade unter Migrationsbedingungen unumgänglich erweisen, so daß Großeltern oder andere Verwandte nachgeholt werden. D. h., auch in einer urbanisierten und industrialisierten Gesellschaft können die für die vorindustrielle Gesellschaft charakteristischen erweiterten verwandtschaftlichen Beziehungen, gerade durch die ungleiche Teilnahme der Migranten an der sozialen Wohlfahrtsstaatlichkeit und ihre diskriminierte Stellung, eine unverzichtbare materielle, soziale und affektive Ressource darstellen. Daher erweisen sie sich als beharrlich.

Jenseits der Alltagsbewältigung sind diese Beziehungen eine affektive Kompensation für und ein Schutz des eigenen Selbst gegen die Isolierung, Stigmatisierung und Abwertung durch die Aufnahmegesellschaft. Insofern kann ich mich der Annahme der generell gültigen, unvermeidlich fortschreitenden, irreversiblen Assimilation, wie, in dem Drei-Generationen-Assimilationsmodell, nicht anschließen. Die häufig vorausgesagte Desintegration und Desorientierung der Migrantenfamilien kann auch keine allgemeine Gültigkeit haben.

Eine Angleichung der Familienstrukturen, Funktionen an die Aufnahmegesellschaft, eine soziale und identifikatorische Assimilation, wie die Erkenntnisse aus anderen Einwanderergesellschaften, z. B. Australien (Stoller 1966) zeigen, bedingen viel mehr eine rechtliche, soziale, institutionelle Sicherheit und Gleichberechtigung.

Die innerfamiliäre Machtfiguration und die Migration

Die Migration birgt die Chance für langfristige Verschiebungen und Neuverteilungen der innerfamiliären Machtpositionen, da die *biologischen Hierarchiekriterien* von Alter und Geschlecht langsam durch die neuen und erworbenen Kompetenzen, durch den unterschiedlichen Zugang zu extrafamiliären Machtquellen, wie Bildung, Einkommen, beruflichen Aufstieg, Sprachkompetenz etc. ersetzt werden. Wie jede andere Verschiebung der Machtfiguration geht dieser Prozeß mit hohen reaktiven Spannungen einher.

Bei den nicht erwerbstätigen Ehefrauen bewirkt die Migration einen Funktions- und Machtverlust durch den Statuswandel vom Produzenten zum Nur-Konsumenten. Ihre Interaktionsfähigkeit wird häufig stark eingeschränkt (Kursat-Ahlers 1986, S. 52-65; Collatz et al. 1986, S. 89ff). Untersuchungen aus vielen Einwanderungsländern belegen dagegen, daß die Erwerbstätigkeit der Frau zu einem konfliktträchtigen Machtzuwachs führt. Berechtigterweise wird auch von einer Pseudoemanzipation gewarnt, weil die Arbeitsaufnahme der Frau häufig als ein temporärer Beitrag zur Einkommensverbesserung der Familie nur für die Dauer des Deutschlandaufenthaltes angesehen wird. Im Bewußtsein des Mannes tritt eine Veränderung der Rollenerwartung sehr langsam ein. 86% der türkischen Männer mit berufstätigen Frauen meinen, daß es doch für die Familie besser ist, wenn die Mutter zu Hause bleibt. 90% meinen, Hausarbeit sei Frauenarbeit. 71% entscheiden allein über die Konsumausgaben. Daß der entsprechende befreiende Bewußtseinswandel sich auch unter Frauen langsamer als die realen Lebensbedingungen vollzieht, zeigt eine über die Binnenmigrantinnen in Istanbuler Slums durchgeführte Studie: zwei Drittel der arbeitenden Frauen fanden es richtig, daß ihre Männer alleinige Entscheidungsmacht und Kontrolle über ihren Verdienst, über ihren Arbeitsort und über ihre Erwerbstätigkeit behalten (Cagıtcıbası 1982, S. 195f.).

So konnten in fast der Hälfte der befragten Familien, die eine Binnenmigration durchgemacht, d. h. sich auch von Herkunftsverbänden losgerissen hatten, festgestellt werden, daß *kein Unterschied* in den ehelichen Machtverhältnissen im Vergleich zu den elterlichen Familien stattgefunden hatte: 46, 73% kein Unterschied, 43, 29% mehr Gleichberechtigung, 9, 6% weniger Gleichberechtigung (Mertens 1977, S. 77). Die Veränderungen des sozialen Habitus und des Bewußtseins hinken immer hinter den realen gesellschaftlichen Entwicklungen hinterher. Von den Untersuchungen von Fox (1973, S. 718-730) über die Türkei und Ley (1979, S. 59) über die italienischen Familien wissen wir, daß die stärkere Partizipation der Frau an der familialen Entscheidungsmacht in erster Linie von ihrem *Bildungsstand* abhängt. Ferner spielen Urbanität des Geburtsortes, Heiratsalter der Frau und Heiratsform eine wichtige Rolle. Bei der Levirat-Ehe, in der

73% der befragten türkischen Frauen standen, und zwar ohne eine erkennbare generationale Wandlungstendenz, waren die Machtchancen der Frau erheblich geringer.

Esser u. Friedrich (1991, S. 172ff.) stellen fest, daß die Geschlechtsrollenorientierungen türkischer Frauen insbesondere von kognitiven Prozessen im Heimat- und Aufnahmeland, d. h. von ihrer Schulbildung und ihren Deutschkenntnissen abhängen. Bei den Männern dagegen geht die stärkste Wirkung von ihrem *sozialen Beziehungsgefüge* aus. Während die Bindungen an Religion und Einwandererkolonie ihre Fixierung auf traditionaler Geschlechterrolle verursachen, korreliert die Häufigkeit sozialer Kontakte zu Deutschen hoch mit einer Rollenveränderung. Auch Neumann (1981, S. 139) stellt eine Egalitärisierung der Beziehungen in der Familie durch Kontakte mit Deutschen fest. Markant ist die Feststellung, daß mit einer sehr hohen Schulbildung eine Orientierung an traditionellen Verhaltens- und Einstellungsmustern einhergeht. D. h. mit einer stärkeren Wahrnehmung der Diskriminierung entsteht eine stärkere Rückzugstendenz. Im Sinne einer Stimulusgeneralisierung tritt eine allgemeine regressive Ablehnung der Symbole des Aufnahmelandes. Defensive Wir-Identitäten der in ihrer Würde bedrohten Gruppen und Nationen erheben immer wieder die Bewahrung der traditionellen Frauenrolle, der weiblichen Ehre und Familienstruktur zu ihrem Symbol. Insofern beeinträchtigt der Druck der Aufnahmegesellschaft auf die Einwanderer am meisten die Ich-Entwicklung und freie Identitätsfindung der Machtschwächeren in der Familie, d. h. der Frauen und Kinder, die sich im Spannungsfeld zwischen zwei Machtstrukturen befinden.

Höhere Zivilisations- und Entwicklungsstufen einer Gesellschaft gehen mit egalitäreren innerfamiliären Beziehungen einher. Trotz der verzweifelten Versuche der Machthabenden, der Väter, den Wandel aufzuhalten, ist eine nach den Untersuchungen belegbare, langsame Verringerung der Machtdifferentiale zwischen den Gatten in den Einwandererfamilien zu verzeichnen. So stellte 1975 Holtbrügge (1975, S. 90, S. 96) fest, daß in türkischen Familien über die Hälfte der Entscheidungen vom Vater alleine und nur 43% partnerschaftlich getroffen werden. Und entsprechend dem geringsten Entwicklungsniveau unter den in den Vergleich gezogenen Herkunftsgesellschaften war die Dominanz des Mannes in türkischen Einwandererfamilien am größten.

Tabelle 4. Verteilung der Entscheidungsmacht in der Familie in wichtigen Angelegenheiten

	Türken	Griechen	Spanier	Jugosl.	Italiener	Deutsche
Vater	56%	49%	20%	16%	12%	19%
Mutter	1%	0%	3%	2%	4%	4%
partner- schaftlich	43%	51%	78%	82%	84%	77%

In der von Nauck u. Özel (1985) durchgeführten Untersuchung wird dagegen festgestellt, daß in über 70% der Familien die Eheleute die Entscheidungen *zumindest* gemeinsam besprechen und wichtige Entscheidungen gemeinsam fällen.

Familienfragmentierung im Migrationsprozeß

Die Migration stellt die krasseste Form der Unterwerfung der Familie unter die Bedingungen der internationalisierten Marktwirtschaft dar. Fragmentierungen der Familien, innerfamiliäre Entfremdungen, sind häufige Folgen. Schrader et al. (1979, S. 78) stellte fest, daß nur in 6% der Fälle eine gemeinsame Migration der Familien stattfand. Bei 50% der Familien reiste der Vater zuerst, bei 13% Eltern ohne Kinder und in 22% der Fälle erfolgte die Migration sogar in drei Phasen, d. h. 94% der Migrantenkinder erlebten eine Familienfragmentierung als passive Opfer der naturgewaltähnlich empfundenen Wirtschaftszwänge mit erheblichen Konsequenzen für ihre psychische Entwicklung.

Da Ehepaare nach der Anwerbepolitik der Bundesrepublik eine getrennte Gruppe mit erheblich längeren Wartezeiten bildeten, war die Migration der Gatten zusammen eine Ausnahme. So waren von im Jahr 1970 angeworbenen 96 936 türkischen Arbeitnehmern nur 330 Ehepaare, 1971 von 63 777 nur 250, 1972/1973 von 163 800 lediglich 800 Ehepaare (Akpınar u. Mertens 1977).

Hinter diesen Zahlen verbergen sich Schicksale tausender kleiner Menschen, meistens nie wiedergutzumachende Zerstörung des kindlichen Urvertrauens,

Gefühle der Ablehnung und des Verlassenseins von ihren Eltern, Vorwurf und Haß auf sie, lebenslange Trennungssängste, Entfremdung von den Geschwistern, die von den Eltern bevorzugt und mitgenommen wurden, massive Schuldgefühle der Eltern.

Nach quantitativen Untersuchungen von Neumann (1981, S. 44, S. 60) betrug die durchschnittliche Trennung der Kinder von Vater und Mutter ein bis zwei Jahre, die Trennung von Mutter und Kind ein Jahr, von Vater und Kind dagegen 3 Jahre. 19% der Kinder waren mehr als zwei Jahre von beiden Elternteilen getrennt.

Die Entwicklung der abwesenden Eltern von Identifikations- und Bezugspersonen zu "Waren- und Geschenklieferanten", denen die Kinder nur noch eine rein materielle Erwartungshaltung entgegenbringen, wird am folgenden Auszug aus dem Interview mit einem Ehepaar deutlich, dessen zwei Kinder seit vier Jahren in der Türkei bei den Großeltern leben:

"... Nazli, meine Frau, heulte die ganze Zeit vor Aufregung und Sehnsucht, die Kinder zu umarmen ... Ich ging zu meinem jüngsten Sohn und faßte ihn an der Schulter. Er drehte sich nach mir um und sah mich mit leeren Augen an: kein Zeichen, daß er mich erkannte. Ich sagte: 'He, Kradri, ich bin dein Vater aus Deutschland!' Er war nicht aufgeregt oder glücklich. Höflich sagte er, 'es tut mir leid, mein Herr, daß ich Sie nicht gleich erkannt habe!' ... Sie waren mehr daran interessiert, ihre Geschenke als ihre Eltern zu sehen ... Ich möchte eine Zwei-Zimmer-Wohnung finden, um die Kinder herzuholen, bevor sie uns ganz vergessen ..." (Neumann 1981, S. 64).

52% der Eltern, die ihre Kinder nachgeholt haben, haben als Grund die fehlende Unterbringungsmöglichkeit in der Türkei angegeben, nur 13, 7% wollten eine Trennung vermeiden (Akpınar u. Mertens 1977, S. 211). Gegen die romantisierenden Idealbilder der Beziehung zwischen Kindern und Eltern betont Elias (1980, S. 13) nüchtern, daß in dem Machtverhältnis zwischen ihnen es eine entscheidende Frage ist, welche Funktion Kinder für die Eltern haben. Mit dem plötzlichen Übergang von einer bäuerlichen oder kleinhandwerklichen Existenz zur Industriearbeit verschwand die Funktion der Kinder als Arbeitskräfte. Sie werden angesichts des obersten Migrationsziels - Vermögensbildung - sogar disfunktional, indem sie die Berufstätigkeit der Frau erschweren, sogar verhindern. In quantitativen Untersuchungen wurde eine negative Korrelation zwischen der Kinderzahl und der Arbeitstätigkeit der Mutter festgestellt.

Essers u. Friedrichs (1991, S. 133) Untersuchung zeigt an, daß die Länge der Trennungszeiten nach 1967 erheblich zurückgegangen ist. Gleichzeitig weist die Studie nach, daß die türkischen Kinder erheblich längere Trennungszeiten als anderer Nationalitäten erleiden mußten.

Tabelle 5. Familienfragmentierung und Einreisealter

Einwanderungs- -jahr des Vaters	Familienkonsolidierung (Jahre)		Einreisealter	
	Türkische Kinder	Jugoslawische Kinder	Türkische Kinder	Jugoslawische Kinder
bis 1967	6, 18	2, 52	6, 34	3, 0
1968/69	5, 03	1, 96	9, 16	5, 6
1970	4, 48	1, 95	9, 28	5, 6
nach 1970	3, 47	0, 97	9, 66	7, 0

Da die häufigste und längste Trennung die der Kinder von ihren Vätern ist, möchte ich auf diese Aspekte des Beziehungsgefüges der Familie in der Türkei und im Migrationsprozeß etwas näher eingehen.

Die Rollen- und Affektstruktur innerhalb der Familie

Vor dem Vater hat man Angst, aber die immer verständnisvolle, sich aufopfernde Mutter liebt man. Die Spaltung des Bösen und Guten in den beiden Elternrollen stabilisiert die familiäre patriarchalische Struktur und hemmt die Individuation. Die gesellschaftlich idealisierte Mutter mildert die väterliche Gewalt, erzeugt die affektive Bindung an die Familie, aber sie ist gleichzeitig das wichtigste Machtmittel über ihre Kinder. Insbesondere die Söhne werden mit dem Ritual der Mutterliebe in lebenslanger Loyalität und Bindung gehalten. Ich frage mich, ob diese Söhne, die die Abnabelung von der Mutter lebenslang nicht schaffen, ihre Mutter- und Frauenangst - ja sogar Haß - deswegen mit der Unterdrückung ihrer eigenen Frauen kompensieren? Daß die schlimmsten ehrschädigenden Beleidigungen und Schimpfwörter in der türkischen Sprache unter Männern in der Form der aggressiven Phallusphantasien gegen die Mütter der gegnerischen Seite gerichtet sind, ist ein kollektives Symptom.

Die starke affektive Bindung der Mütter an ihre Kinder hat sehr viel mit den unegalitären, distanzierten, Gefühlläuerungen zwischen den Gatten tabuisierenden, ritualisierten Beziehungsstruktur zu tun. Austausch von Zärtlichkeit mit den Kindern, Körperkontakt, ist eine gesellschaftlich erlaubte, sogar positiv sanktionierte Kompensation. Viele Wiegenlieder der Mütter symbolisieren wiederum den affektiven und realen Wert der Kinder, insbesondere der Söhne für die Frauen. Sie werden als Leidensgenossen angesehen. Gleichzeitig werden sie zum "Retter" der jungen Frau, deren Außenseiterposition bei dem Ehemann und seiner Familie erst nach der Geburt der Kinder, v. a. des Sohnes einen Ansehenszuwachs erfährt. D. h. das familiäre Beziehungsgefüge in der Türkei schafft ein hohes Maß an Emotionalität zwischen der Mutter und den Kindern gerade im Hinblick auf das Angst erzeugende Vaterbild und den hohen Stellenwert der reproduktiven Funktion der Frau.

Passagen aus dem Wiegenlied und einem Klagelied einer turkmenischen Nomadenfrau können die Gefühlszustände vermitteln (Fritsche et al. 1992, S. 83-95).

"ohne Hemd gelassen hast du mich.
Wenn am Abend *dein Vater kommt*,
haut er dich und auch mich, ..."

"Im winzigen Kessel laß ich mein Essen kochen.
Voll Schmerz seh' ich Kinder spielen und lachen.
Wenn ich keins gebäre, wird mein Mann mich verlassen.
Ich flehe dich an, oh Herr, erbarme dich meiner!
Nur du kannst helfen, doch sonst keiner."

Folgende Sprichwörter stellen die intrafamiliale Affektstruktur mit symbiotischen Mutter-Sohn-Beziehungen - eine Stillzeit von zwei bis drei Jahren bei Söhnen ist ein Indikator dieser Dyade - und ödipal belasteten Spannungen in den Vater-Sohn-Beziehungen plastisch dar (Fritsche et al. 1992, S. 83-95):

- Es gibt keine *Geliebte*, wie die *Mutter* und keine Stadt wie Bagdad.
- Der *Mutterschoß* ist der Ort, wonach sich der Mensch das ganze Leben *zurücksehnt*.
- Wenn einer weint, dann meine Mutter, wenn die Ehefrau weint, dann weint auch die Lüge.
- Sie/Er ißt nur das, was die Mutter gekocht hat.

- Vom Vater bleibt der Besitz, aber nicht die Reife.
- Wenn einem der Vater stirbt, ist man ein Herr, wenn einem die Mutter stirbt, ist man ein Weib.

Mit sechs bis sieben Jahren werden die Söhne in den Geltungsbereich des Vaters und daher des männlichen Geschlechts immer stärker einbezogen, so daß die geschlechtliche Identifikation und Eingliederung in die Arbeitswelt über den Vater erfolgt. Der Ritus der Beschneidung markiert den Übergang vom Kind zum Jugendlichen.

Öztürk u. Volkan (1977, S. 330-361) sehen das Ergebnis eines frühen Geschlechtsrollentrainings, d. h. der frühen und intensiven Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, der sich repressiv, ja sogar manchmal tyrannisch verhält, in einer Identifikation mit dem Aggressor. Hier sehen wir auch die fundamentalen Zusammenhänge zwischen solchen nationalen Wir-Bildern und Idealen wie Heldentum, Heroisierungen der militärischen Leistungen, Männlichkeitswahn, etc. auf der einen Seite, dem spezifischen Beziehungsgeflecht in der primären Zivilisierungsinstanz Familie auf der anderen Seite, das solche Werte wie Gehorsam, Respekt gegenüber Älteren und Mächtigen, Loyalität in erster Linie gegenüber der Familie und Abstammungsgruppe, d. h. eine Dominanz der Wir-Identität gegenüber der Ich-Identität, in die Gewissensbildung anzüchtet.

Zwei für die psychische Strukturierung des Kindes erhebliche Konsequenzen der Vätertrennung, und zwar häufig in der ödipalen Phase des Kindes, sind einerseits das Fehlen einer männlichen Identifikationsfigur und meistens eine Polarität von männlichen Bezugspersonen als die Beschützer der Familie während der Abwesenheit des Vaters und andererseits eine noch stärkere Intensivierung der Mutter-Kind-, insbesondere der Mutter-Sohn-Beziehung, also eine Mutterfixierung. Der Vater rückt immer stärker in die Rolle des Rivalen ohne entsprechende Identifikation schon während seiner Urlaubsbesuche, bei denen alles, auch die Mutter, sich plötzlich um ihn dreht. Daß das Ritual des Beschneidungsfestes in der Regel in die Zeit des Urlaubsbesuches des Vaters gelegt wird, dramatisiert die Kastrationsängste und ödipale Konflikte.

Nach der Konsolidierung der Familie in der Bundesrepublik geht die Mutter dem Kind in seinem Phantasie- und Affektleben zweifach verloren. Durch die Wiederaufnahme der Gattenbeziehungen scheint die Mutter sich dem Kind abzuwenden. Der entfremdete Vater stiehlt ihm auch noch die Mutter. Und durch die Arbeitsaufnahme wird sie gleichzeitig meistens zum ersten Mal für das Kind längere Zeit unerreichbar, und ihr ausschließlich auf das Kind gerichtete affektive Engagement nicht mehr wiederherstellbar. Die nervliche und physische Belastung der ungewohnten Industriearbeit verringert die emotionale Zuwendung zum Kind. Die Migration, die für Menschen eine kumulative, traumatische Trennung von al-

len Bindungen, Beziehungen, Gewohnheiten und Liebesobjekten bedeutet, konfrontiert das Kind auch noch mit dem Mutterverlust. Für seine ganzen Trennungsschmerzen wird der Vater und in vielen Fällen das Immigrationsland verantwortlich gemacht.

In den Gesprächen mit gescheiterten Jugendlichen, die wie ein Gepäckstück mitgenommen wurden, kommt ihre eigene *passive Opferrolle* und die Schuldzuweisung an die Eltern für ihre gescheiterte Biographie immer wieder zum Ausdruck. Sie wollten ja gar nicht nach Deutschland kommen; wenn sie in der Türkei geblieben wären, hätten sie es gepackt.

In der ländlichen Türkei verdichten sich die Spannungen und die Konkurrenz zwischen dem Vater und dem Sohn auf zwei von dem Vater (daher der Männerwelt) monopolisierte Machtquellen oder existentielle Ressourcen: Frage der Bodenerbschaft und Zahlung des Brautpreises, was auch die Macht über Ehe und Sexualität des Sohnes bedeutet. Durch die Migration, die gerade im Falle von bäuerlichen Familien einen Macht- und Monopolverlust des Vaters über Produktions- und Existenzmittel bewirkt, psychologisieren sich die Machtkämpfe und Konflikte, sie werden subtiler, diffuser und verdeckter, aber auch anomischer. Es scheint mir, daß sie sich häufig in drei Bereichen manifestieren:

1. Konsumanspruch der Jugendlichen, der diametral entgegengesetzt zu dem eigentlichen Migrationsmotiv und Ideal der Eltern, nämlich möglichst hohe Vermögensbildung, ist.
2. Erwartung der Eltern, daß die Kinder vom Verhalten, von der Werthaltung her zu "Mustertürken" werden, d. h. dem zersetzenden Einfluß der deutschen Gesellschaft widerstehen.
3. Hohe Ansprüche der Eltern - insbesondere des Vaters - an die Schulbildung ihrer Kinder. Das Scheitern in der Schule ist indirekt auch eine Bestrafung des Vaters.

In der Wirklichkeit sind diese drei Ideale miteinander eng verzahnt, da sie alle drei auf den Migrationserfolg der ganzen, zusammenhaltenden Familie und ihre prestigevolle Rückkehr zu der Bezugsgruppe zielen.

Die Vater-Kind-Beziehung wird auch dadurch kompliziert, daß die vom Vater beanspruchte patriarchalische, Normen hütende und herrschende, streng disziplinierende Stellung in der Familie in der Wahrnehmung des Kindes im Widerspruch zu seiner marginalisierten, abgewerteten Stellung in der untersten Statushierarchie der Arbeitswelt und Gesellschaft steht.

Die plötzliche Degradierung des Vaterbildes vom Bodenbesitzer - wie klein der Bodenbesitz auch gewesen sein mag - zum abhängigen, gehorchenden

Fabrikarbeiter bleibt nicht wirkungslos auf erneut ablaufende Identifikationsvorgänge. Eine wichtige Machtquelle des Vaters in traditionellen Gesellschaften ist die Monopolisierung der Vetreterung der Familie nach außen. Die Migration bewirkt durch unterschiedliche und ungleiche Entwicklung der Sprach- und Kulturkompetenz zwischen Vätern und Kindern eine Rollen- und Funktionsumkehrung: Die Angewiesenheit der Väter auf ihre in der Regel ältesten Söhne in der Verständigung mit Institutionen, Bewältigung der Außenkontakte, häufig auch in wichtigen Entscheidungen zeigt seine extrafamiliale Ohnmacht im Widerspruch zu seinem Anspruch, die traditionale Machtstellung über die Familie aufrecht zu erhalten. Familienbiographien belegen, daß, je niedriger seine berufliche und gesellschaftliche Stellung ist, desto stärker neigt er zum verstärkten Autoritarismus, zu kompensatorischen Machtdemonstrationen. *Dämonisierung des Vaters* unter Migrationsstreß ist keine Seltenheit.

Die sog. Kohäsion der Einwandererfamilien: Multigenerationale Delegation

Trotz dieses hohen Konfliktpotentials in den Beziehungen, der verborgenen Vorwürfe und Schuldgefühle, oder aber gerade wegen der daraus entstandenen Elternfixierungen, Verlust- und Trennungsängsten, des Gehorsamsbedürfnisses, ist eine hohe Identifikation der Jugendlichen mit den elterlichen Zukunftsidealen und Wertvorstellungen festzustellen. Zwei Drittel der Migranten erwarten, daß ihre Kinder studieren, etwa die Hälfte ihrer Kinder auch. 95, 3% der ersten türkischen Migrantengeneration, auch 88, 6% der zweiten sowie bei Jugoslawen 88, 6% der ersten und 70, 1% der zweiten Generation wollen zurückkehren (Esser u. Friedrich 1991, S. 213).

In vielen Einwandererfamilien herrscht eine hochgradige Übereinstimmung, Pseudoharmonie und von außen gesehen ein starker Zusammenhalt. Mittels beinahe ritualisierten, rückkehrbezogenen Themen, wird eine künstliche Familienkohäsion erzeugt. Massive regressive Verwöhnung durch die Eltern geht mit einer entsprechend geringen Toleranz gegenüber Versagen auf der Seite der gebundenen Kinder, wie z. B. schulische Mißerfolge oder Verstoß gegen die heimatlichen Werte einher. Auf der Über-Ich-Ebene sind Schuld- und Loyalitätskonflikte beherrschend; die Familie zu verlassen, Individuation, wird als schweres Vergehen angesehen, das einer lebenslangen Bestrafung oder Wiedergutmachungsarbeit bedarf.

Es ist symptomatisch bei schweren Generationskonflikten, daß die Kinder dem Vater gerade das "dauernde Rückkehrgerede" als eine Lebenslüge vorwerfen. Sie

enttarnen ihre fesselnde Funktion, durch die ihnen die Chance einer individuellen, freien Lebensplanung verbaut wurde. Diese am Familienauftrag gescheiterten Jugendlichen lehnen es ab, ohne einen Schulabschluß oder Beruf in die Heimat zurückzukehren. Einige Untersuchungen zeigen, daß die Rückkehrorientierung gerade unter erfolgreichen Jugendlichen stärker ist, d. h. durch die Verinnerlichung der elterlichen Ideale und Zwangsvorstellungen sehen sich nur die "Zielerreicher" dazu legitimiert, die Heimat zurückzuerlangen (Wilpert 1983).

In der Migrationsforschung wird die "Option von zwei Ländern" manchmal als eine Bereicherung definiert: die *Wahlmöglichkeit* zwischen zwei potentiellen Heimatländern erweitert das Gefühl der Freiheit und Entwicklungsmöglichkeit bei einer entsprechenden Ich-Stärke und erfolgreichen Biographie, aber sie birgt in sich auch die Gefahr, sich in ständig alternativ wechselnde *Fluchtorte* zu verwandeln, wenn das Ich zu schwach ist, sich *den Erlebnissen des Scheiterns* und dem Leben zu stellen.

Arbeitsmigrationsprozesse sind meist *multigenerationale Delegationsketten*. Die Verbindlichkeit der "Mission" des herausgesandten Angehörigen bedarf eines wechselseitig verstrickten, rigiden Beziehungsgefüges mit externalisierter Über-Ich-Bildung, das im Falle von Einwandererfamilien in Deutschland drei Generationen umfaßt. Schon die Binnenmigration in eine türkische Großmetropole erfolgt nicht für individuelle Ziele, sondern im Auftrag, um den heimatlichen Hof und Familienverband zu unterstützen. Die Verlängerung dieser ersten Phase der räumlichen Abnabelung ins Ausland verändert die Verpflichtungen gegenüber dem Verband nicht.

Beim Tod der in der Heimat zurückgelassenen Eltern reißt die Bindung nicht ab, im Gegenteil kommen starke Schuldgefühle auf, weil der Tod der Eltern ohne das eigene Beisein und ohne Abschied zu nehmen, sowie die ausgebliebene Pflege und Fürsorge als Loyalitäts- und Pflichtverletzungen empfunden werden.

Mit dem subjektiven Gefühl des Altwerdens, dem Gefühl der Lebensmüdigkeit, einer Art physischen und psychischen Erschöpfungszustands durch die besonders schweren Arbeitsbedingungen und den Migrationsstreß schon zwischen 40 und 50 Jahren kommt auch die Zeit der Lebensbilanzierung: Migration scheint mir die Krise des Alterns zu intensivieren. Die noch nicht erfüllten Ziele und Träume und die Kürze der übrig gebliebenen Lebenszeit werden bewußt. Nach einer Untersuchung gaben nur 56% der Befragten an, sich dem Ziel ihrer Erwartungen genähert zu haben (Akpınar 1977, S. 151). Das Gefühl, das Leben verpaßt zu haben, die Trauer um die verlorenen Jahre, das Gefühl, mit der Migration Fehler gemacht zu haben, werden in einem häufig zu hörenden Satz zusammengefaßt: "Schließlich möchte ich auch etwas vom Leben haben." Die Rückkehr wird als wohlverdiente Zeit des Genusses, der Belohnung lange aufgeschobener Lust und Lebensfreude betrachtet. Da aufgrund dieser Heimatidealisation und -fixierung, an der die Triebverzichtete haften, die Rückkehr-

phantasien den Charakter eines verheißenen Paradieses erhalten, ist die Konfrontation mit der *Entzauberung* der wiedergefundenen Heimat meist eine große Enttäuschung und Lebenskrise für die Familie, wenn Rückkehr je tatsächlich stattfindet (für die psychischen Folgen der Remigration s. Hertz in Pfeiffer u. Schoene 1980). Auf diese Phase gehe ich nicht mehr ein. Aber wie geht man mit den noch nicht erfüllten Migrationsträumen, mit dem Gefühl, daß man trotz der leidvollen Jahre doch nicht geschafft hat, um? Anpassung der Erwartungen an die Realität ist eine schwierige Leistung. Häufiger werden die Kinder als die Kompensationsfigur des eigenen Versagens, des verfehlten Aufstiegs angesehen und die nicht erfüllten Lebenserwartungen und Ich-Ideale auf sie übertragen: Die Kinder tragen die Last der unbefriedigten sozialen und emotionalen Bedürfnisse, des Versäumten und des Verzichts der Eltern. Die Aussage eines Vaters "Wenn sie eine hohe Ausbildung haben, lassen sie sich wenigstens nicht mehr unterdrücken" (Wilpert 1983, S. 96), läßt den Delegations- oder Auftragscharakter der sehr hohen Bildungserwartung der türkischen Eltern an ihre Kinder erkennen, nämlich ihre eigene Unterdrückung, diskriminierte, abgewertete Stellung wiedergutzumachen.

Migranten projizieren ihr eigenes Trauma der Trennung auf die Abnabelungsversuche ihrer Kinder. Dem sog. Kulturkonflikt zwischen der ersten und zweiten Generation liegen m. E. nicht unwesentlich die Ängste der Eltern vor Einsamkeit und ihr Festklammern an den sich emanzipierenden Heranwachsenden zugrunde. Es bleibt auch noch zu untersuchen, wie weit die Sparziele mit der in der Migration häufig auftretenden "Geldhypochoondrie", Angst vor Verlassenheit und Armut, zusammenhängen könnte (Kürsat-Ahlers 1992).

Werte- und Normenkollision in der Sozialisation

Eine weitere Folge der Rückkehrorientierung ist die Definition der Migration als zeitlich begrenzte Ausnahmesituation, in der die traditionellen Werte- und Verhaltensstandards in der Familie zugunsten der materiellen Ziele zeitlich suspendiert oder relativiert werden können, aber ihre *normative Geltung* wird nicht in Frage gestellt. Die Kinder erleben, daß die Eltern, die mit rigider Strenge und unversöhnlich die heimatlichen Lebensideale vertreten, im Alltag permanent gegen sie verstoßen. Eine offene Auseinandersetzung mit der Normendiskrepanz zwischen den beiden Gesellschaften findet nicht statt. Nach meiner Überzeugung liegt gerade diese erlebte Doppelmoral in der Familie der bekannten Wertedesorientierung der Kinder zugrunde. Der zivilisationstheoretische Soziologe Wouters schreibt:

"... die oftmals unvollständige und unbeständige Fähigkeit der Eltern, eigenen Idealen gemäß zu leben und die daraus folgende Inkonsequenz in ihrem Verhalten gegenüber den Kindern (führt) zu einer sehr ungleichmäßigen und instabilen Selbstkontrollstruktur der Kinder" (Wouters 1977, S. 291).

Die *Widersprüchlichkeit der Zivilisierungsinstanzen* in ihren Anforderungen steigt mit der Einschulung. Die Untersuchung Neumanns (1981, S. 122, S. 130) ergibt folgende Rangreihe der Erziehungsziele in türkischen Familien: 1) Gehorsam und Ordnung, 2) Lernen im Sinne von Fleiß und Aufmerksamkeit und 3) religiöse Pflichterfüllung.

Nur etwa ein Drittel der Eltern legen Wert auf Selbständigkeit und ein Viertel auf die Rücksichtnahme/Ehrfurcht vor dem Leben. Die Rangfolge des sanktionierten kindlichen Verhaltens, d. h. der Bestrafung im Falle von Verstoß gegen - die nationale Eigenart (1. Rangstelle), die elterliche Autorität (2. Rangstelle) und die Alltagsmoral (wie z. B. Zuspätkommen, 3. Rangstelle) zeigt die Art der Über-Ich-Bildung in türkischen Einwandererfamilien. 98% der Väter bezeichneten es als ein "schlimmes Verhalten", wenn ein Kind seinen Eltern widerspricht. Erziehungsziele einer Gesellschaft mit einem geringen Individuationsgrad, wie z. B. fraglose Einfügung in die Kollektive, Ehrfurcht vor der Autorität, etc. kollidieren unvermeidlich mit den Idealen der deutschen Reformpädagogik.

So wird es der zweiten Migrantengeneration aufgebürdet, Anforderungen, Zivilisierungsmuster und Werthaltungen von zwei unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklungsstufen in ihrer Psyche zu versöhnen. Die Verarbeitung der Werte- und Normendiskrepanzen erfordert starke Ich-Funktionen, eine hohe Ambiguitätstoleranz und Rollendistanz, die aber gerade durch migratorische frühkindliche Trennungserfahrungen und Objektverluste erschwert werden.

Der Grad der Anpassungsfähigkeit der Einwandererfamilien, nicht nur in instrumentellen Sphären ihres neuen Lebens, sondern auch in identifikatorischen Sphären setzt eine tolerante Aufnahmebereitschaft des Immigrationslandes voraus. Pseudokohäsion, aneinanderklammern, Rückzug auf Vergangenheit und Fixierungen auf ferne Zukunftsideale, d. h. auch die Verleugnung der schmerzlichen Gegenwart sind Reaktionsbildungen auf die Feindseligkeit, Diskriminierung und den Homogenisierungsdruck der Mehrheitsgesellschaft. Die Fähigkeit der Einwandererfamilien, sich zu öffnen, zu demokratisieren und zu zivilisieren und somit Ich-starke neue Bürger zu erziehen wird davon abhängen, wie weit die deutsche Gesellschaft sich als fähig erweisen wird, Migranten gegenüber zivilisierter aufzutreten.

Literatur

- Akpinar Ü (1977) Angleichungsprobleme türkischer Arbeiterfamilien. In: Akpinar Ü, Mertens G (Hrsg) Türkische Migrantenfamilien, Arbeitsgemeinschaft katholischer Studenten & Hochschulgemeinden (AGG), Bonn
- Akpinar Ü, Mertens G (Hrsg) (1977) Türkische Migrantenfamilien, Arbeitsgemeinschaft katholischer Studenten und Hochschulgemeinden (AGG), Bonn
- Blood RO (1970) Social change and kinship patterns. In: Hill R, König R (eds) Families in east and west. Socialization process and kinship ties. The Hague, Paris
- Brown CL, Itzkowitc N (Hrsg) (1977) Psychological dimensions of near eastern studies. Princeton Univ Press, Princeton
- Burkhardt L (1980) (Hrsg) "... und wie wohnst Du?" Symposium Wohnen mit Kindern. Verlag IDZ Zentrum Brüder Hartmann, Berlin
- Cagitkibasi C (1982) (Hrsg) Sex roles, family and community in Turkey, Indiana. Univ Turkish Studies, Blomington
- Castelnuovo F, Risso M (1986) Emigration und nostalgia. Cooperative, Frankfurt aM
- Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Korporal J (1986) (Hrsg) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Rissen, Hamburg
- Elias N (1939/1976) Über den Prozeß der Zivilisation, Bd 2, Suhrkamp, Frankfurt aM
- Elias N (1980) Die Zivilisierung der Eltern. In: Burkhardt L (Hrsg) "... und wie wohnst Du?" Symposium Wohnen mit Kindern. Verlag IDZ Zentrum Brüder Hartmann, Berlin
- Elias N (1987) Die Gesellschaft der Individuen. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Esser H, Friedrich J (1991) (Hrsg) Generation und Identität. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Ex J (1966) Adjustment after Migration. Martinus Nijhoff, Den Haag
- Fox GL (1973) Another look at the comperative resources model: Assessing the balance of power in Turkish marriages. J Marriage Family 35 : 718-730
- Fritsche M, Ege M, Tekin, M (1992) Das Paradies liegt unter den Füßen der Mutter. In: Matter M (Hrsg) Hessische Vereinigung für Volkskunde. Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung, Bd 29. Jonas, Marburg
- Gleichmann PR (1988) Zur historisch-soziologischen Psychologie von Norbert Elias. In: Jüttemann G (Hrsg) Wegbereiter der Historischen Soziologie. Beltz, München Weinheim
- Gleichmann PR, Goudsblom J, Korte H (1977) Materialien zu Norbert Elias Zivilisationstheorie. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Gordon MM (1964) Assimilation in American life. The role of race, religion and national origins. Oxford Univ Press, New York
- Greenfield SM (1961) Industrialization and the family in sociological theory. Am Sociol 67: 312-322

- Grinsberg L, Grinsberg R (1990) Psychoanalyse der Migration und des Exils. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien
- Hill R, König R (1970) (Hrsg) Families in East and West. Socialization process and kinship ties. The Hague, Paris
- Holtbrügge H (1975) Türkische Familien in der Bundesrepublik. Erziehungsvorstellungen und familiale Rollen- und Autoritätsstruktur. Verlag der sozialwissenschaftlichen Kooperative, Duisburg
- Jüttemann G (1988) (Hrsg) Wegbereiter der Historischen Soziologie. Beltz, München Weinheim
- Kürsat-Ahlers E (1986) Identitäts- und Rollenkonflikte junger Türiinnen. Ein Balanceakt zwischen zwei Kulturen. Gesamthochschule, Kassel
- Kürsat-Ahlers E (1986) Die Bedeutung der Mutter im bikulturellen Identitätsfindungsprozeß türkischer Mädchen. Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 4, S. 82-86
- Kürsat-Ahlers E (1991) Migration - Abschiednehmen von den Wurzeln. In: Pflüger PM (Hrsg) Abschiedlich leben: Umsiedeln - Entwurzeln - Identität Suchen. Walter, Olten, S 58-89
- Kürsat-Ahlers E (1992) Zur Psychogenese der Migration. Informationsdienst zur Ausländerarbeit (ISS). Begegnung mit dem Fremden, Nr. 3-4, S 107-114
- Ley K (1979) Frauen in der Emigration. Frauenfeld, Stuttgart
- Leyer EM (1991) Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Kölner Z Soziol Sozialpsychol (Sonderheft) : 310-327
- Litwak E (1970) Occupational mobility and extended family cohesion. Am Sociol Rev 25 : 9-21
- Lüscher K, Schultheis F, Wehrspau M (Hrsg) (1988) Die "postmoderne" Familie. Universitätsverlag Konstanz
- Mehrländer U (1974) Soziale Aspekte der Ausländerbeschäftigung. BMSA, Bonn Bad Godesberg
- Mertens G (1977) Strukturen türkischer Migrantenfamilien in ihrer Heimat und der Bundesrepublik Deutschland. In: Akpınar Ü, Mertens G (Hrsg) Türkische Migrantenfamilien. Arbeitsgemeinschaft katholischer Studenten u. Hochschulgemeinden (AGG), Bonn
- Mitterauer M (1990) Historisch-Anthropologische Familienforschung. Böhlau, Wien Köln
- Mitterauer M, Sieder R (1980) Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie. Beck, München
- Nauck B (1985) Arbeitsmigration und Familienstruktur. Campus, Frankfurt aM New York
- Nauck B (1988) Sozial-ökologischer Kontext und außerfamiliäre Beziehungen. Ein interkultureller und interkontextueller Vergleich am Beispiel von deutschen und türkischen Familien. In: Friedrichs J (Hrsg) Soziologische Stadtforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen

- Nauck B, Özel S (1985) Zur Situation türkischer Migrantenfamilien in Deutschland. *Theor Prax Soz Arbeit* 36 : 313-317
- Neumann U (1981) Erziehung ausländischer Kinder. Erziehungsziele und Bildungsvorstellungen in türkischen Arbeiterfamilien. Pädagogischer Verlag Schwann, Düsseldorf
- Nowotny H, Taschwer K (1993) (Hrsg) Macht und Ohnmacht im neuen Europa. Zur politischen Aktualität der Soziologie von Norbert Elias. Wiener Universitätsverlag, Wien
- Öztürk MO, Volkan, V (1977) The theory and practice of psychiatry in Turkey. In: Brown CL, Itzkowitc N (Hrsg) *Psychological dimensions of Near Eastern Studies*. Princeton Univ Press, Princeton
- Pfeiffer WM, Schoene W (Hrsg) (1980) *Psychopathologie im Kulturvergleich*. Enke, Stuttgart
- Pflüger PM (1991) (Hrsg) *Abschiedlich leben: Umsiedeln - Entwurzeln - Identität Suchen*. Walter, Olten
- Rosenbaum H (1978) *Familie als Gegenstruktur zur Gesellschaft*. Enke, Stuttgart
- Rosenbaum H (1982) *Formen der Familie*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Schrader A, Nikles BW, Griese HM (1979) *Die Zweite Generation. Sozialisation und Akkulturation ausländischer Kinder in der Bundesrepublik*. Athenäum, Königstein
- Sieder R (1987) *Sozialgeschichte der Familie*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Stoller A (Hrsg) (1966) *New faces. Immigration and family life in Australia*. Victorian Family Council by Chesire, Melbourne Canberra Sydney London Cheshire
- Waldhoff HP (1993) Der internationale Migrations- als Zivilisierungsprozeß? Ein asymmetrisches Verflechtungs- und Abwehrmodell auf mehreren Ebenen. In: Nowotny H, Taschwer K (Hrsg) *Macht und Ohnmacht im neuen Europa. Zur politischen Aktualität der Soziologie von Norbert Elias*. Wiener Universitätsverlag, Wien
- Weinberg AA (1961) *Migration und belonging*. Martinus Nijhoff, Den Haag
- Wilpert C (1983) *Bedingungen und Folgen internationaler Migration*. Institut für Soziologie der technischen Universität Berlin (Hrsg), Berlin
- Wouters C (1977) Informalisierung und der Prozeß der Zivilisation. In: Gleichmann P, Goudsblom J, Korte H (Hrsg) *Materialien zu Norbert Elias Zivilisationstheorie*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Zwingmann Ch (1962) Das nostalgische Phänomen. In: Zwingmann Ch (Hrsg) *Zur Psychologie der Lebenskrisen*. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt aM
- Zwingmann Ch (1962) (Hrsg) *Zur Psychologie der Lebenskrisen*. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt aM

Fortsetzungsfamilien

Phantasie - Realität - Konflikt

Katharina Ley

"Vater wird Schwiegervater seiner Ex-Schwiegermutter" - mit solchen Schlagzeilen präsentieren gewisse Medien das Phänomen der Fortsetzungsfamilien und werfen ein bestimmtes Licht darauf. "Vater wird Schwiegervater seiner Ex-Schwiegermutter" das bedeutet auch: So verwirrt, so begehrt, so ungeniert, so offen inzestuös leben die Stars. Da vermischen sich Realität und Imagination in phantastischer Weise miteinander. Auf diese Weise drohen Schlagzeilen das Thema Fortsetzungsfamilien zu erschlagen. Die Fortsetzungsfamilien in unserem Alltag kommen nicht mit phantastischen und begehrtlichen Titeln daher: Die Rede ist von zerbrochenen Familien, von unvollständigen Familien, von Restfamilien, von Zerrüttung, Trauma und Schmerz. Das Begehrtliche, das wir in der Schlagzeile erahnen können, ist weg. Die negative Konnotation von Fortsetzungsfamilien ist eine Realität, mit der wir uns auseinandersetzen haben.

Was sind *Fortsetzungsfamilien*?

Fortsetzungen von Familien hat es immer schon gegeben. Ich erwähne die Fortsetzungen über Generationen hinweg, die Abfolge der Generationen in der Vertikale, von der Herkunft zur Zukunft gewissermaßen. Gemeint sind hier aber nicht diese Fortsetzungen der Generationenabfolge, sondern die Fortsetzungen in Form von Zweit- und Drittfamilien, innerhalb einer Generation, in der Horizontale. Diese Fortsetzungen von Familien sind im heutigen Ausmaß und in ihrer Sichtbarkeit ein historisch neueres Phänomen. Angesichts der heutigen Scheidungs- und Wiederverheiratungsquote nehmen sie neben den Kernfamilien einen immer gewichtigeren Platz in unserer Gesellschaft und Kultur ein. Diese ist aus vielfältigen Gründen zunehmend unsicher, gefährdet und bedrohlich geworden und bildet damit einen guten Boden für die Sehnsucht nach Selbstverwirklichung und Liebesglück, nach dem anderen Leben (Beck u. Beck-

Gernsheim 1990). Wo findet dieses Leben statt? Die Fortsetzungsfamilie beginnt mit der Trennung oder Scheidung eines Elternpaares mit Kindern. Die vorherige Einheit von Ehe und Familie bricht auf, und Elternschaft setzt sich (zumeist) in verschiedenen Haushalten fort. Das einstige Liebespaar bleibt jedoch Elternpaar. Lebensformen nach Trennungen und Scheidungen sind immer Fortsetzungen des Vorangegangenen, das sich mit weiteren erwachsenen Partnern, Partnerinnen und Kindern über Jahre hin weiterentwickelt. Fortsetzungsfamilien sind in diesem Verständnis mehr als eine neue Stieffamilie. Sie umfassen die weiteren Lebensformationen beider Elternpersonen und können weder räumlich noch zeitlich eindeutig bestimmt und eingegrenzt werden. Was bei einer Trennung in zwei Haushaltungen mit geteilter Elternschaften beginnt, kann sich im Laufe der Jahre durch neue Paarungen und Familiengründungen mit weiteren Familienformen anreichern. Was heute eine Einelternteil-Familie bzw. ein alleinlebender Elternteil ist, kann morgen Teil einer Stieffamilie sein und umgekehrt. So umfassen Fortsetzungsfamilien alleinlebende sowie alleinerziehende Partner- und Elternpersonen, neue Partnerschaften mit Kindern, Zweitfamilie(n) mit oder ohne Kinder vom einen oder beiden Partnern, Konkubinate mit oder ohne Kinder, kollektive Wohnformen und anderes mehr. Das Gemeinsame liegt zum einen im Ursprung in Erstfamilien, zum anderen in der darauffolgenden Vielfalt: nicht mehr ein Leib, ein Dach, ein Name; sondern leibliche und soziale Eltern und Kinder, mehr als ein Dach, meist auch mehr als ein Name (Ley u. Borer 1992). Das hat Konsequenzen.

In der Kernfamilie - mit ihrer Institutionalisierung der Liebe in der Ehe, mit der Einheit von Leib, Dach und Namen, ja, ich wage zu sagen: Mit dem Versuch der Ordnung und Vernunft - werden gewisse Probleme latent gehalten, die in Fortsetzungsfamilien sichtbar werden. Ich denke an das begehrliche Paar und damit an die Quadratur des Kreises von Begehren und Kinderversorgung, von Leidenschaft und Liebe unter den Erwachsenen und mit den Kindern. Wir sind gewohnt, das Ganze "Familie" zu nennen, und das als das Selbstverständlichste, Normale, Vertraute zu sehen. Dies ist eigentlich erstaunlich, denn die Liebe und ihre lebenslange Institutionalisierung sind ein anspruchsvolles, schwieriges Paar. Ein erheblicher Teil der heutigen Schwierigkeiten mit der Lebenslänglichkeit der Ehe und mit Trennung und Scheidung liegt darin, daß die beiden Dimensionen des Begehrens und der Kinderversorgung im historischen Ablauf so weit ineinander geschoben wurden, bis in der Institution "Familie" beide unkenntlich wurden. Mit der Entstehung des Ideals der Liebesheirat wurde das Ideal der Lebenslänglichkeit der Ehe mitnichten relativiert. So zentriert sich der Trennungs- und Scheidungsdiskurs weiterhin auf Zerrüttung, Unrecht und Schuld, und eben nicht auf die Anerkennung des Zuendegehens einer Liebe (Ley et al. 1992). Es zeigt sich damit eine schuldvolle Belastung der Scheidung als Höhe- bzw. Tiefpunkt einer Liebesbeziehung und eine Vernachlässigung des Vorher und des Nachher,

ja, eine Vernachlässigung des Begehrens überhaupt. Das hat wesentlich mit den Institutionalisierungen der Kernfamilie zu tun, sie sich in den Mythen von Leib, Dach und Namen äußern.

Leib, Dach und Namen als Mythen der Kernfamilie

Das Begehren stiftet ein Paar; doch Leib, Dach und Namen strukturieren die Kernfamilie. Ich möchte im folgenden über diese Mythen phantasieren, die im Übergang von der Kernfamilie zur Fortsetzungsfamilie nicht mehr den traditionellen Sinn stiften. Es stellt sich die Frage, ob die Fortsetzungsfamilien neue Mythen, neue Sinnstiftung erfordern?

"Ein Leib sein"

Die Kernfamilie repräsentiert einen Leib. Die Tatsache, daß der Vater immer der Unsichere ist hinsichtlich der Zeugung seines Kindes, ist wohl eine der existentiellen Ängste von Männern, die im familiären Leib-Dach-Rahmen und in der Namensgebung durch den Pater familias gebannt werden soll. Aber auch die Angst, daß eine leibliche Mutter - zwar die sichere - nicht a priori gut sein könnte, muß gebannt werden. Das äußert sich beispielsweise im nicht kleinzukriegenden Stiefmutter-Mythos, in dem Stiefmütter als nicht-leibliche Mütter böse gemacht werden. Ich habe keine Stiefmutter erlebt, die nicht unter dieser Diffamierung leidet.

Der Gedanke, zwei Mütter zu haben, scheint schwer vorstellbar. Im Zuge des familialen Moralismus stellt sich dann die Frage nach "richtig" und "falsch". Aus Märchen und Wirklichkeit kennen wir das. Stiefeltern stellen für das Kind fast immer Repräsentanten jener Triebwünsche dar, die in der ersten Familien-gründung abgewehrt waren. Das Kind aus erster Ehe dagegen ist Repräsentant der früheren Trieb-Abwehr-Struktur der Familie. Dem Stiefelternanteil gegenüber-zustehen bedeutet, abgewehrten Triebwünschen gegenüber zu stehen. Diese unbewußte Dynamik - der Stiefelternanteil als Träger des ehemals Abgewehrten - kann auf der manifesten Ebene zu dessen Ablehnung durch das Kind führen (Ley et al. 1992).

Unsere Forschungen mit Fortsetzungsfamilien zeigen immer wieder das psychisch offenbar entlastende, beruhigende Moment der Leiblichkeit, der Wahrung

der ursprünglichen (Zeugungs-) Einheit von Mutter, Vater und Kind. Schon Freud erwähnte, daß die Empfindung des Kindes,

"daß die eigenen Neigungen nicht voll erwidert werden", sich oft "in der Idee Luft mache, man sei ein Stiefkind oder ein angenommenes Kind" und führt weiter aus, daß wir "in diesen bewußt erinnerten Seelenregungen der Kinderjahre (..) das Moment (wiederfinden), welches uns das Verständnis des Mythos ermöglicht" (Freud 1982).

Dasselbe läßt sich aus der Perspektive der Eltern sagen und auf alle familiären Beziehungen hin multiplizieren. Das Gefühl von Eltern, nicht "richtig", nicht vollständig zu sein, bemißt sich häufig am Mythos der Leiblichkeit. So zeigen unsere Familienanalysen am Beispiel der leiblichen Besuchs-Elternschaft, daß dort die Legitimität der Elternrolle weniger (aber auch) in Frage gestellt zu sein scheint als bei nicht-leiblichen Eltern, die Elternpflichten übernehmen. Die feststehende, gesicherte Leiblichkeit scheint eine grundsätzliche Entlastung von Verlust- und anderen Ängsten darzustellen.

"Ein Dach"

"Ein Dach": Darunter lebt die Kernfamilie, während die Fortsetzungsfamilien unter zwei oder mehr Dächern wohnen. Fortsetzungsfamilien sind durch die Nicht-Einheit von Leib und Dach herausgefordert, ihre Beziehungen und ihre Lebensformen immer wieder zu reflektieren und sich in Richtung eines beziehungsmaßiger Ganzen, der Gruppe eigener Art, zu orientieren. Das "eine Dach" bildet nicht mehr den einen entscheidenden Rahmen zur Regelung des Zusammenlebens. "Die möblierten Räume der Zärtlichkeit" (Beck u. Beck-Gernsheim 1990) liegen unter verschiedenen Dächern.

"Wohnung nehmen"

Das "Wohnung nehmen", um mit diesem biblischen Ausdruck auf das Archaische des Dachs zu verweisen, wird zum *Wohnungen* nehmen. Dadurch stellen sich, je nach Familienform und -phase immer wieder neue Fragen danach, wer beispielsweise legitimiert ist, Regeln zu setzen. Ist es das Stiefelternpaar (unter einem Dach), oder ist es eher das leibliche Elternpaar (das nicht mehr unter einem Dach

wohnt), oder: welche Kompetenzen hat der leibliche Besuchs-Elternteil (unter einem anderen Dach)? Was für Phantasien bestehen darüber, was man selber und was die oder der andere "besitzen" oder "verlieren" könnten? Wie verlaufen die Familiengrenzen und wer ist in der Familie dabei? Was bedeutet das Dach? Was bedeutet es bei Trennungen für die Mütter, bei denen leibliche und ausgeübte Mutterschaft bisher kulturell eine Selbstverständlichkeit darstellt, daß heute zunehmend auch Väter ein Recht auf das Zusammenleben mit den Kindern fordern? Die Fragen weisen darauf hin, welche Verunsicherungen entstehen, wenn der kulturelle Mythos - "wenn man unter einem Dach lebt, gehört man zu/einander" - und die reale Entwicklung sich nicht mehr decken und Brüche erfahren werden.

"Ein Name"

Der Familienname bildet einen Identitäts- und Kontinuitätsfaden; er benennt die Familie als Gruppe eigener Art und Herkunft. Die Namensgebung verläuft in den deutschsprachigen europäischen Ländern meist nach dem Gesetz des Vaters, wobei sich heute auch Abweichungen von dieser Tradition ergeben. Bei Trennungen und Wiederneugründungen von Familien stellt sich erneut die Frage nach den Regeln des Benennens. Ein neuer Anfang schneidet für jene, die einen neuen Namen erhalten, den bisherigen Identitäts- und Kontinuitätsfaden durch und knüpft eine neuen (z. B. "Du heißt jetzt wie dein neuer Papi").

In den verschiedenen Typen von Stieffamilien lassen sich unterschiedliche Namensgebungen beobachten. Ich verweise auf ein eigenes Beispiel eines Stiefvaters, der mit der Adoption seines Stiefkindes nach eigenen Aussagen "bloß eine Formalität vollzog". In der Geschichte dieser Stieffamilie stellte die im Gespräch banalisierte Adoption und Namensgebung eine nachgeholte symbolische Zeugung dar. Nun wurde das Kind zu seinem Kind - durch die magische Kraft väterlicher Namensgebung, die gleichermaßen Identitätssicherung (für den Vater; im besten Fall auch für das Kind) und allenfalls Identitätsverletzung (im Fall der Durchsetzung gegen den Willen des Kindes) bedeuten kann.

Das Begehren als "Nicht-Gesagtes"

Wird heute vom "Zerfall" der Familie gesprochen, so suggerieren wir vormals bessere Zeiten und Zustände, Idealisierungen und Totalisierungen von Familie, die den Eindruck erwecken, früher seien Familien in Ordnung gewesen, und Mütter und Väter hätten, glücklich vereint, ihre ehelichen und elterlichen Funktionen erfüllt. Wir wissen, daß dem nie so war. Was geschieht aber jetzt, wo sich Leib, Dach und Namen komplizieren, vervielfältigen und nicht mehr ausreichen, um die Familie zusammenzuhalten?

Man darf aufgrund der obigen Analyse von Leib, Dach und Namen annehmen, daß die Setzung der Norm der vollständigen Kernfamilie dem Schutz der familiären Einheit und der Abwehr mannigfaltiger Ängste und Sehnsüchte gilt. Das oft erwähnte Tun-als-ob von Stieffamilien und auch Adoptivfamilien (tun als ob man eine Kernfamilie sei) bezieht sich darauf, die Leib-und-Dach-und-Namen-Einheit, die nicht mehr selbstverständlich vorhanden ist, mythisch zu suggerieren. Ich denke, daß das mythische Dreieck von Vater-Mutter-Kind zum einen als tiefe Sehnsucht eine innere Repräsentanz von Familie darstellt, die zum anderen kulturell, gesellschaftlich, ökonomisch fest verankert ist. Der inneren Repräsentanz des Dreiecks entsprach bisher die äußere Repräsentanz der Kernfamilie. Jetzt ist es an der Zeit, die äußere Repräsentanz neu, d. h. fortsetzungsfamiliär zu überdenken.

Die äußere Repräsentanz als Familiennorm dient nicht nur dem Wohl und Schutz der Kinder, wie immer betont wird, sondern durchaus auch dem Schutz der Eltern, und das heißt deren Begehren. Groddeck (1990) muß ebenfalls das Zusammentreffen von Begehren und Kinderhaben beachtet haben, jedenfalls schrieb er einmal:

"Ich nehme an, daß eine der Wurzeln der Mutterliebe der Genuß bei der Empfängnis ist. Diese begehrlische Spur möchte ich verfolgen: Begehren im Sinne der Unruhe des Verlangens, das auf immer neue Befriedigung drängt; im Sinne der Wahrnehmung der Unstillbarkeit, mit der es in Bewegung gehalten wird" (Groddeck 1990).

Pontalis (1989) spricht vom "geheimen Gesetz des Schweigens" in jeder Familie, das jenseits der Mitteilbarkeit existiert und sich darin äußert, daß "alles Heftige, was sich zwischen Angehörigen fortpflanzt, alles, was sie aneinander bindet, aufeinander fixiert, ob Liebe, Haß, Groll oder Unbehagen" nicht gesagt wird. Es wird v. a. von den Kindern wahrgenommen; "allein das Nicht-Gesagte zementiert das Leben der Familien, ein Leben ohne Bewegung" (Pontalis 1989, S. 15f.).

Fortsetzungsfamilien werfen qua ihrer Existenz ein grelles Licht auf das (verschwiegene) Begehren: wer ent-paart sich und wer paart sich mit wem? Wie

läuft das mit dem Begehren? Trennungen, Scheidungen und neue Paarungen kreisen um das Begehren. Wenn sich die Liebe und ihre Institutionalisierung nicht mehr lebenslang in Ehe und Kernfamilie decken, liegt das Begehren sichtbar da. Das Begehren ist der Ruf nach Beziehung, ist Leidenschaft, Lebenslust, erfüllbare und unerfüllbare Sehnsucht. Das Begehren hält am Leben; und es weckt Ängste, wenn es nicht mehr verschwiegen werden kann.

Wenn der traditionelle Zusammenhang von Begehren und Kinderschar nicht mehr zwingend ist, rückt das Begehren in den Vordergrund. Dem entspricht auch eine Deutung des Rapunzel-Märchens, daß das "lüsterne Begehren" nach den Rapunzeln, d. h. nach der sexuellen Lust, dem Paar wichtiger war als die Elternschaft (Borer u. Ley 1991). Fortsetzungsfamilien verkörpern das Begehren. Verlust des Begehrens bzw. neues Begehren des einen oder beider Partner sprengen eine Ehe, und wenn Kinder da sind, werden weiterführende Familienformen notwendig, das bedeutet: aus der Not des Begehrens gewendet. Das Begehren hat vielerlei Gesichter: Häufig ist es das Begehren nach einem neuen Partner, einer neuen Partnerin; es kann aber auch das Begehren nach Selbstverwirklichung, nach Unabhängigkeit sein, der Wunsch oder der Zwang, ohne begehrrliche Beziehung zu einem Partner, einer Partnerin, mit Kindern zusammenzuleben.

Es ist eine kulturelle Setzung, daß es dann nur noch die Verliebten, Begehrrlichen und dadurch Asozialen gibt und deren Opfer, die verlassenen Partner/innen und Kinder. Ich halte wenig von dieser Täter-Opfer-Dichotomie und möchte dafür plädieren, das sowohl-als-auch zu denken. Damit ist angesprochen, daß auch eine sehr repressive Ordnung bis zu einem gewissen Grad durch Unterordnung mitgetragen wird, und daß in Konfliktsituationen auch die bestmögliche Lösung wegen der Unlösbarkeit der Konflikte zu individuellem Unglück führen kann. Es gibt also keine einfache Lösung. Es gibt sich wandelnde und entwickelnde Formen des Austragens und Inszenierens der nicht aus der Welt zu schaffenden Widersprüche und Konflikte.

Es scheint schwer möglich - insbesondere als Frau - sich in dieser Gesellschaft zu individualisieren und gleichzeitig dem Ideal der Kernfamilie nachzuhängen. Das Leben von Liebeswunsch und Selbstverwirklichung braucht einen Abschied von vielen Zuordnungen von Frauen, von Männern, von lebenslanger Ehe und Familie.

Diese Themen sind für die Betroffenen meist schwer formulierbar, tabuhaft und verboten. In unseren Gesprächen mit Fortsetzungsfamilien war weniger vom Begehren die Rede als von Themen, die dem Familienmythos entsprechen: von der Sorge um Leib und Dach, von den bösen anderen, von Schuld und Zweifel und Trotz. Darin liegen die großen Schwierigkeiten im heutigen Umgang mit Trennung, Scheidung und Fortsetzungsfamilien; es ist nicht üblich, zum Begehren zu stehen. Sehr schnell werden die Kinder-Wohnen-Familieneinheit vorgeschoben. Es ist die Elterngeneration, die bewußt und unbewußt, in starkem Ausmaß

auf die imaginäre gewordene Einheit von Begehren und Kinderversorgung ausgerichtet ist. Damit sind Versagen, Schuld und Verletzung an der Tagesordnung und drohen von den Eltern zu den Kindern weitergeschoben zu werden.

Aufwachsen in Fortsetzungsfamilien

Die Generation der Aufwachsenden in Fortsetzungsfamilien erlebt das Geschehen aus einer anderen Perspektive als die Erwachsenen. Aufwachsende nehmen das Zuendegehen des Begehrens ihrer leiblichen Eltern und damit das Auseinanderbrechen der Familie-unter-einem-Dach als bisherigem Ort der sozialen Versorgung und Gemeinsamkeit wahr. Die Triebdurchbrüche der Eltern bzw. einer Elternperson bedrohen die Familieneinheit und prägen die Entwicklung der jugendlichen Triebhaftigkeit in der Adoleszenz. Mit den damit einhergehenden Ängsten und Nöten waren wir in den Gesprächen mit den Jugendlichen und jungen Erwachsenen konfrontiert (Ley et al. 1992); mit den Dramen, die sich in einem Du-oder-Ich-Dualismus äußern; die Tochter sagt zur Mutter, die wieder einen Liebhaber hat: "eigentlich wäre ich jetzt dran". Es ist dieses entweder-oder, das auch die oben erwähnte Täter-Opfer- bzw. Gewinner-Verlierer-Problematik beim Zuendegehen und Neuerwachen eines Begehrens prägt. Wir kennen das Vorurteil: die Verlassenen sind Verlierer, sind einsam und unglücklich. Dem ist jedoch nicht zwingend so, sondern hat damit zu tun, daß Scheidungen und Fortsetzungsfamilien immer noch schuld- und tabuhaft wahrgenommen werden.

Wir haben in Fortsetzungsfamiliengesprächen wahrgenommen, daß dort gemeinsamen Unternehmungen und Aktivitäten, gemeinsam verbrachter Zeit, in Phantasie und Realität eine auffallende Wichtigkeit beigemessen wird. Sie kontrastiert häufig mit dem ambivalenten Erleben solcher Gemeinsamkeiten, wobei es die Aufwachsenden sind, die solches erzählen und die Erwachsenen es tendenziell beschönigen. Wir vermuten, daß die Initiative zu solchen Gemeinsamkeiten von den Eltern ausgeht, die damit das Auseinanderbrechen und Neuformieren von elterlichem Begehren für die Kinder erträglicher machen wollen. Die Sicht und Initiative der Eltern wird zum Wohle der Kinder erklärt. Damit wird nicht adäquat zwischen den Bedürfnissen der Eltern und jenen der Kinder unterschieden. Das Festhalten am fiktiv Gemeinsamen verhindert damit mögliche andere Entwicklungen.

Solche Entwicklungen bedürfen des "parler vrai", des "wahr Sprechens" der Eltern gegenüber ihren Kindern, des Darlegens ihres Begehrens und der dadurch notwendig werdenden Veränderungen von Familie (Dolto 1990). Das (entfesselte und fesselnde) Begehren der Eltern ist die Sprengkraft und die Integrationskraft

von Familien als Gruppen eigener Art. Ich frage mich, ob die vielfach belegte, bewußte und unbewußte Identifizierung von Eltern, LehrerInnen und TherapeutInnen mit den "armen Scheidungskindern" nicht die abgewehrte Angst vor dem Begehren enthält, nicht die Unmöglichkeit zeigt, Scheidungen und Familienvervielfältigung als Entwicklung von Beziehungspotentialen wahrzunehmen.

Fortsetzungsfamilien als Erfahrungswelten von Beziehungspotentialen

Eine amerikanische soziologische Studie berichtet von einer Computerindustrie-Region als Scheidungshochburg, in der die Frauen nach einer Scheidung clanartige Systeme mit Kindern, Verwandten und Nachbarn aufbauten. Die Scheidungen und teilweisen Wiederverheiratungen vervielfachten die Zahl der Mütter, Väter, Großeltern, Enkel und anderen. Doch Scheidung bedeutete dort nicht den Abbruch der Beziehungen, nicht Isolation und Vereinsamung, sondern die Schaffung einer neuen, intensiven Vernetzung, in denen die alleinerziehenden Frauen eine zentrale, aufbauende Rolle spielten und die Männer langsam herausfielen (Stacey 1990).

Diese Studie zeigt m. E. , daß es Alternativen zur Kernfamilie durchaus gibt. Relevant am Phänomen von Frauen und ihren sozialen Netzwerken erscheint mir, daß der gängigen Spaltung zwischen Mutterschaft und Kultur entgegengearbeitet wird; eine Spaltung, die die psychische, soziale und ökonomische Abhängigkeit von Frauen von der patriarchalischen Familie fixiert. Solche Netzwerke bilden auch eine Antwort auf die sichtbare Unfähigkeit und den Unwillen unserer Gesellschaft, für Frauen und Kinder eine materiell sichere und emotional haltende Umwelt bereitzustellen.

"Sobald man die gegenseitige Ausgrenzung von Ehe und Liebe als ein wesentliches Element der Geschichte des Patriarchates betrachtet, eröffnen sich neue Bedeutungszusammenhänge ... Immer ist, was regiert, ein Mann. So schließt die Ehe zwingend die Gleichheit aus, jene Gleichheit, die in der radikalen Liebe als selbstverständlich erfahren wird. Die Struktur der Ehe ist immer eine Miniaturgestalt des gesamtgesellschaftlichen Machtgefüges" (Matt 1989).

Die Leib-Dach-Namen-Familie ist - gerade auch mit ihrer Doppelmoral - eine patriarchalische Familie. Sie muß aber - das habe ich zu zeigen versucht - zuerst als solche erkannt werden, als geschaffene, identitätsbildende, kultursichernde und angstabwehrende Kultur, und nicht als Natur. Die überhöhte Liebesbeziehung der

Ehe, als Zentrum der Kernfamilie in unserer Kultur, ist ein Hauptgrund, daß die steigende Scheidungsquote als Zerfall der Familie diskriminiert wird. In diesem Denken haben Fortsetzungsfamilien keine Chance, kein Recht auf eine eigenständige Art, als Familie zu leben. Sie sind negative Abziehbilder zerstörerischen Begehrens mit Gewinnern und Verlierern.

Als existierende Realität gesehen sind sie aber eine Möglichkeit, Familie als Gruppe eigener Art, als Kreation des Zusammenlebens von Erwachsenen und Kindern wahrzunehmen. Gewisse strukturelle Parameter von familiärer Intimität, Gewalt und Doppelmoral dürften sich damit lockern. Die Absage an das Prinzip der patriarchal-arbeitsteiligen Familie läßt uns von einer tendenziellen Entbehrlichkeit der patriarchalischen Väter sprechen; ich betone, nicht der Väter schlechthin, aber der patriarchalischen Väter. Diese Entbehrlichkeit wird v. a. dann sichtbar, wenn Frauen sich selber Anerkennung, Gemeinsamkeit, Bildung und v. a. auch materielle Ressourcen beschaffen. Heute nehmen wir teil am Begehren der Frau, das sich überhaupt und wahrnehmbar bemerkbar macht. Wir stellen heute fest, daß das Begehren von Frauen die patriarchalische Familie destabilisiert. Vorerst wird sie zum Korsett, das dann gesprengt wird. Es sind mehrheitlich die begehrlichen Frauen und Mütter, die dem Phänomen der Fortsetzungsfamilien zum Durchbruch verholfen haben. Das heißt aber noch lange nicht, daß Fortsetzungsfamilien das Modell der Kernfamilie von vornherein verwerfen. Dem ist nicht so. Aber sie rütteln an den kernfamiliären Stützen von Leib und Dach und Namen, sie rütteln am Mythos, daß nur die Kernfamilie die richtige Familie ist und daß das Begehren die Kleinfamilie braucht. Zugleich umreißen sie die Konturen einer neuen Kultur, in der zugeschriebene Geschlechts- und Arbeitsrollen sowie die institutionelle Fixierung auf Leib, Dach und Namen nicht mehr die zentrale Rolle spielen.

Wir leben in einer geschichtlichen Zeit, in der die patriarchalischen Beziehungen heruntergewirtschaftet sind und das Liebesideal der gleichwertigen Beziehungen zwischen Mann und Frau noch nicht entwickelt ist. So läuft nichts mehr zwischen Frau und Mann, sagt Michels (1991).

Dazu paßt m. E. auch der heutige Nachruf auf die heterosexuelle Liebe und Sexualität. So hat Bornemann kürzlich in einem Fernsehinterview festgestellt, daß es zwischen frauenfeindlichen Patriarchen und den Soldatinnen einer feindlichen Armee kein Liebesspiel mehr gibt, nur Sado-Maso-Spiele und Rückzug aus der Sexualität.

Ich übertreibe hier, aber nur ein bißchen, um klar zu machen, daß sich der heutige Paradigmawechsel - vom entweder-oder zum sowohl-als-auch - im Verhältnis von Frau und Mann einerseits, und von Kernfamilie und Fortsetzungsfamilie andererseits, durchaus dramatisch abspielt.

Der andere Ort des Begehrens

Elternschaft und Begehren haben sich auseinanderdividiert. Noch prägnanter gesagt: Das Begehren braucht und kennt keine Familie, so wie das Unbewußte keine Familie kennt. Es ist im tiefsten Kern asozial, unfamiliär. Mit dem Gewahrwerden des Begehrens sind vielerlei Ängste angewachsen. Denn wir haben die Bedürfnisse nach Sicherheit und Erholung, nach Ruhe und Geborgenheit, nach dem, das wir mit Familie benennen und wofür wir bis heute kaum einen anderen Ort kennen. Ich denke, daß Fortsetzungsfamilien, meist unbeabsichtigt, einen möglichen anderen Ort des Begehrens darstellen. Damit tun wir uns heute schwer. Freuds Forderung an seine Analysanden war, ihr Triebschicksal anzuerkennen, "im verhängten Triebschicksal nichts mehr und nichts weiter suchen zu können, vielmehr sich für einen anderen Ort zu entscheiden, wo es noch etwas zu finden gilt" (Freud 1900-1950). Der andere Ort, wo es noch etwas zu finden gilt, ist ein begehrlischer Ort, eine mögliche Liebe, eine Partnerschaft oder ein anderer Ort des Begehrens. Um zum andern Ort zu gelangen, bedarf es der Verabschiedung vom bisherigen, von Zugeschriebenem, Tradiertem. Der andere Ort des Begehrens hat noch keinen akzeptierten sozialen Ort gefunden.

Aus Liebeserklärungen folgen nicht zwingend Aussagen über Dauerhaftigkeit, aber es gibt durchaus den Wunsch, Begehren und Dauer miteinander zu verknüpfen. Gelebtes Begehren, Leidenschaft, vereinbar mit Ruhe und Geborgenheit, ist - wenn überhaupt - nur in Achtung des anderen, bei gleichgestellten Paaren möglich. Achtung des anderen bedeutet nicht die altbekannte Geschlechterrollen-Komplementarität im Sinne der Ergänzung von Frau und Mann. Achtung des anderen äußert sich als wechselseitige, umkehrbare, offen bleibende, gleichgestellte Partnerschaft, als Vereinbarkeit von Liebe und Selbstverwirklichung jenseits zugeschriebener Rollen. Und wiederum haben Paarbild und Weltbild miteinander zu tun: Familie ist ebenso wichtig wie Berufsarbeit, Wohnen ebenso wie Arbeitsplatz und materielle Wertschöpfung. Hier ist auf Zeichen zu achten, die Fortsetzungsfamilien, aus der Not gewendet, dadurch setzen, daß sich ihre Situation nicht mehr verdecken läßt, wie das früher eher üblich war. Das hat wesentlich auch mit der Tatsache zu tun, daß Scheidungsväter Vaterpflichten übernehmen und nicht einfach aus dem Familienganzen verschwinden.

Das Tun-als-ob (nichts geschehen wäre) ist aufwendiger und damit ist die Familie eigener Art notwendiger geworden.

Nach einer Trennung wird ein neues Kapitel Familienleben geschrieben, das zugleich immer eine Fortsetzung der bisherigen Phantasien, des bisherigen Lebens darstellt. Die Fortsetzungen in der innergenerationellen Familienabfolge betonen die Horizontale. Es ist kein Zufall, Fortsetzungsfamilien und Geschwister- und Gleichaltrigen-Thema in einem Atemzug zu nennen. Kernfamilie und Fort-

setzungsfamilie markieren ebenso das sowohl-als-auch von Vertikale und Horizontale wie das Nebeneinander von Eltern- und Geschwisterbeziehungen. Erst das Zusammendenken, "die Zwei denken" (Hohl 1984), die Vertikale und die Horizontale gleichzeitig wahrnehmen, lockert die ödipale Verklammerung von Generation und Geschlecht. Geschwister sind Figuren dazwischen, Figuren zwischen Eltern und Gleichaltrigen, zwischen Familie als Ort der Herkunft und Freunden/innen und Geliebten als dem anderen Ort. Die Wahrnehmung ihrer Wichtigkeit in der Identitätsbildung sowie in den Phantasien entlasten die Ansprüchlichkeit der Vertikale von Eltern und Kindern (Ley 1993).

In der Arbeit mit Fortsetzungsfamilien sind wir in unserem eigenen Selbst- und Familienverständnis als PsychotherapeutInnen angesprochen. Neue Beziehungsformen mit neuen Konflikten und entsprechenden Übertragungen und Identifizierungen erfordern ein neues, offenes Wahrnehmen und Interpretieren. Wenn es stimmt, daß sich die Deutung der Kernfamilie an der Gemeinsamkeit von Leib, Dach und Namen festmachen kann und festmacht, so müssen davon abweichende Familienformen eine Deutung ihrer spezifischen, eigenen Lebensform erhalten (ich erwähne das Zusammenleben von leiblichen und sozialen Familienmitgliedern sowie den erwähnten horizontalen Aspekt). Erst dadurch schützen wir uns und die anderen vor Wiederholungen von Rollen und Familienformen und v. a. von Schuldverstrickungen.

Die Deutung umfaßt mehr als die Einsicht in unbefriedigende, leidvolle Zustand; sie verweist vielmehr auf unbewußte Wünsche und Phantasien, ohne dabei die reale Situation aus den Augen zu verlieren. Die Regelung des Leiblichen und des Sozialen unter mehr als einem Dach und Namen ist eine solche reale und schwierige Situation. Deutung bedeutet immer Trennung, bedeutet den erneuten, vielleicht postadoleszenten Abschied "von den eigenen Eltern", d. h. von den totalen Vorstellungen und Idealen einer harmonischen und vollständigen Familie. Es ist interessant zu beobachten, daß in einer Zeit, in der fast alle Übergänge in den Lebensläufen fließend geworden sind, wo man nicht mehr weiß, wo die Adoleszenz anfängt und aufhört, mit den Fortsetzungsfamilien eine Inszenierung von Abschieden und Neubeginnen entstanden ist.

Die Be-Deutung der Deutung zielt auf das erwähnte wahr-sprechen der Eltern, damit Kinder Trennungen und neue Bindungen innerlich nachvollziehen können. Wenn die Kinder mit ihren Phantasien allein gelassen werden, fehlt ihnen eine psychische Strukturierungsmöglichkeit, die dem äußeren Geschehen seinen Katastrophencharakter zu nehmen vermag (Petri 1991). So betonen auch Eigner u. Ruffiot (1991) anhand ihrer langjährigen Klinik die "Notwendigkeit einer Mitarbeit der Kinder an der phantasmatischen Bewältigung - unter den günstigsten Bedingungen für das Paar wie für die Kinder - einer Trennung oder eventuellen Wiederaufnahme des gemeinsamen Lebens" (1991, S. 152).

So wie ich dem Auftrieb des Unbewußten vertraue, vertraue ich dem Begehren und den Möglichkeiten der Entwicklung unserer Beziehungspotentiale jenseits der Zuschreibungen und Festlegungen auf Kernfamilie und entsprechende Familienrollen. "Die Mutter als Schwiegermutter ihres Ex-Schwiegervaters", samt Männern und Kindern, sind ein heillos scheinendes Symptom für die zunehmenden Schwierigkeiten, dem nach wie vor gültigen heilen Familienleitbild zu entsprechen. Fortsetzungsfamilien drücken, wenn auch oft aus Not gewendet, beziehungsmaßige Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten aus und manifestieren die Suche danach, Liebeswunsch und Selbstverwirklichung, Familie und Individualisierung, möglichst schuldfrei zu realisieren. Sie werfen für alle Betroffenen, Beteiligte und Psychotherapeuten/innen, die Frage nach einem anderen Ort des Begehrens und einem anderen Leben auf.

Meinem Begehren folgend wurde ich Psychoanalytikerin, hat Dolto (1988) einmal gesagt. Daß wir auf diese und andere Weise unsere eigene Spur des Begehrens entdecken und verfolgen mögen und unseren Klienten/innen und Patienten/innen in diesem Sinne zur Seite stehen, das wünsche ich uns.

Literatur

- Beck U, Beck-Gernsheim E (1990) Das ganz normale Chaos der Liebe. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Borer C, Ley K (Hrsg) (1991) Fesselnde Familie. edition diskord, Tübingen
- Dolto F (1988) Über das Begehren. Klett-Cotta, Stuttgart
- Dolto F (1990) Scheidung - Wie ein Kind sie erlebt. Klett-Cotta, Stuttgart
- Eiguer A, Ruffiot A (1991) Das Paar und die Liebe. Psychoanalytische Paartherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freud S (1900-1950) GW Bde 1-10
- Groddeck G (1990) Das Buch vom Es. Ullstein, Frankfurt aM
- Hohl L (1984) Die Notizen. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Ley K, Borer C (1992) Und sie paaren sich wieder. Über Fortsetzungsfamilien. edition diskord, Tübingen
- Ley K, Borer C, Laub D-T (1992) Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Fortsetzungsfamilien. Forschungsbericht, Universität Bern. Unveröffentlichtes Manuskript
- Ley K (1993) Das Un-Heimliche von Ähnlichkeit und Differenz. Geschwisterbeziehungen und Psychoanalyse. Rebus/3, Blätter zur Psychoanalyse, Bern, S 17-26
- Matt P (1989) Liebesverrat. Die Treulosen in der Literatur. Hanser, München Wien
- Michels A (1991) Menschwerdung. Die Frage nach dem anderen. In: Borer C, Ley K (Hrsg) Fesselnde Familie. edition diskord, Tübingen, S 44-62

- Petri H (1991) Verlassen und Verlassenwerden. Angst, Wut, Trauer und Neubeginn nach gescheiterten Beziehungen. Kreuz, Zürich
- Pontalis J-B (1989) Ins Beginnen verliebt. edition diskord, Tübingen
- Stacey J (1990) Vortrag am Deutschen Soziologietag. Frankfurt aM, Unveröffentlichtes Manuskript

Gesundheit und Krankheit- Medizin im Umbruch?

Michael Wirsching

Es ist vorübergehend ruhiger geworden im Gesundheitssystem, nach den Aufregungen der vergangenen Monate. Nun wird beobachtet, prozessiert v. a. nach Schlupflöchern gesucht und erkundet, ob die Krise nicht für die eigene Person, das eigene Fach, die Klinik oder sonstwie etwas hergibt. Geht es ums Geld oder geht es um das System oder um beides und wenn ja, in welcher Reihenfolge? Der kranke Mensch steht jedenfalls nicht im Mittelpunkt. Die Wissenschaften bleiben vornehm im abseits, vertieft in die molekulare Erneuerung der Medizin.

Mit der für unser medizinisches Regelwerk charakteristischen Mischung von Marktwirtschaft und Dirigismus sind in der Tat einige Dämme errichtet worden, die den Strom in ein neues Bett zwingen sollen. Die verfügbare Geldmenge wurde auf ein Jahresbudget von etwa 300 Mrd. begrenzt, davon stehen für Medikamente 24 Mrd., für psychosoziale Medizin (z. B. Psychotherapie) ca. 1 Mrd. DM zur Verfügung. Eingegrenzt wird auch die Zahl der Ärzte, indem weniger Studenten zum Medizinstudium zugelassen werden (die Zulassungszahlen wurden in den letzten Jahren um 25% gesenkt). Die Niederlassung in eigener Praxis wird durch eine mindestens dreijährige Pflichtweiterbildung erschwert. Dazu kommen Niederlassungssperren in überversorgten Regionen. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte wird regional und insgesamt auf etwa 100 000 beschränkt (bei 300 000 Ärzten insgesamt kommt dann etwa ein Arzt auf 300 Einwohner).

Neben einer Neuregelung des Verhältnisses von Hausärzten und Fachärzten steht mehr "Sprechende Medizin" auf dem Programm. Der gesamte psychosoziale Bereich wurde 1992 auf dem Kölner Ärztetag grundlegend neu gestaltet und stark ausgeweitet (Wirsching 1991, 1992). Ein neuer Facharzt für Psychotherapeutische Medizin; die überfällige Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie; eine neue Zweckbestimmung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie als Grundlage psychosomatischer Tätigkeit in den verschiedenen Gebieten und die Psychosomatische Grundversorgung ist obligatorischer Bestandteil jeder patientenbezogenen ärztlichen Weiterbildung geworden. Außerdem wurde vom

Bundesgesundheitsminister nach 15jähriger Anlaufzeit, als vierter Heilberuf ein nicht-ärztlicher (psychologischer) Psychotherapeut auf den Weg gebracht. Eine 8., grundlegende und strukturelle Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung soll 25 Jahre nach der letzten Reform ein neues Medizinstudium schaffen (Wirsching 1993), das Abschied von der traditionellen Ausrichtung an den Spezialfächern nimmt, den praktischen Unterricht stärker gewichtet (bislang liegt der Vorlesungsanteil bei über 50%) und eine größere Ausgewogenheit der Inhalte ermöglicht (bislang liegt der Anteil der Naturwissenschaften bei über 90%). Damit würde auch eine erneute, etwa 20%ige Absenkung der Studentenzahlen einhergehen. Pro Jahr würden dann noch 7 000 bis 8 000 neue Ärzte die Universitäten verlassen. Dies entspricht bereits der heute arbeitslos gemeldeten Zahl von Ärztinnen und Ärzten. (Ärztestatistik vgl. Deutsches Ärzteblatt, 9. April 1993.)

Nach dieser stattlichen Aufzählung - und ich habe nur die Anteile aufgeführt, zu denen ich selbst auf die eine oder andere Weise einen Zugang hatte - ist es nicht mehr ausgeschlossen, daß hier nicht mehr ein administrativ-bürokratischer Verordnungsfuror am Werke ist, sondern daß ein qualitativer struktureller Wandel unserer Medizin, möglicherweise gar ein Umbruch, stattfindet.

Heftige Fluktuationen sind bereits beobachtbar, v. a. beim Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte. Es ist nicht mehr ganz abwegig, zu sagen, daß das alte, einseitig naturwissenschaftlich-technisch geprägte System heute etwas stärker unter Druck geraten ist. Wenn es denn tatsächlich zu einer Erneuerung kommen sollte, so scheint es mir dennoch schwer vorhersagbar, welche Gestalt eine veränderte Medizin haben könnte. Vorläufer in anderen Ländern, traditionell den Vereinigten Staaten, fehlen diesmal. Die starke Verankerung des Psychosozialen in der Medizin ist ein deutsches Phänomen, das vielleicht einmal, wenn es denn gutginge, Vorbild auch für andere Gesundheitssysteme werden könnte. Ohne Zweifel ist das System etwas flüssiger geworden. Diese Flexibilität wenigstens teilweise zu erhalten und der sicherlich bald anstehenden erneuten Erstarrung sinnvolle Formen zu geben, lohnt zumindest einen Versuch. Um uns aber vor der immerwährenden Wiederkehr des Gleichen ein wenig zu bewahren, das Rad nicht unermüdlich neu zu erfinden, werfen wir einen Blick in die längere und jüngere Geschichte unserer Medizin. Wir werden uns hier v. a. der letzten Revolution unseres medizinischen Weltbildes vor über 200 Jahren, Mitte des 18. Jahrhunderts, zuwenden müssen, weil hier die Ursprünge der heutigen Orientierungskrise zu finden sind. Hier entstand der klinische Blick, dessen Begriffsschemata und Mythen bis heute gültig sind. Hier entspringt der Wissensstrom, dessen Paradigmen nicht mehr zur Reform anstehen, sondern dessen gesamtes Bett am Ausgang der Moderne umgeleitet werden soll, angesichts eines Niedergangs der großen Heilslehren, wie er für unsere Zeit bestimmend ist.

Zur Geschichte der Krise des Verständnisses von Gesundheit, Krankheit und Medizin ¹

Halten wir uns als selbstkritische Warnung das bekannte Zitat des Klinikers und Medizinhistorikers Hermann Kerschensteiner (1873-1937) vor Augen, der in den 20er Jahren das Schwabinger Krankenhaus leitete: "Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur, und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist." Grundlegendes ist im ersten Epidemienbuch, einer der berühmtesten Schriften des Corpus hippocraticum (etwa 410 v. Chr) beschrieben:

"Auf zweierlei kommt es bei der Behandlung der Krankheiten an: zu nutzen oder nicht zu schaden. Unsere Kunst (gemeint ist die Heilkunst) umfaßt dreierlei: die Krankheit, den Kranken und den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Kunst, der Kranke muß gemeinsam mit dem Arzt der Krankheit widerstehen."

Die Gefahr, daß das Vertrauen des Patienten mißbraucht wird, ließ ein spezifisch ärztliches Ethos entstehen. Die wichtigsten Regeln sind im hippokratischen Eid niedergelegt: Der Arzt verpflichtet sich, ausschließlich dem Nutzen des Kranken zu dienen und sein Wissen nicht gegen ihn zu richten. Er verpflichtet sich, gegenüber allen Kranken zu geschlechtlicher Abstinenz, zur Hilfe ohne Ansehen des sozialen Standes, er lehnt die Verabreichung tödlicher Mittel ab und unterwirft sich der Schweigepflicht. Hinter allen Selbstverpflichtungen des Eides steht unausgesprochen die Erkenntnis, daß die Beziehung zwischen Arzt und Patient dem Arzt beherrschenden Einfluß über diesen verleiht. Hierzu liefert wieder das Corpus hippocraticum einen Beleg:

"In jedem Umgang mit Menschen zeige sich der Arzt als rechtlicher Mann; denn in vielen Fällen muß ihm Rechtlichkeit zur Seite stehen. Die Kranken haben ja sehr enge Beziehung zum Arzt, denn sie geben sich den Ärzten in die Hände, und diese kommen zu jeder Zeit mit Frauen, Mädchen und dem wertvollsten Besitz in Berührung."

Wenn auch der Eid, über dessen Herkunft die Forschung keine endgültige Aussage machen kann, lediglich das Zeugnis einer bestimmten historischen Situation ist und nicht einmal in seiner Zeit Verbindlichkeit für alle Ärzte hatte, so hat doch die Folgezeit gelehrt, daß die hier getroffenen Aussagen dem Selbstverständnis und dem Verständnis des abendländischen Arztes in der Öffent-

¹ zum folgenden vgl. den Abschlußbericht des Murrhardter Kreises: Das Abbild der Zukunft (1989)

lichkeit entsprechen. Denn immer dann, wenn sich Veränderungen des Arztbildes im Verlaufe der Geschichte abzeichneten, die diesen Grundelementen zuwiderzulaufen schienen, konnte die Berufung auf den hippokratischen Eid damit rechnen, als Gegenargument Gewicht zu haben.

Auch in unserer Medizin hat der Arzt eine zentrale und bestimmende Position. Zugleich ist er ein Rad in diesem Getriebe. Sein Einfluß ist begrenzt. Wir definieren, wenn wir dem Leidener niederländisch-chinesischen Philosophen Thung folgen, die Medizin "als das gesamte System von Denken und Handeln, mit dem eine Gesellschaft die Probleme von Krankheit und Gebrechlichkeit zu lösen versucht," um uns zu erinnern, "daß jede Zeit und jede Kultur ihre eigene Medizin hat".

Die uns hier und heute verbindende Entwicklung setzte, wie gesagt, am Vorabend der Französischen Revolution ein mit ein mit dem aufgeklärten Absolutismus und dem Humanismus.

Michel Foucault (1963) hat uns in seiner eindrücklichen *Archäologie des ärztlichen Blicks* die Geburt der Klinik, die in diese Epoche fällt, dargestellt:

"Die Jahre, die der Revolution unmittelbar vorausgehen und folgen, haben zwei große Mythen auftauchen sehen, die einander polar entgegengesetzt sind: Den Mythos eines nationalisierten ärztlichen Berufsstandes, der in der Art des Klerus organisiert ist und auf der Ebene der Gesundheit und des Körpers mit ähnlichen Vollmachten ausgestattet ist, wie jener im Hinblick auf die Seelen; und dann den Mythos eines vollständigen Verschwindens der Krankheit in einer Gesellschaft, die zu ihrem heilen Ursprung zurückgefunden hat und ohne Wirren und Leidenschaften lebt. Der offensichtliche Widerspruch der zwei Gedanken darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß beide Traumbilder - in Schwarz und in Weiß - auf ein und dieselbe medizinische Erfahrung verweisen. Die beiden Träume sind isomorph: Der eine schildert positiv die rigorose, militante und dogmatische Medikalisation der Gesellschaft durch eine quasi-religiöse Bekehrung und die Einsetzung eines Klerus der Heilkunst; der andere Traum erzählt von derselben Medikalisation, aber in einer triumphierenden und negierenden Tonart, nämlich von der Verflüchtigung der Krankheit, wodurch schließlich mit ihrem Gegenstand und mit ihrer Existenzberechtigung die Medizin selber verschwindet. Ein Projektmacher vom Beginn der Revolution, Sabarot de L'Avernière, sieht in den Priestern und in den Ärzten die natürlichen Erben der beiden sichtbarsten Missionen der Kirche - der Tröstung der Seelen und der Linderung der Schmerzen."

Laennec, einer der Gründer der pathologischen Anatomie und der Erfinder des Hörrohrs, unterteilt in dieser Zeit die Krankheiten von vorneherein in zwei große Klassen: Diejenigen, die von sichtbaren Läsionen an wenigstens einem Organ begleitet werden und als organische Krankheiten bezeichnet werden und diejenigen, die an keinem Körperteil eine Veränderung hinterlassen und die Nervenkrankheiten genannt werden. In diesem Geist schrieb die "Société médicale

d'émulation", welche die jungen Ärzte dieser Generation versammelte und die neue Schule gut repräsentierte, 1809 die berühmte Preisfrage aus: "Welche Krankheiten sind im besonderen als organisch zu betrachten?"

Zusammengefaßt, hat sich die moderne Medizin seit dem späten 18. Jh. drei grundlegende Aufgaben gestellt:

1. Die Bestimmung des leidenden Organs aufgrund der manifesten Symptome,
2. Die Erklärung des Leidens durch ein äußeres Agens,
3. Die Angabe dessen, was gegen das Leiden zu tun ist: man muß die Ursache beseitigen.

Diese neue "positive" Medizin löst sich von der Metaphysik, mit der sie jahrhundertlang verbunden war. Die Gesundheit tritt an die Stelle des Heils. Die Medizin hält dem modernen Menschen nun seine Endlichkeit vor; in ihr wird der Tod ständig beschworen: erlitten und zugleich gebannt. Die Bedeutung von Bichat, Jackson und Freud in der europäischen Kultur beweist, daß sie nicht bloß Ärzte, sondern auch Philosophen waren; sie beweist vielmehr, daß in dieser Kultur der philosophische Status des Menschen wesentlich vom medizinischen Denken bestimmt wird" (Foucault 1963, S. 208-209). In der Gesellschaft entstand in dieser Zeit also eine von Ärzten geförderte Gesundheitsbewegung, die traditionelles Gesundheitsverhalten verdrängte. Die Heil- und Behandlungstätigkeit wurde von den Ärzten monopolisiert.

Dennoch blieb bis ins 19. Jahrhundert die Bedeutung akademisch ausgebildeter Ärzte für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung randständig. Außerhalb der Oberschicht arbeitete die heterogene Gruppe der handwerklich gebildeten Chirurgen, Wundärzte, Barbieri, Hebammen und Laienheiler.

Der von der Ärzteschaft erst allmählich erworbene, politische und soziale Status wurde vor kaum mehr als 100 Jahren durch Professionalisierung (Zugangsregelung über Prüfungsordnungen) abgesichert: Zuerst fand in Preußen der ärztliche Einheitsstand 1852 seine gesetzliche Verankerung.

Das Leitbild des Hausarztes kam nun - am deutlichsten im Landarzt - zu seiner Blüte: Der die bürgerliche Familie betreuende Praktiker, der selbst Hand anlegte und auch die niederen Verrichtungen selbst ausführte, der sich verantwortlich für seine Patienten fühlte und jederzeit, ohne Rücksicht auf die eigene Person, zur Verfügung stand. Bezahlt wurde er pauschal für die Gesunderhaltung der Familie, mithin ein Vorläufer der heute in den USA verbreiteten Health Maintenance Organizations (HMO), und Nachfahre der chinesischen Ärzte.

Aber etwa zur gleichen Zeit begann eine gegenläufige Entwicklung, in dem die deutsche Universitätsmedizin sich verstärkt naturwissenschaftlich orientierte und

insbesondere die neuen Erkenntnisse der Physik und Chemie aufnahm. Eine der Folgen war die wachsende Spezialisierung, zunächst in der Forschung, seit den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts auch in der ärztlichen Praxis.

So differenzierte sich, wenig nach der Schaffung des Einheitsstandes die Ärzteschaft erneut aus, diesmal allerdings auf der Basis einer allen gemeinsamen naturwissenschaftlichen Ausbildung.

Die Entwicklung zum "Facharzt" wurde noch gefördert durch die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883. Diese eröffnete immer weiteren Patientenschichten den Zugang zur ärztlichen Versorgung. Der nächste Schritt der Spezialisierung war die Verankerung der Facharztweiterbildung in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts. Eine der letzten Differenzierungsschübe war die schlagartige und wohl letztmalige Erweiterung der medizinischen Spezialgebiete von ca. 40 auf 70, beim 95. Deutschen Ärztetag in Köln 1992, darunter auch der nur noch psychologisch arbeitende Arzt für Psychotherapeutische Medizin.

Nach diesen historischen Vorbemerkungen können wir drei - bis heute bedeutungsvolle - Entwicklungsstränge unterscheiden:

1. Die naturwissenschaftlich geprägte Schulmedizin.
2. Die Erfahrungsmedizin, vermutlich die älteste und bei Hinzuzählung von Hausmedizin und Heilpraktikern verbreitetste Behandlungsform.
3. Die psychosoziale Medizin als jüngste Ausformung.

Behalten wir im Auge: jede Kultur, jede Gesellschaft hat ihre Medizin. Die unsere ist am Ende der großen Heilslehren, nach dem Abschied von den einheitsstiftenden Mythen in einem gewaltigen Glaubensverlust, von Vielfalt bestimmt, vom Widerstreit der Paradigmen. Die Vielfalt ist das eigentlich Neue. Wenn die Krankheit nur lang genug dauert und genügend Ansatzpunkte bietet, ist eine Kombination der verschiedenen Zugänge sogar wahrscheinlich. Die Begriffe Gesundheit und Krankheit - Eckpfeiler jeder Medizin - sind zumindest vieldeutig geworden. Vielfach wird gar ihre Brauchbarkeit angezweifelt. Zumindest sollten sie gründlich überdacht werden. Dazu möchte ich Sie im folgenden Abschnitt einladen.

Schlechte Zeiten für die Medizin?

Die Medizin schöpft ihre Überzeugungskraft und Anhängerschaft aus der Heilung von Krankheiten. Sie verheißt, Gesundheit zu erhalten, uns vor dem Tode zu bewahren. Medizin hilft, das Wissen um die eigene Sterblichkeit erträglicher zu machen, sie ist lebensrettend. Sprechen wir über Gesundheit und Krankheit, so sprechen wir über Leben und Tod und dann ist Medizin unschlagbar. Danach bleibt nur noch der Glaube an die Wiedergeburt oder an ein Leben nach dem Tode. Geht es ans eigene Leben, wird auch der härteste Kritiker zum Patienten, den die Mutter Medizin milde und selbstverständlich aufnimmt. Keine Frage, günstigere Lebensbedingungen und Medizin haben die mittlere Lebenserwartung deutlich erhöht, damit jedoch auch in die Nähe des vermutlich genetisch fixierten, vom einzelnen Menschen maximal erreichbaren Alters gebracht. Vorläufig sterben zwar die meisten Menschen nicht am Alter, sondern an Krankheiten und Unfällen, und deren Bekämpfung garantiert im Einzelfall, wie auch statistisch eine Verlängerung der Lebenserwartung. Die Statistik zeigt aber auch, folgen wir dem holländischen Kardiologen Dunning (1981), daß der Zuwachs an mittlerer Lebenserwartung sehr begrenzt ist.

"Das Verschwinden aller Herz- und Gefäßkrankheiten in den Niederlanden, vom heutigen Tag an, würde dem Lebensweg sechs Jahre hinzufügen, das Verschwinden aller bösartigen Erkrankungen ergäbe zwei Jahre mehr und das von sämtlichen Unfällen und Gewalttaten brächte ein paar Monate. Zusammen sind die drei Todesursachen verantwortlich für drei Viertel aller Todesfälle im Lande und eine beinahe vollkommene Gesundheit würde unser Ende in unser achtens Lebensjahrzehnt unseres Lebens hinausschieben, anstatt der gut 80 Jahre, die wir von der Statistik zugesprochen bekommen. Unser biologischer Tod liegt nicht mehr so weit entfernt von unserem Ende in Krankheit und biologisch betrachtet verfügen wir nur über einen begrenzten Kredit."

An der Sterblichkeit hat sich nichts geändert. Mit Erich Kästner (zit. n. Schüller 1993): "Wir haben es weit gebracht, wir sterben nun modern." Auf dem 1993er Münchner Chirurgenkongreß (FAZ vom 21. 4. 1993) traf Chirurgen und Intensivmediziner der Vorwurf, sie verlängerten eher das Sterben als das Leben. Ein Drittel der medizinischen Kosten werden für das letzte Lebensjahr aufgewandt. Die Hälfte davon fällt in die letzten zwei Lebensmonate. Daneben hat die Medizin, jenseits des Kurativen, eine gewaltige Ausdehnung erfahren. "Medikalisierung" ist ein zu dürres Wort, um die Bedeutung der Medizin als "Kirche" in unserer Kultur zu erfassen. Über 700 Millionen jährliche Arztbesuche, 87% der Bevölkerung, vom Säugling bis zum Greis, gehen mindestens einmal im Jahr zum Arzt, 84% der Bevölkerung bekommen mindestens einmal im Jahr ein

Medikament verschrieben. Dazu kommen Hausmedizin und Heilpraktiker, Gesundheitsprogramme, Fitneß und Diät. Das Psychosoziale nimmt sich dagegen doch recht bescheiden aus, eine "offizielle" (Richtlinien-)Psychotherapie absolvieren jährlich weniger als ein halbes Prozent der Bevölkerung und psychosoziale Leistungen oder psychosoziale Diagnosen finden sich auf den hintersten Plätzen der Ärztestatistiken, allen epidemiologischen Erkenntnissen zum Trotz. Selbst in unserer als Spitzenreiter geltenden südbadischen Region, wo ca. 250 Psychotherapeuten die drittgrößte Gruppe aller Niedergelassenen sind, verdienen diese mit jährlich 16 Mio DM weniger als 2% des 900 Mio. DM Gesamtbudgets, wogegen allein für Medikamente 800 Mio. DM, also 50 mal mehr, ausgegeben wird. Die Unausgewogenheit unserer Medizin ist mithin nicht nur eine ideelle und strukturelle, sondern auch eine ganz materielle. Den Preis zahlen die Psychotherapeuten selbst mit einer massiven Einkommensdiskrepanz: Nach Abzug aller Unkosten ist das jährliche Durchschnittseinkommen der Fachärzte 200.000 DM, das der Vollzeit- (über 40 Stunden) Psychotherapeuten 100 000 DM. Die Diskrepanz wird durch die in naher Zukunft zu erwartenden etwa 25%igen Einkommensminderung noch krasser werden. Allen Beteuerungen einer ausgewogenen bio-psychosozialen Medizin zum Trotz.

Die Sprechende Medizin wird weiter auf Altruismus und Idealismus basieren, sie unterliegt bei den laufenden Umverteilungen massiver Benachteiligung.

Es ist und bleibt dann auch wohl für *alle* Beteiligten nach wie vor attraktiver, seelische, familiäre oder soziale Probleme als körperliche Krankheiten zu bezeichnen und zu behandeln. Mögen die Folgen im Einzelfall wie für die Allgemeinheit verheerend sein.

Dennoch werde ich nicht müde, zu behaupten, es ist etwas in Bewegung: Der Abgang der großen Heilslehren hat auch in der Medizin stattgefunden! Schulmedizin ist heute eher eine kritische, als eine ehrenvolle Bezeichnung. Wenn in der Galerie von Deutschlands 500 besten Ärzten die Zeitschrift *Focus* "harte" Kriterien, wie Zahl der Veröffentlichungen, Zahl der Kongreßbesuche und Empfehlung durch andere Fachkollegen, wertet, so hat das Ergebnis nur noch Unterhaltungswert und ist den so Geadelten eher peinlich. Das in diesen Bemühungen zum Ausdruck gebrachte Bedürfnis der Bevölkerung, Orientierungshilfen zu erhalten, bleibt unerfüllt. Die Patienten bleiben weiterhin, angesichts von Massenbetrieb, Zersplitterung und Hochspezialisierung sowie heftig konkurrierender Schulrichtungen, orientierungslos und ohnmächtig. Sie wissen vielfach auch nicht mehr, ob sie ihrem eigenen, ganz persönlichen Arzt noch trauen können. Ob er ihnen als Ratgeber, Lotse und Begleiter taugt, ob er selbst noch den ganzen Überblick hat. Die Götter der Medizin sind ergraut, wenn nicht versunken, vorzeitig der koronaren Herzkrankheit, dem Alkoholismus oder Suizid erlegen, für die ihr Beruf nach wie vor das höchste Risiko birgt. Der Mythos Sauerbruchs hat den Faschismus nicht überlebt.

Die "Heldin" unserer Tage ist Hausärztin in mittleren Jahren, fit in der Alltagsmedizin und stark naturheilkundlich und psychosozial orientiert, selbstbewußt und kompetent in der Auswahl und im Monitoring der Experten. Weil sie die Isolation als Kleinunternehmerin ablehnt und auch außerhalb der Medizin noch deutliche private und kulturelle Interessen hat, weil sie mit einem Einkommen von vielleicht 8 000 Mark zufrieden ist, betreibt sie ihre Praxis gemeinsam mit anderen, sei es der gleichen, oder, noch besser, einander ergänzender Fachrichtungen. Die 600 bis 800 langfristig von ihr persönlich betreuten Menschen kennt sie einigermaßen. Ein Pfund mit dem sie wuchert, ist ihre Zeit, die sie geschickt im Behandlungsverlauf einsetzt. Das richtige Timing ist ihre Stärke und sie hat genügend Zeitreserven, um freundlich und anteilnehmend zu wirken, Schwierigkeiten zu spüren und zu hören, wenn nötig vom Routine-5bis10-Minuten-Raster abzuweichen. Sie kann auch gut mit ihren eigenen Grenzen umgehen, sich vom Patienten nicht völlig vereinnahmen lassen und ihre Eitelkeit so beherrschen, daß sie den Patienten auch weiter betreuen kann, wenn eine spezialisierte Mitbehandlung nötig und möglich geworden ist.

Diese Allgemeinärztin, Internistin, Gynäkologin, Kinderärztin, Augenärztin, HNO-Ärztin, Zahnärztin oder Angehörige sonst irgendeiner Fachrichtung, findet sich in den heute laufenden Debatten kaum anerkannt. Ihre Fragen, Nöte und Sorgen werden weder gehört, noch verstanden. Ihr geht es dabei nicht anders, wie der Mehrzahl ihrer Patienten. Der von Herzängsten, ebenso wie Berufsängsten geplagte Vater, die brustkrebskranke Frau, der schmerzgeplagte Türke, die untergewichtige Jugendliche, oder die Eltern des Kleinkindes in der Früherkennungssprechstunde - sie alle hören von Kostenexplosion, Gesundheitsstrukturgesetz (dessen offizielle Bezeichnung ja Gesetz zur Neustrukturierung der Krankenversicherung lautet), Ärzteschwemme, Begrenzung der Arzneiverordnungen, Fallpauschalen, Komplexhonoraren und Zwang zur Qualitätssicherung. Ganz verständlich ist ihnen das Ganze nicht. Die Ärztin hat vielleicht den Eindruck, daß irgendwie irgend etwas an dem Ganzen dran ist, daß irgendwer irgendwie wohl Mißbrauch betrieben hat. Wütend macht sie aber die polit-bürokratische Einmischung und daß sie ihre eigene Praxis, ihre Alltagsmühe und die Sorgen, die sie mit bestimmten Patienten hat, in der Debatte weder wiedererkennt, geschweige denn, Anerkennung für ihre Arbeit erfährt. Sie spürt sehr schnell, daß "irgendwie" und im großen und ganzen, wenn sie nur gut genug aufpaßt und sich auf die veränderten Verhältnisse einstellt, alles ein wenig weitergehen wird, wie bisher. Dies beruhigt sie zwar immer wieder, aber ihre Freude und ihr Engagement haben einen deutlichen Knacks bekommen. Von Gesundheitspolitikern, universitären Experten und Standesvertretern hält sie noch weniger als zuvor. Spricht man zu ihr von einer grundlegend und strukturell gewandelten Medizin, einem Umbruch, einem neuen Paradigma, oder gar einer zweiten (nach der des 18. Jahrhunderts, Foss u. Rothenberg 1988) medizinischen Revolution mit einem Nebeneinander

verschiedener Paradigmen, so reagiert sie bestenfalls sarkastisch. Nicht unähnlich geht es ihren Patienten. Die bleiben zurück mit einem leicht erhöhten Mißtrauen in das Vermögen und in die Ehrlichkeit der Medizin. Dies Mißtrauen mischt sich mit der üblichen Skepsis, einem weiteren Anwachsen der Besorgnis über die Zukunft. Medizinkrise, Wirtschaftskrise, Umweltkrise, regionale Krisen und die Krise der Institutionen Familie und Schule lassen selbst empfindsame und nachdenkliche Menschen krisentaub werden. Manche schielen nach immer neuesten Heilslehren und Heilsbringern. Die Lust auf Umbruch: "Ärmel hochkrepeln, neu anfangen", hält sich in Grenzen. Fürs erste sind Patienten und Ärzte beruhigt. Sie vermuten, wohl zu Recht, daß sich in der Medizin so bald und so schnell nichts ändern wird. Eine neue Medizin für die Menschen gehört nicht in ihr Traumrepertoire. Medizinfragen, naja, vielleicht - aber die Struktur des Gesundheitssystems - Schauer und Gähnen.

Doch holla, war da nicht noch etwas - Gesundheit und Krankheit - jetzt wird's spannend. Kommt da was Neues? Neue Krankheiten entdeckt, Ursachen enträtselt, neue Heilmethoden, gar lebensverlängernde Gesundheitstips? Immer her damit und rein damit. Aber Vorsicht - man sollte vielleicht mal wieder zum Arzt gehen. Vielleicht steckt was dahinter, vielleicht kann man was machen. Du, nimm das nicht auf die leichte Schulter - ich hab' neulich gehört - ... da stand doch ... im Fernsehen kam was ... Geh' doch mal zu dem und dem, ach so, da bist Du schon.

Gesundheit und Krankheit - das ist schon eine Information wert, ein Unterschied, der einen Unterschied macht (Bateson 1979). Aber, was weiß Mann, Frau oder Arzt und - muß man was tun? Da gibt's doch bestimmt klare Regeln, Grenzwerte, statistische Normen. Doch, welche Überraschung: statistische Verteilung und Einzelfall sind zweierlei. Falsch Positives und falsch Negatives läßt sich nur mit Wahrscheinlichkeit ausschließen. Natürlich, alle Ärzte, alle Schulen, die etwas auf sich hielten, jede Zeit und jede Gesellschaft hatten und haben ihre Definition von Gesundheit und Krankheit. Die New Yorker Medizinjaurnalistin Lynn Payer (1991) beschreibt nach einem Europaaufenthalt, mehr genervt als amüsiert, die kulturspezifischen diagnostischen Vorlieben in Frankreich, Deutschland, Großbritannien und den USA. Kommt eine Patient mit unklaren Beschwerden in die Praxis, so ist in Frankreich die "crise de foi", die Leberkrise, seit je die beliebteste Verdachtsdiagnose, wogegen als deutsche Spezialität der niedere Blutdruck gilt, in England als "german disease" verspottet. Großbritannien zeichnet sich durch höchste Zurückhaltung aus, die USA durch das höchste Maß an labortechnischer Intervention. Unerschöpflich ist das Repertoire der Definitionen und Aphorismen zu Gesundheit und Krankheit. Eindeutige und verbindliche Definitionen kann es nicht geben, allenfalls Paradigmen, die sich wandeln, oder, noch viel eher, nebeneinander und widersprüchlich bestehen bleiben, je nach Zeit, Ziel, Zweck und Rahmenbedingungen. Die Übersicht ist interessant, der Katalog macht die Entscheidung nicht leichter.

Heute, im Megaout, aber heimlich von allen angebetet, ist der herrliche, monokausale, lineare und mechanische Krankheitsbegriff der letzten Jahrhundertwende, ein erster und letzter Triumph der naturwissenschaftlichen Medizin. Virchows Organ- und Zellulärpathologie: "Ich habe schon tausende von Leichen geöffnet, auf eine Seele bin ich nie gestoßen" - und die Infektionswissenschaften Paul Ehrlichs und Robert Kochs: ein spezifischer Erreger für jede Krankheit. Ist er entdeckt, wird er mit Pille, Stahl oder Strahl bekämpft bis zur Restitutio ad integrum oder wenigstens soweit, daß das Fortschreiten der Krankheit ausgeschlossen ist. Sekundäre und tertiäre Prävention ist damit möglich geworden. Selbst der Traum einer primären Prävention ist durch vorbeugende Hygiene oder Immunisierung verwirklicht. Gesundheit ist verbürgt, wenn die Krankheiten und ihre Ursachen nach großen Feldzügen und heroischen Schlachten besiegt sind. Wie herrlich einfach, kraftvoll und sicher ist solches Konzept, wie tief der Absturz, wenn etwa der Nobelpreisträger Watson Richard Nixons milliardenschweren 1972er Feldzug gegen den Krebs als gigantische Verschwendung brandmarkt. Nur so ist das Ausmaß an Häme, Spott und Verachtung erklärbar, das heute die Anhänger dieses medizinischen Krankheitsbegriffs, des Reparatur- und Maschinenmodells der Organmedizin auf sich ziehen. Mit den bekannt gewordenen Worten des Londoner Internisten Richard Ashe: "Die einzige Übereinstimmung zwischen Mensch und Maschine ist die, daß beide bei ersten Schwierigkeiten an den Konstrukteur zurückgeschickt werden." (zit. n. Dunning 1981, S. 65). Dabei wage ich zu behaupten, das Konzept hat an Verbreitung und Attraktivität weniger eingebüßt als allgemein vermutet wird. Es lebt in den Köpfen weiter, obwohl natürlich selbst die Urheber, z. B. Virchow, viel differenzierter und weiter dachten. Wie wäre es sonst erklärbar, daß der Sozialreformer Virchow, nach seinen erschreckenden Erlebnissen bei der Bekämpfung des Typhus in Schlesien, für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse 1848 tatsächlich auf die Barrikaden ging. Zu einleuchtend, zu reproduzierbar und zu sehr an unseren eigenen Krankheitserfahrungen überprüfbar, ist das medizinische Krankheitsmodell, als daß es durch Philosophie, Moral oder Wissenschaftstheorie auszuhebeln wäre. Wer heilt hat recht und die Verlängerung der Lebenserwartung ist ein jedermann bekanntes und von jedermann dankbar empfangenes Geschenk.

Die von Virchow jedoch ausgelegte Fährte, daß eine Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen an der Verlängerung der Lebenserwartung nicht viel weniger beteiligt ist, als die naturwissenschaftliche Medizin, führt heute zur grausamen Einsicht, daß High-Tec-Medizin in Ländern der Dritten Welt versagt, daß Krieg, Unterdrückung, Armut und Hunger zu Verelendung, Krankheit und Tod führen, welche durch Pillen nicht bekämpft werden können.

Trotzdem werden weiterhin 95% aller Forschungskapazitäten für Gesundheitsprobleme in den entwickelten Ländern verausgabt, wie der dieser Tage gegründete Council on Health Research for Development (COHRED) anklagt.

Dazu kommt, daß acht von 10 Gesundheitsdollars, die der WHO zur Verfügung stehen, für deren eigenen Betrieb ausgegeben werden, so daß, nach den Worten Paul Dietrichs, des Präsidenten des Washingtoner Instituts für Gesundheit und Entwicklung, für die eigentlich Bedürftigen wenig übrig bleibt (Die ZEIT, April 1993).

Amerika, das nach wie vor reichste Land der Erde, das zugleich den größten Anteil seines Volkseinkommens (18% des Bruttosozialprodukts, ca. 3000 Dollar pro Kopf der Bevölkerung) in die Medizin steckt, rangiert dennoch in den klassischen naturwissenschaftlichen Parametern auf einem der hinteren Plätze. Lebenserwartung und Kindersterblichkeit sind schlechter, als in anderen vergleichbaren Ländern, wobei die soziale Schichtzugehörigkeit die entscheidende Einflußvariable ist. Nicht Infektionskrankheiten, sondern Verkehrsunfälle und gewaltsame Auseinandersetzungen sind die Haupttodesursachen jüngerer Amerikaner. Der aus sozialer Verantwortung der Medizin 1948 entwickelte Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (das vollständige, körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen) wird allenfalls als Spottform zur Demonstration utopischer Verstiegtheit wirklichkeitsfremder Sozialromantiker gebraucht. Karl Jaspers soll gesagt haben, nach solcher Definition sei er mindestens dreimal am Tage krank. Das Ziel von Alma Ata, solche Gesundheit für alle im Jahr 2000 zu erreichen, ist nicht nur verfehlt, sondern die Verhältnisse haben sich seither eher verschlechtert. Alltagserfahrungen berücksichtigt das WHO-Gesundheitsideal in der Gleichstellung von körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren von Gesundheit und Krankheit. Ich denke sogar, daß der Hauptwiderstand sich gegen dieses bio-psycho-soziale Anliegen richtet. Die Erforschung und Behandlung der Massenerkrankungen des Herzens und des Kreislaufs und des Krebs hat nicht nur das vertraute Erregermodell desavouiert, sondern eine Flut von Belegen gebracht, daß psychische und soziale Faktoren, bei der Entstehung, Entwicklung und Verarbeitung dieser Krankheiten gleiches Gewicht haben, wie die biologischen Faktoren. Zum Beispiel ist der Mangel an sozialer Unterstützung nach den vom amerikanischen Medizinsoziologen House (1989) in der Zeitschrift *Science* publizierten Übersicht ein lebensverkürzender Faktor von gleichem Gewicht, wie das Zigarettenrauchen. Interessanterweise gilt dieser Befund jedoch nur für die männliche Bevölkerung und in den Vereinigten Staaten auch nur für die weißen Männer. Frauen und Schwarze werden mit dem Alleinsein besser fertig! Die Life-Event-Forschung zeigt uns, daß psychische Faktoren, z. B. unverarbeitete Verluste, vorhersagen, welche Menschen mit welcher Wahrscheinlichkeit erkranken werden. Angesichts der älter werdenden Bevölkerung und angesichts von Chronifizierung und Multimorbidität (1990 wurden in 40% aller Fälle mindestens drei Diagnosen gestellt, gegenüber ca. 60% im Jahre 1984), rücken nun auch die Folgen der Krankheit, letztlich die Qualität des Überlebens ins Blickfeld.

Dennoch ist kritisch anzumerken, solch somato-psycho-somatischer Krankheitsbegriff ist nicht nur ein Sprachungetüm, sondern auch sonst sehr unbeliebt. Ärzte schreckt die Vorstellung radikaler Umschulung angesichts bisheriger einseitig naturwissenschaftlicher Ausbildung. Sie sehen immense zusätzliche Arbeit mit schwierigen Patienten und unbestimmbaren Erfolgen auf sich zukommen. Den Kranken stigmatisieren Bilder vom eingebildeten Patienten, von Geisteskranken und von persönlicher Schuld oder Versagen. Empirisch wissenschaftlich ist das Ganze mehr als vage, kaum über Korrelationen hinausgewachsen, die sich zudem in der Regel schwer interpretieren lassen (was ist Ursache, was Folge, was ist Henne, was ist Ei?). Wenn dann noch die Behandlungserfolge fehlen - es gibt keinen gesicherten Nachweis der körperliche Gesundheit erhaltenden oder körperliche Krankheiten heilenden Wirkung, welcher auch immer der 300 bis 400 psychotherapeutischen Schulen - dann ist das Winkeldasein in der Medizin vorprogrammiert. Dann verstehen wir den hundertfach höheren Anteil der naturwissenschaftlichen Medizin am Versicherungsaufkommen, dann verstehen wir die verschwindend geringe Zahl der wirklich integrativ psychosomatisch Tätigen, (d. h. nicht in die Neurosenbehandlung ausgewichenen), wie sie sich etwa in Uexkülls (1992) jüngstem Buch darstellten; und danach wundert es auch niemand, daß die Inhalte der ärztlichen Ausbildung zu über 90% von strikten Naturwissenschaften bestimmt sind.

Wahre Bedeutung haben Psychosomatiker als die Theoretiker der Medizin (Uexküll u. Wesiack 1988). Hier werden sie ihrer Stellung zwischen Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften gerecht und wir sehen, sie jonglieren mit Molekularbiologie, Chaostheorie und Konzepten der Selbstorganisation lebender Systeme. Wenigstens in solchen "Universaltheorien" endet die künstliche Trennung in körperliche, seelische und soziale Krankheiten, ja, die noch verbreiteten Metaphern Gesundheit und Krankheit (Susan Sonntag) geben ganz ihren Geist auf. Sie werden zu modernen Mythen oder schlicht zu Erfindungen. Gesundheit ist dann allenfalls noch eine besonders günstige Variante der Vielzahl denkbarer Regulationen lebender Systeme. Behandlung wird als Impuls verstanden, der Selbstheilung fördert, Destruktives unwahrscheinlicher macht und Entwicklungsmöglichkeiten erschließt.

Hier deutet sich ein massiver Einstellungswandel an. Manche würden vielleicht etwas vollmundig einen erneuten Paradigmenwechsel einläuten, auf dem Wege zu einem ökologischen, d. h. Mensch und Lebenswelt erkennenden und systemischen, d. h. den ganzen Menschen mit seiner ganzen Geschichte ernstnehmenden ganzheitlichen Medizin.

Doch solch erhöhter Anspruch bleibt heutzutage nicht unwidersprochen. Lesen wir doch bei Hans Rudi Fischer (1992) als Epitaph zum Ende der großen Entwürfe drei bezeichnende Zitate:

"Das Ganze ist nur für einen Gott gemacht" (Goethe), "Das Wahre ist das Ganze" (Hegel), "Das Ganze ist das Unwahre" (Adorno).

Und gleich weiter, lakonisch:

"Am Ende des 20. Jahrhunderts zeichnet sich in vielen Wissensbereichen ein Ende der großen Entwürfe ab: großangelegte Theorieentwürfe mit ihren Ansprüchen auf objektive Erkenntnis, auf orts- und zeitübergreifende rationale Erklärungen, auf die Steuer- und Planbarkeit von technischen und sozialen Prozessen sowie auf umfassende Sinngebung brechen zusammen. An ihre Stelle treten vielfältige kleine Entwürfe mit bescheidenerem Geltungsanspruch ... Wir haben eine bisher noch nie dagewesene Vielfalt von theoretischen Ansätzen (Paradigmen), die sich hinsichtlich ihres Untersuchungsbereiches (der zu beschreibenden Objekte bzw. Phänomene) teilweise überlappen und miteinander um die angemessene Beschreibung/Erklärung konkurrieren. Dies gilt nicht nur für traditionell unterschiedlich ansetzende Wissenschaften, wie beispielsweise Natur- und Geisteswissenschaften, sondern auch und gerade *innerhalb* einer Disziplin. ... Auch hier wird also eine notwendige Bescheidung des für die Neuzeit so charakteristischen faustischen Erkenntnistrebens augenfällig, das von Anfang an auf Beherrschung von Natur aus war ... Lyotard hat das Charakteristikum postmoderner Irritation sehr zutreffend als Glaubensverlust bezeichnet; d. h. der Glaube an die großen Erzählungen mit ihren Einheitssehnsüchten und letzten Begründungsversuchen ist den Denkern, die sich unter der Überschrift *^Postmoderne^* versammeln, abhanden gekommen. Dies hat eine Zerrüttung alter Glaubensgewißheiten zur Folge und führt in eine tiefe Orientierungskrise. Krisis scheint somit die Signatur des gegenwärtigen Zeitalters am Ende eines Jahrhunderts, das in allen Wissenschaftsbereichen fundamentale Erschütterungen gebracht hat. Wenn die Paradigmenvielfalt und Paradigmenkonkurrenz, wie sie uns das 20. Jahrhundert in nicht vorhersehbarer Weise gebracht hat, begrüßt wird, erhebt sich die Frage, ob das etwas mit Irrationalismus, Beliebigkeit oder "anything goes" zu tun hat, wie es häufig Denkern der Postmoderne vorgeworfen wird, oder ob sich nicht gerade in unserem Jahrhundert immer deutlicher die Erfahrung abzeichnet, daß keine Instanz (etwa eine homogene Metatheorie) mehr auszumachen ist, von der her ein Konflikt zwischen zwei Modellen entschieden werden könnte" (Fischer 1992, S. 10ff.).

Dieses Neue ist in der Medizin bislang kaum gedacht worden, eher in Spezialbereichen, z. B. der systemischen Familientherapie, beheimatet. Dennoch versuchen wir, einige Leitgedanken eines so verstandenen ökologischen und systemischen Gesundheitskonzepts zusammenzutragen:

1. Gesundheit und Krankheit sind keine dichotomen Kategorien. Sie bewegen sich auf einem Kontinuum fließender Übergänge. Gesundheit ist eine besonders günstige Variante der unendlichen Zahl möglicher Regulationen des bio-psycho-sozialen Systems.
2. Die Definition dessen, was wir als gesund und krank bezeichnen, ist im Großen zeit- und gesellschaftsabhängig und im konkreten Einzelfall von subjektiven (persönlichen) Erlebens- und Denkweisen bestimmt. Dies gilt v. a., wenn seelische Gesundheit und Krankheit zur Debatte stehen.
3. Entwicklung der Gesundheit (Salutogenese) ist ein ebensolcher aktiver und differenzierter Prozeß, wie die Entstehung bzw. der Verlauf von Krankheiten (Pathogenese). Nicht zu rauchen mindert das Risiko, an Bronchialkrebs oder koronaren Herzerkrankungen zu leiden, fördert aber als solches noch nicht die Gesundheit. Stabile und vertrauensvolle soziale Beziehungen fördern die Entwicklung der Gesundheit, ihr Fehlen ist aber keine Ursache für eine bestimmte Krankheit.
4. Ursachen und Folgen sind zirkulär verknüpft in einem andauernden Spiralprozeß. Durch aktive Entscheidungen bringen wir (lineare) Sequenzen ins Blickfeld. Wir erkennen, wie bei einem bestimmten Erbtyp eine Coxsackie B-IV-Virusinfektion zu einer Verwechslung (genetisches Mimikry) bestimmter Eiweißsubstanzen und zur Entwicklung von Antikörpern gegen die eigenen Inselzellen führt. Wird die körpereigene Immunabwehr in hilflos und hoffnungslos erscheinenden Situationen über das hypophysäre hypothalamische System und die Nebennierenrinde beeinträchtigt, entwickelt sich ein Autoimmunprozeß, der bis zur völligen Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen des Pankreas fortschreitet. Der so entstandene Diabetes Typ I stellt nun wieder für den einzelnen und das Beziehungssystem eine Entwicklungsaufgabe dar, die bei fortbestehender und neuer Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit neue seelische, auch körperliche Störungen nach sich zieht und auch den Erhalt einer stabilen Stoffwechsellage, trotz Insulinsubstitution, stören kann.
5. Anstelle einer traditionellen krankheits- und ursachenzentrierten Sicht gibt die ökosystemische Betrachtung auch Entwicklungsressourcen Aufmerksamkeit. Anstatt nach Krebspersönlichkeit, Survivor-Syndrom oder psychosomatischer Familie zu suchen und diese auch folgerichtig zu finden, gewinnen die Ausnahmefälle Bedeutung, die trotz gleicher Lebensweise gesund bleiben. Der israelische Medizinsoziologe Antonovsky (1988) berichtet eindrucksvoll, wie er bei der Untersuchung von KZ-Überlebenden schlagartig

zu völlig neuen Einsichten kam, als er sich der immerhin ein Drittel ausmachenden Gruppe seelisch und körperlich "unbeschädigt" gebliebener zuwandte und in der Folge das Prinzip der Salutogenese entwickelte, die schützende (protektive) Wirkung von Sinnhaftigkeit, Hoffnung und sozialer Unterstützung erkannte.

Auf dem Wege zu einer ausgewogenen humanen Medizin?

Was folgt aus der bisherigen Analyse für die in der psychotherapeutischen Medizin Tätigen, für die Entwicklung unseres Gesundheitssystems und für unsere jeweils ganz eigenen und intimen Erfahrungen von eigener Gesundheit und Krankheit, die, und das ist nun wirklich über alle Zeiten, Systeme, Theorien und Medizin hinweg unverrückbar, die Begrenztheit unseres Lebens dokumentieren? Dazu drei abschließende Thesen und zu jeder These ein Beispiel:

1. These

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit sind in der Medizin nur für wenige und sehr besondere Situationen angemessen. Sie verleiten zu einem Denken und Handeln, das in Sackgassen mündet und damit Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit bei allen Beteiligten verstärkt. Diesen wird mit den immer gleichen und bereits als untauglich erkannten Mechanismen begegnet, zumeist der Rationalisierung, der Aufspaltung, der Geschäftigkeit und vielleicht des Zynismus. Statt dessen sollte von Entwicklungen gesprochen werden, sollten Wechselwirkungen auch zwischen den verschiedenen Ebenen biologischer, psychologischer und sozialer Prozesse verstanden werden und sollte so gehandelt werden, daß für die Entwicklung und Entscheidung des einzelnen, seines Umfeldes und der Gemeinschaft besonders günstige Voraussetzungen geschaffen werden. Dies gilt für biophysikalische, psychologische und soziologische Anteile. Mit anderen Worten, je nachdem, in welcher Phase, in welchem Rahmen und mit welchem Anliegen Arzt und Patient sich begegnen, werden unterschiedliche Gesichtspunkte vorherrschen. Der jeweilige Standort bestimmt die Beobachtung. Wird eine biologische, psychologische oder soziologische Sicht angelegt, so werden mit unterschiedlichen Methoden unterschiedliche Anteile eines Problems "diagnostiziert". A priori eine Hierarchie der Perspektiven anzunehmen, ist nicht

begründet. Keiner der Zugänge ist von vorneherein wichtiger oder richtiger, als der jeweils andere. Weder ist das Biologische immer lebensrettend, noch das Psychologische immer humaner, noch das Soziale per se engagierter. Entscheidend sind vielmehr die Erkenntnis- und Handlungsziele. Schwierigkeiten entstehen durch Vorurteile und wenn wir übersehen, daß jeweils nur eine Perspektive zur gleichen Zeit angelegt werden kann. Wir können nicht an zwei Standorten zugleich sein. Darüber hinaus gilt der Vorbehalt der Relativität: Bereits die Beobachtung (Untersuchung) verändert das Beobachtungsobjekt. Dies gilt im Biophysikalischen wie im Psychosozialen: Familienmitglieder verhalten und fühlen sich allein, im gemeinsamen Gespräch, privat oder in der Therapie sehr unterschiedlich und das Hinzutreten der "Droge Arzt" (Balint 1970), spätestens das anamnestische Gespräch, kann bereits anhaltend verändernde Wirkung haben.

Ein einheitliches Arztbild ist nicht mehr oder nur noch in Ansätzen gegeben. Der Kanon geteilter Wertvorstellungen, Grundhaltungen und Theorien ist aufgelöst oder in Auflösung begriffen. Stattdessen herrscht eine Vielzahl von Arztbildern, die jedes für sich in einem mehr oder weniger deutlichen Spannungsverhältnis zum öffentlichen Bild und zu den Anforderungen des Gesundheitssystems stehen. Die Anstrengungen sind auf die Verstärkung der Differenzen gerichtet. Wer sich profiliert wird gratifiziert. Was fehlt, ist die ähnlich intensiv betriebene Bearbeitung der verbindenden Grundlagen, insbesondere im Hinblick auf die alltäglichsten unverzichtbaren Anforderungen des Arztes. Welche Werte sind verbindlich, mit welcher Grundhaltung begegnen sich Arzt und Patient, welche biologischen, psychologischen und sozialen Kenntnisse und Fertigkeiten müssen von allen Ärzten beherrscht werden.

Im Zuge fortschreitender Differenzierung droht Grundlegendes in den Hintergrund gedrängt zu werden. Belohnt werden im Studium und in der Weiterbildung spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten. Das Grundlegende droht als banal und selbstverständlich angesehen zu werden und nur noch der Eigeninitiative und Eigenverantwortung überlassen zu bleiben. Es wird nicht mehr gepflegt, erforscht, gelehrt und geprüft, dies macht zugleich aber den größten Anteil jeglicher ärztlicher Tätigkeit aus. Die verbindenden Grundlagen werden sozusagen stillschweigend vorausgesetzt ("dies kann jeder gute Arzt von selbst"). Dies gilt sowohl für die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, die Gesprächsführung, aber auch für die Erkennung und Behandlung der alltäglichsten Leiden, einschließlich hausmedizinischer Kenntnisse. Randständige Themen in der Weiterbildung und im Studium, zugleich zentral für die Gesundheitsversorgung, sind außerdem die Vorbeugung und die Wiederherstellung, die Begleitung chronisch Kranker und Sterbender, die besonderen Anforderungen Jugendlicher oder Alter, die Einflüsse von Beruf und Wohnung, Entwicklungsaufgaben im familiären Lebenszyklus, Sexualitätsfragen, Gesundheitspsychologie und Compliance-Probleme sowie Kooperation mit anderen Berufsgruppen, einschließlich der Kenntnis regionaler Versorgungsbedingungen. Der Katalog ist

unerschöpflich, immer wird der Arzt zuerst und oft als einziger gefragt und darauf ist er kaum vorbereitet.

Studium und Weiterbildung sind durch eine fast vollständige Vernachlässigung der verbindenden und grundlegenden alltäglichen unvermeidbaren Anforderungen gekennzeichnet. Stattdessen werden Zeit, Energie, Aufmerksamkeit fast völlig auf Spezialisierungen gerichtet. Die Grundlagen werden weder als Forschungs- noch als Ausbildungsgegenstand aufgegriffen. Mangelnde Professionalität wird verwechselt mit leichter Beherrschbarkeit. Ärzte haben zunehmende Schwierigkeiten, sich untereinander und mit ihren Patienten zu verständigen. Sie greifen im Alltag zu untauglichen (scheinbar wissenschaftlichen) Methoden, die wirkungslos bleiben, deshalb Leiden und Kosten verursachen.

Spezialisierte Forschung schafft Erkenntnisse und Handlungsmöglichkeiten ungeheuren Ausmaßes. Für den Arzt stellt sich die Schwierigkeit, die Flut der wissenschaftlichen Informationen und der patientenbezogenen Daten aufzunehmen, zu gewichten, umzusetzen und dem Kranken zu vermitteln.

Unbestimmt bleibt auch die Sicherung einer angemessenen Versorgungsqualität. Nicht alles, was auf dem Krankenschein oder im Pflegesatz auftaucht, ist automatisch gut. Aus-, Weiter- und Fortbildung sind Grundlagen angemessener Strukturqualität. Breite theoretische und methodische Kompetenz sichert patienten- und problembezogene, differentialdiagnostische und differentialindikatorische Leistungen und vermeidet, daß alles über einen zu schmalen Leisten geschlagen wird, mithin die Prozeßqualität leidet. Die Überprüfung der Ergebnisqualität ist meist schwierig, wenn sie lediglich auf ein Symptom beschränkt bleibt, dem Arzt die Rückmeldungen fehlen und der Patient im Gesundheitssystem herumgeistert oder herumgeschoben wird.

Der Arzt wird im Studium und in der Weiterbildung kaum auf die schweren Aufgaben der Informationsgewinnung und Verarbeitung vorbereitet. Technische Medien (z. B. EDV) sind hierfür notwendige, jedoch keineswegs ausreichende Voraussetzungen. Wenn das Fenster verfügbarer Informationen zu schmal bemessen ist und zu kurz geöffnet bleibt, ist die Perspektive beschränkt. Qualitätssicherung muß als kontinuierliches interaktives Feedback-System verstanden werden, welches sowohl durch technische Medien, als auch durch kollegialen Austausch (z. B. Qualitätszirkel) unterhalten wird. Neben neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und einzelfallbezogenen Verlaufsinformationen, sind auch ökonomische Parameter wichtig. Arzt und Patient müssen wissen, was sie tun, welche Ergebnisse sie erreicht haben oder was realistisch im Behandlungsfall noch erwartet werden kann, welcher Nutzen mit welchem Aufwand erzielbar ist.

2. These

Die Konzepte von Gesundheit und Krankheit sind für unsere Medizin solange bestimmend, bis aus einem Krankenversorgungssystem ein System der Lebensentwicklung geworden ist. Krankenkassen honorieren Ärzten die Behandlung von Krankheiten und in begrenztem Umfang auch die Krankheitsvorbeugung und die Wiederherstellung der Gesundheit nach einer Krankheit. "Ärzte", so sagt Shaw, "haben ein verstärktes Interesse an einer mangelhaften Gesundheit" (zit. n. Dunning 1981, S. 257). Mit wachsendem Umfang der Leistung, bei gleichzeitiger Wirtschaftsrezession, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit und der Wirksamkeit der ärztlichen Leistungen. Bedenklich stimmt die amerikanische Paradoxie. Das US-Gesundheitssystem ist das teuerste der Welt und in allen gängigen Parametern eines der schlechtesten. Daran ändert auch das Vorhaben des Staates Oregon nichts: Aus einer Rangreihe der 700 wichtigsten medizinischen Probleme wird jährlich bestimmt, bis zu welcher Position das Geld der Krankenkassen reicht. Ist der "low back pain" dieses Jahr drin oder nicht? Eine der Hauptursachen der amerikanischen Misere ist die Einseitigkeit und Unausgewogenheit eines ausschließlich kurativ und naturwissenschaftlich-technisch ausgelegten Systems. Die Vernachlässigung sozialer Faktoren, die für die Lebenserwartung und für die Morbidität entscheidend sind. Ein aktuelles Beispiel aus Deutschland: In den neuen Ländern ist die Zahl der Herzinfarkt-toten zwischen 1990 und 1991 von 11472 auf 17903 dramatisch gestiegen. Bei den Männern war die Zuwachsrate höher als bei den Frauen. In den alten Bundesländern hingegen war der Trend weiter rückläufig. Gegenüber 74153 Infarkt-toten 1990 wurden 1991 nur 72423 Fälle registriert (FAZ, 14. 4. 1993).

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit verbergen soziale Mißstände und helfen, sie zu ertragen. Sie suggerieren individuelle Verantwortung, klar umschriebene Ursachen (die Amerikaner sprechen von "bugs", wörtlich übersetzt: Käferchen) und einfache Behandlung (die Amerikaner sprechen von "magic bullets", frei übersetzt: goldener Schuß). Sie stehen für den Siegeszug der Infektionsmedizin und verbergen, daß wir es heute in der Regel mit chronischen Zuständen zu tun haben, die wir im eigentlichen Sinn nicht mehr heilen. Kurzfristig hilft uns ein Denken in den Kategorien von Gesundheit und Krankheit, das Dilemma unserer Medizin zu ertragen und die Hoffnung auf weltweiten medizinischen Fortschritt, letztlich Unsterblichkeit, zu erhalten. Mittelfristig wird uns der Blick auf die Komplexität der Verhältnisse versperrt. Die Alternative ist klar, vielfach an unterschiedlichsten Problemen und mit unterschiedlichsten Begriffen beschrieben und trotzdem im medizinischen Alltag, in der Forschung und in der Lehre (Studium und Facharztweiterbildung) praktisch nicht existent, in welches Land wir auch schauen. Wie kürzlich der Präsident der Rockefeller

Foundation, Evans (1992) bemerkte, ist unser System in Versorgung, Forschung und Ausbildung fast völlig "angebotszentriert", d. h. von dem bestimmt, was an den Hochschulen und den Zentren der Hochleistungsmedizin entwickelt wurde. Demgegenüber wird die "Nachfrage", werden die Bedürfnisse der Bevölkerung, die Anforderungen an eine zeitgemäße Medizin vernachlässigt. Er wird in dieser Anschauung vom Präsidenten der angesehenen Brandeis-Universität, S. O. Thier (1992), unterstützt, der meint, es sei nur eine Frage der Zeit, ob unsere Medizin jetzt aus einer Position relativer Stärke von selbst einen Wandel vollziehen kann, oder ob sie in der Krise und unter äußerem Druck zur Umkehr gezwungen wird.

Am Ausgang der Moderne stellt sich der Medizin, wie anderen Wissenschaften, das Problem, aus der Vielfalt der Konstrukte die jeweils optimalen Erkenntnis- und Handlungssicherheit gewährenden auszuwählen, ohne Anspruch auf allgemein gültige Wahrheit.

Je mehr der Blick auf das ganze bio-psycho-soziale System gerichtet wird, um so weniger lassen sich Wechselwirkungen durchschauen, beeinflussen oder in ihren Ergebnissen festlegen. Ärztliche Eingriffe versuchen, die Entwicklungsmöglichkeiten zu verbessern. Biologische, psychologische und soziale Selbstheilungs- (Hilfe)möglichkeiten werden angeregt. Je nachdem, auf welcher Ebene, vom Molekularen bis zum Sozialen, Erkenntnisse gesammelt und Eingriffe vorgenommen werden sollen, kommen unterschiedliche Methoden zum Tragen, die auf unterschiedlichen Theorien basieren, die wiederum unterschiedliche Erkenntnis- und Handlungsmöglichkeiten bergen (die Theorie bestimmt die Beobachtung). Keiner der Zugänge ist a priori richtiger, wichtiger, tiefschürfender oder humaner. Entscheidend ist allein das Erkenntnis- und Handlungsziel. Wie beim Teleskop verblissen, je nach Fokuseinstellung, Teile, wogegen andere schärfer hervortreten, ohne daß diese dadurch wirklicher wären oder die anderen in Wirklichkeit verschwinden. Anders als im Teleskopvergleich ist der Arzt jedoch nicht distanzierter Beobachter eines Objekts, sondern Teil des Behandlungssystems und als solcher durch seine Präsenz bereits verändernd wirksam und eigenen Veränderungen unterworfen, je nach subjektiver Befindlichkeit. Die gleiche Situation ist mit und ohne Anwesenheit des Arztes grundlegend verschieden.

Die Ersetzung der untauglich gewordenen, mechanistischen, an linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen orientierten Theorien des 19. Jahrhunderts durch zeitgemäße, ökosystemische Konzepte, hat im Unterricht und erst recht in der Weiterbildung noch keineswegs stattgefunden. Auch die in der neuen Kybernetik hervorgehobenen Einflüsse des Beobachters auf die Beobachtungssituation und die vom Konstruktivismus betonte subjektive Ausgestaltung unserer Weltsicht wären für eine zeitgemäße Medizin grundlegend und verbindend.

Wohl kein Bereich der spätmodernen Medizin ist so oft und so nachhaltig beschworen und so wenig verwirklicht worden wie das Psychosoziale. Unermeßlich ist die Zahl der Fest- und Eröffnungsreden, der Publikationen und der Angebote auf dem weiterhin

"boomenden Psychomarkt". Wohl zu Recht erkennt die Medizin hier neben den "Alternativmethoden" ein weiteres Expansionsfeld, auf welchem die Stagnation im biotechnischen Sektor kompensiert werden kann. Die Kenntnis der gesundheitsfördernden oder vulnerabilitätssteigernden psychosomatischen Prozesse wäre in der Tat interessant und ebenso wichtig, wie die damit zusammenhängenden Fragen der psychologischen und sozialen Bewältigung schwerer und chronischer Krankheiten. Psychogene Leiden, v. a. Neurosen, funktionelle organische Störungen ohne körperlichen Befund und psychosomatische Krankheiten sind die häufigsten überhaupt, von denen jeder vierte Bürger einmal befallen wird. Vieles wird aus eigener Kraft überwunden oder ertragen, die meisten landen jedoch relativ bald beim Arzt. "Psychodiagnosen" tauchen jedoch kaum auf, verbergen sich wohl hinter den viel häufigeren "Organdiagnosen". Die Patienten äußern eher körperliche, als seelische Klagen, wenn sie zum Arzt kommen. Folgerichtig tauchen unter den 50 häufigsten ärztlichen Leistungen psychosoziale nicht auf. Psychische Störungen sind wenig akzeptiert, in der Bevölkerung und in der Medizin. Das heißt, die meisten Ärzte im Krankenhaus oder in der eigenen Praxis haben niemals gelernt, psychosoziale Störungen zu erkennen und einzuschätzen, sie haben auch nicht gelernt, den Patienten beratend zu begleiten und erst recht beherrschen sie weder verbale, noch entspannende basistherapeutische Leistungen. Auch die wichtige Aufgabe, den Patienten nach adäquater Vorbereitung zum Fachpsychotherapeuten zu vermitteln, wird nur unzureichend erfüllt.

Wenn die medizinische Ausbildung und Weiterbildung in Zukunft nicht ausgewogener gestaltet werden, d. h., die psychosozialen Anteile mit der gleichen Intensität und Professionalität vermittelt werden, wie die naturwissenschaftlichen, so sind wesentliche Aufgaben der primären Gesundheitsversorgung nicht zu bewältigen. Stattdessen werden weiterhin psychosoziale Störungen allein durch Ausschluß körperlicher Krankheiten ermittelt und lange Zeit wie körperliche Krankheiten behandelt. Desweiteren droht die Zurückdrängung der Medizin auf das rein Somatische, wogegen psychosoziale Aufgaben nur noch von anderen Berufsgruppen, v. a. Psychologen und Sozialarbeitern, übernommen werden. Die bio-psycho-soziale Ausgewogenheit ist die verbindende Grundlage einer patientenorientierten ärztlichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung.

3. These

Was immer Ärzte, Therapeuten, Wissenschaftler, Politiker oder Kongreßredner über Gesundheit denken und sagen, wenn es uns tatsächlich ans eigene Leben geht, denkt und fühlt jeder Mann und jede Frau in allermechanischsten, eindeutigen und reduktionistischsten Schemata: "Ich bin krank, und ich will gesund werden". Aber jenseits der akuten Not, die Sekunden, Stunden, Tage oder Wochen dauern kann, werden die Begriffe Gesundheit und Krankheit vielschichtig, viel-

deutig und vielfach auch schädlich. Dies gilt immer, wenn seelische, familiäre oder soziale Konflikte im Sinne der Reichsversicherungsordnung als krankhaft und als behandlungsbedürftig, also medikalistisch etikettiert werden.

Intensivstationen, Hochburgen naturwissenschaftlich-technischer Medizin, sind keine Labors oder Werkstätten, sondern Orte höchster bio-psychozialer Dichte, bestimmt von Interaktionen, deren Muster und Regeln den dort zusammentreffenden Menschen körperliches und psychisches Überleben gestatten sollen. Psychotherapeutische Praxen sind keine Fluchtburgen des "guten Menschen", sondern Orte höchster bio-psychozialer Dichte, bestimmt von Interaktionen, deren Regeln und Muster den dort Zusammentreffenden körperliches und seelisches Überleben gestatten sollen. Der Widersinn ist deutlich geworden: Intensivpatienten und nicht körperlich krank? In psychotherapeutische Behandlung gehen - ich bin doch nicht krank! Irgend etwas stimmt mit unseren Begriffen nicht. Kranksein oder sich krank fühlen - liegt hier der Schlüssel? Ich weiß es nicht und ich bin es leid, den Begriffen hinterherzujagen. Befriedigende Lösungen, klare Definitionen kann es ohnehin nur in bestimmtem Kontext für genaue Fragestellungen geben. Für unsere jetzige Diskussion gebe ich abschließend drei dringende Empfehlungen zu bedenken.

Schlußfolgerungen

- Die Begriffe Gesundheit und Krankheit sollten nicht unabhängig voneinander und nicht als Gegensatzpaar gebraucht werden.
- Sie sollten so sparsam wie möglich und so begrenzt wie möglich zur Beschreibung körperlicher Zustände gebraucht werden.
- Seelische und soziale Probleme sollten nicht als gesund und krank etikettiert, sondern als Entwicklungen und als Konflikte verstanden werden.

Literatur

- Antonovsky A (1988) Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco
- Balint M (1970) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Fischer, Frankfurt aM

- Bateson G (1979) Mind and nature. Dutton, New York
- Dunning AJ (1981) Bruder Esel oder Die sterbliche Hülle. Campus, Frankfurt aM New York
- Evans JR (1992) The "health of public" approach the medical education. Acad Med 67 : 719-723
- Fischer R, Retzer A, Schweizer J (1992) Das Ende der großen Entwürfe. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Foss L, Rothenberg K (1987) The second medical revolution. New Science Library Shambhala, Boston London
- Foucault M (1963) Die Geburt der Klinik. Fischer, Frankfurt aM
- House et al. (1989) Work stress and social support. Science 241 : 540-545
- Murrhardter Kreis (1989) Das Arztbild der Zukunft. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg)
- Payer L (1991) "Andere Länder, andere Leiden". Campus, Frankfurt aM New York
- Schüller H (1993) Die Gesundmacher. Rowohlt, Reinbek
- Thier SO (1992) Preventing the decline of academic medicine. Acad Med 67 : 731-737
- Ueküll Th v (1992) Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Schattauer, Stuttgart
- Ueküll Th v, Wesiak W (1988) Theorie der Humanmedizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Wirsching M (1993) Grundlegende Neuordnung des Medizinstudiums. Mitteilungen des Hochschulverbandes 41 : 240-243
- Wirsching M (1992) Zur Einführung einer Gebietsbezeichnung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Prax Psychother Psychosom 37 : 61-68
- Wirsching M (1991) Kassenärztliche psychosomatisch/psychotherapeutische Versorgung. Denkanstöße für die Weiterentwicklung. Sonderdruck Dtsch Ärzteblatt 49 : 1-3

Die bedrohte Regulation der psychischen und sozialen Ökologie des Menschen

Jürg Willi

Wenn wir von Ökologie sprechen, denken wir in erster Linie an Umweltschutz und meinen damit den Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen vor der Zerstörung durch die Menschen. Die Menschen werden sich zunehmend bewußt, daß die Natur nicht beliebig ausgebeutet werden kann, und daß die Ressourcen, das Regenerations- und Regulationsvermögen der natürlichen Ökosysteme begrenzt sind.

Die notwendige Erweiterung der ökologischen Perspektive auf die psychische und soziale Regulation der Menschen

Heute drängt sich eine erweiterte Sichtweise von Ökologie auf, welche auch die Regulationsfähigkeit der sozialen Ökosysteme des Menschen betrifft. Aus Platzgründen kann ich mich nicht mit der globalen Ökologie menschlichen Zusammenlebens befassen, obwohl die Welt von einem globalen Öko-Kollaps bedroht ist. Auch im Westen sind wir von einer Krise betroffen, die weit mehr ist als Rezession und zunehmende Arbeitslosigkeit. Fortschritte in der Informations- und Produktionstechnologie ermöglichen eine schlankere Produktion (lean production), die mit einer Verminderung des Arbeitsvolumens einhergeht und zu einem gnadenlosen Konkurrenzkampf geführt hat, in welchem nach sozialdarwinistischer Manier nur die Stärksten und Tüchtigsten sich zu behaupten vermögen. Zunehmend dominiert reines Überlebensdenken und bisher gültige Grundsätze des Arbeitsfriedens und der Arbeitskultur gehen unter. Gefragt ist nicht mehr Loyalität zum Betrieb, vieljährige Betriebstreue und Identifikation mit dem Arbeitsplatz, gefragt ist ein Höchstmaß an Flexibilität und Mobilität.

Die Tüchtigsten, die dabei überleben, sind jene, die eine polyvalente Ausbildung haben und sich durch ständige Weiterbildung so kompetent halten, daß sie sich in immer wieder neuen Arbeitswelten zurechtzufinden vermögen. In

einer Zeit, wo es keine verlässlichen äußeren Strukturen mehr gibt, die Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, in einer Zeit, in der alles mit größter Geschwindigkeit wechselt und persönlicher Aufstieg und Absturz so nahe beieinander liegen, gibt es eigentlich nur etwas, auf das ich mich verlassen kann: das bin ich selbst. Ich muß körperlich fit sein, strahlend gesund und optimistisch aussehen, ich muß alles wissen und können oder es zumindest vorgeben, ich muß all meine Gefühle und Regungen kontrollieren und die Situation im Griff haben, - die Gesamtverhältnisse sind angetan, einen Persönlichkeitstyp zu fördern, der alle Qualitäten einer narzißtischen Persönlichkeit aufweist.

Rechtsradikalismus und Gewalttätigkeit aus Mangel an Gemeinschaft

Im engem Zusammenhang mit der tiefen Kränkung und Verunsicherung all jener, die aus den gesellschaftlichen Maschen gefallen sind und denen konstruktive Erfolgserlebnisse versagt werden, entsteht Rassenhaß, Fremdenfeindlichkeit, Rechtsradikalismus und Gewalttätigkeit. Gewalttätigkeit und Rechtsradikalismus sind wohl die effizientesten Mittel der Ausgeschiedenen, um auf ihre verzweifelte Situation aufmerksam zu machen und die Gesellschaft zu veranlassen sich ihnen zuzuwenden.

Das Gefühl des Alleingelassenwerdens ist dabei von zentraler Bedeutung. In einem Interview sagten rechtsradikale Dresdner Jugendliche (zit. n. Spiegel, 1992, Nr. 50, S. 26) auf die Frage: "Was mißfällt Euch am bundesdeutschen System?"

"In unserer Weltanschauung, die national und sozialistisch ist, haben ideelle Werte den Vorrang vor materiellen. Diese Gesellschaft baut dagegen fast ausschließlich auf materiellen Dingen auf. Jeder ist bestrebt, sich Geld und damit dicke Autos, Designerklamotten und teure Wohnungen zu beschaffen. Das kann nicht der Sinn des Lebens sein. Kameradschaft und Zusammengehörigkeit sind uns da wichtiger. Bei uns gibt es eine wirkliche Gemeinschaft. Zu DDR-Zeiten brauchten wir uns alle, waren wir aufeinander angewiesen, es gab ein Gemeinschaftsgefühl."

Teilweise im Zusammenhang mit diesem sozialen Wandel, doch damit nur unzureichend begründbar, ist die zunehmende Gewaltbereitschaft in der Schule. Wir stehen vor Phänomenen, bei denen Schlägereien unter Kindern und Jugendlichen immer häufiger mit Hieb- und Stichwaffen ausgetragen werden, Banden auf dem Schulhof Angst und Schrecken verbreiten und Kinder und Jugendliche Taten begehen, welche die Welt in Erschütterung und Ratlosigkeit versetzen, wie etwa die

Ermordung des 2-jährigen James Bulger in Liverpool durch zwei 10-jährige Entführer im Februar dieses Jahres. Sicher handelt es sich um komplexe Phänomene. Es wird jedoch in Fachkreisen die Meinung geteilt, "daß Werteverwirrung, zerfallende Familien und Fernsehwirklichkeit wichtige gewaltbegünstigende Umstände sind. Untersuchungen haben ergeben, daß 20% der Grundschüler über 40 Stunden pro Woche fernsehen" (zit. n. Spiegel 1993, Nr. 9, S. 237). Zunehmend häufiger werden im Fernsehen oder auf Videos Gewalt, Mord und Totschlag so naturalistisch dargestellt, daß für ein Kind die Unterscheidung zwischen Spiel und Wirklichkeit immer schwieriger wird. So wirklichkeitsgetreu die Szenerie, eine wirkliche und persönliche Rückmeldung erhält man dabei nicht. Da beißt kein Hund zurück, da tut einem kein erhaltener Schlag weh, da zeigt kein Geschlagener eine anhaltende Wirkung, er ist nach wenigen Sekunden wieder weg, ohne daß man sich mit den zugefügten Wunden und Beschädigungen auseinandersetzen könnte und sich klar werden müßte, daß die Getöteten tot sind und tot bleiben. Lehrer berichten, daß die Kinder, entleert vom abstrakten Dialog mit dem Computer, in der Gewaltausübung sich einmal an den Reaktionen der anderen spüren möchten, sie möchten erfahren, daß sie reale Wirkungen auszuüben vermögen, allerdings ohne sich eine Vorstellung über deren Folgen machen zu können.

Wir stehen in einem kulturellen Umbruch von Gemeinschaft zu Gesellschaft (Hoffmann-Nowotny 1989). Gesellschaft als Dienstleistungsgesellschaft, deren sich das Individuum nach Bedarf bedienen kann, einer Gesellschaft, welche für uns alles organisiert und Strukturen bereitstellt, an deren Bildung das Individuum kaum beteiligt ist, eine Gesellschaft die immer weniger gemeinschaftliche Zugehörigkeit vermittelt. Die Kleinfamilie ist bald einmal zur letzten verbindlichen Gemeinschaftsform geworden, nachdem Kirchen, Vereine, politische Parteien, aber auch Arbeitsplätze stark an gemeinschaftsbildender Bedeutung verloren haben. Doch auch die Familie ist als Gemeinschaft zerbrechlicher geworden, zu einem Flickteppich von Beziehungen, wie Beck u. Beck-Gernsheim (1990) es ausdrücken.

Von ebenso großer Bedeutung wie die erhöhte Zerbrechlichkeit der Familie ist jedoch die Verkleinerung der familiären Gemeinschaft. Großfamilien hatten neben vielen Nachteilen den Vorteil, daß sie über ein reichhaltiges Beziehungsangebot verfügten. Je kleiner das Beziehungsangebot in Familien, desto eher werden die Beziehungen emotional überfordert und mit Erwartungen überladen. Verkleinerung des familiären Systems und Erhöhung des familiären Stresses stehen so in einem sich selbst verstärkenden Teufelskreis: Je größer der Streß, umso kleiner wird - durch Trennung der Konfliktparteien - die Familie, je kleiner die Familie, desto größer der Streß. Kinder passen immer weniger in die gesellschaftliche Landschaft. Sie behindern die berufliche Karriere von Mann und Frau, schränken die Mobilität ein, erzeugen Verpflichtungen, Einengungen,

Überforderung und schlechtes Gewissen. Wenn es bei uns auch weniger Straßenkinder gibt wie in Südamerika, Afrika oder anderen Entwicklungsstaaten, so gibt es bei uns in verdeckter Weise ein ähnliches Phänomen. Kinder fühlen sich den Erwachsenen im Wege, von diesen nicht wirklich als Kinder akzeptiert, sondern entweder in narzißtischer Weise ausgebeutet und mißbraucht oder - trotz Beteuerung des Gegenteils - nicht wirklich erwünscht.

Die Notwendigkeit, psychotherapeutische Zielwerte zu überdenken

Handelt es sich beim Heer von Ausgegliederten und aus den gesellschaftlichen Maschen Gefallenen um Zeitkrankheiten? Sind Phänomene wie Gewalt, Rechtsradikalismus, Drogenabhängigkeit, Alkoholkonsum, Eßstörungen zeitbedingte Störungen? Die Rechtsradikalen, die religiösen Fundamentalisten, die Anorexien, die Drogenabhängigen usw. sie verstehen sich nicht als Patienten und verweigern sich dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebot.

Psychotherapeuten müssen sich heute nicht nur mit der Frage konfrontieren, inwiefern sie das Aufkommen der gegenwärtigen Krisen nicht früher erkannt haben, sondern inwiefern sie diese Krise sogar maßgeblich begünstigt haben, freilich nicht bewußt und nicht intendiert. Die westliche Psychotherapie hat jahrzehntelang sehr einseitig Werte wie Autonomie, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung oder etwas weniger schön ausgedrückt den Egotrip betont. Sie ist mit gemeinschaftlichen Ressourcen insbesondere im Bereich von Partnerbeziehungen und Familie so umgegangen, als ob diese beliebig regenerierbar wären und unerschöpfbar zur Verfügung ständen. Angehörige sollten unbegrenzt belastbar sein, aber ohne eigene Ansprüche und Erwartungen an den Patienten zu stellen, ohne selbst für ihre Bedürfnisse Anrechte auf Gegenleistungen zu haben, ohne Anerkennung und Respekt für ihr Engagement zu verdienen. Jahrzehntelang und teilweise bis heute werden familiäre und eheliche Bindungen v. a. in ihrer krankmachenden Wirkung wahrgenommen - die schizophrene Mutter, die Anorexiefamilie, der Ko-Alkoholismus, die Delegation der elterlichen Neurose an die Kinder usw. Nicht etwa daß es das nicht gibt. Nicht etwa, daß diese Wahrnehmungen in der Therapie nicht wichtig wären. Aber all diese Konzepte führten zu einer Überwertung und Verallgemeinerung von Pathologie, so daß die positive, ja lebenswichtige Bedeutung von Beziehungen und Bindungen nicht mehr gesehen wurde. Die Psychotherapie, allem voran die Psychoanalyse und humanistische Psychologie, haben unsere westliche Kultur gewaltig beeinflusst. Der durch sie vertretene emanzipatorische Veränderungswille hat sehr viel

Positives gebracht an Transparenz von Machtstrukturen und Respekt vor der Person eines jeden einzelnen. Heute drängt sich aber eine Kurskorrektur auf. Die Psychotherapie hat sich bisher v. a. mit der Befreiung des Individuums von sozialen Zwängen und Abhängigkeiten befaßt. Heute geht es aber wohl weniger um die Einengung als vielmehr um die fehlende Zugehörigkeit zu tragfähigen Gemeinschaften.

Unterschiedliches Verständnis von Individuum und Gemeinschaft in Ost und West

Wie ganz anders der Mensch verstanden werden kann, zeigt sich im Vergleich von fernöstlichem mit westlichem Familienverständnis, dargestellt etwa in einem Artikel von Tamura u. Lau 1992 *Connectedness versus Separatedness*. Die Autoren vergleichen britische mit japanischen Familien und stellen für die britischen Familien folgendes fest: Trennung wird höher bewertet als Verbundensein; das Ausmaß an Individuation und Autonomie jeden Mitgliedes ist wichtigstes Kennzeichen einer gesunden Familie. Es dominiert die Idee, daß Menschen getrennt und unterschieden sind von ihrer Umgebung. Persönliches Wachstum des Kindes wird als fortschreitender Differenzierungsprozeß des Selbst von der Bindungsfigur gesehen. Generationengrenzen sollten klar eingehalten werden, so daß die jungen Erwachsenen die Herkunftsfamilie verlassen können, um Unabhängigkeit von ihren Eltern zu erreichen. Starke Bindungen von Mutter und Vater an Söhne und Töchter sind verpönt. Das Ehepaar sollte sich selbst genügen. Abhängigkeit wird als ernsthaftes Problem gesehen. Ziele von westlicher Psychotherapie liegen in Autonomie, Ablösung und Abgrenzung. Im Gegensatz dazu betont die japanische Kultur Einheit und Verbundensein. Die Natur ist eine Einheit und der Mensch ist Teil dieser Einheit. Das familiäre Selbst ist die Basis und die innere psychologische Organisation des einzelnen. Der einzelne funktioniert in der erweiterten Familie und Gemeinde. Die Person wird als Teil in einem Gewebe von Beziehungen gesehen. Anpassung wird höher bewertet als Selbstbehauptung. Bei Auseinandersetzungen gilt als groß, wer die eigene Meinung hintanstellt und die Meinung anderer berücksichtigen kann. Neurotisch wird, wer vom natürlichen Fluß der Beziehungen abgeschnitten ist. Ziel der Therapie ist, wieder mit dem Ganzen in Harmonie verbunden zu sein.

Die Zeit wird zeigen, welches kulturelle Menschenbild den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen besser gewachsen sein wird, der sich immer mehr verschärfende westliche Individualismus oder das bezogenere Leben des Fernen Ostens. Ich glaube, daß es ähnlich wie im Umgang mit der Natur zu einem ökolo-

gischen Umdenken kommen muß, zu einer Erkenntnis der Bedeutung von Beziehungen, Bindungen und Regulation des einzelnen als Teil von Gemeinschaften - ein Menschenbild, das nicht magisch und mystisch ist, sondern sich rational begründen und erforschen läßt. Es geht dabei nicht nur um moralische Appelle an mehr mitmenschliche Solidarität, sondern um die pragmatische Frage, welches Menschenbild uns die bessere Überlebensstrategie vermittelt. Eine sozialdarwinistische Strategie, wie sie sich heute verstärkt, droht durch all die Ausgeschlossenen zu einer derartigen gesellschaftlichen Belastung zu führen, daß sich dieses Modell aus rein wirtschaftlichen Überlebensgründen mittel- bis längerfristig kaum bewähren dürfte, abgesehen von der hohen Gefahr von irrationalen Reaktionen der Ausgeschlossenen durch Gewalttätigkeit und Kriege.

Vielleicht brauchen wir für die Forschung wie für die Therapie oder ganz allgemein für unser Menschenverständnis neue Denkmodelle, die sich nicht primär an Krankheit, Konflikt, Belastung und Coping orientieren, sondern an der gesunden Stimulation und Regulation psychischer Kräfte. Wir glauben viel zu wissen über die krankmachenden psychischen Faktoren, wir wissen aber noch wenig über die gesundheitserhaltende Bedingungen und Prozesse (Udris et al. 1991). Allzusehr liegt der Fokus auf einem Modell, gemäß welchem der Mensch einer ihn belastenden mitmenschlichen Umwelt ausgesetzt ist und es v. a. um die Frage geht, mit welchen Mitteln und Fertigkeiten er diese Belastungen zu bewältigen vermag. Kaum wird in Betracht gezogen, wie der Mensch normalerweise seine Umwelt benützt, um sich psychisch zu regulieren, indem er von Geburt an seine Umwelt gestaltet. Die Möglichkeit, im kreativen Austausch sich Umwelt zu bewirken, sie zu schaffen und darin zu werken, ist von zentraler Bedeutung für Wohlbefinden und Gesundheit. Ich fühle mich da Thure v. Uexküll (1986, S. 1286) verbunden, der von "gesund sein" spricht als einem "ungestörten Auf- und Umbau der Umgebungsbeziehungen". Gesundheit müsse in jedem Augenblick neu hergestellt werden, "Gesundheit und Wirklichkeit" sind beide nur vorhanden, wo sie in jedem Augenblick erzeugt werden. Werden sie nicht erzeugt, ist der Mensch bereits krank" (Uexküll 1988, S. 42). Die Möglichkeit einer Person, sich Umwelt zu bewirken und in diesem Wirken von Umwelt beantwortet zu werden, bildet denn auch den Kern des psychoökologischen Modells der Persönlichkeitsentwicklung (Willi 1991), welches kurz vorgestellt werden soll.

Das psychoökologische Modell der Persönlichkeitsentwicklung

These 1: Die menschliche Psyche entwickelt und entfaltet sich nicht aus sich heraus, sondern bedarf lebenslang der Aktivierung durch reale Herausforderungen und Beantwortung in mitmenschlichen Beziehungen. Mitmenschliche Beziehungen sind die Nahrung für die Seele.

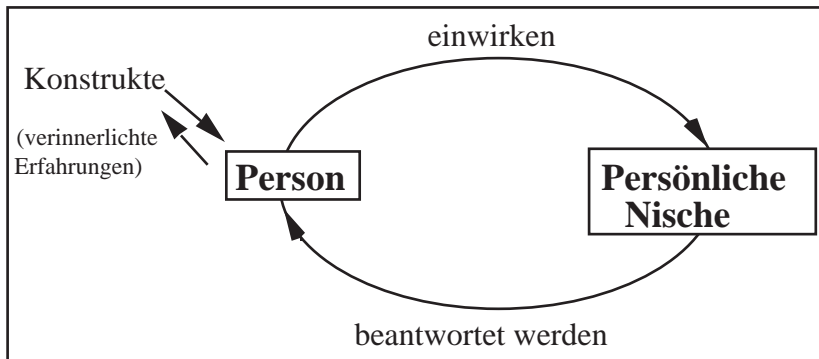


Abb. 1. Ökologisches Persönlichkeitsmodell

Daß die Person sich nicht aus sich heraus entwickelt, sondern in der Interaktion mit ihrer Umwelt, ist längst bekannt. Bisher wird die Umwelt jedoch bevorzugt als eine der Person entgegenstehende Gegebenheit dargestellt. Von besonderer Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung ist jedoch die Umwelt, welche eine Person selbst zur *persönlichen Nische* zu gestalten vermag, also jener Umweltausschnitt, der von der Person gewählt wird, auf den sie einzuwirken vermag, den sie beeinflussen, gestalten, bearbeiten und erzeugen kann. Diese besondere Umwelt bezeichnen wir als persönliche Nische. Von dieser wird die Person beantwortet. Das Beantwortetwerden ihres Wirkens hat für die Entfaltung und Entwicklung der Person eine besondere Bedeutung.

These 2: Persönlichkeitsbereiche, welche sich in beantwortetem Wirken entfalten und entwickeln, sind insbesondere: die Ich-Funktionen, die Realitätsprüfung, das Selbstwertgefühl, die Identität

Ich-Funktionen: z. B. Wahrnehmung, Willensbildung, Denken, Konzentration, Planen, Handeln, Fühlen, Beurteilen, Erinnern usw. können sich nur entfalten und erhalten in der ständigen Übung durch die Interaktion der Person mit ihrer persönlichen Nische.

Realitätsprüfung: Um sich in der Umwelt zurechtzufinden, muß eine Person ihre Konstrukte, d. h. die Art wie sie ihre Welt aufgrund ihrer Vorerfahrungen konstruiert, laufend validieren, differenzieren und korrigieren. Das kann sie nur, wenn sie eine Umwelt vorfindet, die ihr diese Validierung in der Interaktion des beantworteten Wirkens ermöglicht.

Selbstwertgefühl: Auch das Selbstwertgefühl kann die Person nicht aus sich selbst heraus schaffen. Selbstwertgefühl entwickelt sich im realen Beantwortetwerden der eigenen Person. Wer keine Möglichkeit hat, reale Wirkungen zu erzielen, kann auch keine reale Einschätzung seines Wertes erreichen.

Identität: Auch die Identität d. h. das Bewußtsein, wer bin ich? woher komme ich? wohin gehe ich? ist nicht etwas, das die Person in sich hat und bewahrt, vielmehr muß sie laufend neu gebildet werden. Es braucht eine gewisse Kontinuität und Konsistenz des Beantwortetwerdens, um sich als ein und derselbe in Vergangenheit, Gegenwart und in der Projektion der Zukunft zu erfahren.

Jeder Mensch ist laufend daran, sich seine Umwelt zur persönlichen Nische zu schaffen, in welcher er wirkt und werkt und durch welche er in seinem Wirken beantwortet wird. Ist ein Ziel erreicht, wird es durch ein neues ersetzt. Ohne reales Beantwortetwerden ist ein gesundes psychisches Leben erschwert.

Wie zeigt sich nun das beantwortete Wirken in der Interaktion mit einer anderen Person die selbst für sich beantwortetes Wirken identifiziert?

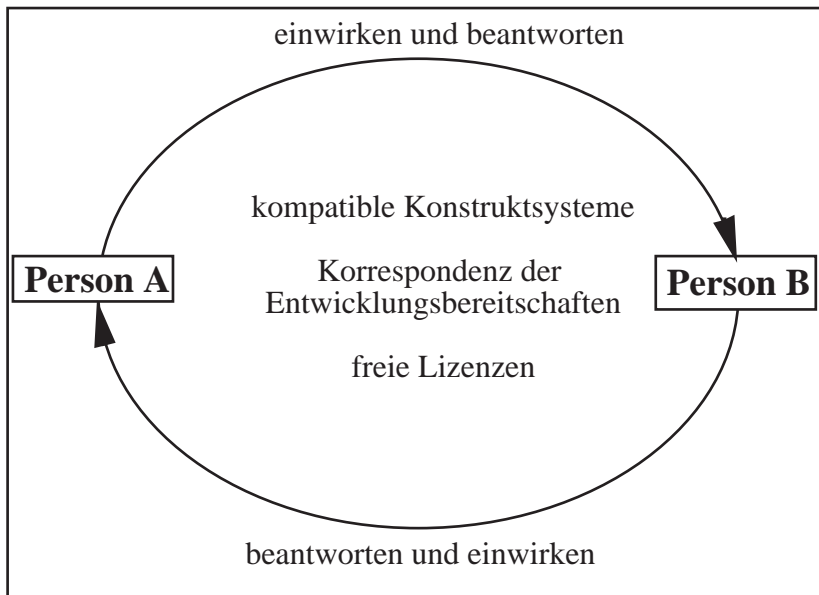


Abb. 2. Voraussetzungen zur interaktionellen Bildung einer persönlichen Nische

Ist das Objekt, auf welches das Subjekt einwirken will, selbst Subjekt, so entsteht eine komplizierte Situation, bei welcher Antworten und intentionales Einwirken sich in eins verschränken. Wovon hängt es nun ab, ob Person A und Person B sich für ein wechselseitiges beantwortetes Wirken zu finden vermögen? Drei Voraussetzungen sind für die interaktionelle Bildung einer persönlichen Nische wichtig:

- *Kompatible Konstruktsysteme.* Person A und Person B müssen, um kommunizieren zu können, über ausreichend miteinander kompatible Konstruktsysteme verfügen. Sie müssen sich sprachlich verständigen können und müssen miteinander kompatible soziokulturelle Wertvorstellungen haben. Diese Voraussetzungen sind oft nicht erfüllt bei Interaktionen zwischen Menschen aus verschiedenen Sprachregionen oder verschiedenen Kulturen, Religionen oder sozialen Schichten. Sind die Konstruktsysteme nicht ausreichend kompatibel, besteht die Gefahr von Mißverständnissen oder von übermächtigen Behinderungen im gegenseitigen Austausch.

- *Korrespondenz der Entwicklungsbereitschaften.* Die wichtigste Voraussetzung wechselseitigen beantworteten Wirkens ist die Ansprechbarkeit der Partner aufeinander, die Korrespondenz der Entwicklungsbereitschaften, die Vorstellung, mit

und durch die Ansprechbarkeit der anderen Personen Persönliches verwirklichen und schaffen zu können. Diese Korrespondenz ist notwendig für jede Form von Kooperation und jede Form persönlicher Entwicklung in Beziehungen. Wir können uns in Beziehungen nicht unabhängig vom Beantwortetwerden entfalten. Wie Partner auf uns ansprechen, ist entscheidend für die Frage, welche persönlichen Möglichkeiten sich in einem Beziehungsprozeß entwickeln können. Das Sich-in-einander-Verlieben besteht zu einem wesentlichen Teil in einer derartigen Korrespondenz von Entwicklungsbereitschaften. Maßgeblich ist die Vorstellung, daß es mit diesem Partner möglich sein werde, das im langen Sehnen bereitgestellte persönliche Potential ins Leben hineinzuholen. Ebenso attraktiv kann die Vorstellung sein, es dem Partner zu ermöglichen, persönliches Potential zu verwirklichen (s. Willi 1991).

Freie Lizenzen. Dieser der Verhaltensökologie entnommene Begriff meint, daß zur Realisierung persönlicher Entwicklungsbereitschaften auch ein freier Platz im Beziehungssystem notwendig ist, ein konkreter Auftrag, mit dem uns andere betrauen. Es genügt nicht, sich in jemanden zu verlieben, mit dem man persönlich gut korrespondieren könnte, wenn diese Person bereits besetzt ist. Ebenso deutlich wird dies im Arbeitsbereich, wo heute im Zeitalter der Arbeitslosigkeit immer mehr Menschen trotz kompatibler Konstruktsysteme und korrespondierender Kooperationsbereitschaften keine freie Lizenzen finden.

These 3: Gewisse Qualitäten der Beziehung von Person und Nische sind nur erzielbar bei deren *Kontinuität über die Zeit*. Eine Person-Nischen-Beziehung schafft unter zeitlicher Kontinuität spezielle Strukturen als Rahmen und Behausung der Person:

- Die Partner bilden miteinander ein gemeinsames Konstruktsystem und eine gemeinsame innere Behausung.
- Es bildet sich eine Identifikation mit der gemeinsamen Geschichte.
- Es werden miteinander äußerlich sichtbare materielle und soziale Strukturen gebildet.

Was aus der Kleinkindforschung ausreichend bekannt ist, gilt genauso für das Erwachsenenleben: Gewisse Beziehungserfahrungen sind nur möglich bei einer kontinuierlichen, zeitlich nicht begrenzten, stabilen Beziehung. Derartige Erfahrungen sind etwa: Geborgenheit, Sicherheit, Vertrautheit, Zugehörigkeit, Verankerung in einer Familiengeschichte, von welcher man Teil ist. Es ist bisher für das Erwachsenenleben noch wenig erforscht, inwiefern einer Person Kreativität, Initiative und Mut zu Außergewöhnlichem v. a. dann gelingen, wenn sie eine ausreichende persönliche Verankerung in einem stabilen persönlichen

Bezugsrahmen hat. Bei diesen strukturellen Besonderheiten einer dauerhaften Person-Nischen-Beziehung ist im einzelnen folgendes gemeint (ausführlicher s. Willi 1991):

- *Bildung einer gemeinsamen inneren Behausung*, d. h. eines inneren Erfahrungsschatzes, welcher sich aus dem langen Zusammenleben und Zusammenwirken ergibt, einhergehend mit der Bildung eines *gemeinsamen Konstruktsystems*, d. h. gemeinsamer Vorstellungen der Partner über Werte, Einstellungen, Zielvorstellungen und Regeln des Zusammenlebens.

- *Identifikation mit der gemeinsamen Geschichte*, die sich in einem längeren Zusammenleben entwickelt. Insbesondere das Erleiden und Bewältigen von Schwierigkeiten und Herausforderungen schafft zwischen Partnern wichtige Bindungen. Die Identifikation wird bestärkt, wenn aus dem gemeinsamen Wirken Früchte hervorgehen, die sich eigendynamisch weiterentwickeln und so dem eigenen Wirken eine Fortsetzung über die eigene Lebensspanne hinaus in Aussicht stellen.

- *Äußerlich sichtbare materielle und soziale Strukturen* bestehen im eigenen Haus, in der Wohnungseinrichtung, durch welche eine Partnerschaft nicht nur sich selbst, sondern auch anderen Menschen sichtbar und greifbar wird, in einem gemeinsamen Freundes- und Nachbarschaftskreis, in miteinander auferzogenen Kindern usw.

All diese Faktoren bilden einen äußeren und inneren Rahmen, welcher den daran Beteiligten die Erfahrung des Behaustseins vermittelt und welcher oftmals Stabilität bewahrt, auch wenn die Partnerbeziehung als solche nicht mehr voll befriedigt oder in einer Krise steckt. Diese Rahmenbedingungen können das Zusammenwirken erleichtern, weil man aufeinander eingespielt ist (s. Willi 1991).

These 4: Lebensgemeinschaften sind grundsätzlich konflikthaft: Die Person steht zu ihren Bezugspersonen und dem gemeinsam mit ihnen geschaffenen Rahmen ambivalent, da diese sie einerseits beantworten und stabilisieren, andererseits in ihrer Freiheit begrenzen.

Eine Person wird von Bezugspersonen immer nur in deren eigenen Konstruktsystemen verstanden und beantwortet. So stehen zwei Partner dauernd in der Verständigungsarbeit zueinander und werden dennoch immer auch an den Grenzen dieser Verständigung leiden.

Die Entwicklung von Personen, die zusammenleben oder zusammenarbeiten, steht zueinander in einem konkurrierenden Spannungsverhältnis, das sich stimulierend, aber auch destruktiv auswirken kann.

Lebensgemeinschaften bestehen nicht in Harmonie und idyllischer Romantik, vielmehr sind sie grundsätzlich konflikthaft. In Konflikten zueinander zu stehen ist normal und ist nicht Zeichen einer Störung des Zusammenlebens. Im positiven Fall fordern Konflikte die persönlichen Kräfte der Partner heraus und stimulieren deren Entfaltung gerade aus dem Sich-fremd-Bleiben in der Beziehung und dem Sich-nie-ganz-Verstehen. Im ungünstigen Fall sind Lebensgemeinschaften durch Konflikte überfordert und die Partner verstricken sich in destruktive Eskalationen. Ziel ist nicht, sich unabhängig von konflikthaften Beziehungen zu machen, sondern die Fähigkeit zu entwickeln, Auseinandersetzungen und gegenseitige Kritik miteinander fruchtbar zu machen.

Zusammenfassend ist die Person ein Beziehungswesen. Sie entwickelt und entfaltet sich nicht aus sich selbst, sondern in Beziehungen. Auch die Selbstfindung vollzieht sich nicht im Rückzug auf sich selbst, sondern v. a. in Beziehungserfahrungen. Dennoch bieten sich immer weniger allen Menschen die Möglichkeit, sich eine korrespondierende persönliche Nische zu schaffen. So wie wir ein Anrecht eines jeden auf gute Luft oder gesunde und ausreichende Ernährung postulieren, so müssen wir auch ein Anrecht auf Zugehörigkeit zu menschlichen Gemeinschaften und auf mitmenschliches, beantwortetes Wirken einfordern. Dazu brauchen Menschen eine soziale Umwelt, welche ihre psychischen Kräfte adäquat herausfordert und ihrem Wirken nachhaltige und ausreichende Rückmeldung verleiht. Viele Aspekte persönlichen Wirkens können nur erzielt werden, wenn das beantwortete Wirken in der Zugehörigkeit zu ausreichend stabilen, und von der weiteren sozialen Umwelt positiv beantworteten Rahmenbedingungen möglich ist.

Was könnte getan werden?

Was könnte die Praxisrelevanz dieser Ausführungen sein? Welches politische Handeln sollten diese Gedanken begründen? Welche wissenschaftlichen Analysen und welche Begleitforschung gesellschaftlicher Initiativen sollte auf nationaler Ebene angeregt werden?

Ohne der Schwarzmalerei zu huldigen, kann nüchtern und sachlich belegt werden, daß weltweit und auch in der Schweiz Phänomene der Verelendung und sozialen Desintegration zunehmen. Wird nichts getan, so werden - neben großem menschlichen Leid - auch die wirtschaftlichen und ökonomischen Folgen verheerend sein. Es braucht eine nationale Anstrengung, um alle Menschen wieder mehr gemeinschaftlich einzubinden und jedem die Möglichkeit zugänglich zu machen, produktiv zu wirken. In unserer Kultur gibt es schwerpunktmäßig drei Gemein-

schaftsformen, in welchen Menschen ein nachhaltiges beantwortetes Wirken erfahren können, nämlich im familiären Lebensraum, in der Schulklasse und am Arbeitsplatz. Auf diese drei Gemeinschaftsformen sollten sich denn auch die Anstrengungen konzentrieren.

Ich möchte die Diskussion durch einige Vorschläge für Veränderungen in diesen drei Bereichen anregen:

Familiärer Lebensraum. Unsere Gesellschaft ist kinderfeindlich organisiert. Eine Gesellschaft aber, in der Kinder keinen Platz haben, hat sich selbst überlebt. Eine der dringlichsten Aufgaben ist es Rahmenbedingungen durchzusetzen, welche Frauen die gleichzeitige Erfüllung von Mutter- und Berufsrolle ohne Überforderung und Schuldgefühle ermöglicht. Es ist politisch und ökonomisch kontraproduktiv, Müttern die Berufstätigkeit zu erschweren durch fehlende Krippenplätze und Tagesschulen. Fühlen sich Frauen in eine von ihnen nicht gewählte Situation gedrängt, lassen sie die dabei entstehende Wut und Frustration am Mann aus, der dann oft zum Prügelknaben für gesellschaftliche Strukturen wird, die er allein nicht zu verändern vermag. Die Folge ist, daß heute eine Ehe durch Kinder oftmals weniger Glück und Erfüllung findet, als daß sie unter Streß und Konflikt gesetzt wird.

Ein zweiter Aspekt betrifft die Form familiären Zusammenlebens. Diskutiert wird, welches die Vor- und Nachteile des Zwei-Elternfamilie, der Ein-Elternfamilie oder der Fortsetzungsfamilien ist. Heute sollte jedoch eher erforscht werden, welche Elemente von Familienleben für das Heranwachsen eines Kindes besonders wichtig sind? Zu diesem Punkt äußert sich Bronfenbrenner (1989):

"Um sich zu entwickeln - intellektuell, emotional, sozial und moralisch - benötigt ein Kind vor allem Teilnahme an einem zunehmend komplexer werdenden gegenseitigen Lernprozeß, der sich kontinuierlich über eine lange, möglichst lebenslange Zeitspanne ausdehnt, mit einer oder mehreren Personen, zu welchen das Kind eine starke gegenseitige und irrationale emotionale Bindung bildet. Diese Personen werden zur Erfüllung dieser Aufgabe vor allem dann befähigt sein, wenn sie sich darin durch Drittpersonen unterstützt und bestätigt fühlen."

Die Frage sollte nicht weiterhin sein: "Nehmen Kinder durch Scheidung ihrer Eltern eher Schaden oder nicht?", sondern: "Wie sollen Scheidungen gestaltet werden, damit die für das Aufwachsen der Kinder wichtigen Beziehungselemente möglichst gewährleistet sind?"

Schwerpunkt Schule. Für das Kind ist neben der Familie die Schulklasse die zweite Gemeinschaft, in welcher es langfristig und kontinuierlich an einem

Lernprozeß in einer Gruppe teilnehmen kann, in welcher sich starke gegenseitige emotionale Bindungen bilden. Doch leider können wir hier dieselben Auflösungserscheinungen von Gemeinschaft durch zunehmende Individualisierung des Lernens feststellen. Der geschlossene Klassenverband wird aufgesplittert in Sonderbereiche mit besonderen Möglichkeiten individueller Förderung.

Angesichts der Störanfälligkeit der Familie kommt der Klassengemeinschaft für die Entwicklung des Kindes eine wichtige kompensatorische Funktion zu. Zudem könnte die Schulklasse eine Gemeinschaft bilden, die teilweise das fehlende Zusammenleben mit Geschwistern zu ersetzen vermöchte. Zur Erfüllung dieser Vorstellungen wäre allerdings ein anderes Selbstverständnis der Lehrer notwendig. Lehrer und Lehrerinnen wehren sich dagegen, daß ihnen immer mehr Erziehungsfunktionen übertragen werden, die nach ihrer Meinung von den Eltern wahrgenommen werden müßten. Meines Erachtens sollte die Schule, besonders die Grundschule, eine Gemeinschaft bilden, welche den Kindern in Zeiten familiärer Krisen und Scheidung ihrer Eltern Stabilität, Halt und Geborgenheit bieten könnte. Je kleiner das familiäre System, desto unausweichlicher wird oft ein Kind von destruktiven familiären Beziehungen betroffen. In Ein-Kind-Familien besteht die besondere Gefahr, daß das Kind bei ehelichen Zwistigkeiten seiner Eltern in Loyalitätskonflikte verwickelt wird. Auswirkungen von zerrütteten Familienverhältnissen und Trennung der Eltern auf das Kind werden meist sehr früh an der Verschlechterung seiner Schulleistungen offenbar. Die Schulklasse könnte und sollte eine kompensierende Funktion zur Familie einnehmen.

Um diesen Erwartungen zu genügen, bedürfte es allerdings einer intensiveren pädagogischen Ausbildung und einer ständigen berufsbegleitenden Supervision der Lehrer und Lehrerinnen. Gegenwärtig arbeiten bei uns die Lehrer und Lehrerinnen meist ganz für sich allein. Jeder ist bemüht, sich vor dem Einblick der Kollegen zu schützen und sich ja nicht bei ungeklärten Problemen und beruflichen Unsicherheiten ertappen zu lassen.

Es könnte mit einem derartigen Konzept auch eine präventive Wirkung erhofft werden gegen das Überhandnehmen von sinnentleerter Freizeitbeschäftigung der Kinder und Jugendlichen, gegen Tendenzen, die innere Leere mit Drogen, Kleinkriminalität oder Gewaltausübung zu füllen.

Arbeitsplatz. Es wirkt wie ein Hohn, wenn Firmen sich heute mit ihren erfolgreichen Bilanzen brüsten, ohne dabei im geringsten in Betracht zu ziehen, welche gewaltige Nebenkosten durch Entlassungen und Wegrationalisieren von Arbeitsplätzen entstehen. Zu den Neben- und Folgekosten gehören nicht nur die Leistungen der Arbeitslosenkassen und Fürsorgeämter, sondern auch die indirekten Kosten, die entstehen durch erhöhte Leistungen der Krankenkassen und Invalidenversicherung zur Behandlung und Berentung für die deutliche Zunahme psychisch und körperlich Kranken, Alkoholikern und Drogenabhängigen, durch

den erhöhten Aufwand an Polizei, Gerichten und Gefängnissen wegen des Anstiegs von Kriminalität, sozialen Unruhen und Gewalttätigkeit, sowie durch Kosten und Erwerbseinbußen im Zusammenhang mit der Zunahme familiärer Zerrüttung und Scheidung. Offenbar gibt es bisher noch keine Studie, die diese Nebenkosten aufgerechnet hat. Neben dem großen Leid und der psychischen zersetzenden Wirkung der Arbeitslosigkeit wären ökonomische Gesamtbilanzen der wahren "lean production" von größter Aktualität.

Mehr als bisher sollten aber auch die Chancen der gegenwärtigen Umstrukturierungsprozesse gesehen werden. Ist weniger Arbeit vorhanden, so gibt es weniger Arbeit zu verteilen. Vielleicht kommen wir trotz aller Widerstände nicht darum herum, die Arbeitszeit auf eine halbe Stelle zu begrenzen, damit alle eine Stelle haben können. Jeder würde über einen gewissen Grundlohn verfügen, den er sich selbst verdient hat. Jeder wäre in den Arbeitsprozeß integriert. Die übrige Zeit könnte als Familien- und Sozialzeit zur Verfügung stehen. Mann und Frau könnten dann dieselben beruflichen Chancen wahrnehmen. Junge Eltern wären Einzelpersonen gegenüber nicht mehr benachteiligt, sondern würden zu zweit über mehr Flexibilität und Pufferungsvermögen verfügen. Die vermehrte "freie" Zeit könnte auch für zusätzlichen Nebenverdienst benützt werden. Das wäre durchaus erwünscht. Jeder wäre in gewissem Sinn sein eigener Unternehmer und könnte versuchen sich selbst nebenberufliche Nischen zu schaffen, was wohl insbesondere im sozialen Bereich am ehesten gelingen würde. Die Pflege der Alten, Kinderbeaufsichtigung, Chauffeurdienst, Botengänge, Reparatur- und Renovationsarbeiten könnten in Nebenbeschäftigung selbst erledigt oder durch andere mit oder ohne Entgelt ausgeführt werden.

Schlußfolgerungen

Die hier geäußerten Gedanken und Vorschläge sollen eine Diskussionsgrundlage für die politischen Parteien, die Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, die Frauenorganisationen und die mit den einschlägigen Bereichen betrauten Behörden bilden. Wichtig ist, nicht einfach kurzfristige Lösungen mit Beschäftigungsprogrammen und anderen Notfallmaßnahmen zu suchen, sondern sich grundsätzlich mit der gegenwärtigen Krise auseinanderzusetzen, um auch die in ihr begründeten Chancen wahrzunehmen und durch beharrliches Anstreben und Durchsetzen eingreifender Veränderungen eine verbesserte Regulation der psychischen und sozialen Ökologie zu gewährleisten.

Literatur

- Beck U, Beck-Gernsheim E (1990) Das ganz normale Chaos der Liebe. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Bronfenbrenner U (1989) Who cares for children? Unicef, Paris
- Hoffmann-Nowotny HJ (1989) Die Zukunft der Beziehungsformen - Die Beziehungsformen der Zukunft. In: Höpflinger F, Erni-Schneuwly D (Hrsg) Weichenstellung. Haupt, Bern, S 13-35
- Tamura T, Lau A (1992) Connectedness versus separatedness: Applicability of family therapy to japanese families. Family Process 31 : 319-340
- Udris I, Kraft U, Mussmann C, Rimann M (1991) Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: Udris I (Hrsg) Arbeit und Gesundheit. Psychosozial 52
- Uexküll Th v (1986) Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe. Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung. In: Th Uexküll v (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, S 1279-1300
- Uexküll Th v (1988) Paradigmenwechsel - Wirklichkeit liegt nicht vor, sondern wird von uns erzeugt. In: Schüffel W (Hrsg) Sich gesund fühlen im Jahr 2000. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 42-48
- Willi J (1991) Was hält Paare zusammen? Rowohlt, Reinbek

Haben die psychogenen Erkrankungen wirklich zugenommen?

Zur Epidemiologie der sog. Zeitkrankheiten

Heinz Schepank

Es besteht Konsens und ist nachprüfbar: Das *Krankheitsspektrum* hat sich in den vergangenen 200 Jahren und noch in den letzten persönlich miterlebten Jahrzehnten ganz grundlegend geändert: Die Pest gibt es kaum noch, die Pocken sind ausgerottet, große Seuchen wie Syphilis, Tuberkulose, Typhus, Cholera und Poliomyelitis haben ihren Schrecken verloren. Auch gefährliche akute Infekte, die noch in den 30er Jahren Kinder, gesunde Erwachsene und Alte plötzlich hinwegrafften, wie Diphtherie, Sepsis, lobäre Pneumonie, sind weitgehend durch Seren oder Antibiotika beherrschbar. Mangelernährung, Avitaminosen, Rachitis und ihre Folgen sind hierzulande extrem selten geworden.¹

Dafür bestimmen hier und jetzt zahlreiche *chronische* Erkrankungen das Bild. Die Lebenserwartung ist erheblich gestiegen. Eine Folge davon sind *demographische* Verschiebungen und damit eine Zunahme der ins Karzinomalter hineingewachsenen Bevölkerung sowie ein Anstieg von Alters- und Abnutzungs-erkrankungen. Fehl- und überernährungsbedingte Erkrankungen sind häufiger geworden.

Mit all dem sage ich nichts Neues. Dieser Hinweis gehört aber in die Einleitung, weil (1) auch viele psychogene Erkrankungen zu den chronischen Erkrankungen gehören und weil sie (2) nach Beherrschung vieler akut lebensbedrohlicher Krankheiten verstärkte Beachtung gewonnen haben.

Unser Thema ist auf die *psychogenen Erkrankungen* eingegrenzt, die uns als Psychotherapeuten interessieren. Eine *definitorische* Abgrenzung als Verständigungsbasis scheint mir erforderlich:

¹ Dabei sollte man allerdings nicht vergessen, daß in den Entwicklungsländern die Säuglingssterblichkeitsrate z. T. noch sehr hoch liegt und daß weltweit noch jährlich etwa 1 bis 2 Millionen Malariafälle zu beklagen sind und neuerdings auch die Tb in den Elendsgebieten rasant zunimmt.

Mit psychogenen Erkrankungen meine ich die überwiegend durch psychosoziale, oft bis in die Kindheit zurückreichende Einflüsse bedingten krankhaften Störungen, die sich in den 3 großen Bereichen manifestieren:

- dem subjektiven Erleben, das sind die *Psychoneurosen* (ICD 300 nach WHO 9. Rev. bzw. entsprechende F-Nr. in der 10. Revision),
- die im zwischenmenschlichen Verhalten offenbar werdenden *Persönlichkeitsstörungen* sowie die *Sexualdeviationen* und *Süchte* (ICD 301 - 304, WHO 9. Rev.) und schließlich
- die große Gruppe der *psychosomatischen Erkrankungen*, wobei in erster Linie an die funktionellen Störungen (ICD 306, 307) zu denken ist sowie auch an die weniger häufigen, dafür dramatischer verlaufenden psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, d. h. die mit Organdestruktion (ICD 316).

Um für den eiligen Leser die Antwort vorwegzunehmen: Vermutlich haben die so beschriebenen psychogenen Erkrankungen insgesamt *nicht* zugenommen! Rasant zugenommen hat - wenigstens hier in den letzten 2 Jahrzehnten - die Zahl der Psychotherapeuten und Psychiater sowie das öffentliche Interesse an den psychogenen Erkrankungen in der Mediendiskussion.

Ich will nach ein paar methodischen Vorbemerkungen einige empirische Untersuchungen vortragen und anschließend unsere eigenen epidemiologischen Forschungsergebnisse. Es folgt eine Bilanz aus klinischen Eindrücken über das epidemiologische Spektrum heute im Zusammenhang mit Zeitströmungen. Konsequenzen für die psychotherapeutische Versorgung werden angedeutet, um mit einem Exkurs über "Zeitkrankheiten" und den Zeitbegriff zu schließen. Einige grundsätzliche epidemiologisch-methodische Überlegungen kann ich dem Leser nicht ersparen. Sie werden zum besseren Verständnis der Zusammenhänge eingeflochten.

Vorliegende Untersuchungen

Die Klagen sind nicht neu: Schon der Nervenarzt Erb glaubte 1909 auf der Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater, eine Zunahme der Herzneurosen feststellen zu müssen (Zimmermann 1985).

Um die im Titel aufgeworfene Frage wenigstens für einen begrenzten Kulturkreis solide beantworten zu können, also rein deskriptiv-epidemiologisch

eine Feststellung zu treffen, wären Untersuchungen einer ganzen Bevölkerung oder eines repräsentativen Bevölkerungsausschnitts im Sinne einer Querschnittsuntersuchung erforderlich, und zwar in mehreren zeitlich abgrenzbaren Wellen. Es sollten möglichst Untersuchungen sein, die sich nur auf die psychogenen Erkrankungen beschränken und die von diagnostisch einschlägig geschulten Untersuchern an den Probanden persönlich durchgeführt werden. Trotz der Fülle vorliegender, meist von Psychiatern durchgeführten epidemiologischen Untersuchungen gibt es solche zeitlich gestaffelten Querschnittsuntersuchungen hierzulande nicht.

Das Forschungsfeld ist sogar sehr verwirrend, wenn es allein um die Feststellung des aktuellen Bestands geht: Zahlreiche Untersuchungen, selbst mit vergleichsweise soliden Forschungsmethoden und im Feld, d. h. an Zufallsstichproben aus der Bevölkerung in den hochindustrialisierten Ländern und aus den letzten Jahrzehnten nach 1950, zeigen eine außerordentlich breite Streuung in den Ergebnissen: Neugebauer et al. (1980), ausgewiesene psychiatrische Epidemiologen, stellten die Ergebnisse von 24 Studien zusammen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1. Prävalenzraten für Neurosen aus 24 verschiedenen Feldstudien aus Europa und Nordamerika nach 1950 (Neugebauer et al. 1980)

Prävalenzrate	Feldstudien
0.28	Eaton u. Weil 1955
1.17	Brunetti 1973
1.90	Fremming 1951
2.30	Essen-Möller 1956
5.11	Llewellyn-Thomas 1960
5.80	Hare u. Shaw 1965 (New Adam)
6.46	Piotrowski et al. 1966 (Ciechanov)
6.91	Pasamanick 1959, 1962
7.05	Bremer 1951
8.18	Hare u. Shaw 1965 (Old Bute)
8.20	Piotrowski et al. (1966) (Plock)
8.40	Andersen 1975 (rural)
10.36	Helgason 1964
11.76	Brunetti 1964
13.25	Dohrenwend et al. 1971
13.32	Primrose 1962
16.55	Andersen 1975 (urban)
16.86	Cole et al. 1957
17.58	Vaisanen 1975 (North)
17.88	Vaisanen 1975 (South)
18.00	Shore et al. 1973
26.67	Fugelli 1975
40.00	Langner u. Michael 1963
53.51	Leighton et al. 1963

Tabelle 2. Verschiedene Erkrankungsformen in unterschiedlichen epidemiologischen Felduntersuchungen nach 1950 in europäischen Industrieländern und Nordamerika (Neugebauer et al. 1980)

Krankheitsform	N *	Median (%)	Schwankungsbreite
Alle Typen von Psychopathologie	27	20, 85	0, 55 - 69, 00
Schizophrenie	14	0, 59	0, 00 - 2, 68
Affektive Störungen	13	0, 29	0, 00 - 1, 91
Neurosen	24	9, 38	0, 28 - 53, 51
Persönlichkeitsstörungen	20	4, 76	0, 07 - 36, 00

* N gibt die Anzahl der Studien mit jeweils unterschiedlicher Zahl von Probanden an

Die Häufigkeit von Psychoneurosen in der Bevölkerung schwankte demnach zwischen 0, 28% und 53, 51% mit einem Median bei 9, 38%. Bezüglich Persönlichkeitsstörungen ist der Range ebenfalls erheblich: Zwischen 0, 07% und 36%, Median 4, 76% (s. Tabelle 2). Die funktionellen psychosomatischen Erkrankungen werden in den meist von Psychiatern durchgeführten Untersuchungen, wie zu erwarten, noch viel unvollständiger erfaßt. In der neuesten, weltweit Aufsehen erregenden ECA-NIMH-Studie (Robins u. Regier 1991; Regier et al. 1984) an über 10 000 Probanden aus 5 US-amerikanischen Großstädten wird die lebenslange Prävalenzrate der - nach DSM III sog. - *somatoform disorders* sogar mit nur 0, 1% angegeben, einem lächerlich niedrigen Zahlenwert, der diese Studie für diese Erkrankungsgruppe und für unsere Fragestellung im Wert disqualifiziert.

Der Grund für das extreme Auseinanderklaffen ist nicht nur sachlich in der Schwierigkeit der Materie begründet, sondern auch in unterschiedlich angewandter *Methodik*: Die sog. Fallidentifikation unterscheidet sich; das bedeutet: Erhebungen per Fragebogen und persönliche Untersuchungen führen zu unterschiedlichen Ergebnissen; auch die Kompetenz der Untersucher ist verschieden. Die sog. Falldefinition divergiert erheblich: Ob man die Netze weit auswirft und

seltene schwere Erkrankungen wie Psychosen in die Surveys mit einschließt oder nur die - sehr viel häufigeren! - psychogenen Erkrankungen allein untersucht. Vor allem aber wird der *Häufigkeitsbegriff* ganz unterschiedlich gebraucht. Wir müssen unterscheiden zwischen Inzidenzraten und Prävalenzraten. *Inzidenz* meint die Zahl neu aufgetretener Erkrankungsfälle in einem bestimmten Zeitabschnitt, meist 1 Jahr, bezogen auf 100 000 Einwohner. Das ist z. B. noch relativ einfach bei der Suizidrate, der Zahl von Suizidtoten pro Jahr auf 100 000 lebende Einwohner. Sie beträgt hier derzeit ca. 20. Auch neu erkrankte und erstmalig in Kliniken aufgenommene Schizophrene sind noch gut zählbar, weil sie fast immer in speziellen Institutionen erfaßt werden. Das Ergebnis ist sehr viel vager bei leichteren, chronisch rezidivierenden Erkrankungen und Ereignissen, z. B. den Suizidversuchen. Das kann zu beachtlichen Unterschieden zwischen der sog. administrativen Inzidenz (durch Inanspruchnahmeklientele) und der wahren Inzidenz (durch Untersuchungen in einer Feldstudie an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe) führen.

Im Gegensatz zu Inzidenz meint *Prävalenz* den Bestand an Kranken in einer gegebenen Bevölkerung. Und hier ist es nun wichtig, zwischen der Punktprävalenz, d. h. dem zu einem bestimmten Untersuchungszeitpunkt gegebenen Bestand Kranker, und der Periodenprävalenz zu differenzieren, also den in einem bestimmten Zeitabschnitt, z. B. letztes Jahr oder gar lebenslang, irgendwann einmal an einer Symptomatik Erkrankten. Es ist einleuchtend, daß erhebliche Unterschiede zwischen Punktprävalenz und Periodenprävalenz bestehen, in Abhängigkeit von der üblichen Dauer einer bestimmten Erkrankung (z. B. Deblität versus Masern). Diese Überlegungen führen zu folgender scheinbar grotesker Diskrepanz: Fragt man z. B. nur ganz naiv und ohne nähere Festlegung nach der "Häufigkeit der Masern in der Bevölkerung", also einer noch ganz umschriebenen, in einem bestimmten Alter und nur einmal im Leben auftretenden Infektionskrankheit von genau bestimmbarer Dauer, dann kann die Antwort der Zahlenangaben schwanken zwischen fast 0%, wenn man z. B. die Punktprävalenz bei Erwachsenen meint, bis zu fast 100%, wenn man die lebenslange Prävalenz meint. Lebenslange Prävalenz wäre die Antwort auf die Fragestellung, ob ein jetzt Erwachsener irgendwann in seinem Leben schon einmal die Masern gehabt hat. Die Frage "Wie häufig sind ...?" muß also in jedem Falle präzisiert werden, wenn man einen bestimmten Prozentsatz als Antwort interpretieren will.

Der nächste Schritt der Datenverarbeitung in der *deskriptiven Epidemiologie* ist die demographische Verteilung der Beschwerden auf Geschlecht, Sozialstatus, Alter etc. Schwieriger wird die folgende *analytisch-epidemiologische* Frage, d. h. die Korrelation von Datenzusammenhängen, um ursächliche Faktoren zu eruieren. Will man z. B. bei den psychogenen Erkrankungen Veränderungen des Krankheitsspektrums zu soziokulturellen Veränderungen in der Bevölkerung in Beziehung setzen - eine naheliegende, interessante und auch praktisch wichtige

Fragestellung - so wird man bei Laien ebenso wie bei Fachleuten nur zu häufig mit voreiligen Antworten konfrontiert. Oft wird der sog. ökologische Fehlschluß gezogen. Es ist die voreilige Schlußfolgerung aufgrund eines Pauschalvergleichs und unter Nichtbeachtung individueller, personenbezogener Zuordnung. Beispiel: Die Selbstmorde in einer bestimmten Stadt sind häufiger. Diese Stadt wird überwiegend von Katholiken bewohnt. Beim Vergleich mit einer anderen Stadt mit überwiegend protestantischer Bevölkerung nun zu behaupten, Katholiken suizidierten sich häufiger, ist voreilig (und übrigens auch falsch). Man müßte dazu feststellen, ob in dieser Stadt die Suizidäre auch wirklich überwiegend katholisch sind. Es könnte ja auch sein, daß die Minderheit der Nichtkatholiken sich bevorzugt suizidiert. Diese Art Fehlschluß geht auf Emile Durkheim (1897) zurück mit seinem bekannten Anomiekonzept im vorigen Jahrhundert. Eine solche voreilige Schlußfolgerung finden Sie aber allenthalben.

Zu der noch weitergehenden Frage der *Veränderungen* von Krankheitsraten im Zeitverlauf gibt es konkret 2 widersprüchliche Untersuchungsergebnisse, die Stirling-County Study aus Kanada und die Untersuchung von Juhasz aus Ungarn:

Die Stirling-County Study führte 2 Querschnittsuntersuchungen im Abstand von 18 Jahren in Kanada durch (1952 und 1970: Leighton et al. 1962/63; Murphy et al. 1984). Man stellte fest, daß die Punktprävalenzraten für Depressionen und Angststörungen sich in der entsprechenden Bevölkerung trotz erheblicher sozio-kultureller Veränderungen im Umkreis nicht verändert hatten: Sie blieben bei jeweils etwa 12%.

Umgekehrt fand Juhasz (1974) an einer Dorfbevölkerung in Ungarn eine Steigerung der Punktprävalenz für nicht näher spezifizierte "Neurosen" (offenbar insbesondere Alkoholiker) von 30% auf 42% in 11 Jahren (1960 - 1971). Er bringt sie interpretierend ursächlich in Zusammenhang mit dem Strukturwandel in der betroffenen Dorfbevölkerung im untersuchten Zeitabschnitt von kollektiv-genossenschaftlicher Agrarwirtschaft in Richtung Urbanisierung des Lebensstils.

Die Winter-Studie

Bevor wir zu unseren eigenen Untersuchungsergebnissen kommen, sei die mit methodisch zeitgemäß noch unbefriedigenden Mitteln durchgeführte Studie der Analytikerin Esther Winter aus dem Jahre 1957 erwähnt. Sie fand als lebenslange Prävalenz in einem Betriebs-Survey eines Berliner Großbetriebes, der Reichsbahn, einer aus Angestellten und Arbeitern gemischten berufstätigen Stichprobe, eine lebenslange Prävalenz für Neurosen (im umfassenden Sinn) von 64%, davon

8, 5% schwerwiegende Erkrankungen. (Hauptsymptome waren Depressionen, Magensymptomatik, Ängste, Verwahrlosung.) Ein Vorzug dieser Studie (Winter 1958/59) ist, daß bereits eine Schweregradgewichtung eingeführt wurde, Bagatellstörungen zwar einerseits kompetent und sorgfältig erfaßt, aber bezüglich ihres Krankheitsgrades auch angemessen eingestuft worden sind.

Ein echter Vergleich mit unseren eigenen und anderen neueren deutschen Untersuchungen ist aus mehreren Gründen nicht möglich. Schon bei ganz grober Betrachtung der Daten von Winter (1958/59) ergibt sich jedoch, daß nichts für eine Zunahme in den Jahrzehnten seither spricht!

An dieser Stelle muß noch einmal nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß für psychogene Erkrankungen nur Untersuchungen im Feld aussagekräftig sind, also an repräsentativen Bevölkerungsstichproben. Der Grund: Anders als z. B. bei Karzinomen, Herzinfarkten oder Psychosen, die in einem bestimmten Schweregrad praktisch immer durch eine bestimmte ärztliche Fachdisziplin (meist sogar dokumentierende Kliniken) erfaßt werden, streut die Inanspruchnahme bei den psychogenen Erkrankungen außerordentlich breit: Diese Patienten konsultieren nicht nur die allerunterschiedlichsten Medizindisziplinen vom Allgemeinarzt, Internisten und Gynäkologen bis zum Orthopäden, Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Neurologen; sie suchen vielmehr auch bei den zahlreichen Beratungsstellen Hilfe, oder sie treten gerichtsrelevant oder beim Rentenversicherer gutachterlich in Erscheinung. (Man denke an Perversionen, Drogenabhängige, Frührentner etc.). Noch wichtiger: Der weitaus größte Teil nimmt überhaupt nie oder, wie wir wissen, erst nach langjähriger Verzögerung einmal diagnostisch fachkompetente Hilfe in Anspruch (nach Meyer et al. 1991 früher 12 Jahre, jetzt im Durchschnitt 7 Jahre nach Symptombeginn). Aus diesem Grund sind die sog. administrativen Studien, die also Kranke, oder wie wir neutraler sagen: Fälle, über eine Inanspruchnahmeinstitution oder über eine Versichertenkartei zu erfassen versuchen, nicht in der Lage, ein zutreffendes Bild von der *wahren Prävalenz* zu vermitteln. Das können nur Feldstudien.

Eigene Untersuchung

Wir haben in unserer sog. Mannheimer Kohortenstudie (Schepank et al. 1984 a, b), beginnend vor 15 Jahren, eine repräsentative Zufallsstichprobe aus dem Einwohnermelderegister untersucht: 600 Menschen aus den Geburtsjahrgängen 1935, 1945 und 1955 (sie waren also zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung ca. 25, 35 und 45 Jahre alt), je 200 aus den 3 genannten Geburtsjahrgängen, jeweils zur Hälfte Männer und Frauen. Die Verweigererrate betrug erfreulicherweise nur

23 %. Wichtig ist, sich auf eine *Falldefinition* festzulegen. Wir suchten nur nach psychogenen Erkrankungen, definiert nach der damals gültigen 8. WHO-Revision, also den ICD-Nummern 300 bis 307, das sind die genannten 3 Gruppen: Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen (einschließlich Süchten und Sexualstörungen) sowie psychosomatische Erkrankungen. Um als Fall in unsere Ergebnisse einzugehen, mußte der entsprechende Proband nach gründlicher mehrstündiger Untersuchung, meist zu Hause, durch einen in der Diagnostik erfahrenen Arzt oder Psychologen im Sinne der Punktprävalenz, definiert als in den letzten 7 Tagen, eine ICD-Diagnose der genannten Art zugewiesen bekommen. Außerdem - das ist sehr wesentlich - mußte die Beeinträchtigung durch seine Symptomatik einen bestimmten Cut-off-point auf einer Schweregradskala überschreiten, gewichtet durch den Interviewer. Hierfür benutzten wir unseren in früheren Jahren anhand von Zwillingsuntersuchungen (Schepank 1974; Heigl-Evers u. Schepank 1980/81) entworfenen und im klinischen und forschungstechnischen Bereich bewährten Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS, Schepank im Druck). Es macht nämlich keinen Sinn, nur alle psychogenen Symptome zu erfassen, wenn - das ist ein Nebenergebnis unserer Studie - allein in der letzten Woche 94% der Befragten mindestens ein Symptom der genannten Art hatten. Würde man den Prävalenzzeitraum auf das gesamte Leben ausdehnen, so erreichte man mühelos 99% oder 100% der Menschen, die jemals irgendwann eines der genannten Symptome an sich beobachtet haben, und das wäre eine ziemlich triviale Aussage.

Die *Ergebnisse* unserer Untersuchung in kurzen Zügen: 26% der (n = 156) Untersuchten wurden als Fälle gemäß der Falldefinition, also ICD-Diagnose und Krankheitserscheinung in den letzten 7 Tagen von Schweregrad 5 oder mehr, eingestuft. Verteilt auf die genannten großen Diagnosegruppen:

Psychoneurosen	7, 2%
Persönlichkeitsstörungen im weiteren Sinne	7, 2%
Psychosomatische Störungen	11, 6%

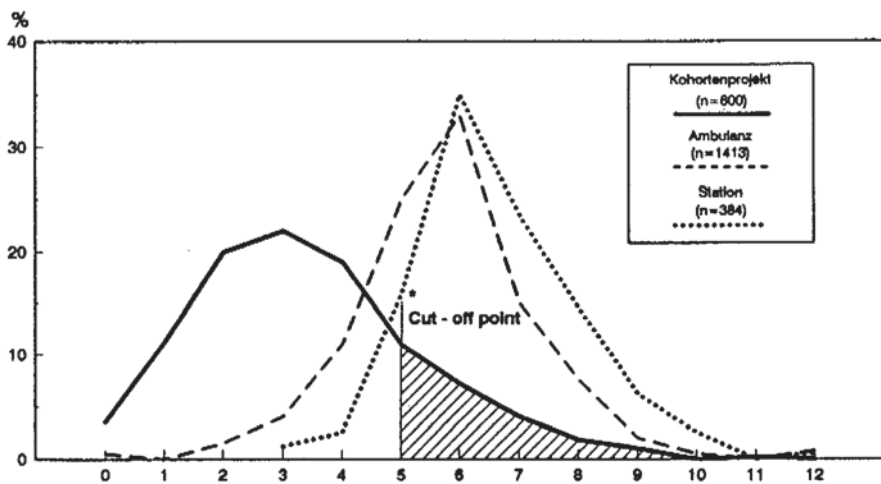


Abb. 1. Vergleich der Scores bei der Feldstichprobe mit einer ambulanz bzw. stationär-psychotherapeutischen Inanspruchnahmeklientel

Die Abb. 1 verdeutlicht die Verteilungskurve der Erkrankungsschwere in unserer Feldstudie. Wichtig ist der Vergleich mit den in unserer Klinik und Ambulanz über viele Jahre gesammelten Werten über die Erkrankungsschwere bei einer Inanspruchnahmeklientel (rechte Kurven). Aus dieser Graphik ist ersichtlich, daß der Cut-off-point (= 5 Punkte) in der Schwere bei der epidemiologischen

Kohortenpopulation nicht etwa zu niedrig gegriffen ist und vielleicht zu viele Bagatellfälle einschließt; ganz im Gegenteil: Ein beachtlicher Prozentsatz der in ambulanter, gutachterpflichtiger psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Patienten ist in dem Bereich zwischen 3 und 5 Punkten anzusiedeln, während sich in unserer Ambulanz und stationären Therapie bereits eine Selektion schwerer gestörter Klientel sammelt.

Es fanden sich deutlich mehr Frauen (34%) als Männer (18%) sowie prozentual erheblich mehr Fälle in den unteren sozialen Schichten. Die Erwartung, daß die drei Geburtsjahrgangsgruppen sich entsprechend ihrer sehr unterschiedlichen soziokulturellen Genese in den frühen Lebensjahren unterscheiden, bestätigte sich nicht. Das Kollektivschicksal als Vorkriegs-, Kriegsend- oder Nachkriegsgeborener hatte also - so pauschal gesehen - keinen merklichen Einfluß auf die aktuelle Befindlichkeit. Auch das ist schon einmal ein sehr interessantes Ergebnis mit Hinblick auf unser heutiges Thema! Es bedeutet aber weiterhin, daß die 3 hinsichtlich ihres Lebensalters unterschiedlichen Jahrgangsgruppen etwa gleich stark betroffen waren. (Es sei denn, man unterstellt hypothetisch, daß die Prävalenzraten mit zunehmendem Alter *abnehmen* und andererseits der 35er Geburtsjahrgang *stärker* belastet ist und sich diese beiden gegenläufigen Effekte somit aufheben). Auf Details wird hier nicht eingegangen, wie:

- die nachweislich pathogene Bedeutung der individuell unterschiedlichen Frühgenese für die spätere Falleigenschaft,
- das Gewicht von Life events bzw. symptomauslösender Versuchungs- bzw. Versagungssituation oder
- die Korrelation mit Partnerschaft (Social support) als möglichem protektiven Faktor,
- die Korrelation mit standardisierten Testergebnissen, wie dem FPI.

Nebenergebnisse waren z. B. die Erfassung von Trauminhalten bei einer "Normalbevölkerung", von Rauch- und Trinkgewohnheiten, Sexualität und Partnerschaftsverhalten; der Frage der Unfallerpersönlichkeit u. a. mehr sind wir nachgegangen.

Alle untersuchten Probanden, soweit noch erreichbar, wurden in mehreren Erhebungswellen 3, 5, 10 und 15 Jahre später nachuntersucht, um den individuellen Verlauf von Gesundheit und Krankheit und die darauf Einfluß nehmenden Faktoren zu erfassen (Schepank 1990). Auch die relativen Gewichte der Konstrukte "Persönlichkeit", "Life events" und "Social support" im Spontanverlauf sowie unter tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie versuchen wir

noch aufzuhellen (Franz et al. 1993). So weit unsere Untersuchungen an einer großstädtischen Bevölkerung von Mannheim.

Neben einer anderen bedeutsamen zentraleuropäischen Stichprobe, der Inanspruchnahmestudie "Kleinburg" von Strotzka (Strotzka et al. 1969) aus Wien, verdient die oberbayerische Felduntersuchung von Dilling et al. (1984) mit einer Follow-up-Untersuchung von Fichter (1990) Beachtung. Sie hat allerdings die Netze weiter ausgeworfen und Psychosen und organisch bedingte psychiatrische Erkrankungen mit einbezogen und umfaßt auch einen weiteren Altersrange: Sie beginnt schon bei Jugendlichen ab 15 Jahren und ist nach oben offen. Die (sog. Untersuchungs-)Instrumente waren teils mit unseren übereinstimmend (Cooper-Goldberg-Interview), teils sehr unterschiedlich. Dilling et al. 1984) fanden Fallraten für behandlungsbedürftige Psychoneurosen und psychosomatische Erkrankungen, die mit 11% und 2, 5% (Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus) deutlich niedriger lagen. (Mit Schweregrad 1 wurden 26, 4% Psychoneurosen und psychosomatische Erkrankungen, 3, 5% Persönlichkeitsstörungen und 3, 7% Süchte erfaßt). Ein exakter Vergleich stieß jedoch auf Schwierigkeiten des unterschiedlichen methodischen Vorgehens, v. a. einer anderen Schweregrad-einstufung nach klinischen Versorgungssollkriterien. Der Rückschluß, daß die ländliche Bevölkerung weniger anfällig ist und eine insgesamt geringere Prävalenzrate psychogener Erkrankungen aufweist, ist deshalb nicht eindeutig, wengleich durchaus denkbar. Als Zwischenbilanz ist festzustellen:

- 1) Wir haben aufgrund unserer Theorie über die Neurosenentstehung keinen plausiblen Grund anzunehmen, daß die psychogenen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten hierzulande zugenommen haben müßten.
- 2) Nach allen uns vorliegenden Informationen und mit der Einschränkung, daß es ganz solide wiederholte epidemiologische Querschnittuntersuchungen über lange Zeit hier nicht gibt ² - spricht auch nichts für eine solche Zunahme der Punktprävalenz- oder der Inzidenzraten.

² Auch unser Mannheimer Kohortenprojekt, ebenso wie die Dilling-Weyerer-Studie - jeweils mit Follow-up-Untersuchung - ist, streng methodologisch gesehen, nicht optimal geeignet, solche Hypothesen zu prüfen: Es hätten dafür jeweils ganz neue Zufallsstichproben aus der Bevölkerung gezogen werden und mit demselben Instrumentar und derselben Methodik untersucht werden müssen! - und das möglichst über eine noch größere Zeitdistanz. Allerdings erlaubte die erfolgte Nachuntersuchung an derselben Klientel und ihre Verläufe von Gesundheit und Krankheit ebenso wie unsere 20-Jahres-Follow-up-Untersuchung von einem Sample von 100 Zwillingen (Muhs et al. 1990) bereits in begrenztem Ausmaß den Rückschluß, daß nichts für einen Anstieg der Prävalenz- oder Inzidenzraten in dem betreffenden Zeitintervall spricht.

3) Diejenigen, die eine Häufigkeitszunahme behaupten oder vermuten, sind bisher jeden soliden empirischen Beweis schuldig geblieben.

Soweit die psychogenen Erkrankungen - pauschal und alle gemeinsam beurteilt - scheinbar häufiger geworden ein sollen, täuscht dieser Eindruck deshalb, weil wir bessere Kenntnis haben, früher und fachkompetenter diagnostizieren können und uns auch leichteren Krankheitsformen, Konflikten und Problemen der Menschen zuwenden. Allein die Zunahme ambulanter oder stationärer Inanspruchnahmeklientele in verschiedenen Versorgungsbereichen darf uns nicht zu dem Fehlschluß einer echten Häufigkeitszunahme im Sinne erhöhter wahrer Prävalenzraten verleiten. Auch die Medien und die Öffentlichkeitsarbeit tragen zu einer erhöhten Sensibilisierung und schärferen Wahrnehmung bei.

In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß sich beim *Krankheitsbegriff* als solchem im Laufe der Zeit Umdefinitionen ergeben haben. Erst in den 60er Jahren wurde die Neurose versicherungsrechtlich als Krankheit anerkannt. Eine veränderte Krankheitsauffassung von einer rein pathologisch-anatomischen zu einer mehr psychologischen Betrachtungsweise mit fließenden Grenzen zur Gesundheit mag auch zu einer Verunsicherung bei der Beantwortung unserer zentralen Frage beitragen. Nicht zuletzt deshalb haben wir unseren Beeinträchtigungsschwere-Score (Schepank im Druck) im Rahmen von Forschung und Klinik entworfen, um hier Vergleichsmaßstäbe zu setzen.

Soziale Veränderungen und Krankheitsspektrumverschiebungen

Soziokulturelle Spezifika der heutigen Zeit und insbesondere in den Industrieländern sind eine Verkürzung der beruflichen Arbeitszeit zugunsten der persönlich verfügbaren Freizeit. Auch die Freiheit des einzelnen Menschen, sein Entscheidungsspielraum über Berufliches und Persönliches ist erweitert, Liberalisierung und Vielfalt der Meinungsäußerung, Lockerung von Bindungen und Labilisierung von traditionellen Sozialgefügen. Der einzelne kann einen erheblichen Zuwachs seiner finanziell-ökonomischen Verfügungsmacht verzeichnen. Die Bildungschancen haben gewaltig zugenommen. Noch für meinen Geburtsjahrgang betrug die Abiturientenzahl pro Jahrgang 3%, heute sind es weit über 30% eines Geburtsjahrgangs! Dem Ideal der Chancengleichheit für bisher unterprivilegierte und benachteiligte Sozialgruppen, Behinderte und Frauen haben wir uns beträchtlich angenähert. Auf die fundamentalen Strukturänderungen und Herausforderungen durch das Zusammenwachsen der beiden deutschen Staaten

will ich nur am Rande hinweisen. Hier gibt es noch kaum grundlegende, wissenschaftlich fundierte Forschungsdesigns, geschweige denn Analysen und Resultate.

Welche Auswirkungen die Veränderungen der zunehmenden Kompliziertheit und Unüberschaubarkeit der Welt für den einzelnen Menschen haben, die Loslösung von traditionellen Denkschemata, Werthaltungen, Rollenzuweisungen und (z. B. religiösen) Bindungen ist noch schwer abzusehen.

Diesen globalen Veränderungen will ich einige klinische Impressionen an die Seite stellen, die allerdings nur z. T. empirisch belegt werden können. Es sind persönliche Eindrücke, die jahrzehntelanger ambulanter und stationärer Versorgung entspringen und durchaus noch diskussionswürdig sind.

Bekannt ist der weitgehende Fortfall der klassischen großen hysterischen Krankheitsbilder mit motorischer Entladung. Sie sind aus naheliegenden Gründen hierzulande zurückgegangen. Allseits bekannt ist der soziokulturell und auch militärtechnisch bedingte Symptomwandel z. B. bei den Kriegsneurosen der Soldaten: Die Kriegszitterer aus dem I. Weltkrieg gegenüber den Ulkuspatienten aus dem II. Weltkrieg, für die ganze "Ulkusregimenter" eingerichtet werden mußten.

Mit Recht wird man aufmerksamer gegenüber den großen individuellen und sozialen Problemen, die der Alkoholmißbrauch bewirkt. Tatsache ist, daß der Alkoholkonsum in den 50er und 60er Jahren erheblich angestiegen ist, sich aber in den letzten drei Jahrzehnten bei nahezu 12 l reinen Alkohols pro Kopf und Jahr der Bevölkerung hierzulande (nur alte Bundesländer) konstant eingependelt hat.

Auch die Suizidraten - die in beiden Kriegen gesunken waren - haben nach einem Anstieg nach Kriegsschluß in den letzten Jahrzehnten nicht weiter zugenommen (!). Wahrscheinlich zugenommen haben nur die Suizidversuche bei Jugendlichen sowie parasuizidale Handlungen und sog. Münchhausensyndrome (wobei hier jedoch schon wieder die Falldefinition wie auch die Dunkelziffer problematisch sind).

Der Zigarettenkonsum hat etwas abgenommen. Zugenommen hat der suchtarartige Konsum harter Drogen, wobei zu betonen ist, daß auf die Gesamtbevölkerung bezogen, die Prävalenzrate immer noch sehr niedrig liegt. Ob die Spielsucht zugenommen hat, wage ich nicht zu bestätigen, trotz der größeren verfügbaren Freizeit der Individuen und der vielen neuen "Spielhöllen". Spielsucht gab es schon bei Dostojewski. Bei den Indikationskriterien der ersten psychoanalytischen Klinik von Simmel in Berlin-Tegel in den 20er Jahren ist Spielsucht schon als Ausschlußkriterium für die stationäre Psychoanalyse ausdrücklich erwähnt (Brecht et al. 1985).

Es wird immer wieder davon gesprochen, daß die Anorexia nervosa (und die Bulimie) zugenommen haben³.

Dieses Krankheitsbild habe ich als Faszinosum bezeichnet. Es fasziniert nicht nur die Fachleute, wie man auf jedem Kongreß sehen kann, sondern auch Laien. Die psychologischen Hintergründe für die eminente Attraktion sind m. E. bisher kaum diskutiert und durchdacht. Zweifellos bewirkt aber diese Tatsache eine bevorzugte Aufmerksamkeit und könnte auch eine Steigerung der Prävalenz nur vortäuschen. Es kommt hinzu, daß durch die zunehmende Kenntnis die entsprechenden Patientinnen sehr viel schneller an die Experten verwiesen werden und nicht mehr so häufig fehldiagnostiziert oder als rätselhafte Problemfälle in internistisch-endokrinologischen, gynäkologischen, pädiatrischen oder onkologischen Kliniken verharren wie früher.

In den stationären Einrichtungen hat der Schweregrad der Störungen, insbesondere der Persönlichkeitsstörungen, wohl deutlich zugenommen. Dieses Phänomen führe ich jedoch auf einen Selektionseffekt zurück: Wir haben das der sehr viel dichter und besser gewordenen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu verdanken.

Daß die (nach Schwidder 1975) sog. Handlungsstrukturen gegenüber den klassischen psychoneurotischen Gehemmtheitsstrukturen zugenommen haben, halte ich für möglich, wage es aber nicht zu entscheiden, weil aus früherer Zeit keine echten epidemiologischen Felduntersuchungen über deren proportionale Verteilung existieren. Wir wissen das erst jetzt durch die Mannheimer Studie: 43% Handlungsstrukturen, 34% Hemmungsstrukturen (Schepank 1987).

"Beziehungskisten", Partnerkonflikte und Single-Frust scheinen mir, soweit ich aus meiner gutachterlichen Praxis die ambulante Inanspruchnahmeklientel überblicke, häufiger als früher symptomauslösend, oft auch hauptsächlicher Behandlungsanlaß zu sein. Vielleicht sind sie eine Folge größerer Liberalisierung in sexueller Hinsicht und bezüglich Machtkonstellationen und größerer ökonomischer Unabhängigkeit.

Wichtig für einen großen Teil unserer Klientel sind die Änderungen im beruflichen Umfeld. Der Anstieg der Abiturientenzahlen und die große Zahl von Studierenden als eine Konsequenz davon wurden bereits erwähnt. Langzeitstudenten, Studienabbrecher oder mit dem Beruf unzufriedene Aussteiger und insgesamt eine größere Mobilität (sicher nicht nur negativ und als pathologisch einzustufen) sind zu verzeichnen. Bei einem, populationsgenetisch gesehen, vermutlich über die Jahrzehnte unveränderten Intelligenzquotienten wundert natürlich ein Ansteigen gerade der erfolglos Studierenden nicht, die dann in unserer

³ Mein Eindruck, der auch von namhaften Epidemiologen bestätigt wird (beispielsweise M. H. Schmidt, persönliche Mitteilung), ist: Keine Zunahme der Anorexia nervosa, wahrscheinlich aber der Bulimie.

weiterhin ein gewisses Maß an Leistung fordernden Gesellschaft psychotherapeutische Hilfe suchen.

Merkwürdig häufiger tauchen jetzt Berichte über Inzesthandlungen auf, bei denen ich jedoch keineswegs sicher bin, ob es sich um echte, nachweisbar häufigere Vorkommnisse handelt oder nur um größere Sensibilisierung gegenüber Dingen, die früher schon immer und oft vorkamen. Sicher hat die Offenheit, darüber zu berichten, zugenommen. Nach einer v. a. durch die Pille inaugurierten passageren Liberalisierung des Sexualverhaltens in den 60er und 70er Jahren scheint auch ein gegenläufiges Phänomen wiedererwachender "moderner Prüderie", insbesondere auch in den Medien, wieder aufzublühen. Eine charakteristische Dramatisierung sehe ich auch darin, daß man oft fälschlich von "Gewalt" spricht und diesen Begriff sehr ausdehnt, obgleich Gewalt im herkömmlichen Wortsinn nur bei einem kleinen Teil der sexuellen Übergriffe und Tabuverletzungen wirklich stattfindet. Sensationslust und exhibitionistische Tendenzen bei den Medien und manchen Wissenschaftlern sollte man auch hier als mögliche methodische Fehlerquellen berücksichtigen.

Ganz allgemein ist ein Trend zu Esoterik, Sektenbildung und auch Meditationspraktiken zu beobachten - letzteres übrigens durchaus auch im Sinne hilfreicher Copingstrategien und Besinnlichkeit positiv zu werten. Meines Erachtens sind auch manche weitverbreiteten Weltuntergangs- und Katastrophenstimmungen und kollektive Ängste gegenüber immer wieder neu auftauchenden echten oder vermuteten Gefahren in diesem Zusammenhang zu sehen.

Konsequenzen für die Versorgung

Um dem Leitthema *Zeitkrankheiten und Psychotherapie* gerecht zu werden, möchte ich die Frage wenigstens tangieren, welche Konsequenz aus den epidemiologischen Untersuchungen für die psychotherapeutische Versorgung zu ziehen ist. Ich will dieses berufspolitisch heiße Eisen nicht ausklammern. Ehe ich Ihnen meine persönliche Einschätzung weitergebe, sei vorweg gesagt:

- Aus einer epidemiologisch-deskriptiven Untersuchung, die Prävalenzraten erhoben hat, kann man nicht naiv auf Versorgungsnotwendigkeiten rückschließen, selbst wenn auch, wie bei uns, die Langzeitverläufe der Probanden erfaßt sind. Schon gar nicht kann man die Zahl notwendiger Psychotherapeuten einfach hochrechnen wie etwa die Zahl von Chirurgen, Operationssälen und chirurgischen Klinikbetten oder von Dialyseapparaten und Transplantationsnieren aus der bevölkerungsbezogenen Indizidenzrate für Appendizitis oder Niereninsuffizienz.

- Eine konkrete Zahlenangabe notwendiger Therapieplätze wird dadurch schwierig, daß wir noch keine Klarheit über das jeweils notwendige "Therapiequantum" - etwa in Form von Liegedauer bei stationärer Therapie oder Stundenzahlangaben für die einzelnen Patientenkategorien - haben, geschweige denn Genaueres über die Effektivität und Effizienz der konkurrierenden Therapieverfahren in dieser Hinsicht wissen. Es fehlt uns auch die Kenntnis, wie viele Patienten mit *einer* Behandlung genug haben oder mehrere Behandlungsansätze benötigen.

Auch das Gutachten von Meyer et al. (1991) hat sich so weit nicht hervorgewagt. Die Kritiken von Grawe (1992) sind sicher bekannt. Eine psychosomatische Grundversorgung steckt - ehrlich beurteilt - noch ganz in den Anfängen und ist keineswegs flächendeckend oder als hinreichender Vorfilter für leichte Störungen verlässlich vorhanden.

- Ein großer Teil von eigentlich Psychotherapiebedürftigen hat bei objektiv festgestelltem Bedarf subjektiv kein Bedürfnis oder wehrt Psychotherapie ab und weicht in scheinbar einfachere somatische, medikamentöse u. a. Therapien aus.

- Immer wieder zu betonen und noch viel zu wenig beachtet ist, daß es Krankheiten gibt, die zweifellos psychogen, aber dennoch nicht mehr durch Psychotherapie heilbar sind: Einmal Folgeerkrankungen (Lungen-CA des Kettenrauchers, Leberzirrhose des Trinkers, Querschnittslähmung nach Suizidversuch durch Fenstersprung), aber auch - und hier wird oft nicht realistisch hingeschaut - neurotische unverrückbare Lebensarrangements, z. B. mit unerfüllbar juristisch einklagbaren Verpflichtungen und darauf basierende Leidenszustände.

- Es schwingt natürlich bei jeder Versorgungsfrage eine gesellschaftliche Entscheidung mit: Wie weit denn die Notwendigkeit der Finanzierung durch die Solidargemeinschaft geht. Subjektive Einstellungen, Wertungen, ebenso wie spezielle Attribuierungen, aber auch Konkurrenz mit andersartigen Therapieverfahren prägen die Entscheidung. Es geht um die herrschende Gesundheitszielvorstellung: Welcher Grad von Gesundheit oder Lebensqualität soll angestrebt werden? Utopien eines glückhaften Dauerzustands gilt es ggf. als unerreichbar zurückzuweisen oder an die Religion zu delegieren.

Ich habe einmal das Wagnis unternommen, in einer Säulengraphik ungefähr abzuschätzen (Schepank 1990), wie viele Menschen aus unserer Bevölkerung in den von uns untersuchten und für die Psychotherapie Erwachsener maßgeblichen Altersstufen zwischen 20 und 50 Jahren welche Formen von psychotherapeutischer Versorgung - gesetzt den Fall, sie wären auch erreichbar und die Patienten würden das auch *wollen* - benötigt würden. Hierzu ergeben sich die folgenden Proportionen:

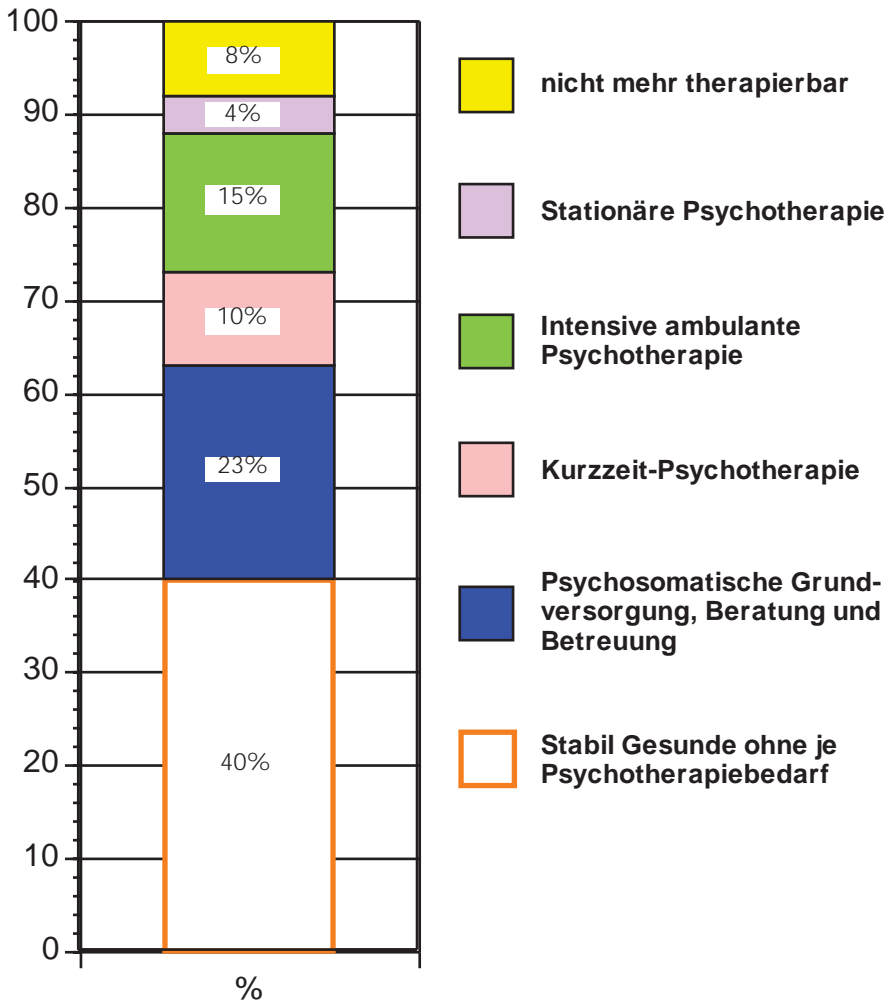


Abb. 2. Geschätzter Bedarf an Psychotherapie auf der Basis von erster Querschnittsuntersuchung und Verlauf

Von Interesse ist auch noch ein Ergebnis, das Franz et al. (1993) aus unserer Arbeitsgruppe kürzlich evaluiert haben: Bei einer Risikostichprobe von leicht- bis mittelgradig gestörten Probanden, bei denen die Experten die Indikation für eine ambulante Psychotherapie stellten, wurde per Zufallszuweisung versucht, die

Patienten für eine unbezahlte Therapie zu gewinnen. Das Erstaunliche: Spontan oder auf erste Empfehlung hin reagierten nur 3%. Nach mehreren, bis zu 5 einzelnen Motivationsgesprächen konnte die Rate derjenigen, die Psychotherapie akzeptierten, auf das Zehnfache erhöht werden. Dieses Ergebnis scheint uns deshalb besonders wichtig, weil es zeigt, wie nach fachkundiger Diagnostik durch relativ einfache Beratung seitens der primär versorgenden Allgemeinärzte ein sehr viel höherer Prozentsatz als bisher einer fachgerechten Therapie zugewiesen werden könnte. Dies ist ein wichtiger Ansatz für Sekundärprävention und zur Reduktion einer Vielzahl von Suchtentwicklungen, Chronifizierungen und medikamentösen bis chirurgischen Fehlbehandlungen.

Exkurs zum Stichwort "Zeitkrankheiten"

Zum Schluß sei noch ein Exkurs über das Stichwort *Zeitkrankheiten* angefügt. Es wird eine kritische und fundamentale Stellungnahme, die aber nicht als kleinkarierte Mäkelei an der Wortwahl der Veranstalter der Lindauer Psychotherapiewochen mißverstanden werden soll. Vielmehr haben die Initiatoren bei dieser Themenwahl sicher einen Meinungstrend erfaßt. Er stimulierte mich zu einer Auseinandersetzung:

Das Wort "Zeitkrankheiten" gibt es weder im neuesten "Medizinischen Wörterbuch" von Pschyrembel noch im neuesten gesamtdeutschen Duden oder im Lexikon, noch fand ich es als Stichwort in den umfassenden neuen EDV-aufgelisteten Key words aus den Publikationen der letzten 10 Jahre im *Psyclit* und *Medline*. Auch Altvater Freud hat es nicht gebraucht. Es ist eine Wortneuschöpfung.

Die "Zeit" als Gegenstand der Reflexion beschäftigte schon den Heiligen Augustinus, der auf die Frage: "Was ist Zeit?" geantwortet haben soll: Solange ihn niemand frage, was Zeit sei, wisse er es. Frage ihn aber jemand danach, wisse er es nicht mehr.

Wohl jeder von uns klagt täglich: "Ich habe keine Zeit für ...", mindestens wenn er seine Prioritäten ordnet. Nicht zufällig habe ich einen Theologen zitiert, weil das Zeitthema einen sehr direkten Bezug zur Vergänglichkeit jedes Menschen und damit zur Bewältigung dieses Themas qua Religion hat.

Als Forschungsgegenstand beschäftigte "Zeit" die verschiedensten Disziplinen, von der astronomischen Zeitmessung, der Physik und natürlich der Technik der Uhrenindustrie bis zur Psychologie (Plattner 1989) und Psychiatrie, wo wir Zeitempfinden, Zeitwahrnehmung oder einen pathologischen Verlust von Zeitrastern und Gedächtnisstörungen kennen und erforschen.

Ein in Wissenschaftlerkreisen wenig bekannter Autor, Wendorff, schrieb (1988) das lesenswerte Essay *Der Mensch und die Zeit* und verfaßte einen umfangreichen Literatur-überblick über die verschiedensten Perspektiven des Themas mit seinem Werk *Zeit und Kultur. Geschichte des Zeitbewußtseins in Europa* (1985). Auch bei Wendorff taucht übrigens das Wort "Zeitkrankheit" nicht auf.

Meint man mit "Zeitkrankheiten" aber, wie die Einführung zu den Lindauer Wochen 1993 nahelegt, die in unserer Zeit und durch die heutige, hiesige Zivilisation häufiger gewordenen Krankheiten, wie Krebs, Alzheimer etc., so müßte man selbstverständlich viele nachweislich und ausdrücklich erst durch die neuere technisch-zivilisatorische Entwicklung heute und hier hervorgerufenen Krankheitsbilder mit betrachten, z. B. die zahlreichen Dauerbehinderten und Toten durch Flugzeug-, Auto- und Sportunfälle, die Medikamenten- und Strahlenschäden (Dysmelie durch Contergan etc.), Melanome durch Ozonschichtreduzierung, Atomreaktorunfallfolgen, Aids etc.

Daß die psychogenen Erkrankungen, global betrachtet und nach aller sachlichen wissenschaftlichen Erkenntnis zu urteilen, *nicht* zugenommen haben und insofern *nicht* als Zeitkrankheiten in diesem Sinne zu betrachten sind, habe ich auszuführen versucht. Ich halte vielmehr die dahinterstehende Ursachenattribution für einen Ausdruck einer heute wieder häufiger werdenden kulturpessimistischen Mentalität: Nach dem I. Weltkrieg bewegte ein Bestseller die Menschen: Oswald Spenglers (1918-1922) *Der Untergang des Abendlandes*. Auch nach dem II. Weltkrieg habe ich mit kritischer Distanz die lebhafteste Diskussion um die Existenzphilosophie und ihren Einfluß auf die Psychologie und Psychopathologie im Sinne der Daseinsanalyse verfolgen können. Ich persönlich neigte allerdings schon damals eher einer - nach nationalsozialistischer Gedankenrestriktion - erwachenden rationalen und optimistischeren Aufbruchstimmung zu, in der Zeitströmungen keineswegs verleugnet, aber ihre Auswirkungen auch nicht dramatisiert und beklagt, sondern lieber Bewältigungsmechanismen kreiert, erprobt und evaluiert werden.

Auch die neuerliche - wahrscheinlich sogar weltweite - Hinwendung großer Bevölkerungsgruppen zu Verinnerlichung, zu Schwärmerei und religiösem Fundamentalismus bis Sektiererei und zu den verschiedensten Formen der Esoterik verstehe ich als Reaktion zur Bewältigung der zunehmenden Kompliziertheit und Unüberschaubarkeit der Vorgänge in der Welt. Wissenszunahme und verwirrende Informationsvielfalt bei den Menschen, zusammen mit persönlichem Freizeitgewinn bei Herauslösung aus traditionellen Denkschemata, verunsichern die Menschen und lassen sie Halt suchen.

Der Neologismus "Zeitkrankheiten" macht keinen Sinn als Sammelbezeichnung, ebenso wenig wie man die bekannterweise zu bestimmten Jahres-, Tageszeiten oder Wochentagen gehäuft auftretenden Krankheiten (Depressionen,

Suizide, Unfälle, Herzinfarkte, alkoholbedingte Zwischenfälle etc.) als Herbst-, Montags- oder Nachtkrankheiten bezeichnet. Im Zusammenhang mit der Thematik "Gedächtnisoptimismus" (Stichwort: "gute alte Zeit") und dem neuerlichen Kulturpessimismus als Zeitströmung sei noch auf den Konstanzer Philosophen Mittelstraß (1989) verwiesen und auf seine Gedanken über die *Kultur-Natur* des Menschen auch im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Um die Thesen von Mittelstraß auf einen Punkt zu bringen: Er kritisiert die romantisierende Einstellung "zurück zur Natur" mit seiner Feststellung, daß es diese idealisierte Natur für den Menschen nie gegeben hat, daß der Mensch sich vielmehr seine Kultur-Natur immer selbst geschaffen hat und diese sich selbstverständlich in dauernder Veränderung befindet. Eine Regression auf einen ganz ursprünglich natürlichen Zustand ist nicht nur ein unerreichbares Ideal, sondern eine von Grund auf verfehlt Zielsetzung. Ich glaube, diese Konzeption von der Welt und der Umwelt des Menschen ist auch zu berücksichtigen, wenn man präventive Überlegungen hinsichtlich der Vermeidung oder der Reduktion psychogener Erkrankungen anstellt.

Bilanz

Die Ausgangsfrage, ob die psychogenen Erkrankungen häufiger geworden sind, müssen wir nach dem gegenwärtigen Stand unserer Erkenntnis eindeutig verneinen. Eine Zunahme ist nirgends stichhaltig belegt. Beweispflichtig wären diejenigen, die das behaupten. Nach unserer bisherigen Theorie über die Entstehung psychogener Erkrankungen wäre eine hypothetische Zunahme auch nicht stichhaltig zu begründen, denn - das ist meine Überzeugung - den Menschen geht es heute und hier (!) ökonomisch und (insbesondere somatisch-) gesundheitlich wie auch bei der Handhabung ihrer zwischenmenschlichen Konfliktlösungen besser als je zuvor.

Diese Aussage bezieht sich auf die psychogenen Erkrankungen im ganzen. Im Krankheitsspektrum gibt es gewiß einige bemerkenswerte Verschiebungen. Über sie wissen wir aber noch zu wenig. Sie sind bisher Gegenstand von klinischen Einzelerfahrungen und Betrachtungen. Stichhaltige epidemiologische Vergleichsdaten fehlen. Lassen Sie mich aber mit einem Brückenschlag zu einer transkulturellen, ethnisch übergreifenden Bemerkung schließen; denn was für Krankheiten im *Zeitvergleich* gilt, betrifft auch die *räumliche* Verteilung: Niemand weiß genau, ob diejenigen, die unter den gegebenen psychosozialen Umständen als psychogen Erkrankte auffällig werden und leiden oder aus dem ausbalancierten Gesamtbetrieb herausfallen oder auffällig werden, heute dieselben

Menschen sind wie sie es früher waren und ob es hier dieselben sind wie in anderen Kulturgruppen. Eine Änderung der Gesamtkonstellation mit verlagerten Schwerpunkten kollektiver Frustration oder auch Versuchungssituationen läßt möglicherweise sehr unterschiedliche Menschen erkranken und scheitern. In einer besonders sexualrestriktiven Gesellschaft erkranken möglicherweise ganz andere als in einer hochspezialisierten Leistungsgesellschaft; in einer Gesellschaft, die eine besondere Gruppenkohäsion fordert und fördert (z. B. Japan oder China), andere Menschen als in einer Gesellschaft, die sich individuelle Entwicklung, Emanzipation und Selbstverwirklichung auf die Fahnen geschrieben hat. Daß in einer bezüglich Alkohol permissiven Gesellschaft mehr dem Alkohol erliegen als in einer Abstinenzkultur wie dem Islam, ist trivial.

Die Möglichkeit, daß der Mensch seine wahren humanen Ziele verfehlt, ist jedenfalls sicher überall und grundsätzlich als Risiko vorgegeben. Lassen Sie uns trotz aller Behutsamkeit im Urteilen nicht den Elan und den Optimismus verlieren, so gut wir können, die Realität in allen Dimensionen zu erforschen und therapeutisch oder präventiv zu handeln, wo es vernünftig und sinnvoll ist.

Literatur

- Brecht K, Friedrich V, Hermanns LM, Kaminer IJ, Juelich DH (1985) Hier geht das Leben auf eine sehr merkwürdige Weise weiter. Zur Geschichte der Psychoanalyse. Kellner, Hamburg
- Dilling H, Weyerer S, Castell R (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart
- Durckheim E (1897) Der Selbstmord. Luchterhand, Neuwied (1973)
- Fichter M (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Franz M, Dilo K, Schepank H, Reister G (1993) Warum "Nein" zur Psychotherapie? Kognitive Stereotypen psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebotes (im Druck)
- Grawe K (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der 90er Jahre. Psychol Rundschau 43 : 132-162
- Heigl-Evers A, Schepank H (Hrsg) (1980/81) Ursprünge seelisch bedingter Krankheiten. Eine Untersuchung an 100 + 9 Zwillingspaaren mit Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

- Juhász P (1974) Über den Wandel in der Neurosemorbidität in einem ungarischen Dorf während der Phase des wirtschaftlichen Aufstiegs und der Urbanisation. *Psychiatria Fennica* 1974: 101-109
- Leighton DC, Harding JS, McLin DB, Hughes CC, Leighton AH (1962/63) Psychiatric findings of the Stirling County Study. *Am J Psychiatry* 119: 1021-1026
- Meyer AE, Richter F, Grawe K, Schulenburg v d M, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
- Mittelstraß J (1989) Umwelt und Gesundheit. Von der Schwierigkeit, sich mit Umwelt- und Gesundheitsstandards in einer Kultur/Natur zurecht zu finden.. *Wiener Klin Wochenschr* 101 : 563-571
- Murphy JM, Sobol AM, Neff RK, Oliviers DC, Leighton AH (1984) Stability of prevalence. *Arch Gen Psychiatry* 41 : 990-997
- Muhs A, Manz R, Schepank H (1990) 20-Jahre-Follow-Up-Studie eines Samples von 50 neurotisch-psychosomatisch kranken Zwillingspaaren. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1 : 1-20
- Neugebauer R, Dohrenwend BP, Dohrenwend BS (1980) Formulation of hypotheses about the true prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the United States. In: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Schwartz-Gould M, Link B, Neugebauer R (eds) *Mental illness in the United States*. Praeger, New York, pp 45-94
- Plattner I (1989) Zeitbewußtsein im Lebenslauf. Zur entwicklungspsychologischen Relevanz des Zeitbewußtseins. *Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und pädagogischen Psychologie* Nr. 39, Universität Augsburg
- Regier DA, Myers KJ, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ (1984) The NIMH epidemiologic catchment area program. *Arch Gen Psychiatry* 41: 934-941
- Robins LN, Regier DA (1991) *Psychiatric disorders in America. The epidemiologic catchment area study*. Free Press, New York Toronto Sidney
- Schepank H (1974) Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen. Tiefenpsychologische Untersuchungen an 50 Zwillingspaaren. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schepank H (1987) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schepank H (Hrsg) (1990) *Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schepank H (im Druck) *Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) für psychogene Erkrankungen*. Beltz, Weinheim
- Schepank H, Hilpert H, Hönnmann HJ (1984a) Das Mannheimer Kohortenprojekt. Die Prävalenz psychogener Erkrankungen der Stadt. *Z Psychosom Med Psychoanal* 30 : 121-150

- Schepank H, Hilpert H, Hönnmann H, Janta B, Parekh H, Riedel P, Schiessl N, Stork H, Tress W, Weinhold-Metzner M (1984b) Das Mannheimer Kohortenprojekt. Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. *Z Psychosom Med Psychoanal* 30: 43-61
- Schepank H, Tress W (1987) Häufigkeit und Bedingungen psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. *Nervenheilkunde* 6 : 23-26
- Schwidder W (1975) Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. In: Strasser P, Strasser F (Hrsg) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Spengler O (1918-1922) Vom Untergang des Abendlandes
- Strotzka H, Leitner I, Czerwenka-Wenkstätten G, Graupe SR, Simon MD (1969) Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst, Wien München
- Wendorff R (1985) Zeit und Kultur. Geschichte des Zeitbewußtseins in Europa. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Wendorff R (1988) Der Mensch und die Zeit. Ein Essay. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Winter E (1958/59) Über die Häufigkeit neurotischer Symptome bei "Gesunden". *Z Psychosom Med Psychoanal* 5: 153-167
- Zimmermann H (1985) Zur Geschichte der Wanderversammlung. In: Degkwitz R (Hrsg) Hundert Jahre Nervenheilkunde. Hippokrates, Stuttgart, S 9-18

Gesundheit und Lebensstil

Karin Siegrist

Die Schwierigkeit, dem Leitthema gerecht zu werden

Ist es möglich, mit Hilfe der Begriffe "Gesundheit" und "Lebensstil" einen für die Psychotherapie bedeutsamen Kontext zu beschreiben? Dies wird nur so weit möglich sein, wie es gelingt, sowohl die Begriffe im einzelnen zu klären, als auch ihre Relation zueinander zu bestimmen. Beides ist schwierig.

Beginnen wir mit dem Gesundheitsbegriff. Die Suche nach neueren Definitionen ergibt, daß Gesundheitsökonomen, Medizinsoziologen und -psychologen meist Gesundheit nicht definieren, oder aber allgemein auf divergierende Definitionen verschiedener gesellschaftlicher Gruppen verweisen (Arnold et al. 1990; Lüschen et al. 1989; Schwarzer 1992; Siegrist 1988). Eine Arbeit mit dem Titel "Psychologie des Gesundheitsverhaltens" geht unter der vielversprechenden Überschrift "Theoretische Konzepte zum Gesundheitsverhalten" sogleich in medias res: "Wenn jemand das Rauchen aufgeben will, dann stellt dies eine Absicht dar, die ihrerseits auf verschiedene Beweggründe zurückgeführt werden kann ..." (Schwarzer 1992). Es wird als selbstverständlich vorausgesetzt, daß Rauchen ein "Gesundheitsverhalten" ist. Und "Gesundheit" ist offenbar das, was der Leser spontan darunter versteht. Im Roche Lexikon Medizin (1984) findet sich zwischen "Gestose" und "Getreideeiweiß" folgende Definition: "Gesundheit: 'normales' Aussehen, Verhalten u. Befinden (laut WHO auch das soziale Wohlbefinden); d. h. das subjektive Fehlen körperlicher u. seelischer Störungen bzw. die Nichtnachweisbarkeit entsprechender krankhafter Veränderungen; vgl. Krankheit".

Der Gesundheitsbegriff hat eine lange Geschichte. In der antiken und mittelalterlichen Tradition hatte das gesunde etwas mit dem guten Leben zu tun. Noch in der Medizin des 19. Jahrhunderts ist diese Tradition verfügbar, im 20. Jahrhundert verliert sie sich. Gleichzeitig rangiert bei repräsentativen Befragungen nach den höchsten Werten im Leben der Wert der Gesundheit ganz oben.

Mit dem Lebensstilbegriff stellen sich Schwierigkeiten anderer Art. Ist er alltagssprachlich verfügbar? Ich behaupte, Menschen haben ihrem Selbstverständnis nach keine Lebensstile, sondern sie leben einfach. Lebensstile sind eine Erfindung derjenigen, die sie erforschen. Diese sind es auch, die die Lebensgewohnheiten eines Menschen auf ihre gesundheitsrelevanten Elemente hin untersuchen und sie in gesundheitsgünstige und gesundheitsungünstige unterteilen. Menschen aber leben, tun dem Körper Gutes und Schlechtes, erkranken akut, genesen, erkranken chronisch, werden auch dabei wieder relativ gesund und müssen irgendwann sterben.

Dennoch ist das Konstrukt "Lebensstil" bedingt tauglich. Es erlaubt, einen Zusammenhang herzustellen zwischen der sozialen Umwelt eines Individuums, insbesondere unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit betrachtet, seinen Lebensgewohnheiten und der Art und Weise, wie sich seine körperliche, psychische und soziale Gesundheit darstellt. Auch ist zu beachten, daß neuere Ansätze zu Gesundheitsförderung und Prävention häufig bei jenen Variablen ansetzen, die als Elemente des Lebensstils begriffen werden: Rauchen, Trinken, sich bewegen, sich ernähren gehören dazu.

Damit sind wir bereits bei der zu behandelnden Fragestellung: Wie hängen Gesundheit und Lebensstil zusammen, wenn wir sie als Termini nehmen, die eine empirisch meßbare Realität bezeichnen? Gibt es Einflüsse in beide Richtungen? Diese Fragen sind erst nach Erarbeitung der begrifflichen Voraussetzung zu behandeln. Noch ist der Kontext verschwommen, der durch "Gesundheit und Lebensstil" bezeichnet wird.

Zum Gesundheitsbegriff: Die relative Gesundheit als Anstrengung

"Gesundheit" ist ein Ziel, eine Anstrengung auf dieses Ziel hin, also ein Werden. Gesundheit ist nicht einfach da. Alfred Schütz, ein in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts lebender phänomenologisch arbeitender Soziologe, hätte vielleicht gesagt, "Gesundheit gehört zu den lebensweltlichen Idealisierungen des 'Ich kann immer wieder ...'". Während die Außenwelt mit Hilfe der Idealisierung des "und so weiter ... gefügig gemacht wird, richtet sich die Erwartung des "Ich kann immer wieder" an den Organismus (vgl. Schütz 1971; Schütz u. Luckmann 1975).

Die Anbindung des Gesundheitsbegriffs an das phänomenologische Lebensweltkonzept hat den Vorteil, auf seine individuelle Seite zu verweisen. Auch der chronisch Kranke hat sein "Ich kann immer wieder ...", nur auf einem gemessen an morphologischen und funktionalen Kriterien niedrigeren level organischer

Gesundheit. Wichtig für sein Erleben von Gesundheit ist, daß diese lebensweltliche Idealisierung gelingt, also eine positive Erwartung an sein zukünftiges Handeln in der Welt sich entwickelt.

Auch die WHO sieht zunächst die subjektive Seite von Gesundheit. "Körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden" sind eindeutig subjektive Kriterien. Da es Aufgabe der WHO ist, Gesundheit ganzer Bevölkerungen positiv zu beeinflussen, benötigt sie auch objektive Kriterien. Wenn in programmatischen Texten die Rede von gesunder Arbeitswelt, gesunden Krankenhäusern und gesunden Städten ist, wird deutlich, daß es um Rahmenbedingungen von Gesundheit geht. Unter der Überschrift "Das Gesundheitspotential der Menschen vergrößern" heißt es bei Ilona Kickbusch: "Gesundheitsförderung beschäftigt sich damit, die Menschen dazu zu befähigen, ihr Gesundheitspotential umfassend auszubilden. An welchem Punkt im Leben man damit auch immer beginnt - ob als gesundes Baby oder als jemand, der schon viele Lebenskrisen durchlaufen hat und chronisch krank geworden ist - Gesundheit und Wohlbefinden können verbessert und weiterentwickelt werden" (Kickbusch 1989). Der Text, der den "Weg zu einer neuen Bewegung der öffentlichen Gesundheit" skizziert, ist im Geist von 1968 abgefaßt. Es werden Anstrengungen angekündigt, "Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die sicher, anregend und befriedigend sind, mit anderen Worten, ein unterstützendes Umfeld" abgeben. Und es gibt Menschen, die von Berufs wegen wissen, wie man das macht. Das sind die Menschen, die mit der WHO zusammenarbeiten.

Optimismus in Bezug auf das gesellschaftlich Machbare wird auch deutlich in der Neugründung von gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten bzw. in der Einrichtung von Graduiertenstudiengängen zu Public Health. Warum nicht "Öffentliche Gesundheit", warum "Public Health"? Vielleicht hängt es damit zusammen, daß diese Gesellschaft eine verbesserte öffentliche Gesundheit möchte, ehe sie weiß, was öffentliche Gesundheit ist.

Lebensstile: Nicht unmittelbar beobachtbar - und doch Außenseite

Was bedeutet das Wort "Lebensstil"? Der Soziologe Hartmut Lüdtke definiert, "Lebensstil" soll sein, eine "unverwechselbare ... Form eines subjektiv sinnvollen, erprobten Kontexts der Lebensorganisation eines privaten Haushalts, den dieser mit einem Kollektiv teilt und dessen Mitglieder deswegen einander als sozial ähnlich wahrnehmen und bewerten" (Lüdtke 1989).

Da Menschen soziale Wesen sind, verwirklichen sie ihren Lebensstil nicht allein, sondern in der Gruppe, v. a. in der Familie. Die eigene Lebensweise kann nur dann als sinnvoll erlebt werden, wenn sie von anderen geteilt und als sinnvoll erachtet wird. Ähnliche Lebensstile finden sich nicht nur bei Individuen, die in täglichem Kontakt miteinander stehen, sondern auch bei Individuen, die einander sozial ähnlich sind, z. B. in Bezug auf Bildung, Einkommen, berufliche Position, Wohngegend oder religiöse Bindung. Der Autor weist darauf hin, daß der Lebensstilbegriff keinen unmittelbar beobachtbaren Tatbestand bezeichnet, sondern ein Konstrukt darstellt. Der soziologische Beobachter gesunder und ungesunder Verhaltensweisen von Menschen arbeitet mit diesem Konstrukt und vermutet oder hofft, daß die Beobachteten selbst in ihren Köpfen über etwas dem Konstrukt einigermaßen Entsprechendes verfügen.

Dies ist aber, wie bereits ausgeführt, nicht unbedingt der Fall. Eine neuere Studie aus England von Blaxter (1990) mit dem Titel *Health and Lifestyles* hat bestätigt, was schon frühere Untersucher gefunden haben:

1. Soziologische und medizinische Laien charakterisieren ihren Alltag nicht mit Hilfe des Konstrukts "Lebensstil".
2. Wenige Menschen besitzen klare Vorstellungen davon, was ein "gesunder Lebensstil" ist.
3. Sehr wenige gestalten ihr Leben bewußt und konsistent i. S. eines gesunden Lebensstils.

Der französische Soziologe Pierre Bourdieu hat es vermocht, mit Hilfe idealtypischer Verdichtungen Lebensstile als komplexe Merkmale sozialer Klassen zu beschreiben (Bourdieu 1989). Eine weitere mögliche Vorgehensweise bestünde darin, von religiösen und weltanschaulichen Wertvorstellungen ausgehend z. B. asketische versus hedonistische Lebensstile vorzustellen und empirisch nachzuweisen. Nur - gibt es diese in reiner Form wirklich? Ist die empirische Wirklichkeit den entsprechenden Konstrukten hinreichend ähnlich? Unsere Gesellschaft und unsere öffentliche Gesundheit sind noch immer beeinflusst von den Folgen der asketischen Arbeitsethik des Protestantismus bzw. einiger seiner Varianten. Diese zunächst ganz offensichtlich menschenfeindliche Arbeitsethik hat im Verlauf des 20. Jahrhunderts eine Reihe von auf den ersten Blick hedonistischen Elementen assimiliert. Am sichtbaren Verhalten wird aber nicht deutlich, ob das anscheinend Hedonistische wirklich mit Lebensfreude verknüpft ist.

Es bleibt offenbar das Problem bestehen, daß der Lebensstilbegriff, deskriptiv ausgerichtet, sich mit der Außenseite der Dinge zufrieden gibt. Wodurch aber wird Gesundheit beeinflußt - nur durch die sichtbare Außenseite der als "Lebensstil" zusammengefaßten Verhaltensweisen?

Lebensstil und Gesundheit: Die Herzkreislaufgefährdung als soziale Tatsache

Ich möchte das Thema eingrenzen, um es für mich handhabbar zu machen. Ich möchte fragen, welcher Art die Beziehung zwischen dem dominanten westlichen Lebensstil und der Herzkreislaufgesundheit ist. Daß diese Beziehung besteht, ist ja hinlänglich bekannt. Als Soziologin werde ich mich dabei insbesondere den sozialen Determinanten widmen, welche möglicherweise Lebensstil und Herzkreislaufisiko gleichermaßen beeinflussen.

Die bereits zitierte Mildred Blaxter analysierte für ihre repräsentative Untersuchung der erwachsenen Bevölkerung von England, Wales und Schottland Interviews von etwa 9000 Männern und Frauen (Blaxter 1990). Sie berücksichtigte folgende Merkmale des Lebensstils: Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Aktivitäten und Freizeitgestaltung, vorwiegend Merkmale, deren Bedeutung für das kardiovaskuläre Risiko belegt ist. Eine wesentliche Forschungsfrage von Blaxter lautete: Wie weit wählen Menschen ihren Lebensstil frei - wie weit werden sie im Gegenteil bestimmt durch schon genannte Merkmale sozialer Ungleichheit wie Bildung, Einkommen und Beruf oder auch durch Art und Ausmaß ihrer Bindungen an andere Menschen. Um Bindungen zu erfassen wird u. a. gefragt nach Familienstand, Integration im Rahmen von Freundschaftsbeziehungen, Vereinstätigkeit und Bindung an die Gemeinde.

Blaxters (1990) Ergebnisse befinden sich in Einklang mit den Ergebnissen amerikanischer und europäischer Studien zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Noch immer wird die Freiheit, einen gesunden Lebensstil zu wählen, durch Zugehörigkeit zu den unteren sozialen Schichten eingeschränkt. Niedriger Bildungsstand, geringes Einkommen und niedrige berufliche Position sind typischerweise verbunden mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zu rauchen, sich ungünstig zu ernähren und sportliche Aktivitäten zu meiden. Das gilt für Männer und Frauen gleichermaßen.

Auch die Tatsache, daß sich eine Häufung ungesunder Verhaltensweisen, also ein konsistent ungesunder Lebensstil überdurchschnittlich häufig bei jüngeren Arbeitslosen findet, spricht für die These, daß sozialer Druck und das Fehlen sozialer Belohnungen den Lebensstil beeinflussen. In diesem Sinn ist auch das

Ergebnis zu interpretieren, daß Alleinstehende, insbesondere Ältere, die kaum noch über Bindungen verfügen, sich überzufällig häufig ungesund verhalten.

Wie steht es mit dem Einwand, daß es doch letztendlich individuelle Entscheidungen sind, die hinter dem Rauchen, dem viel Rauchen, dem fett Essen und der sitzenden Lebensweise stehen? Aber wie frei sind diese individuellen Entscheidungen getroffen worden? Nehmen möglicherweise Angehörige unterer sozialer Schichten und sozial schlecht Integrierte andere Alternativen wahr als die Privilegierteren?

Was wissen wir über Gedanken und Gefühle, die Menschen dazu bringen, unachtsam und nachlässig mit ihrem Körper umzugehen? Um diese Frage beantworten zu können, ist es wichtig, die Perspektive des Beobachters, also die des Experten, von der Perspektive desjenigen zu unterscheiden, der da mit Selbstverständlichkeit sein Leben lebt. Alltägliche Verhaltensweisen, die den Lebensstil bilden, werden eben nicht im Hinblick auf Gesundheitsdienlichkeit gewählt, sondern haben v. a. mit Lebensgefühl und mit Gewohnheiten zu tun. Den Tag mit einem Butterbrötchen, einer Tasse Milchkaffee und einer Zigarette zu beginnen, kann ein Ritual bedeuten, ohne welches, nach subjektivem Empfinden, die Einstimmung auf den Arbeitstag gar nicht gelingen kann. Kaffee und Zigarette wirken nicht nur vermittelt über chemische Substanzen, sondern auch über die Bedeutungen, die sie transportieren. Käse und Rotwein sind nicht nur sättigend, sondern, gerade in der Gruppe genossen, ein synästhetisches Erlebnis. Dasselbe gilt für die Currywurst mit Cola von der Pommes-Bude an der Ecke. Nur weil Ärzte es sagen, i. S. der Gesundheit Kaffee, Zigarette, fettreichen Käse und Currywurst ganz wegzulassen oder mit großer Vorsicht zu konsumieren, hieße für viele, auf ganz konkrete tägliche Freuden zu verzichten, um ferne, bedrohliche Entwicklungen im eigenen Körper, etwa eine koronare Herzerkrankung hinauszuschieben.

Wenn soziale Ungleichheit auch im modernen Sozialstaat noch deutliche Einflüsse auf Morbidität und Mortalität zeigt, dann nicht nur deshalb, weil sie sich in einer mehr oder weniger gesunden Lebensführung ausdrückt. Das Exzeßrisiko von Angehörigen unterer sozialer Schichten, relativ früh im Leben chronisch zu erkranken bzw. zu sterben, wird nur zu einem Teil durch die bisher benannten Merkmale des Lebensstils erklärt. Eine Analyse von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten westlicher Industrieländer kam kürzlich zu folgendem Ergebnis: Der Unterschied in der gesunden Lebenserwartung, also in der Anzahl der Jahre, die ein Mensch erwarten darf, frei von chronischer Erkrankung und Behinderung zu leben, zwischen jenen 20%, die sich am unteren Ende der sozialen Hierarchie befinden und den 20%, die sich am oberen Ende befinden, beträgt 14, 3 Jahre für Männer und 7, 6 Jahre für Frauen (Fox 1989). Die entsprechenden Unterschiede für die Lebenserwartung überhaupt betragen 6, 3 Jahre für Männer und 2, 8 Jahre für Frauen. Warum ist das der Fall?

Es ist ganz wesentlich die Arbeitswelt, die, nicht nur vermittelt über Lebensstil, sondern auch über Denken, Fühlen und Verhalten Gesundheit beeinflusst. Epidemiologen und Soziologen in Schweden, den USA und in Deutschland schätzen aufgrund ihrer Daten den Zusammenhang als so stark ein, daß sie von einer Intervention im Bereich der Arbeitswelt den größtmöglichen Effekt auf die öffentliche Gesundheit erwarten (Karasek u. Theorell 1990). Dabei geht es nicht in erster Linie um einzelne Noxen oder einzelne Merkmale der Arbeitsorganisation wie Schicht-, Lärm- oder Akkordarbeit. Es geht v. a. um eine Konstellation von Arbeitsbedingungen, die hohe quantitative Anforderungen an die Beschäftigten mit geringen Belohnungen verbindet. Eine solche Konstellation kann zu einer psychischen und physischen Daueranspannung führen.

Wie Arbeitsplätze beschaffen sein müssen, damit die Arbeitenden ihre Herz-Kreislauf-Gesundheit nicht übermäßig gefährden, haben der Soziologe Bob Karasek und Epidemiologe Töres Theorell detailliert beschrieben (Karasek u. Theorell 1990). Auf der Basis umfangreichen Datenmaterials konnten sie zunächst zeigen, welche Merkmale der Arbeit mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko assoziiert sind. Gefährlich sind v. a. Arbeitsplätze, die hohe quantitative Anforderungen mit einem geringen persönlichen Handlungsspielraum und geringer Verantwortung verbinden. Solche Arbeitsplätze unterdrücken Kreativität, Spontaneität und Lernfähigkeit. Das zeigt sich auch im Lebensstil: Geringe Autonomie am Arbeitsplatz, so haben amerikanische Längsschnittstudien gezeigt, schlägt sich in der Freizeitgestaltung nieder. Passive Gewohnheiten wie Fernsehen werden favorisiert, aktive wie Sport treiben, kulturelle Interessen verfolgen, Freundschaften pflegen, kommen zu kurz.

Johannes Siegrist und Mitarbeiter haben eine anders akzentuierte Risikokonstellation am Arbeitsplatz beschrieben (Siegrist et al. 1990). Sie schließt ein unrealistisches Verhalten ein, das allerdings betrieblich und gesellschaftlich gefördert wird, welches durch starke Verausgabungsbereitschaft, Überidentifikation mit der Arbeit und hohe, aber unpräzise definierte Karriereerwartungen gekennzeichnet ist. Wenn dieses Verhalten an einem Arbeitsplatz mit hohen Anforderungen zu voller Entfaltung gelangt und gleichzeitig Belohnung in Form von Statuszuwachs, also die Karriere ausbleibt, steigt das Herz-Kreislauf-Risiko an. Vermutlich, dies ist weniger gut untersucht, wachsen auch die ungesunden Verhaltensweisen an in dem Maß, wie zunehmend Anspannung und Frustration aufgebaut werden und die Abgrenzung von den Belastungen des Arbeitstages, in denen sich die Belastungen des Arbeitslebens kristallisieren, nicht mehr gelingt. Alles scheint auf eine Krise hinzulaufen.

Das Interessante und Erklärungsbedürftige ist, daß die Krise zunächst ausbleibt. Der unter Druck stehende Beschäftigte funktioniert weiter. Vielleicht steigt sein Verbrauch an Kaffee, Zigaretten, Schokolade oder Alkohol an. Vielleicht kommen Beruhigungs- oder Schlafmittel hinzu. Aber er funktioniert, da er mit

Hilfe seines Lebensstils seine innere Anspannung reguliert. Die dabei aufkommende Angst bleibt ihm und anderen verborgen. Vielleicht fehlt er nicht einmal öfter als vorher. Auffällig wird er typischerweise erst mit einem einschneidenden Erkrankungsereignis, z. B. dem Herzinfarkt.

Stellen Sie sich vor, die unter innerem und äußerem Druck stehenden Arbeitnehmer entschlossen sich zu einer radikalen Lebensstiländerung. Kaffee, Zigaretten, Schokolade, Alkohol und spannungsregulierende Medikamente wären plötzlich tabu. Gesundere Verhaltensweisen träten an deren Stelle: Entspannungstechniken, Streßbewältigungstechniken, Meditation, Ausdauertraining, ein bewußter Umgang mit den eigenen Gefühlen, eine bewußtere Wahrnehmung der Gefühle anderer - zusammengefaßt: Ein bewußterer Umgang mit sich selbst wie mit anderen. Natürlich kann eine solche Lebensstiländerung nur dann gelingen, wenn es eine Gelegenheit gibt, sie zu erlernen. Aber stellen wir uns einmal vor, sie sei erlernt worden. Für den Betrieb kann kurzfristig eine radikale Lebensstiländerung seiner Beschäftigten nur Krise bedeuten. Werden die alten Techniken der Spannungsregulation nicht mehr angewandt, und die neuen sind noch nicht gut eingespielt, während gleichzeitig i. S. der Streßbewältigung die bewußte Auseinandersetzung mit betrieblicher Position und Berufsrolle abläuft, so ist das Funktionieren zunächst gefährdet.

Lassen sich einige der Determinanten des Lebensstils ändern? Trotz aller Vorbehalte sind möglicherweise Betriebe zu motivieren, günstige Bedingungen für Lebensstiländerungen zu schaffen. Dazu müßte allerdings die mittel- und langfristige Perspektive gewählt werden. Karasek (1990) hat anhand von Daten aus der Industrie plausibel gemacht, daß größere Autonomie am Arbeitsplatz Produktivität freisetzt. Vermutlich ließe sich zeigen, daß ein gesunder Lebensstil, der "schonend" wirkt, weil er individuelle Kräfte ökonomisch einsetzt, letztendlich der Arbeitsproduktivität zugute käme. Es würde konzentrierter und zielgerichteter gearbeitet und die schleichende Zerstörung individueller Ressourcen würde vermieden. Dabei würden die Beschäftigten wichtige Erfahrungen machen, die ihr weiteres gesundheitsbezogenes Verhalten betreffen. Sie würden z. B. lernen, daß es sinnvoll ist, gegenwärtiges Handeln auf ein Ziel in der Zukunft hin zu orientieren und für dieses Ziel gewisse Anstrengungen und auch Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen. Stattdessen lernt man an Arbeitsplätzen mit wenig Autonomie, daß, was immer der Beschäftigte selbst plant, doch etwas anderes eintreten wird und es also gar nicht sinnvoll ist, planvoll ferner liegende Ziele anzusteuern. Soziologische und psychologische Forschung hat die Relevanz solcher Erfahrungen für Lebensstil und Gesundheit zeigen können. Wer im Beruf die positive Erfahrung gemacht hat, selbst planend und steuernd Prozesse mitgestalten zu können, wird mit größerer Wahrscheinlichkeit planvoller mit seiner Gesundheit umgehen als derjenige, dem die eigene Macht- und Hilflosigkeit immer wieder vor Augen geführt wurde (Siegrist 1988).

Als dem Individuum scheinbar ferne Instanz nimmt am Ende die Gesellschaft Einfluß auf Arbeitswelt, Lebensstil und Gesundheit. Jede Gesellschaft besitzt ein sie charakterisierendes Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum. Gesundheit und Krankheit sind nicht nur als individuelle, sondern auch als soziale Tatsachen zu betrachten. Es sind v. a. soziokulturelle Wertvorstellungen, die - in der Organisation der Arbeit ebenso präsent wie im individuellen Lebensstil - Einfluß auf seelische und körperliche Gesundheit nehmen. Im Fall moderner Industriegesellschaften ist es immer noch die Dominanz des Wertes der Leistung, die einen ungesunden Druck erzeugt. Wenn die Orientierung an Leistung und Erfolg blind geschieht, kommt es zu einer schonungslosen Ausbeutung des eigenen Organismus. Sie entspricht in ihrer Blindheit und Schonungslosigkeit der Ausbeutung der Natur, neutraler formuliert, der Naturbeherrschung, die dem Projekt "industrieller Fortschritt" eigen ist. Der Bereich des Beherrschbaren und Kontrollierbaren schien lange Zeit unbegrenzt ausdehnbar. Das Vermögen, die eigene menschliche Natur zu kontrollieren, war immer Voraussetzung erfolgreicher Naturbeherrschung bzw. industriellen Wachstums. Dabei hatten sich Lebensstiltechniken als Techniken zu bewähren, Menschen dem technischen Fortschritt anzupassen. Sie haben sich in gewisser Weise bewährt. Widerstände gegen einen gesunden Lebensstil, der viele Elemente alter östlicher Kulturen enthält, sind auch Widerstände gegen andere, nicht-westliche Wertsysteme. Schließlich ist es unser schonungsloses Verhalten, das nie gekannten materiellen Reichtum für eine große Zahl von Menschen geschaffen hat.

Gesundheit und Lebensgeschichte

Ich möchte die Schwierigkeit, Gesundheit durch Lebensstilmerkmale zu erklären, mit Hilfe einer Fallgeschichte verdeutlichen.

Wie eingangs dargelegt, denken Menschen nicht in Lebensstilbegriffen. Das Konstrukt "Lebensstil", als Folie auf die Lebensgeschichte gelegt, verdeckt diese und setzt an ihre Stelle ein Muster gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, das dem Erleben desjenigen, der da lebt, fremd ist.

Wir haben es dann mit dem Prozentanteil der Raucher bei Männern und Frauen in Abhängigkeit von Alter, Schulbildung, Einkommen und Beruf zu tun, mit der Häufigkeit der Kombination von Rauchen, Bewegungsmangel und Fettstoffwechselstörung. Wir identifizieren durch den Lebensstil Gefährdete. Wir haben aber Schwierigkeiten, mit ihnen darüber zu reden, da unsere Konzepte von Lebensstil und Risikoverhalten ihnen fremd sind.

Eine andere Herangehensweise versucht, den Lebensstil in der Lebensgeschichte zu finden. Er entwickelt sich langsam, unmerklich. Größere Änderungen erscheinen Untersuchern wie Betroffenen als neue Weichenstellungen an markanten Punkten der Lebensgeschichte. Diese Herangehensweise stellt eine Sprache für Untersucher und Untersuchte bereit.

Kasuistik

Hans Joachims Kindheit fiel in die Kriegsjahre. Das Ziel, satt zu werden, stand in dieser Zeit für die meisten im Vordergrund. Hans Joachim ging es nicht ganz schlecht, da er als einziges Kind in einer Beamtenfamilie in Thürigen zunächst einigermaßen privilegiert aufwuchs. 1946, Hans Joachim war 13 Jahre alt, wurde der Vater wegen seiner politischen Vergangenheit interniert. Die Familie erhielt keine Unterstützung, Mutter und Sohn mußten sich selber helfen. Die Mutter besorgte Nahrungsmittel aus ihrer ländlichen Heimat, der Junge handelte in der inzwischen sowjetischen Besatzungszone auf dem schwarzen Markt. Billiges Schreibzeug ließ sich günstig an die kasernierten Besatzungssoldaten verkaufen. Zigarettenvorräte des Vaters erwiesen sich als wertvolle Tauschobjekte, eine Packung brachte 3 Brote. Gelegentlich rauchte Hans Joachim selbst eine dieser wertvollen Zigaretten, z. B. eine Pall Mall - aufgrund ihrer Länge als "Ami-Zigarette" zu erkennen - in der Straßenbahn, wo er Aufmerksamkeit und Neid der Lehrer erregen konnte.

In den Nachkriegsjahren blieb es erste Priorität, genug zum Leben zu bekommen. Da Hans Joachim sich keiner Partei angeschlossen hatte, auch nicht der FDJ angehörte, wurde er nach dem Abitur (1951) nicht zum Studium zugelassen. Noch im selben Jahr floh er mit Freunden in den Westen. Die Hoffnung, von Verwandten im Westen soweit unterstützt zu werden, daß ein Studium möglich geworden wäre, zerschlug sich. Die Suche nach Arbeit war bei der hohen Arbeitslosenrate schwierig. Hans Joachim fand eine Stelle in der Landwirtschaft mit ungewohnt harter körperlicher Arbeit, der er nicht gewachsen war. Von der nächsten Stelle, ebenfalls als Knecht beim Bauern, blieb ein Satz haften, der ihm gesagt wurde, als er um einen Nachschlag beim Essen bat: "Schweine füttert man fett, aber keine Knechte". Noch immer war es nicht selbstverständlich, satt zu werden.

Es folgten Jobs auf dem Bau und im Steinbruch. Ein letzter Versuch, das gewünschte Jura-Studium zu beginnen, scheiterte, da weder Hans Joachim noch die Familie in Thürigen die zu einem möglichen Stipendium hinzukommende Teilfinanzierung übernehmen konnten. Hans Joachim machte auf Anraten eines Schulfreundes den Führerschein und nahm bei einer großen Spedition eine Stelle als Lkw-Fahrer an, die relativ gut bezahlt wurde. Die Arbeit machte Spaß, das Zusammensein mit dem Freund tat gut. Wenn der Arbeitstag sehr lang war, dann halfen Zigaretten, auch spät abends wach zu bleiben. Die Idee, sich mit dem Freund gemeinsam selbständig zu machen, ließ sich nicht verwirklichen,

da dem Freund die Selbständigkeit zu unsicher schien. So fuhren die beiden zunächst weiter Lastzug ohne klare Perspektive einer beruflichen Entwicklung vor Augen. Hans Joachim hatte zwar unterschwellig weiter den Wunsch, sich beruflich zu verbessern, eine Arbeit zu finden, die ihn intellektuell mehr forderte, aber die lange Arbeitszeit als Fernfahrer machte es schwierig, in Ruhe Zukunftsplanung zu betreiben. Hans Joachim verspürte auch keinen direkten Druck, so sagte er, aus dieser Tätigkeit auszubrechen.

Kurz nachdem der Freund eine Bürotätigkeit gefunden hatte, heiratete Hans Joachim. Er suchte dann eine Stelle am Heimatort seiner Frau, was ihm mit Unterstützung des Schwiegervaters schnell gelang. Er trat in eine Speditionsfirma ein, in der er sich von Anfang an stark engagierte und bald Karriere machte. Auf allen Ebenen der betrieblichen Hierarchie galt die Devise "Einsatz total". Die 6-Tage-Woche war ebenso selbstverständlich wie der lange Arbeitstag. Es wurde gearbeitet, bis die Vorbereitung für den nächsten Tag fertig war. Was am Samstagabend nicht geschafft wurde, wurde mit Selbstverständlichkeit von allen am Sonntagmorgen zu Ende gebracht. Hans Joachim lebte mit diesen Bedingungen so selbstverständlich wie die meisten seiner Kollegen. Er empfand die Arbeitsbedingungen nicht als übermäßig belastend.

Schon lange hatte er sich angewöhnt, sich nach etwas Getanem mit einer Tasse Kaffee und einer Zigarette zu belohnen. Das galt nicht nur für den Beruf, sondern auch für Tätigkeiten in Haus und Garten. Irgendwann in den 60er Jahren hörte Hans Joachim spontan mit dem Rauchen auf. Nach einigen Monaten fragte ihn seine Frau: "Sag mal, warum rauchst Du denn gar nicht mehr? Magst Du nicht mal wieder eine rauchen?" Hans Joachim mochte. Im weiteren Lauf des Arbeitslebens stieg der Zigarettenkonsum auf zeitweilig 70 bis 80 Zigaretten an. Das war in der Zeit, als er sehen mußte, wie Jüngere mit Hochschulabschluß die uneinholbar besseren Karrierechancen hatten. Versuche, von der starken Abhängigkeit loszukommen durch Umsteigen auf Pfeife, waren nur mäßig erfolgreich.

Für regelmäßigen Sport blieb keine Zeit. Hans Joachim empfand dies aber nicht als Mangel. Das eigentlich Belohnende nach der Arbeit war das Essen in der Familie. Es fand am späten Abend statt und fiel reichlich aus, einem Bedürfnis nach Erholung, zur Ruhe kommen und Verwöhntwerden entsprechend. Die Ehefrau kochte und backte gut und Hans Joachim aß mit Genuß, bemerkt aber rückblickend, daß er sich nur dann belohnt fühlte, wenn er von allem möglichst viel gegessen hatte.

Die Lebensbedingungen änderten sich mit veränderten Arbeitsbedingungen. Arbeitswoche und Arbeitstag wurden kürzer. Muße wurde möglich. Hans Joachim entwickelt jedoch erst dann eine deutlich andere Lebensweise, als er mit 59 Jahren manifest erkrankt. Er läßt sich auf das Neue ein, findet es angenehm, sieht jedoch ohne Zorn auf die alte Zeit zurück. Die neue Lebensweise umschreibt Hans Joachim mit "bewußter leben" und "arbeiten um zu leben", nicht "leben um zu arbeiten". Nach Herzinfarkt und Gefäßoperation geht er zwar gern in den Beruf zurück, freut sich besonders auf seine Aufgaben in der Lehrlingsausbildung, gewichtet jedoch stärker als bisher Freizeit, Sport, Urlaub und Familienleben. Es fällt ihm leicht, nicht mehr zu rauchen. Er lernt, kleinere

Mahlzeiten bewußt zu genießen. Anders als viele seiner Mitpatienten nutzt er beide Anschlußheilbehandlungen (nach Herzinfarkt und nach Operation) intensiv für sein Ziel, der neuen Lebensweise Konturen zu geben. Zusätzlich zu Bewegungstherapie und Ernährungsberatung, die zum Standardprogramm der Klinik gehören, schließt er sich der Übergewichtigengruppe an und nimmt am Streßbewältigungstraining teil.

Am Ende der zweiten Heilbehandlung vermittelt Hans Joachim den Eindruck von relativ guter körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit.

Schlußbemerkungen

Das gute Leben als Orientierungshilfe

Abschließend einige Nachbemerkungen zu Hans Joachims Geschichte. Hans Joachim hat nach seiner Erkrankung einige seiner bisherigen Wertorientierungen überdacht. Das war Voraussetzung für die Entwicklung eines neuen Lebensstils.

Der in modernen Gesellschaften dominante Lebensstil ist nicht auf das Ziel des "guten" Lebens gerichtet. Eher schon auf das Ziel, gut zu leben. Aber immer noch typisch ist die Fixierung auf den Wert der Arbeit. "Ich leiste, also bin ich", oder "Ich bin, was ich leiste". Objektiver Leistungsmaßstab ist der Erfolg. Gerade bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit fällt oft die mangelnde Distanz zu Werten und Zwängen der Arbeitswelt auf. Der Zwang zum Erfolg ist der Kultivierung traditioneller alteuropäischer Werte im Wege. Dem entspricht das von Psychotherapeuten beschriebene narzißtische Lebensgefühl, das hinter strahlenden Oberflächen Verachtung und Entwertung verbirgt. Entwertung auch der eigenen Leistungen, die nie genügen. Die ruhige Suche nach dem eigenen Tempo und dem eigenen Maßstab kann nicht gelingen bei unsicherem Selbst. Der Wunsch nach Meditation und Selbstfindung, schon der Wunsch, dem eigenen Körper durch angemessene Ernährung etwas Gutes zu tun, setzt Achtung und Wertschätzung des Lebens voraus.

Der nicht nur bei Koronarpatienten so oft spürbare Mangel an Achtung vor dem Leben und Liebe zum Leben wird deutlich am Umgang mit dem Tod. Niemand hat es so eindrücklich formuliert wie Martin Heidegger (1976) in "Sein und Zeit":

"Der Tod begegnet als bekanntes innerweltlich vorkommendes Ereignis.

Als solches bleibt er in der für das alltäglich

Begegnende charakteristischen Unauffälligkeit ...

man stirbt am Ende auch einmal ..."

"Das Man läßt den Mut zur Angst vor dem Tode nicht aufkommen .
.. (sie) wird überdies als Schwäche ausgegeben ..."

Von selbstsicheren Menschen werde erwartet, diese Angst nicht zu kennen. In Situationen der Bedrohung, wenn die eigene oder eine nahestehende Person schwer erkrankt ist, wie ist da die Liebe zum Leben auszudrücken, ohne Angst vor dem Tod zu zeigen?

Eine ganz alte Kultur, die ägyptische, hat die Liebe zum Leben in den Grabkammern und Kulträumen für die Toten in herrlichen bunten Darstellungen des Alltags zum Ausdruck gebracht. Der Wert der göttlich-menschlichen Ordnung, in deren Rahmen das gute Leben nur möglich ist, wird in Szenen des Totengerichts ins Bild gesetzt. Die Kontinuität des Guten ist gesichert. Der Totenkult als eine Affirmation des Lebendigen scheint mir ein guter Umgang mit der Angst vor dem Tod. So kann der Tod weder die Schönheit noch die Wahrheit des Lebens verneinen.

Wann können tiefgreifende Lebensstiländerungen gelingen? Wann ist ein gesunder Lebensstil wahrscheinlich? Wenn Menschen nicht bloß abstrakt gesund sein, sondern ihr Leben lieben und gestalten wollen, und wenn sie spüren, daß der überkommene Lebensstil ihrem ästhetischen und moralischen Gefühl nicht genügt. Der Lebensstil geht ins Herz. Gut für's Herz ist er, wenn er von Herzen kommt.

Literatur

- Arnold M, Ferber VC, Henke K-D (Hrsg) (1990) Ökonomie der Prävention. Bleiler, Gerlingen
- Blaxter M (1990) Health and Lifestyles. Tavistock & Routledge, London New York
- Bourdieu P (1989) Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Fox J (ed) (1989) Health in equalities in European countries. Gower, Aldershot
- Heidegger M (1976) Sein und Zeit. Niemeyer, Tübingen
- Karasek R, Theorell T (1990) Healthy Work. Basic Books, New York
- Kickbusch I (1989) Das Gesundheitspotential der Menschen vergrößern. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung und chronische Krankheit, Köln
- Lüdtke H (1989) Expressive Ungleichheit: Zur Soziologie der Lebensstile. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Lüschen G, Cockerham W, Kunz G (Hrsg) (1989) Gesundheit und Krankheit in der BRD

- und in den USA. Oldenburg, München
- Roche (Hrsg) (1984) Lexikon Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien
Baltimore
- Schütz A (1971) Das Problem der Relevanz. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Schütz A, Luckmann T (1975) Strukturen der Lebenswelt. Luchterhand, Neuwied Berlin
- Schwarzer R (1992) Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen
- Siegrist J (1988) Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München Wien
Baltimore
- Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D (1990) Low status control, high effort at
work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. Soc Sci
Med 31 : 1127-1134

Psychosomatische Wechselwirkungen bei Aids: Ein Projektbericht

P. Kruse*, H. Holzhüter*, S. Klingenberg*, M. Meyer zu Altschildesche*, W. Eberling**, M. Vogt-Hillmann **, A. Raeithe***
und M. Stadler *

Projektrahmen und Entstehungszusammenhang

Im folgenden werden Ergebnisse eines laufenden Forschungsprojekts vorgestellt, das aus der interdisziplinären Zusammenarbeit einer hämatologisch-internistischen Schwerpunktpraxis mit dem Institut für Psychologie und Kognitionsforschung der Universität Bremen und dem Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie entstanden ist. Das Projekt wurde angeregt durch die in der medizinischen Versorgung von HIV-Positiven und Aids-Patienten gewonnene Überzeugung, daß die psychische Komponente bei der Konfrontation mit der Diagnose HIV bedeutsamen Einfluß auf den Ausbruch und Verlauf von Aids hat. Diese Praxisorientierung ist die zentrale Rahmenvorgabe des Projekts. Geforscht wird ausschließlich innerhalb der konkreten medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung (vgl. Dunde 1990). Den Patienten der Schwerpunktpraxis wird vom behandelnden Arzt das Angebot unterbreitet, sie auf Wunsch an einen Psychotherapeuten zu vermitteln. Patienten, die auf dem Hintergrund ihrer allgemeinen Lebenssituation oder spezieller krankheitsbezogener Bedingungen auf dieses Angebot eingehen, werden in der Folge unabhängig vom wissenschaftliche Kontext psychotherapeutisch begleitet. Diese Begleitung wird in Kooperation mit den Ärzten der Schwerpunktpraxis von neun Psychotherapeuten getragen. Die Patienten können sich aus der Betreuung heraus entscheiden, zusätzlich am Forschungsprojekt teilzunehmen (s. Abb. 1).

* Institut für Psychologie und Kognitionsforschung, Universität Bremen

** Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie

*** Psychologisches Institut II, Universität Hamburg

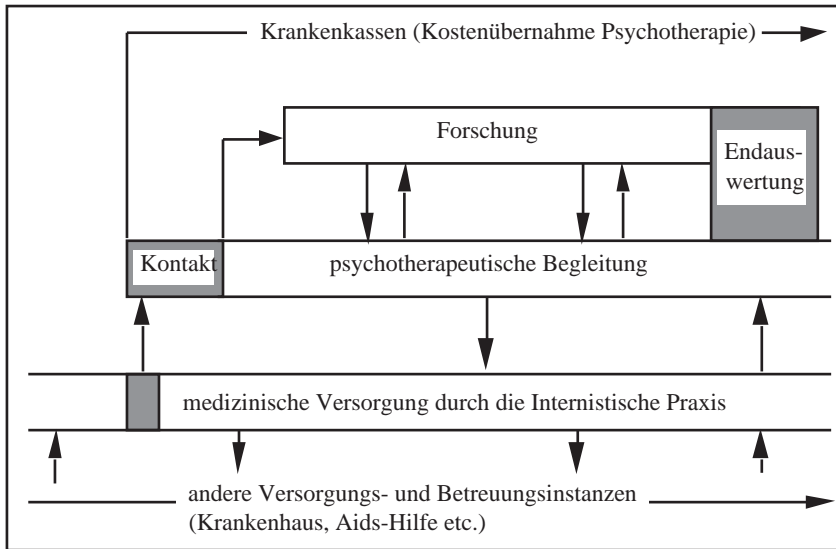


Abb. 1. Ineinandergreifen von Versorgungsmodell und Forschungsprojekt

Bereits 1983 trat in der hämatologisch-internistischen Schwerpunktpraxis das Problem der HIV-Infektion in Erscheinung, ohne zunächst entsprechend zugeordnet werden zu können. Der erste HIV-Infizierte, der im Praxisalltag extrem auffiel, war ein Patient mit einer schweren Hämophilie, der zunächst mit unklaren Fieberschüben und Gewichtsverlust ein nicht faßbares Krankheitsbild manifestierte. Trotz Blut-Stuhl-Urin-Sputum-Kulturen und Röntgendiagnostik des Thorax konnte keine Infektursache gefunden werden. Desweiteren traten unklare Diarrhöen und rezidivierende *Candida albicans* Infektionen auf. Die genannten Erscheinungen wechselten. Sie konnten aber unter symptomatischer Therapie kompensiert werden. Zehn Monate später entwickelte der Patient bei schwerer Dyspnoe eine atypische Pneumonie, bei der ebenso kein spezifischer Erreger gefunden wurde. Die Diagnosen einer Lungenfachklinik und der Universitätsklinik der medizinischen Hochschule Hannover wechselten zwischen Pneumonie und Tbc-Verdacht. Nach weiteren zwei Monaten zeigte der Patient starke Konzentrationsschwierigkeiten und entwickelte 1 1/2 Jahre nach den ersten Krankheitssymptomen eine schwere Amaurose. Intrazerebral wurde eine Toxoplasmose computertomographisch festgestellt. Mit zunehmender Demenz und Amaurose lebte der Patient bei symptomatischer therapeutischer Intervention noch ein Jahr. Schließlich verstarb er 2 1/4 Jahre nach den ersten Symptomen im Juli 1985 - dement, komatös, amaurotisch in einer grotesken Kachexie im Leberkoma.

Da, neben dieser sehr heftig verlaufenden Entwicklung des an Aids erkrankten Patienten im Hämophilie-Kollektiv der Praxis, noch weitere Symptommfälle auftraten, entwickelte sich ein Klima der Angst sowohl bei den behandelnden Ärzten als auch bei den betroffenen Patienten. Die an wechselnden Krankheiten erlebte Problematik von Aids, führte zu tiefgreifenden Verunsicherungen auf beiden Seiten. Durch parallellaufende Pressekampagnen zum Thema Aids (ca. 1985) verstärkten sich die psychischen Probleme der Patienten immens und die notwendigen Kriseninterventionen, die als ärztliche Leistung zu erbringen waren, wurden immer aufwendiger. Die Angst der Patienten wuchs in der Interaktion zwischen dem Krankheitserleben und den teils eher irritierenden als informierenden Medienberichten. Die Angst der behandelnden Ärzte wuchs in der Interaktion zwischen dem erlebten diagnostischen und therapeutischen Unvermögen und dem Zurückschrecken vor dem Ansteckungsrisiko.

Von anderen Praxen wurden aufgrund der frühen Involvierung zunehmend HIV-infizierte und Aids-krankte Patienten in die hämatologisch-internistische Schwerpunktpraxis überwiesen. Die Fallzahl in der Praxis war entsprechend progressiv (Abb. 2). In den Jahren 1983 bis 1990 änderte sich das Bild des Patientenkollektivs. Die Gruppe der Homosexuellen begann zahlenmäßig zu dominieren. Diese Dominanz hat sich bis heute erhalten.

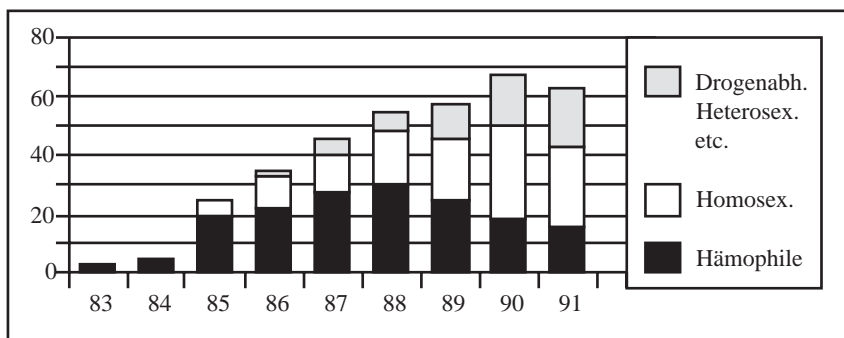


Abb. 2. Entwicklung des HIV-Patientenkollektivs in der Schwerpunktpraxis

Durch den besonderen Betreuungsbedarf der großen Zahl von HIV-infizierten Patienten und durch die im Krankheitsverlauf sich häufenden Krisensituationen wurde die Praxis in einem Umfang belastet, der eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit psychotherapeutisch spezialisierten Psychologen notwendig machte. Diese Zusammenarbeit wurde 1988 als ambulantes psychotherapeutisches Angebot etabliert. Die gemachten Erfahrungen waren sehr ermutigend und die

enge Kommunikation zwischen Ärzten und Psychologen erwies sich für die Patienten als äußerst sinnvoll. Aus den gewonnenen Erfahrungswerten entwickelte sich die Konzeption des Forschungsprojekts.

HIV und Aids als kritisches Lebensereignis

Die von den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten gemachten Erfahrungen belegten überdeutlich die auch aus der Literatur gut begründbare These, daß die Diagnose "HIV-positiv" und der Ausbruch der Krankheit Aids für die Betroffenen in besonderer Weise ein kritisches Lebensereignis darstellen. Die Begriffe "Streß" und "Trauma" sind die am häufigsten verwandten Beschreibungen der Belastungssituation im Kontext Aids (vgl. Weimer et al. 1989). Die Diagnose "HIV-positiv" und der Ausbruch der Krankheit Aids führen aufgrund der speziellen Bedingungen dieser Infektion, vielleicht mehr als es für andere lebensbedrohliche Krankheiten gilt, zu einer weitreichenden Verunsicherung und Destabilisierung der etablierten Lebenszusammenhänge der Betroffenen. Allgemeinpsychologisch lassen sich vier Quellen einer psychischen Destabilisierung benennen: (1) eine unklare, ambigüe oder widersprüchliche Informationslage, (2) unklare oder nicht vorhandene Handlungsperspektiven, (3) soziale Isolation, und (4) ein generell erhöhtes Erregungsniveau. Diese Quellen psychischer Instabilität kommen im Kontext Aids in extremer Weise zum Tragen.

Unklare, zweideutige oder widersprüchliche Informationslage

Die Medienwirklichkeit der HIV-Infektion und der Krankheit Aids ist in erschreckendem Maße gekennzeichnet durch Desinformation und Widersprüchlichkeit. Überschriften wie "Aids: Die sanfte Bombe. Seuche im Vormarsch. 40 Millionen Aids-Infizierte erwartet" stehen damals wie heute Aufmacher gegenüber, die schlicht das Gegenteil verkünden: "Die Aids-Lüge. Lächerliche Prognosen. Keine Panik." Nach dem Höhepunkt der Medienpräsenz um 1987 wird die Aids-Thematik zunehmend anhand von Einzelfällen mit großem Bekanntheitsgrad abgehandelt und es wird damit erneut eher emotionalisiert als informiert. Auf dem Hintergrund der Medienwirklichkeit ist es für die Betroffenen schwer, sich bezogen auf die eigene Situation Orientierung zu verschaffen. Die öffentlichen Informationsangebote beziehen sich in erster Linie auf

den Präventionsaspekt. Bei einer stichpunktartigen inhaltsanalytischen Untersuchung verschiedener, auch fachwissenschaftlicher Publikationsorgane zeigte sich durchgängig eine Tendenz zur undifferenzierten Gleichbehandlung von HIV-Infektion und Aids-Erkrankung und es wurden in der thematischen Darstellung immer wieder im weitesten Sinne politische Interessenlagen spürbar (Meyer 1991). Die wissenschaftliche Diskussion entwickelt sich mit einer großen Dynamik, die die in der Betreuung von HIV-Positiven und Aids-Erkrankten tätigen Praktiker vor große Wissens- und Verständnisprobleme stellt. Auch hierdurch werden notwendigerweise oft widersprüchliche oder unklare Auskünfte an die Betroffenen weitergegeben. Ein zentraler Aspekt der Verunsicherung liegt jedoch in der Eigenart der Krankheitsproblematik selbst. Weder vor noch nach dem Ausbruch der Krankheit Aids erleben die Betroffenen ein klar umrissenes Krankheitsbild. Vor der ersten Krankheitsmanifestation ist die HIV-Infektion subjektiv ein Leiden an einem Wort, an einer persönlichen, wissenschaftlichen oder gesellschaftlichen Konstruktion. Die Infektion ist bezogen auf das körperliche Erleben konsequenzenlos und unfaßbar. Mit dem Ausbruch der Krankheit, der in Kommentaren von Betroffenen manchmal fast als entlastender Konkretisierungsschritt empfunden wird (vgl. Chuang et al. 1989; Franke u. Jäger 1990), geht die Unfaßbarkeit der Latenzphase in die nur indirekt nachvollziehbare Kausalbeziehung von Schädigung des Immunsystems und opportunistischer Infektion über (Perrez et al. 1990). Die Krankheit selbst entzieht sich dem Betroffenen psychologisch in der Vielfalt der symptomatisch zu behandelnden Folgeerscheinungen. Der Mangel an Anschaulichkeit der Krankheit wird von Betroffenen immer wieder betont.

Unklare oder nicht vorhandene Handlungsperspektiven

Der Übergang von der HIV-Infektion zur Krankheit Aids ist für den individuellen Fall nicht vorhersagbar. Die beobachteten Verlaufsbilder divergieren enorm bezogen auf den Zeitpunkt des Ausbruchs von Aids. Für die Betroffenen ergibt sich ein Lebensgrundgefühl, das dem Gehen auf dünnem Eis entspricht. Langfristige Lebensplanungen treten in den Hintergrund und werden oft explizit für unmöglich gehalten. Die eigene Handlungsfähigkeit schränkt sich dann subjektiv auf die unmittelbare Gegenwart ein. In der Alltagswelt sind Planungsperspektiven beruflicher oder privater Art eine wesentliche stabilisierende Handlungsgrundlage. Die durchaus positiv umsetzbare Aufforderung zu einem bewußteren Erleben der Gegenwart geht bei vielen Betroffenen in dem Verlustgefühl der scheinbar unsinnig werdenden Lebensziele unter. Die krankheitsbezogenen Handlungs-

möglichkeiten beschränken sich auf reaktive, symptombezogene Vorgehensweisen oder auf präventive Maßnahmen gegen die opportunistischen Infektionen. Das Fehlen einer Kausaltherapie vermittelt den Betroffenen ein Gefühl umfassenden Ausgeliefertseins.

Soziale Isolation

Die Betroffenen schaffen und erleiden häufig eine weitreichende Isolation gegenüber ihrer sozialen Umwelt. In Abhängigkeit von der Betroffenenengruppenzugehörigkeit und der persönlichen Lebensgeschichte spielen dabei Schuldphantasien und Selbststigmatisierungen eine nicht unbeträchtliche Rolle. Dies gilt besonders für homo- und bisexuelle Männer ohne Comingout. Das Ansteckungspotential der HIV-Infektion wird von seiten der Betroffenen wie von seiten der Nicht-Betroffenen als aktives Rückzugsargument angeführt. Für die Betroffenen kommt die Angst hinzu, von "harmlos" erkrankten Nicht-Betroffenen mit für sie bedrohlich verlaufenden Krankheiten angesteckt zu werden. Bei Ausbruch der Krankheit Aids und in Verbindung mit einem Geheimhaltungswunsch des Betroffenen wird die Tendenz zur Selbstisolation noch durch die Verschlechterung des Allgemeinbefindens und das Sichtbarwerden von Symptomen (z. B. Kachexie oder Kaposi` Sarkom) verstärkt. Generell macht die Notwendigkeit einer Neuorientierung des sexuellen Verhaltens den Bereich intimer zwischenmenschlicher Kontakte problematisch. Einige Betroffene lösen diese Problematik durch die Aufgabe jeglicher Sexualkontakte und die Vermeidung engerer persönlicher Beziehungen. Ein homosexueller Patient hat hierfür das Bild geprägt, daß seit der Infektion für ihn kein Mensch mehr "hinter dem Vorhang" existiert.

Allgemein erhöhtes Erregungsniveau

Alle drei genannten Faktoren führen bei den Betroffenen zu einem diffusen Angstpotential, das sich leicht zu Panikgefühlen steigert oder in Depressivität übergeht. Der im Kontext Aids vom Betroffenen subjektiv wahrgenommene Kontrollverlust, das umfassende Gefühl von Hilf- und Schutzlosigkeit und die Erwartung oder Erfahrung unzureichender sozialer Unterstützung bilden eine psychische Bedingungslage, die in gefährliche Wechselwirkung mit dem

Krankheitsgeschehen treten kann. Empirische Ergebnisse belegen, daß dauerhafter Streß in Kombination mit Kontrollverlust, Handlungsunfähigkeit und Erwartungsängsten zu einer geschwächten Immunantwort führt (Grossman 1989; Schulz u. Raedler 1990). Berichtet wird besonders der negative Einfluß einer mangelnden sozialen Unterstützung (Thoits 1986; Zich u. Temoshok 1987; Leiberich u. Olbrich 1990).

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß sowohl die Diagnose "HIV-positiv" als auch der Verlauf der Aids-Erkrankung Voraussetzungen schaffen für eine tiefgreifende psychische Verunsicherung und eine nicht geringe zusätzliche psychosomatische Gefährdung der Betroffenen.

Individuelle Wirklichkeitskonstruktionen im Kontext HIV und Aids

Aus den Ergebnissen allgemeinspsychologischer Experimente (Kruse u. Stadler 1990) und aus der Psychosomatikforschung (Baldwin 1979; Gaus u. Köhle 1986; Beutel 1988) läßt sich ein enger Zusammenhang zwischen psychischer Instabilität, Sensibilität gegenüber Bedeutungszuweisungen und der psychosomatischen Reaktionsbereitschaft eines Menschen ableiten (vgl. auch Folkman et al. 1986). Es ergibt sich die These, daß in der psychischen Instabilität subjektive Deutungen und Wirklichkeitskonstruktionen verstärkt somatische Reaktionen hervorrufen können. Setzt man bei HIV-Infizierten und Aids-Erkrankten eine allgemein erhöhte Instabilität und damit eine gesteigerte Sensibilität gegenüber Deutungen und Bewertungen voraus, so wird die Kenntnis der individuellen Wirklichkeitskonstruktionen der Betroffenen zur unverzichtbaren Basis für das Verständnis des Krankheitsprozesses und für die Gestaltung von begleitenden therapeutischen Interventionen. Darüber hinaus wird es notwendig, gesellschaftliche Bewertungsvorgaben und kontextbezogene Konstruktionen von Betreuern nachzuvollziehen, da diese in der Instabilität der Krisensituation einen großen Einfluß auf die Sichtweisen und damit auf das Coping-Verhalten der Betroffenen haben können. In einer Studie zum Umgang von i. v.-Drogengebrauchenden mit der Methadonsubstitution ist z. B. gezeigt worden, daß die individuellen Wirklichkeitskonstruktionen der Substituierten und das konkrete Verhalten in der Substitution direkt aufeinander bezogen werden können (Kruse et al. 1992a).

Therapiemodell

Die beschriebene besondere Situation der HIV-Infektion legt es nahe, psychotherapeutische Angebote vornehmlich im Sinne supportiver Interventionen zu gestalten (Weinel 1989). Die systemische Therapie bietet hier ein Inventar von explizit resource- und lösungsorientierten Vorgehensweisen an, die sich besonders gut eignen, die individuelle Bewältigung der Krisensituationen zu unterstützen. Ausgangspunkt des systemischen Vorgehens bildet nicht die Diagnose einer Störung sondern der Nachvollzug der Wirklichkeitskonstruktion des Klientensystems. Die Kompetenz des Therapeuten beschränkt sich auf die Anregung alternativer Sichtweisen und auf die Moderation der systemeigenen Lösungs- und Bewältigungspotentiale (Kruse et al. 1992b). Bei der Begleitung von HIV-Infizierten und Aids-Patienten steht eine "Normalisierung" der Situation der Betroffenen und ihres Umfeldes im Mittelpunkt (Walker 1991). Die Betroffenen klären ihre Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Kontext der Infektion und reflektieren gegebenenfalls ihre Befürchtungen und Hoffnungen. Für geäußerte Glaubenssätze und Einstellungen zur Krankheit Aids werden Umdeutungen und Umbewertungen durchgespielt. Aus der Erinnerung an bestandene Lebenskrisen werden Ressourcen und als hilfreich erlebte Bewältigungsstrategien aktiviert (Olbrich et al. 1993). In der Interaktion von Betreuern und Betroffenen wird ein tragfähiges, situationsangepaßtes Bezugssystem erarbeitet, daß es erlaubt, den eigenen Alltag wieder aktiv zu gestalten. Es geht explizit nicht um die Aufdeckung und Bearbeitung bestehender psychischer Problemfelder oder um die Förderung der bewußten Auseinandersetzung. Ziele der therapeutischen Begleitung sind ausschließlich die Stabilisierung der Lebenszusammenhänge, die Intensivierung der sozialen Unterstützung und die Erhöhung der empfundenen Lebensqualität.

Untersuchungsmethode

Die theoretisch-wissenschaftlichen und praktisch-therapeutischen Aufgabenstellungen des Projekts setzen die Verwendung einer Untersuchungsmethode voraus, die in der Lage ist, die individuellen Wirklichkeitskonstruktionen von Betroffenen adäquat abzubilden. Die Methode muß klar bestimmbar und den Ansprüchen genügen. Sie soll (1) bei der Erhebung der Wirklichkeitskonstruktionen möglichst geringe Vorgaben machen, um primär verfahrensabhängige Verzerrungen zu vermeiden, (2) in der Lage sein, sensibel auf Verän-

derungen in den Wirklichkeitskonstruktionen zu reagieren und diese anschaulich zu machen, (3) sich unmittelbar in laufende therapeutische Prozesse einbetten lassen, um ausschließlich forschungsbezogene Zusatzbelastungen für die HIV-Infizierten und Aids-Erkrankten von vornherein auszuschließen, (4) nicht nur eine qualitative Erfassung individueller Wirklichkeitskonstruktionen ermöglichen, sondern auch quantitative Vergleiche gestatten. Das angesichts dieses Anforderungsprofils im Rahmen des Forschungsprojekts favourisierte Erhebungsverfahren ist das Role Construct Repertory (REP) Grid nach Kelly (s. Raeithel u. Tröger 1981; Riemann 1983; Schüffel u. Gerlach 1988) in Verbindung mit dem Auswertungsverfahren der Eigenstrukturanalyse nach Raeithel (1991). Anders als bei üblichen Fragebogenuntersuchungen, werden beim REP-Grid keine Antwortdimensionen vorgegeben. In einem festgelegten Erhebungsritual werden die Bedeutungszuschreibungen und Bewertungen einer Auskunftsperson zu einem definierten Erfahrungsbereich auf der Grundlage von Konstruktdimensionen ermittelt, die die Person im Prozeß selbst vorgibt (für Details des Verfahrens s. Scheer u. Catina 1993). Über die Eigenstrukturanalyse werden die erhobenen Konstrukt-Objekt-Beziehungen zu individuellen Bedeutungsräumen verdichtet, die als graphische Repräsentation der Wirklichkeitskonstruktion der Auskunftsperson betrachtet werden können. Je nach den gewählten Objektvorgaben kann sich diese graphische Repräsentation z. B. auf das soziale und familiäre Bezugssystem, die Selbstwahrnehmung und das eigene Idealbild oder das individuelle Krankheitsverständnis einer Auskunftsperson beziehen. Das Auswertungsverfahren der Eigenstrukturanalyse erlaubt es, individuelle Bedeutungsräume zu Gemeinräumen zusammenzufügen, die die Konstruktionsweisen bestimmter Gruppen charakterisieren. Es können bedeutsame Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen einzelnen Bedeutungsräumen oder zwischen Gemeinräumen bestimmt werden (Raeithel 1993). Im Forschungsprojekt wird das REP-Grid im Rahmen einer Längsschnittstudie zur Evaluation von Veränderungen der Wirklichkeitskonstruktionen von Betroffenen im Prozeß der psychotherapeutischen Begleitung eingesetzt. Es wird versucht, die mehrfach erhobenen Bedeutungsräume in Verbindung mit dem Krankheitsgeschehen zu bringen. Zusätzlich kommt das Verfahren in zwei eigenständigen Querschnittsuntersuchungen zum Einsatz. In der ersten Querschnittstudie werden die auf HIV und Aids bezogenen Sichtweisen von Betreuern aus dem medizinischen, psychologischen und psychosozialen Bereich (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Psychologen, psychosoziale Betreuer) untersucht. In der zweiten Querschnittstudie werden typische Konstruktionscharakteristika verschiedener Betroffenengruppen (i. v.-Drogengebrauchende, Hämophile, Homosexuelle, Heterosexuelle) analysiert. In den drei Teilstudien finden jeweils spezifische Adaptationen des REP-Grids Verwendung (vgl. Kruse et al. 1992c).

Querschnittstudie 1: Betreuer

Das Feld der Beratung, Betreuung und Pflege HIV-Positiver und Aids-Erkrankter birgt Faktoren, die verglichen mit anderen Bereichen des Umgangs mit chronischer Krankheit (z. B. Onkologie oder Geriatrie) spezifische Belastungen für die dort tätigen professionellen Helfer nahelegen. In zahlreichen Forschungsarbeiten sind diese Faktoren herausgearbeitet und empirisch dokumentiert worden. Im wesentlichen bezieht sich die Belastung auf die Aspekte Überidentifizierung, Infektionsangst, Bewertung und Hilflosigkeit (Pousson u. Sogolow 1990). Verschiedene Studien belegen, daß Ärzte und Krankenpflegepersonal in der Behandlung und Betreuung von Aids-Patienten mehr Streß, Todesängste und Gefühle der Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit empfinden. Die verunsichernden Auswirkungen verstärken sich bei denjenigen Helfern, die selbst einer der besonders gefährdeten Gruppen angehören (Waldvogel u. Seidl 1991; Jäger 1989; Horstmann u. McKusick 1986; Becker u. Clement 1989; Dunkel u. Hatfield 1986; Wolcott et al. 1985). In der Betreuung von Aids-Patienten entwickeln sich oft sehr enge Beziehungen zwischen Helfern und Patienten, die sogar intensiver sind als die Beziehungen der Betroffenen zu ihren eigenen Verwandten und Freunden (Waldvogel et al. 1991). Als Folge der mit hohem persönlichen Einsatz geleisteten Bemühungen um den Patienten können die Helfer mitunter die notwendige Distanz zwischen Beruf und Privatleben nicht mehr ausreichend gewährleisten. Unabhängig von der Tatsache, daß berufsbedingte Infektionen statistisch sehr unwahrscheinlich sind, ist die Infektiosität der Krankheit für professionelle Helfer ein Belastungsfaktor (Jäger 1987, 1989). Insbesondere bei Ärzten spielt die Infektionsangst eine große Rolle im Berufsalltag (s. z. B. Bresolin et al. 1990; Waldvogel u. Seidl 1991). Das Fehlen einer Kausaltherapie bei Aids stellt darüber hinaus das Selbstverständnis der heilenden Berufe in Frage (Wachter 1986; Wallack 1989, Becker u. Clement 1989; Waldvogel u. Seidl 1991; Waldvogel et al. 1991). Durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten bei den Aids-typischen Sekundärinfektionen und durch die Behandlungserfolge verlaufsverzögernder Medikamentierung (z. B. AZT) hat sich die Situation allerdings im medizinischen Bereich deutlich gebessert. Dies gilt nicht in gleichem Umfang für psychosoziale Betreuer (Kleiber et al. 1993).

Die erste Querschnittstudie des Projekts beschäftigt sich entsprechend mit den Wirklichkeitskonstruktionen von Betreuern unterschiedlicher Berufsgruppen, die mit HIV-Infizierten und Aids-Erkrankten arbeiten (zum Thema s. auch Zuber u. Werner 1993). Es werden Ärzte, Krankenpflegepersonal, Psychologen und psychosoziale Betreuer mit der REP-Grid Methode untersucht, um ein Verständnis möglicher Interaktionen zwischen Betreuer- und Betroffenenkonstruktionen zu gewinnen. Das Rolleninventar des eingesetzten REP-Grids besteht aus den vorge-

gebenen konkreten Rollen "Ich, Ideal, idealer Helfer, negativer Helfer, idealer Patient, negativer Patient, i. v.-drogengebrauchende HIV-Infizierte, homosexueller HIV-Infizierter, hämophiler HIV-Infizierter, heterosexuelle HIV-Infizierte, i. v.-drogengebrauchende Aids-Kranke, homosexueller Aids-Kranker, hämophiler Aids-Kranker, heterosexuelle Aids-Kranke" und den vorgegebenen metaphorischen Rollen "der Einsame, Moralische, Schuldige, Glückliche, Gesunde, Angstvolle, Aggressive, Unattraktive, Verantwortungsbewußte, Hoffnungslose, Mächtige, Hilflose, Depressive, Handlungsfähige". An der Untersuchung haben 37 Betreuer (6 Ärzte, 14 Krankenpfleger, 10 Psychologen, 7 psychosoziale Betreuer) teilgenommen. Anhand der gewählten Rollen geben die REP-Grids Auskunft über die Selbstwahrnehmung, die individuellen Vorstellungen zur Helfer- und Patientenrolle, die vorgenommenen Differenzierungen zwischen verschiedenen Betroffenenengruppen und über das allgemeine Konzept von Gesundheit und Krankheit.

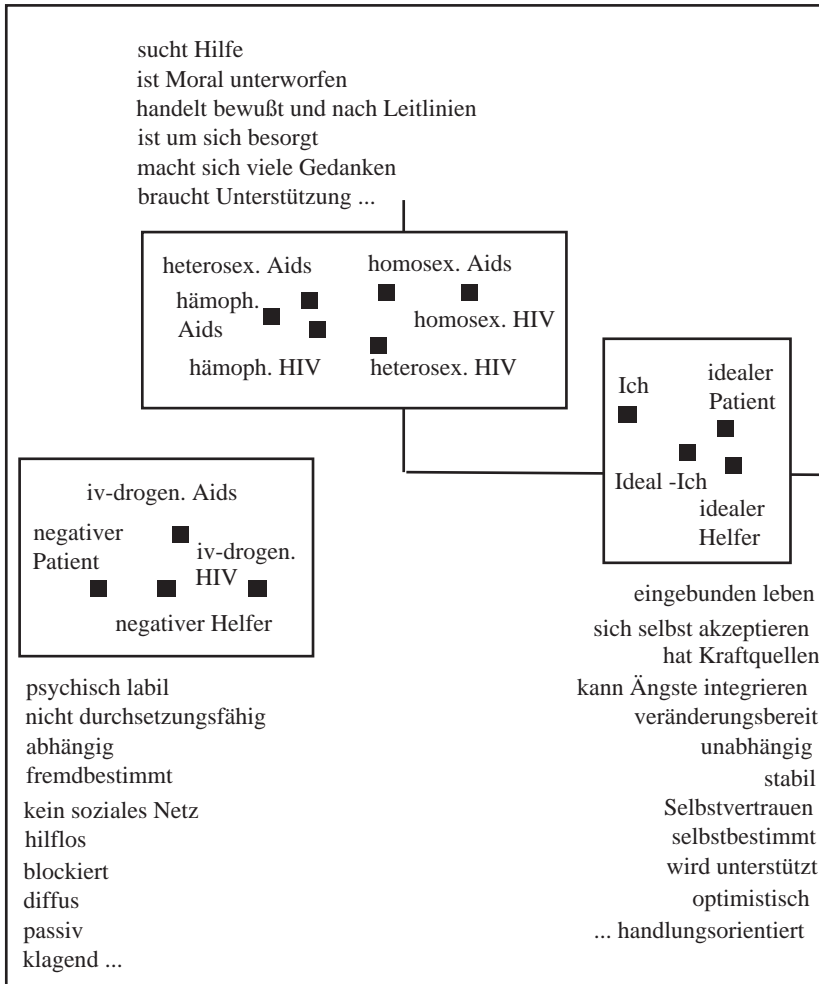


Abb. 3. Gemeinrid aller 37 Betreuer (Auswahl der konkreten Rollen mit Konstrukten)
i. v. drogen. = i. v. drogengebrauchender Patient

In einer ersten Sichtung der Ergebnisse ergeben sich über die Berufe hinweg deutliche Gemeinsamkeiten. Bezogen auf die Differenzierung der verschiedenen Betroffenengruppen zeigt sich, daß "i. v.-drogengebrauchende HIV-Infizierte" und "i. v.-drogengebrauchende Aids-Kranke" grundsätzlich anders eingeschätzt werden als die übrigen Betroffenen. Sie werden eher in den problematischen Bereich konstruiert. Häufig besteht eine unmittelbare Nähe zum "negativen Patienten". In vielen Fällen liegt die Position der i. v.-drogengebrauchenden

Betroffenen bei denjenigen metaphorischen Rollen, die mit Konzepten von Krankheit assoziiert sind. Es werden in Hinblick auf die i. v.-drogengebrauchenden Betroffenen kaum Unterschiede zwischen HIV-infiziert oder Aids-krank gemacht. Die Rolle des infizierten Homosexuellen liegt in der Regel deutlich im Bereich positiver Bewertungen. Betrachtet man am Beispiel der Rolle des homosexuellen Aids-Kranken die Unterschiede in den Konstruktionen, so ergeben sich für die verschiedenen Berufsgruppen typische Sichtweisen. Während die Ärzte und das Krankenpflegepersonal den homosexuellen Aids-Kranken als kooperativ, ausgeglichen und zugewandt einschätzen, erleben die psychosozialen Betreuer diese Gruppe als unzufrieden, ängstlich und ebenso wie die Psychologen als sexuell stark eingeschränkt. Das Thema Sexualität taucht vornehmlich bei den psychosozialen Betreuern und den Psychologen auf. Auch die Gruppe der hämophilen Infizierten und Aids-Kranken wird von den Ärzten und den Psychologen verschieden gesehen. Die Ärzte konstruieren die Hämophilen stärker in Richtung auf den idealen Patienten. Über alle Berufsgruppen hinweg zeigt sich, daß mit zunehmender Berufserfahrung mehr zwischen dem Status der HIV-Infektion und der ausgebrochenen Krankheit Aids als zwischen den Betroffenenengruppen unterschieden wird. Die anhand der metaphorischen Rollen von den Befragten aufgespannten semantischen Räume spiegeln die bekannten Coping-Konzepte (Beutel 1988) wider.

Querschnittstudie 2: Betroffene

Charakteristische Eigenarten in den Reaktionsmustern und Verarbeitungsformen unterschiedlicher Betroffenenengruppen sind bereits in verschiedenen Studien aufgezeigt worden (Seidl u. Goebel 1987; Perrez et al. 1990; Schneider et al. 1992). Häufig wird z. B. davon berichtet, daß HIV-infizierte i. v.-Drogengebrauchende die Infektion eher verdrängen und das positive Testergebnis nicht im gleichen Umfang als Schock erleben, wie Infizierte aus den anderen Betroffenenengruppen (vgl. auch Kleiber et al. 1993a). In der zweiten Querschnittstudie wurden 34 HIV-Positive und Aids-Erkrankte verschiedener Betroffenenengruppen (10 i. v.-Drogengebraucher, 9 Hämophile, 10 Homosexuelle und 5 Heterosexuelle) untersucht. Das Rolleninventar, das in dieser Querschnittstudie beim REP-Grid eingesetzt wurde, besteht aus den vorgegebenen Rollen: "Virus, Ich, Ideal, Negativ-Person, idealer Helfer, Heterosexuelle, Heterosexuelle-HIV, Heterosexuelle-Aids, Homosexuelle, Homosexuelle-HIV, HomosexuelleAids, i. v.-Drogengebrauchende, i. v.-drogengebrauchende-HIV, i. v.-drogengebrauchende-Aids, Hämophile, Hämophile-HIV, Hämophile-Aids". Die gewählten Rollenvorgaben zielten

zentral darauf ab, Einschätzungen und Differenzierungen unmittelbar bezogen auf den Problemkontext HIV und Aids abzubilden. Anhand des Datenmaterials zeigen sich typische Unterschiede in den Bewertungen und Bedeutungszuweisungen der untersuchten Betroffenengruppen. Die Gemeinräume der Betroffenengruppen (Abb. 4 bis 7) sind einfach zu interpretieren: räumliche Nähe der Rollen weist auf Ähnlichkeit und räumliche Distanz auf Unähnlichkeit in den Konstruktionen hin; die Achse "Negativ-Person - Ideal" definiert die grundlegende Bewertungsdimension "negativ - positiv"; Rollen, die vom Mittelpunkt des Koordinatenkreuzes aus gesehen im rechten Winkel zueinander stehen, sind maximal unabhängig voneinander eingeschätzt worden. Auf den ersten Blick fallen Ähnlichkeiten zwischen den Gruppen ins Auge. Vergleichbar mit den Betreuerkonstruktionen (s. Abb. 3) sehen auch alle Betroffenen die i. v.-Drogengebrauchenden eher im problematischen Bereich. Zwischen i. v.-Drogengebrauchenden und HIV-infizierten i. v.-Drogengebrauchenden wird einheitlich kein großer Unterschied konstruiert. Bei den anderen Betroffenengruppen ist die Distanz zur Infektions- und Krankheitssituation dagegen groß.

Die Konstruktionen der Gruppe der i. v.-Drogengebrauchenden unterscheiden sich am deutlichsten von den anderen Gruppen. Bei diesen Betroffenen scheint das Drogenproblem tatsächlich wie bereits häufiger in der Literatur berichtet (s. o.) den Kontext HIV und Aids zu überdecken. Im Gegensatz zu den anderen Betroffenengruppen wird der Virus neutral eingeschätzt oder im Einzelfall sogar mit positiven Konstrukten belegt. Der i. v.-Drogengebrauch wird demgegenüber eindeutig negativ bewertet. Die Infektion beeinflusst die Lebenszusammenhänge der i. v.-Drogengebrauchenden eher in Richtung auf eine positivere Selbstbewertung (s. Übergang "i. v.-Drogengebrauchender" zu "i. v.-drogengebrauchender HIV-Infizierter" und "i. v.-drogengebrauchender Aids-Erkrankter").

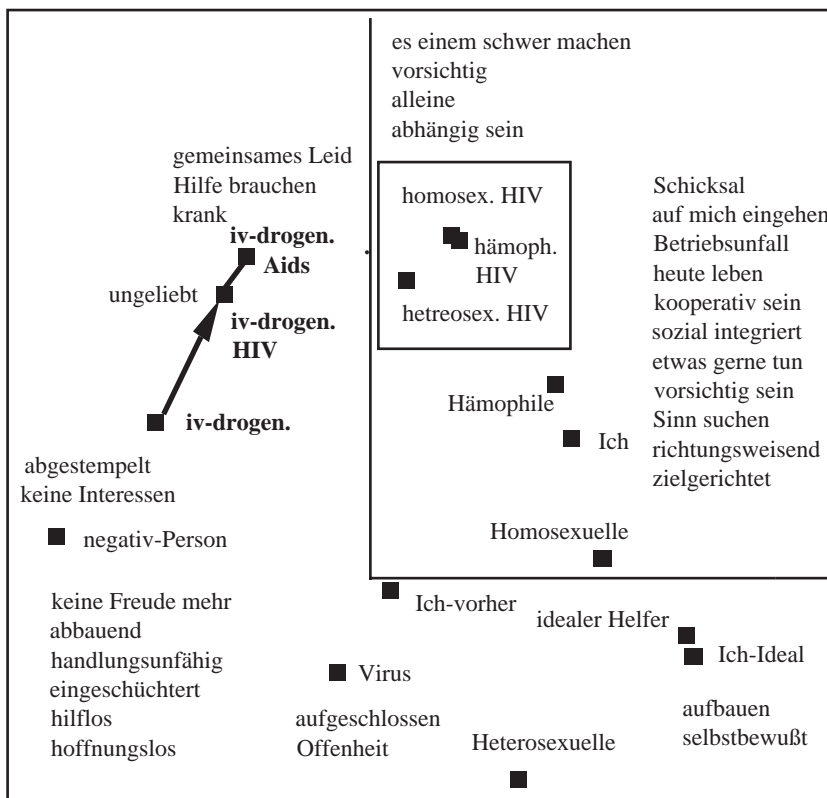


Abb. 4. Gemeingrid von 10 i. v.-drogengebrauchenden HIV-Infizierten und Aids-Kranken

Die hämophilen Betroffenen identifizieren sich über die Infektion stärker mit der Hämophilie. In den zugehörigen Konstruktdimensionen bescheinigen sie sich zwar häufig die Fähigkeit allgemein gut mit Krankheit umgehen zu können, schreiben sich aber gleichzeitig eine Opferrolle zu (s. Abb. 5). Auch die Homosexuellen identifizieren sich über die Infektion stärker mit der Rolle der Homosexualität. Vergleichbar der Situation der Hämophilen wird die Tatsache der Homosexualität an sich bereits als Entfernung vom "Normalbereich" aufgefaßt und die Änderung zur Situation der Infektion damit nicht so dramatisch empfunden wie bei den Heterosexuellen (s. Abb. 6). Bei den Hämophilen und den Homosexuellen macht der Übergang von der HIV-Infektion zur Aids-Erkrankung einen deutlicheren Unterschied als bei den Heterosexuellen. Für die Heterosexuellen ist die Infektion selbst bereits das zentrale, aus dem vorherigen Lebenskontext herausreißende Ereignis (s. Abb. 7). Konsistent zu diesem Ergebnis zeigt sich bei einer Fremdeinschätzung der Coping-Formen (mit dem

FKV, Muthny 1989) aller in der hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxis bis 1992 behandelten HIV-Infizierten (n = 92), daß die Heterosexuellen auf der Skala der depressiven Verarbeitung tendentiell höher liegen als die anderen Betroffenenengruppen.

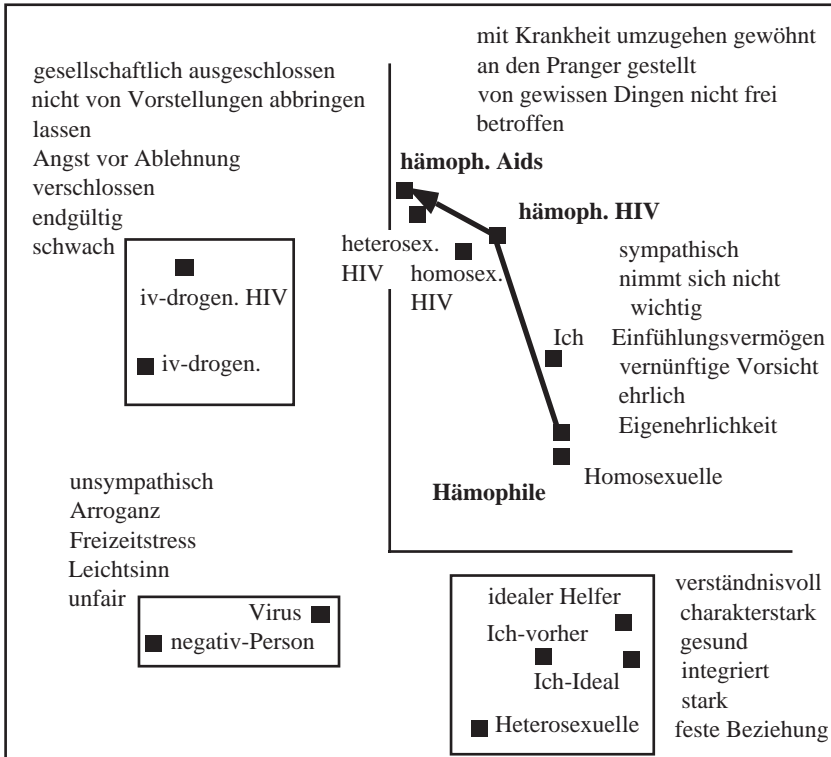


Abb. 5. Gemeingrid von 9 hämophilen HIV-Infizierten und Aids-Kranken

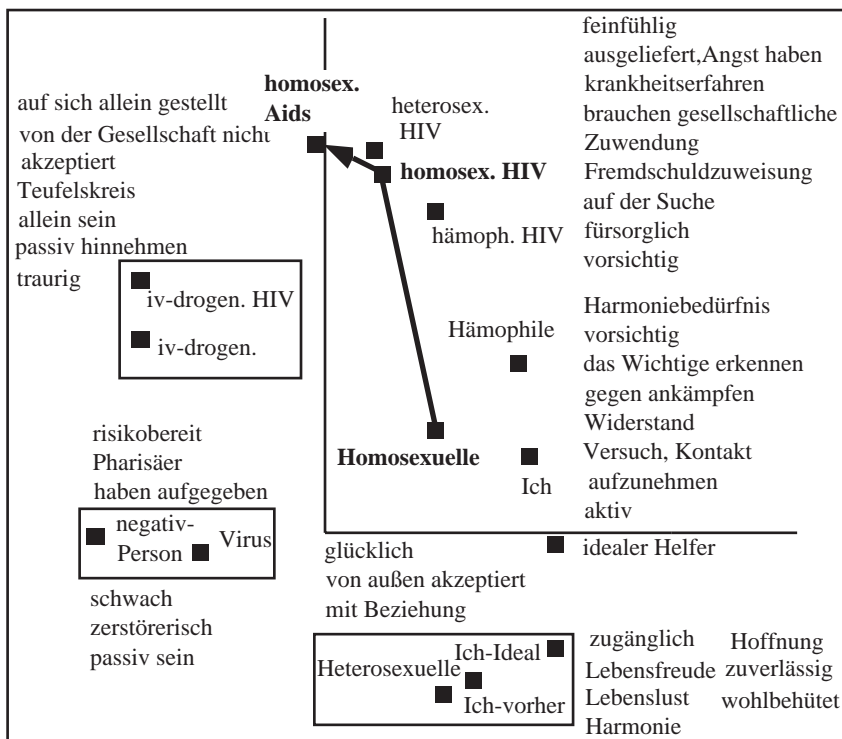


Abb. 6. Gemeingrid von 10 homosexuellen HIV-Infizierten und Aids-Kranken

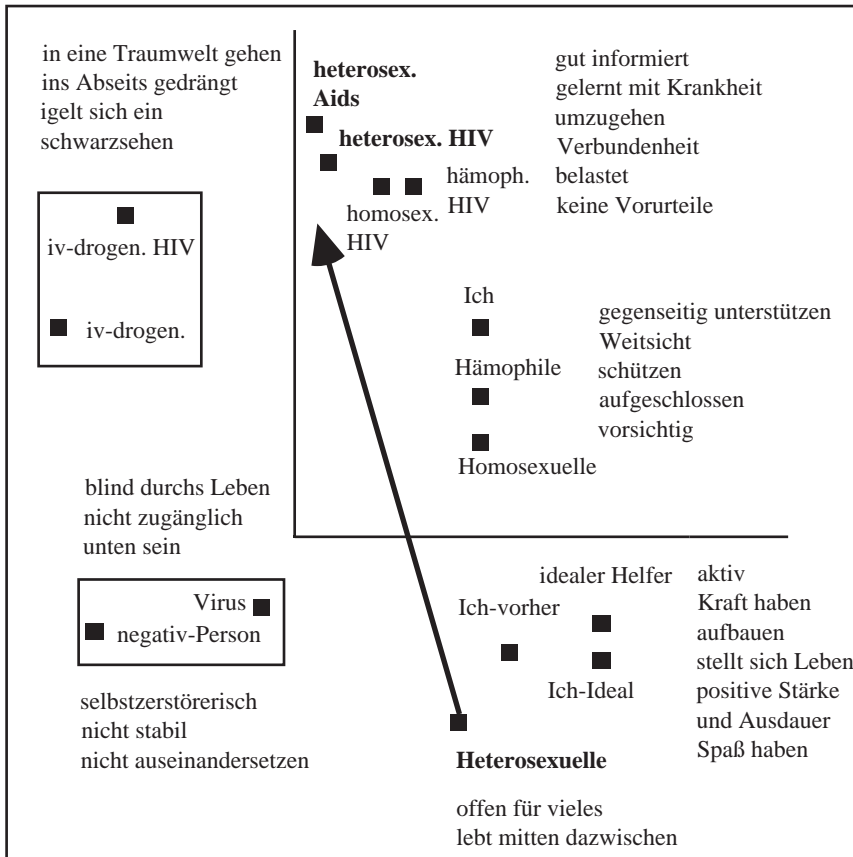


Abb. 7. Gemeingrid von 5 heterosexuellen HIV-Infizierten und Aids-Kranken

Längsschnittstudie: Psychotherapie

In der Längsschnittstudie werden die individuellen Therapieverläufe der psychotherapeutisch betreuten Betroffenen evaluiert, die sich zur Teilnahme am Forschungsprojekt bereit finden. Dazu wird in ca. halbjährigem Abstand eine Grid-Erhebung durchgeführt. Die Eignung des REP-Grids zur Evaluation von Therapieverläufen ist bereits in unterschiedlichen Kontexten nachgewiesen worden (Ryle u. Lunghi 1969; Large 1976; Catina u. Czogalik 1988). In der therapiebegleitenden REP-Grid-Erhebung werden den betroffenen als feststehendes Inventar die Rollen "Arzt, Therapeut, Mutter, Vater, Virus, Ich, Ich-Ideal, Ich-

Vorher und Negativ-Person" vorgegeben. Zusätzlich werden je nach den individuellen Gegebenheiten verschiedene "freie" Rollen angeboten (Partner, Freund/in, Kollege/in, Homosexualität, Hämophilie, Drogengebrauch etc.).

Im Verständnis einer systemisch orientierten Psychotherapie steht die Nachkonstruktion der individuellen Bewertungen und Bedeutungsweisen des Klienten am Anfang eines jeden therapeutischen Prozesses. Die ausgewerteten REP-Grids werden den Betroffenen erklärt. In dieser Rücksprache mit dem Betroffenen werden die Hypothesen, die sich über die graphische Darstellung entwickeln lassen, besprochen und validiert. Über Fragen nach der Stimmigkeit von Rollenpositionen sowie Eigenschaften und Merkmalen kann der Betroffene seine Sichtweise erneut darlegen und Vermutungen und Interpretationen entwickeln oder bestätigen. Es entsteht eine Auseinandersetzung, die es dem Therapeuten ermöglicht, die Welt des Betroffenen verstehend nachzuvollziehen und Veränderungswünsche wahrzunehmen. Über den konkreten Vergleich der Objekte "Ich" und "Ideal" im Hinblick auf die ihnen im Grid zugeordneten unterschiedlichen Eigenschaften werden Tendenzen offensichtlich, die der Betroffene zu einem bestimmten Zeitpunkt für eine Veränderung seines Selbst als hilfreich oder wünschenswert erachtet. Im Verlauf der psychotherapeutischen Betreuung werden über wiederholte Grid-Erhebungen Veränderungen im Bedeutungsraum sichtbar. Veränderte Positionen der Rollen in einer Folgerhebung machen die Umsetzung therapeutischer Anregungen deutlich. Sich ändernde Konstruktionsbegriffe geben zusätzlichen Aufschluß über den Prozeß der gemeinsamen Um- oder Neukonstruktion in der Therapie. Das REP-Grid ist nicht nur ein Evaluationsinstrument, sondern eine eigenständige therapeutische Intervention.

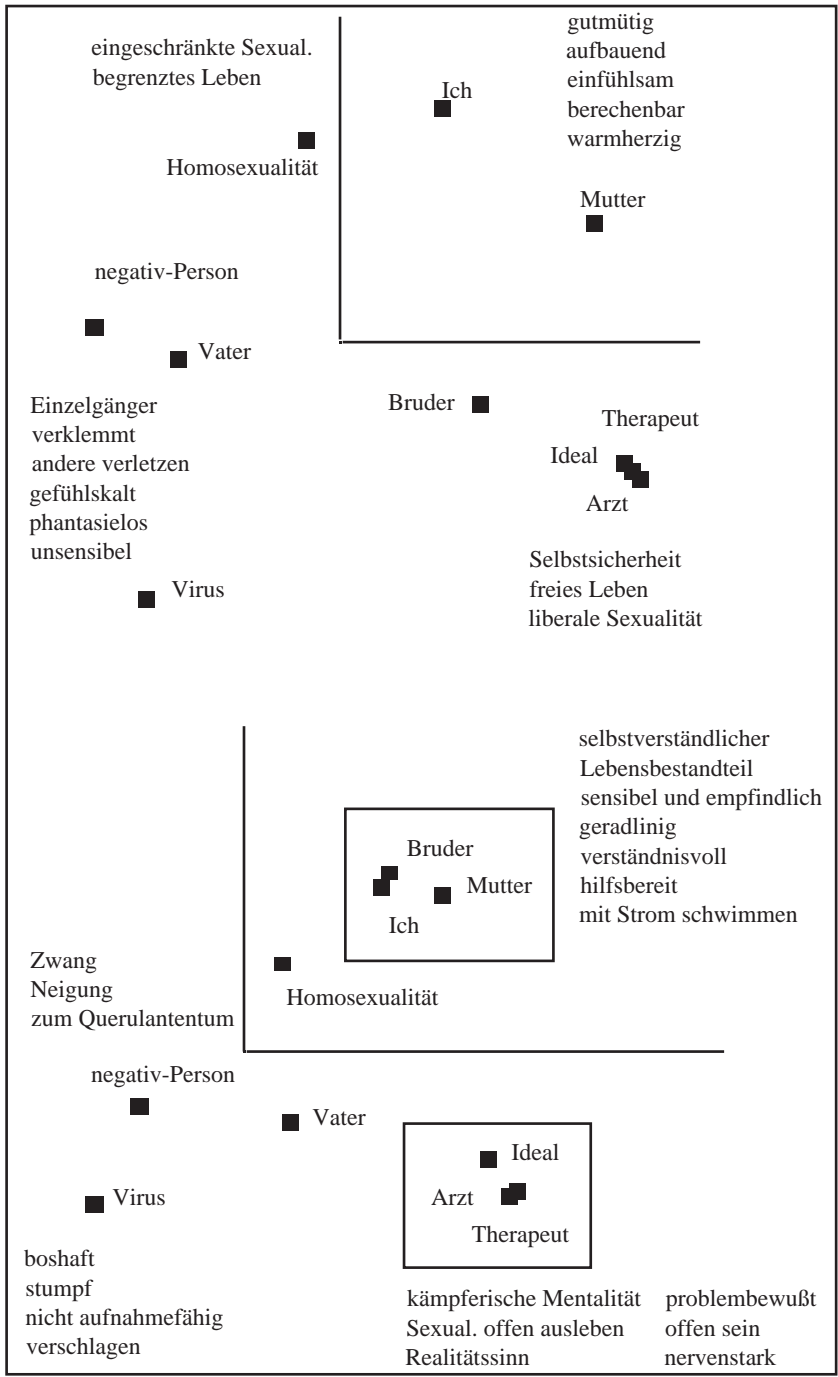


Abb. 8. Griderhebung im Therapieverlauf (Jahresabstand), homosexueller Aids-Patient

Bislang wurden 25 Einzelfallbeschreibungen von Betroffenen erstellt, die sich bereit erklärt haben, begleitend zur psychotherapeutischen Betreuung am Projekt teilzunehmen. Für diese Einzelfallbeschreibungen liegen auch medizinische Daten vor. Generell zeigt sich, daß die Konstruktionen der Betroffenen bezüglich der eigenen Person und der unterstützenden sozialen Bezugsgruppe im Bereich positiver Bewertung zusammenrücken. Die Konstrukte der Betroffenen werden gemäß dem lösungsorientierten Ansatz der psychotherapeutischen Interventionen allgemein zunehmend handlungsbezogener (zur Illustration s. z. B. Abb. 8). Im dargestellten Einzelfall eines über 50jährigen Homosexuellen ohne Coming-out war es ein zentraler Gegenstand der Therapie, eine offene Einstellung zur Homosexualität zu gewinnen. Der Patient hatte zu Beginn starke, mit Panikattacken verbundene Rückzugstendenzen. Im Laufe der Therapie informierte er sein soziales Umfeld über seinen Krankheitszustand. Es entwickelte sich so neben dem medizinisch-therapeutischen Unterstützungsrahmen ein stabiles familiäres Supportsystem. Über alle Einzelfälle hinweg deutet sich an, daß das Krankheitsbild der Patienten im Laufe der therapeutischen Begleitung eindeutiger wird und ihre Selbstakzeptanz steigt. Vergleicht man auf der Ebene der individuellen Konstruktionen Patienten, die keine psychotherapeutische Begleitung anstreben, so findet sich bei den letzteren ein kognitives Muster, das dem Ergebnis der psychotherapeutischen Begleitung entspricht (s. Abb. 9). Die Patienten, die keine Psychotherapie anstreben, haben eine größere Selbstakzeptanz (Beziehung "Ich" zu "Ich-Ideal"), ein klareres Krankheitsbild (Distanz "Ich-Ideal" zu "Virus") und eine positivere Einschätzung der Lebenssituation bei HIV.

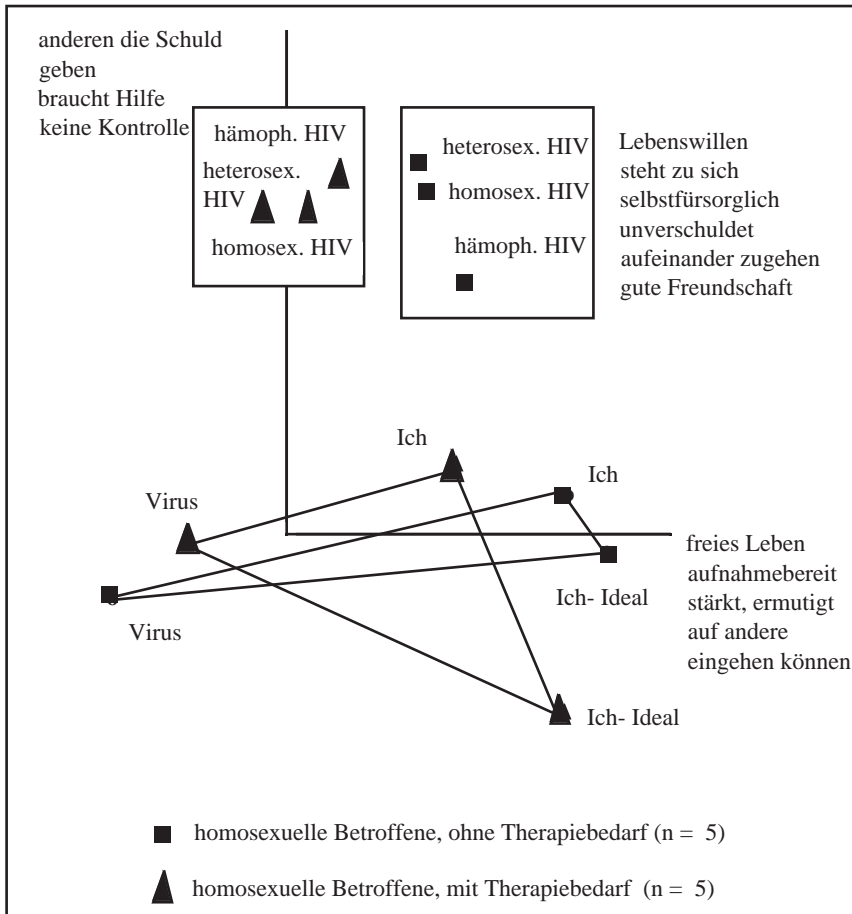


Abb. 9. Gemeingrid von homosexuellen Patienten ohne und mit Psychotherapiebedarf

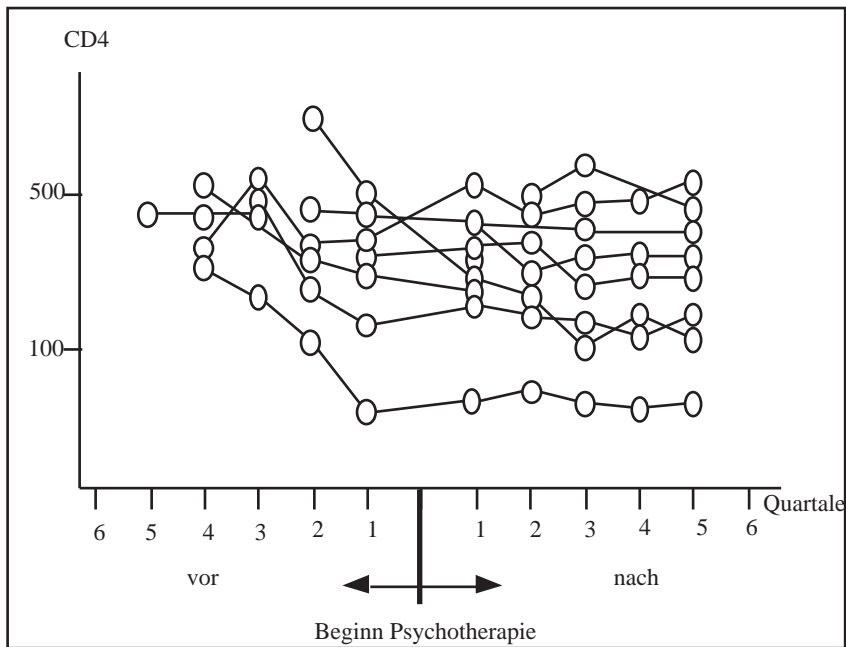


Abb. 10. CD4-Zellzahlen von Betroffenen vor/nach Beginn der Psychotherapie

Anhand parallel erhobener immunologischer Parameter läßt sich für Einzelfälle zeigen, daß die psychotherapeutische Begleitung auch somatisch eine stabilisierende Wirkung entfaltet (s. Abb. 10). Eine detaillierte Analyse der Einzelfälle und insbesondere ein weiterführender Abgleich mit den medizinischen Verlaufsdaten wird jedoch erst nach Abschluß der Erhebungsphase des Projekts beginnen können.

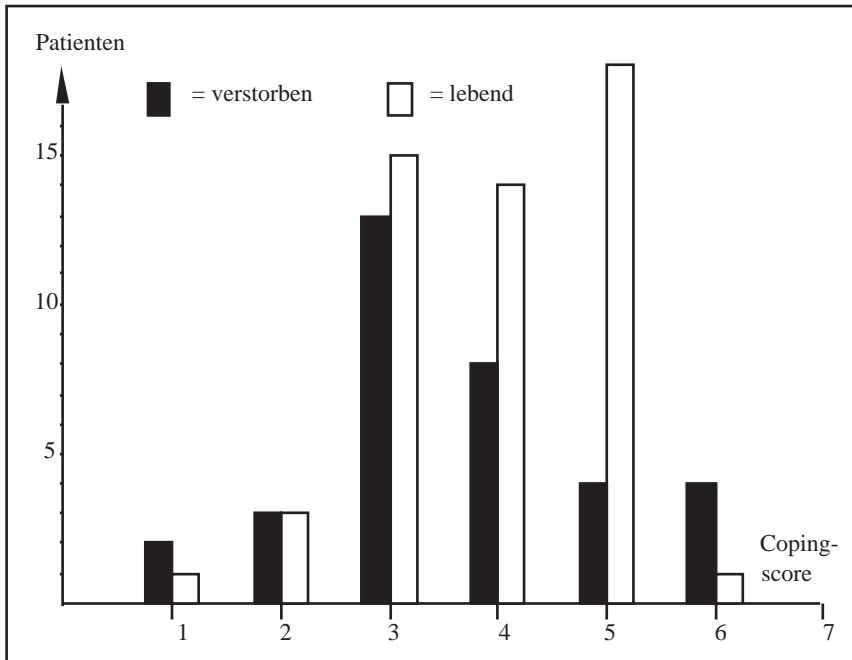


Abb. 11. Copingfähigkeit und Überlebensdauer im Praxiskollektiv (n = 92, Stand 1991)

Eine Fremdeinschätzung der Coping-Formen aller HIV-infizierten und Aids-erkrankten Patienten der Schwerpunktpraxis zeigt, daß die Überlebensdauer eng mit der Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung zusammenhängt (s. Abb. 11). Zur Einschätzung wurde eine einfache Summenskala verwendet. Es zeigte sich, daß diese globale Einschätzung der Ärzte positiv korreliert ist mit der Skala der depressiven Verarbeitung im FKV (Muthny 1989). Es scheint sich insbesondere ein depressiv-regressives Bewältigungsmuster negativ auf den Krankheitsverlauf auszuwirken. Aus den über die dokumentierten Einzelfälle gemachten Beobachtungen kann ex juvantibus bestätigt werden, daß ein aktiver Umgang mit der HIV-Infektion in Verbindung mit einer stabilen sozialen Unterstützung sich im Gegensatz zu depressiven Rückzugstendenzen tendenziell positiv auf den Ausbruch und Verlauf der Krankheit Aids auswirkt. Die Gewährleistung eines ausreichenden und aktuellen Informationsstands, das Bemühen um angemessene Lebensziele und der Versuch einer glaubwürdigen Umdeutung der erlebten Bedrohung sind darüber hinaus für die Betroffenen hilfreiche stabilisierende Faktoren (vgl. auch Leiberich et al. 1993).

Erfahrungswerte der ambulanten medizinisch-psychotherapeutischen Betreuung

Aus der bisherigen Praxis der Begleitung von HIV-Infizierten und Aids-Erkrankten hat sich ein bestimmtes Anforderungsprofil für das ambulante medizinisch-psychotherapeutische Betreuungsangebot herauskristallisiert: (1) Das Angebot sollte *Intimität und Geringschwelligkeit* gewährleisten. Gruppenkontexte werden von vielen Betroffenen als nicht hilfreich angesehen, da sie befürchten, durch die Konfrontation mit fortgeschrittenen Krankheitsstadien zusätzlich belastet zu werden. Es bietet sich daher die Form einer Einzelfallbegleitung an. Viele Betroffene assoziieren mit einem psychotherapeutischen Angebot eine problematisierende Auseinandersetzung mit persönlich kritischen Themenbereichen. Diesbezüglich ist es sinnvoll die Vermittlung des Angebots durch den behandelnden Arzt möglichst selbstverständlich und die folgende Kontaktaufnahme durch den Therapeuten durchaus aufsuchend aktiv zu gestalten. (2) Das Angebot sollte im Sinne einer *Phasen- und Gruppenspezifik* an die jeweiligen Gegebenheiten des Betroffenen angepaßt werden. In Abhängigkeit von der Situation des Betroffenen lassen sich übliche therapeutische Settings oft nicht aufrechterhalten. Beispielsweise können auch Haus- und Krankenhausbesuche notwendig werden. Die Abfolge der einzelnen Therapiesitzungen sollte sich flexibel nach den Bedürfnissen der Betroffenen richten. Es hat sich gezeigt, daß die Betroffenen die Therapiemöglichkeit in Krisenphasen gezielt häufiger in Anspruch nehmen. (3) Das Angebot sollte in erster Linie *supportiv und nicht aufdeckend* konzipiert werden. Das Therapieziel einer Stabilisierung und Normalisierung der Lebensbedingungen hat sich nach den bisherigen Erfahrungen als besonders wichtig erwiesen. Durch die Konfrontation mit HIV aufbrechende oder sich verschärfende psychische Grundproblematiken können zwar zum Gegenstand des therapeutischen Prozesses werden, zumeist besteht für die Betroffenen jedoch erst einmal die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Neuorientierung im Hinblick auf die soziale Bezugsgruppe, die Partnerschaft, die Handlungsmöglichkeiten und die Gestaltung der alltäglichen Lebensführung. (4) Das Angebot sollte in enger *Kooperation mit dem behandelnden Arzt* realisiert werden. Über den regelmäßigen Austausch mit dem Therapeuten kann der Arzt z. B. Informationen gewinnen, die ein frühzeitiges Erkennen von Erkrankungen (Toxoplasmose etc.) ermöglicht, oder es kann auf diesem Wege generell die Compliance erhöht werden. Das direkte Ineinandergreifen von medizinischer und psychotherapeutischer Betreuung trägt wesentlich zur Stabilisierung der Gesamtsituation der Betroffenen bei.

Die aus dem Entstehungszusammenhang des Modells einer ambulanten medizinisch-psychotherapeutischen Betreuung hervorgegangene Form der direkten Vermittlung des Therapeuten durch den behandelnden Arzt erlaubt bereits das

Reagieren auf eine sich anbahnende Krisensituation. Im Normalfall findet die Überweisung an einen Psychotherapeuten erst bei massiv auftretenden psychischen Störungen statt. Ein sich mitunter dramatisch entwickelnder Krankheitsverlauf, wie er bei Aids zu beobachten ist, läßt eine möglichst frühzeitige Krisenintervention extrem sinnvoll erscheinen. Für alle Erkrankungen, die in vergleichbarer Weise zu einer grundlegenden psychischen Destabilisierung führen, können aus den Ergebnissen des Projekts Anregungen für die Gestaltung adäquater therapeutischer Betreuungsmodelle erwartet werden. Krankheitsformen, die in diesem Zusammenhang naheliegen, sind beispielsweise Krebs und Multiple Sklerose. Für viele Krebsformen und für die Multiple Sklerose lassen sich ähnliche Quellen der Verunsicherung aufzeigen wie sie eingangs für die HIV-Infektion und die Aids-Erkrankung benannt worden sind. Auf dem gegenwärtigen Stand der Erfahrungen mit dem entwickelten Modell der ambulanten medizinisch-psychotherapeutischen Begleitung von HIV-Positiven und Aids-Patienten und auf der Basis der bisherigen Ergebnisse des Forschungsprojekts können noch keine endgültig abgesicherten Aussagen über den Zusammenhang zwischen psychotherapeutischen Interventionen, individuellen Wirklichkeitskonstruktionen und dem Ausbruch und Verlauf von Aids gemacht werden. Es hat sich allerdings gezeigt, daß die gewählte Form der psychotherapeutischen Begleitung dem Problemfeld angemessen ist und von der eingeschlagenen Forschungsrichtung wichtige Erkenntnisse für das Verständnis der Lebenssituation von HIV-Infizierten und Aids-Erkrankten erwartet werden können. Es scheint durchaus möglich, aus der Beobachtung der Interaktionen zwischen den individuellen Wirklichkeitskonstruktionen und dem Ausbruch und Verlauf von Aids Hinweise für die Benennung geeigneter und verallgemeinerbarer kognitiver Coping-Strategien abzuleiten.

Die Autoren danken den im Versorgungsmodell direkt oder indirekt mitarbeitenden Psychotherapeuten, Ärzten und psychosozialen Betreuern für ihr großes Engagement und ihre Kooperationsbereitschaft. Das dieser Publikation zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministers für Forschung und Technologie (BMFT Sozialwissenschaftliche Aids-Forschung) unter dem Förderkennzeichen V-024-91 gefördert.

Literatur

- Baldwin B A (1979) Crisis intervention: An overview of theory and practice. *Counseling Psychol* 8 : 43-52
- Becker S, Clement U (1989) HIV-Infektion - psychische Verarbeitung und politische Realität. *Psyche* 38 : 698 - 709
- Beutel M (1988) Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. edition Medizin, Weinheim
- Bresolin LB, Rinaldi RC, Henning JJ, Harvey L K, Hendee W R, Schwarz R (1990) Attitudes of US primary care physicians about HIV disease and Aids. *Aids Care* 2 : 117 - 125
- Catina A, Czogalik D (1988) Veränderung von Konstruktsystemen im Verlauf einer Verhaltens- und einer Gesprächstherapie. In: Schüffel W (Hrsg) *Sich gesund fühlen im Jahre 2000*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 353-358
- Chuang HT, Devins GM, Hunsley J, Gill MJ (1989) Psychological distress and well-being among gay and bi-sexual men with human immunodeficiency virus infection. *Am J Psychiatry* 7 : 876-880
- Dunde S (1990) Methodenkritik aus ethischer Perspektive. In: Deutsche-Aids-Stiftung (Hrsg) *Aids und Psyche*. edition sigma, Berlin, S 601-604
- Dunkel J, Hatfield S (1986) Countertransference issues in working with persons with Aids. *Social Work* 31 : 114 - 117
- Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Personality Soc Psychol* 50 : 571-579
- Franke G, Jäger H (1990) Die psychosoziale Situation und das Befinden von Menschen in verschiedenen Stadien der HIV-Erkrankung. In: Deutsche-Aids-Stiftung (Hrsg) *Aids und Psyche*. edition sigma, Berlin, S 237-263
- Gaus E, Köhle K (1986) Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlich Erkrankten. In: Uexküll Th v (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*, 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, S 1127-1145
- Grossman C (1989) Stress and the immune response: Interactions of peptides, gonadal steroids and the immune system. In: Weiner H, Florin I, Murison R, Hellhammer D (eds) *Frontiers of stress research*. Huber, Bern, pp 181-190
- Horstmann W R, McKusick L (1986) The impact of Aids on the physician. In: McKusick L (ed) *What to do about Aids: Physician and mental health professionals discuss the issues*. Univ California Press, Berkeley
- Jäger H (1987) *Psychosoziale Betreuung von Aids- und Aids-Vorfeldpatienten*. Thieme, Stuttgart
- Jäger H (1989) Die stationäre Versorgung ARC- und Aids-Erkrankter. In Zenz H, Manok G (Hrsg) *Aids-Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Huber, Bern

- Kleiber D, Pant A, Beerlage I, Bouchoucha G (1993a) Bewältigungs- und Betreuungsverläufe von HIV-infizierten Drogenabhängigen. In Lange C (Hrsg) Aids - eine Forschungsbilanz. edition sigma, Berlin
- Kleiber D, Enzmann D, Gusy B (1993b). Arbeitssituation und Burnout bei Beschäftigten im Aids-Bereich. In Lange C (Hrsg) Aids - eine Forschungsbilanz. edition sigma, Berlin
- Kruse P, Stadler M (1990) Stability and instability in cognitive systems: Multistability, suggestion, and psychosomatic interaction. In: Haken H, Stadler M (eds) Synergetics of cognition. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 201-215
- Kruse P, Zenker Ch, Lang P, Meyer G, Pavlekovic B, Greiser E, Maschewski-Schneider U, Raeithel A, Stadler M, Vetter G (1992a) Zwischenbericht der Begleitforschung zur Methadon-Substitution im Land Bremen. Bremer Beiträge Psychol 105 : 1-91
- Kruse P, Stadler M, Pavlekovic B, Gheorghiu V (1992b) Instability and cognitive order formation: Self-organization principles, psychological experiments, and psychotherapeutic interventions. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) Self-organization and clinical psychology. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 102-117
- Kruse P, Holzhüter H, Klingenberg S, Meyer zu Altenschildesche M, Eberling M, Vogt-Hillmann M, Raeithel A, Zenker O, Stadler M (1992c) Medizinische und psychologische Aspekte bei der Betreuung von HIV-Positiven und Aids-Patienten: Ein interdisziplinäres Projekt. In: Kurme A, Klose HJ (Hrsg) Darmstädter Gespräche, 8. Seminar zu psychosozialen Aspekten chronisch Kranker, Verhandlungsbericht. Armour Pharma, München, S 47-86
- Large R G (1976) The use of the role construct repertory grid in studying changes during psychotherapy. Austr New Zealand J Psychiatry 10 : 315-320
- Leiberich P, Olbrich E (1990) Soziale Unterstützung: Definition, Methoden der Erfassung, meßmethodische Probleme und gegenwärtiger Forschungsstand. In: Deutsche-Aids-Stiftung (Hrsg) Aids und Psyche. edition sigma, Berlin, S 521-583
- Leiberich P, Schumacher K, Kasch S, Duschner R, Brieger M, Engeter M, Rubbert A, Schwab J, Kalden JR, Olbrich E (1993) Bewältigung und Lebensqualität bei HIV-Infizierten und Aids-Patienten. In: Lange C (Hrsg) Aids - eine Forschungsbilanz. edition sigma, Berlin
- Meyer D (1991) Individuelle und gesellschaftliche Konstruktion des Problemfeldes Aids. Diplomarbeit, Universität Bremen
- Muthny FA (1989) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Beltz, Weinheim
- Olbrich E, Sprinkart K-P, Reiser J, Müller M, Leiberich P, Klahr M (1993) Psychotherapie mit HIV-infizierten Menschen: Die Verbesserung der Utilisation persönlicher und sozialer Ressourcen. In: Lange C (Hrsg) Aids - eine Forschungsbilanz. edition sigma, Berlin

- Perrez M, Reicherts M, Plancherel B (1990) Belastungsbewältigung bei HIV-Positiven. Moderator-effekte zwischen Belastung und psychischer Gesundheit. Schweizerische Z Psychol 49 : 48-56
- Pousson R, Sogolow E (1990) Counterference: An active/passive paradigm. VI. Int Conf on Aids, San Francisco
- Raeithel A (1991) Arbeiten zur Methodologie der Psychologie und zur Kelly-Matrizen-Methodik. Verlag der Zeichenschmiede, Hamburg
- Raeithel A (1993) Auswertungsmethoden für Repertory Grids. In: Scheer JW, Catina A (Hrsg) Einführung in die Repertory Grid-Technik, Bd I. Huber, Bern, S 41-67
- Raeithel A, Tröger H (1981) Das Rep-Grid-Verfahren nach G. A. Kelly als Anregung für eine handlungsorientierte Diagnostik. In: Kleiber D (Hrsg) Handlungstheorie in der Anwendung. DGVT, Tübingen
- Riemann R (1983) Die Erfassung individueller Einstellungen mit Hilfe der Grid-Technik. Z Sozialpsychol 14 : 139-151
- Ryle A, Lunghi ME (1969) The use of role construct repertory grid in studying changes during psychotherapy. Br J Psychiatry 115 : 1297-1304
- Scheer JW, Catina A (Hrsg) (1993) Einführung in die Repertory Grid-Technik, Bde I und II. Huber, Bern
- Schneider MM, Ermann M, Schramm W (1992) Hämophilie und HIV-Infektion: Psychosoziale Forschung und Praxis. In: Ermann M, Waldvogel B (Hrsg) HIV-Betroffene und ihr Umfeld. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 175-180
- Schüffel W, Gerlach I (1988) Das Repertory-Grid in der Arbeit mit Patienten und dem Kollegen. In: Schüffel W (Hrsg) Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 367-376
- Schulz KH, Raedler A (1990) Psycho-Neuro-Immunologische Wechselwirkungen. In: Deutsche-Aids-Stiftung (Hrsg) Aids und Psyche. edition sigma, Berlin, S 109-142
- Seidl O, Goebel FD (1987) Psychosomatische Reaktionen von Homosexuellen und Drogenabhängigen auf die Mitteilung eines positiven HIV-Testergebnisses. Aids-Forschung 2 : 181-187
- Thoits P (1986) Social support as coping assistance. J Consult Clin Psychol 54 : 416-423
- Wachter RM (1986) The impact of the acquired immunodeficiency syndrom on the medical residency training. N Engl J Med 314 : 177-180
- Waldvogel B, Seidl O (1991) Probleme und Belastungen von Ärzten bei der Behandlung von Aids-Patienten. Aids-Forschung (AIFO) 6 : 353 - 368
- Waldvogel B, Seidl O, Ermann M (1991). Belastungen und Beziehungsprobleme von Ärzten und Pflegekräften bei der Betreuung von Aids-Patienten. Psychother Psychosom Med Psychol 41 : 347 - 353
- Waldvogel B, Seidl O (1992) Belastungen und professionelle Bewältigungsformen von Ärzten und Krankenpflegekräften, die Patienten mit Aids betreuen. In: Ermann M, Waldvogel B (Hrsg) HIV-Betroffene und ihr Umfeld. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 33-45

- Wallack J (1989). Aids anxiety among health care professionals. *Hosp Com Psychiatry* 40 : 507 - 510
- Walker G (1991) *In the midst of winter. Systemic therapy with families, couples, and individuals with HIV-infection.* Norton, New York
- Weimer T, Nilsson-Schönnesson L, Clement U (1989) HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung. *Psyche* 8 : 720-735
- Weinel E (1989) Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von Aids-Patienten. *Psyche* 43 : 710-719
- Wolcott DL, Fawzy J, Pasnau R.(1985) Acquired Immune Deficiency Syndrom (Aids) and Consultation-Liaison-Psychiatry. *Gen Hospital Psychiatry* 7 : 280 - 292
- Zenz H (1989) Die psychosoziale Lage HIV-Infizierter und Aids-Erkrankter. In: Zenz H, Manok G (Hrsg) *Aids-Handbuch für die psychosoziale Praxis.* Huber, Stuttgart
- Zich J, Temoshok L (1987) Perceptions of social support in men with Aids and ARC: Relationship with distress and hardiness. *J Applied Soc Psychol* 17 : 193-215
- Zuber J, Werner J (1993) Einstellungen von medizinischem Personal gegenüber HIV Positiven und Aids-Kranken. In Lange C (Hrsg) *Aids - eine Forschungsbilanz.* edition sigma, Berlin

Krankheit im Kontext neuer Orientierungen und Verluste im deutsch-deutschen Vereinigungsprozeß

Michael Geyer

Die deutsche Vereinigung und der damit verbundene fundamentale gesellschaftliche Wandel im Osten Deutschlands hat den Menschen völlig neue Lebensräume eröffnet und andererseits Lebenskontinuitäten unterbrochen. Die Mehrzahl meiner Landsleute hat sich zu diesem Prozeß bekannt und die damit verbundene Herausforderung angenommen. Ich bin gleichermaßen fasziniert von der Geschwindigkeit, mit der die kulturellen Angleichungsprozesse ablaufen, wie von der Geduld und Leidensfähigkeit der Menschen, die diese Entwicklung auch in ihren für den einzelnen schmerzlichen Aspekten tragen. Dazu gehören auch Umschichtungen im Morbiditätsgeschehen.

Es ist mir wichtig, darauf hinzuweisen, daß jede wissenschaftliche Meinungsäußerung über den Zusammenhang zwischen Gesellschaft und Gesundheitsstörungen gezielt mißverstanden werden kann und es meist auch wird. Dabei läßt sich das Mißverständnis für so ziemlich alle Zwecke gleichermaßen gut instrumentalisieren: Die schlechte Gesellschaft macht den Menschen krank oder verbiegt doch zumindest den Charakter. Jene Gesellschaftsform, die am weitesten von unseren politischen Grundüberzeugungen entfernt ist, produziert die kränksten Typen, die dann eine kranke Kultur bilden, für die eine sog. Ethnotherapie her muß (Devereux 1974; Wetter 1974). Für die neuen Verantwortungsträger legitimiert sich auf diese Weise der Umgang mit dem Ostdeutschen und dessen Lebensbedingungen als zwar schmerzhaft, aber unausweichliche Heilbehandlung, die umso weniger Ungemach bereitet, je herzhafter und mitleidloser die notwendigen Schnitte angesetzt werden. Dem Oppositionellen in- und außerhalb der Parlamente liefert der Umstand, daß die gesellschaftlichen Verwerfungen nicht nur in Form von Arbeitslosigkeit, Entwurzelung und sozialem Elend, sondern auch krankheitswertigen Störungen auftreten, ebenfalls wohlfeile Munition im politischen Kampf. Dabei bewegt sich diese Diskussion auf besonders schwankendem Grund.

Wenn wir diese Vorgänge mit den analysierenden Augen der Wissenschaft betrachten, sei es mit denen der Volkswirtschaftler, der Soziologen, der Psychologen oder der Psychosomatiker, tun wir so, als betrieben wir ein großes

Feldexperiment, als könnten wir abhängige und unabhängige Größen im Zusammenhang mit derartigen geschichtsträchtigen Prozessen bestimmen und auseinanderhalten, als wären wir nicht selbst Objekt dieser Vorgänge und damit höchst subjektiv betroffen. Darüber hinaus sind die wissenschaftlichen Grundlagen unseres Gegenstandes eher bruchstückhaft, sowohl im Hinblick auf die theoretischen als auch empirischen Fundierungen. Derzeit besteht kein Kanon hinreichend empirisch abgesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse, demzufolge sich subjektive auf gesellschaftliche Strukturen beziehen oder ineinander übersetzen ließen (Spangenberg u. Clemenz 1990).

Insbesondere ist offen, wie tief die Bruchstelle tatsächlich ist, die innerhalb unserer Kultur den Übergang von der Gesellschaft zum Individuum markiert. Inwieweit überhaupt gesellschaftliche Prozesse ins Individuelle in einer Weise durchschlagen, die die Morbidität über psychosomatische Beziehungen nennenswert beeinflusst. Zwei Standpunkte beherrschen die Diskussion. Zum einen die Vorstellung, gesellschaftliche Strukturen würden so oft durch Gruppen- und Familienstrukturen gebrochen, daß sie letztlich in der Bedeutung gegenüber erblichen, Erziehungs- und Kleingruppeneinflüssen zurücktreten würden (Rosenbaum 1973, spricht von der Familie als Gegenstruktur zur Gesellschaft; Bahrdt 1984, grenzt den privaten Raum vom öffentlichen ebenso deutlich ab). Andererseits fragen Riesman et al. bereits 1963, ob z. B. mit wachsender Vergesellschaftung und immer unübersichtlicheren Formen gesellschaftlicher Arbeitsteilung das Individuum überhaupt noch jene "innere Autonomie" aufweist, die den Bedingungen der "außengeleiteten Gesellschaft" etwas entgegenzusetzen hätte. Die Frage insbesondere ist keineswegs beantwortet, unter welchen gesellschaftlichen Bedingungen der einzelne mehr oder weniger Charakter ausbildet, der ihn als Person in der Masse kenntlich macht.

Nähern wir uns einer einzelnen Krankheit, also beispielsweise der Fragestellung, ob sie etwas mit gesellschaftlichen Veränderungsprozessen zu schaffen hat, engt sich unsere Aussagefähigkeit weiter ein. Jeder, der nur einigermaßen die Literatur kennt, ist beeindruckt von der prinzipiellen kulturellen Nonspezifität vieler Krankheiten, darunter auch solcher, die wir nun gerade als sehr kulturspezifisch wähen, ich denke nur an die sog. Schizophrenie oder die Endogene Depression. Bislang besitzen wir erst wenig wirklich Beweiskräftiges über die Beziehungen zwischen gesellschaftlichem Wandel und psychosomatischen Störungen. Die gegenwärtige Diskussion wird dann auch in erster Linie von Mythen beherrscht. Ich nenne nur zwei im engeren Zusammenhang mit unserem Thema, die eifrig verbreitet werden, obwohl sie jeder Grundlage entbehren:

- Ostdeutsche seien psychopathologisch stärker gestört als Westdeutsche (Maaz 1990).

- Die politischen Verhältnisse in der DDR hätten einen starken Anstieg der Suizidrate zur Folge gehabt.

Der erste Mythos wird in diesem Beitrag diskutiert. Zum Suizidgeschehen auf dem Gebiet der neuen Bundesländer kann ich mit einer beinahe 100jährigen Statistik aufwarten. Danach erweist sich die Suizidquote als relativ unabhängig von der jeweiligen Gesellschaftsform, wenn man langfristig das regionale Geschehen verfolgt. Bereits um die Jahrhundertwende nimmt nämlich die Suizidhäufigkeit in Mitteldeutschland eine Spitzenposition unter den deutschen Ländern ein. Die Sachsen, Anhaltiner und Thüringer hatten beispielsweise im Jahre 1898 32 Suizide pro 100 000 der Bevölkerung, während der Rest Deutschlands 18 aufwies. Die mitteldeutschen Länder stiegen 1932 auf 38 Selbsttötungen pro 100 000 an, während der Rest Deutschlands nie über 25 hinauskam. Übrigens wurden diese Raten auch in den schlimmsten Zeiten der Nazi- bzw. SED-Diktatur nie überschritten. Seit 1985 ist ein allgemeines Absinken der Suizidhäufigkeit in Ost und West zu beobachten. Darüber hinaus gleichen sich die Zahlen in Ost und West eher an. Auch die hier und da geäußerte Behauptung, der rapide gesellschaftliche Wandel nach 1989 habe zu einem Anstieg der Selbsttötungsrate im Osten geführt, entbehrt jeder Grundlage.

Als Kliniker scheint man geneigt, Umschichtungen in Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen, die das eigene Arbeitsgebiet berühren, unzulässig zu generalisieren. Wenn ich im folgenden teilweise dramatische Veränderungen im klinischen Alltag ausmache, sollten diese entsprechend vorsichtig interpretiert werden.

Beobachtungen im klinischen Alltag

Für den ambulant und stationär arbeitenden Psychosomatiker haben sich mit dem gesellschaftlichen Umbruch nicht nur die Rahmenbedingungen seiner Tätigkeit geändert. Unsere heutigen Patienten sind nicht mehr unsere alten Patienten. Sie kommen in veränderter Zahl zu uns. Die Form ihrer Störungen hat sich gewandelt und auch die Schwere der Krankheitsbilder, unter denen sie leiden. Mit dieser Feststellung wird nicht eine Zunahme von Krankheiten oder Störungen behauptet, es handelt sich offensichtlich um Umschichtungen und Verschiebungen im Krankheitsgeschehen, die möglicherweise mit einem etwas veränderten Inanspruchnahmeverhalten unserer Patienten zu tun haben, vielleicht aber auch mit dem Wegfall supportiver sozialer Strukturen und Mechanismen in bestimmten sozialen Gruppierungen. Für den Kliniker läßt sich zwischen dem Beginn des gesellschaftlichen Wandels im Herbst 1989 und der ersten Konsolidierungsphase der

neuen Verhältnisse etwa im ersten Halbjahr 1992 eine Abfolge von drei Phasen feststellen, in denen jeweils besondere Reaktionsweisen der Menschen auf die sozialen Veränderungen dominierten. Die erste Phase ubiquitärer Streß- und Belastungsreaktionen wurde etwa im zweiten Halbjahr 1990 durch eine klinisch wenig ergiebige Phase teilweise überkompensatorischer Anpassungserscheinungen abgelöst, die wiederum spätestens Ende 1991 in eine Periode überging, die nunmehr den klinisch Tätigen direkt tangierte und die durch Dekompensationserscheinungen bis dahin klinisch unauffälliger Personen gekennzeichnet ist.

Akute Veränderungen im Rahmen des gesellschaftlichen Umbruchs 1989 / 1990

Die Vorgänge im Herbst 1989 versetzten die meisten Menschen in eine permanente Erregung. Alle politischen Vorgänge wurden je nach Standpunkt mit freudiger oder ängstlicher Erwartung begleitet. Hin- und hergerissen zwischen Hoffen und Bangen bildete die große Mehrzahl der Menschen zumindest vegetative Symptome aus, die in normalen Zeiten durchaus zu medizinisch bedeutsamen "Symptomen" zu organisieren wären. Nach einer Anfang 1990 publizierten repräsentativen Befragung gaben immerhin ca. 65% der DDR-Bürger derartige Befindensveränderungen an. Die Ärzte hatten damals jedoch zunehmend weniger zu tun, weil den Menschen offenbar die Politik wichtiger war als ihre psychovegetativen Irritationen. Diejenigen - meist Älteren -, die ihrer Vergangenheit nicht mehr davonlaufen konnten oder deren Lebensplan keine Alternativen vorsah, schlossen häufig die Bilanz ihres Daseins mit einem Suizid ab (wie wir gesehen haben, sank jedoch die seit 1985 in Bewegung gekommene Selbsttötungsrate auf dem Gebiet der ehemaligen DDR stetig weiter). Überdurchschnittlich viele trauten sich plötzlich nicht mehr auf die Straße. Die Ärzte nannten das ein merkwürdiges Ansteigen phobischer Verhaltensweisen. Wie drückt sich dies in der Klinik aus? In einer psychosomatischen Universitätsklinik, die in die Akutversorgung eingebunden ist, verändern sich nahezu schlagartig bereits im ersten Jahr der Nachwendezeit wesentliche Merkmale der Klientel. Der offensichtlich bereits mit der Ankündigung zukünftiger marktwirtschaftlicher Verhältnisse schlagartig einsetzende Leistungsdruck manifestiert sich in einer drastischen Reduktion der Anzahl und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der stationären Aufnahme. Während vor 1989 jeder zweite arbeitsunfähig zur Aufnahme kam, ist es bereits 1990 nur noch jeder fünfte. Die Quote mittlerer und langzeitiger Arbeitsunfähigkeit reduziert

sich auf ein Drittel der ursprünglichen Zahl. Die gesellschaftlich benachteiligten Gruppierungen (über 50jährige Männer einerseits, ältere Frauen, aber auch solche im sog. besten Leistungsalter andererseits, alle mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit bedroht) tauchen mit zunehmender Tendenz in der Klinik auf, während Männer im sog. besten Leistungsalter im Vergleich zu früher unterrepräsentiert sind. Außerordentlich auffällig zeigt sich ein verändertes Beschwerdenangebot bereits kurz nach der Wende. Seelische Störungen werden nur noch als Leitsymptom von einem Drittel der Patienten angegeben, während vorher fast 50% mit psychischen Störungen zur Behandlung kamen. Signifikant mehr Magenbeschwerden (8, 1 vs. 16, 2%), funktionelle Herzbeschwerden (21, 6 vs. 35%) und Kopfschmerzen (32, 4 vs. 35%) lassen sich nachweisen. Bei funktionellen Magenbeschwerden und funktionellen Herz-Angst-Syndromen handelt es sich immerhin um eine drastische, hochsignifikante Erhöhung der absoluten Zahlen. Waren schon in den letzten Jahren vor dem Umbruch die klassischen Neurosen deutlich zugunsten der Gruppe der sog. frühen oder strukturellen Störungen mit diffusen Befindensveränderungen im Rückgang, verstärkt sich dieser Trend in den Monaten nach der Wende. Immerhin steigen bereits im ersten Jahr danach die Persönlichkeitsstörungen von 4, 9% auf 12, 4% (inzwischen hat sich diese Zahl mindestens noch einmal verdoppelt). Damit geht auch suchtartiges Verhalten verstärkt einher. Gleichzeitig treten Krankheitsbilder in Erscheinung, die vorher extrem selten zu sehen waren. Stellvertretend möchten wir nur die Bulimie und das "Arbeitslosensyndrom" nennen. So viel zu den akuten Auswirkungen. Nach allen Erfahrungen der medizinsoziologischen Forschung wird es dabei nicht bleiben. So kann man heute schon prognostizieren, unter welchen Bedingungen die jetzt durch soziale familiäre Einbrüche in Ostdeutschland geschädigten Gruppen von Kindern in späteren Zeiten Störungen ausbilden. So liegt es beispielsweise im Falle längerer Arbeitslosigkeit der Väter nahe, daß vorwiegend Knaben den sozialen Abstieg des Vaters mit einer Art von Frühreife und Aktionismus beantworten, die sie nach allen Ergebnissen soziologischer Forschung besonders anfällig macht gegenüber späteren wirtschaftlichen Krisensituationen. Falls in 15-20 Jahren wieder eine wirtschaftliche Krise eintritt, werden die männlichen Erwachsenen dann wirklich mehr Probleme haben als ihre weiblichen Altersgenossen, deren nicht so störanfällige Beziehung zu den angeblich weniger von außerfamiliären Vorgängen abhängigen Müttern einen gewissen Schutzeffekt hervorbringen soll? Es wird interessant sein, zu beobachten, ob diese, in westlichen Ländern mit geringerer Frauenbeschäftigung gewonnenen Resultate im Falle der ehemaligen DDR-Gesellschaft mit einer völlig anderen beruflichen Situation der Mütter konstant bleiben.

Anpassung und (Über-)Kompensation

Nach meinen Beobachtungen war der Höhepunkt der akuten Reaktionen spätestens Mitte 1990 überschritten. Nun traten andere Phänomene in den Vordergrund, die mit Begriffen wie Anpassung und Kompensation gefaßt werden können. Es handelt sich um Massenphänomene, deren Existenz überhaupt so etwas wie Normalität in den neuen Bundesländern zu verdanken ist. Eine Fülle mehr oder weniger ehrenrühriger Sprachschöpfungen verweisen auf die Fragwürdigkeit rascher Anpassung: "Wendehälse" schließen sich mit anderen "roten Socken" zu "Seilschaften" zusammen, mit deren Hilfe sie in die Rolle "frühkapitalistischer Manager" gelangen. Die schnelle und geschmeidige Wendung in den richtigen Wind hat neben der moralischen jedoch auch eine medizinische Seite. Vielleicht ruht hier ein Störungspotential, das sich sehr langfristig in einer Steigerung der bekannten psychosomatischen Krankheiten in dieser Population entlädt. Die durch einen gewaltigen Anpassungsdruck - wer sich nicht anpaßt, wird ausgegrenzt - erzeugte Verhaltensänderung wird, da nicht durch kontinuierliche Entwicklungsprozesse unterlegt, notgedrungen pathogenetisch bedeutsame Abwehrlösungen wie Spaltung, Verleugnung, Verdrängung in nicht unbeträchtlicher Größenordnung aktivieren. Da wir diese in der Entstehung psychosomatischer Organkrankheiten regelmäßig antreffen, könnte die Prognose gewagt werden, daß (trotz dann insgesamt deutlich gesunkener Morbidität im Bereich der Zivilisationskrankheiten) in dieser speziellen Population höhere Prävalenzraten dieser Krankheiten auftreten werden. Die allgemeine Laienmeinung "sozialer Wandel schafft Persönlichkeitsveränderungen" ist so zutreffend wie eine Bauernregel über das Wetter. Sozialer Wandel bringt für das Individuum meist eine Gelegenheit und mitunter den Zwang zur Verhaltensänderung.

Dabei liegen Risiko und Chance Seite an Seite. Sozialer Wandel führt häufig zu Verhaltensänderungen, die mitunter anmuten wie tiefgreifende Veränderungen der Persönlichkeit. Wir erinnern nur an die Studien von Parin et al. (1972), in denen die erstaunliche Tatsache dokumentiert wurde, daß scheinbar tief verwurzelte Charakterzüge wie chronische Apathie und dauerhafte Gefügigkeit in politisch unterdrückten Populationen sich in kürzester Zeit auflösen, wenn die politischen Verhältnisse den Individuen erlauben, wieder Verantwortung für sich zu übernehmen und initiativ zu werden.

Wenn man so will, können derartige Veränderungen des Verhaltens im Alltag der neuen Bundesländer massenhaft beobachtet werden. Viele der ehemals überangepaßt gescholtenen DDR-Bürger sind kaum noch als solche zu erkennen und umgekehrt drückt die Bezeichnung "Wossi" aus, in welcher perfekter Weise der im Osten tätige Westdeutsche seine Anpassung an die ostdeutschen Alltagsnormen praktiziert.

Aber sozialer Wandel erzwingt mitunter Veränderungen der Person, die diese desintegrieren läßt, wenn deren Änderungspotential nicht ausreichend ist. Es gibt einen Typ unter unseren neuen Patienten, der scheint uns dem Tropenfisch vergleichbar, der in der Nordsee ausgesetzt wird.

Dekompensation

Exemplarisch möchte ich ein Störungsbild skizzieren, das von der Quantität her nur klinisches Interesse zu beanspruchen hätte, dessen Auftreten jedoch Überlegungen im Rahmen unseres Themas geradezu provoziert. Mir war schon lange vor der Wende beim Vergleich der Klientel psychosomatischer Einrichtungen in Ost und West aufgefallen, daß unter unseren Patienten deutlich weniger schwer Ich-Gestörte waren. Spätestens mit der staatlichen Vereinigung im Herbst 1990 und zunehmend seit etwa Mitte 1991 sehen wir in den psychosomatischen Kliniken ein merkwürdiges Phänomen. Neben der generellen Vermehrung schwerer Störungen in der Klinik kommt es in vielen Fällen zur klinischen Erstmanifestation früher struktureller Störungen in der zweiten Lebenshälfte. Es scheint, als ob sich jene jetzt auch bei uns als klinische Fälle einreihen würden, die wir früher schon im Westen sahen. Es handelt sich um Menschen mit häufig schweren traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, die kaum die Chance hatten, verlässliche Beziehungen zu erfahren, und die unter dem Eindruck permanenter Unsicherheit einen Zugang zu eigenen aggressiven und sinnlichen Bedürfnissen nicht finden konnten. Sie funktionierten in den alten gesellschaftlichen Strukturen gut und problemlos, waren häufig sehr identifiziert mit der Partei und dem System, konnten oft jedoch auch in permanenter Gegnerschaft zum Regime eine z. T. sozial wenig attraktive Nischenposition verteidigen. Ihr Umgang mit eigenen Aggressionen beschränkte sich im ersten Fall auf die Identifikation mit staatlicher Gewalt und identifikatorischer Teilhabe an repressiver Machtausübung. Im anderen Fall gelang es, durch Einnahme einer Opferhaltung aggressive Impulse außerhalb der eigenen Person an der Gesellschaft festzumachen. Beinahe in allen Fällen führte ein äußerer Einschnitt, entweder der Verlust des Arbeitsplatzes oder aber der Nische, zu Konfrontationen mit eigener Wirklichkeit, die nur mit schweren narzißtischen Depressionen, psychosomatischen Krankheitsbildern oder psychoseähnlichen Verhaltensauffälligkeiten beantwortet werden konnten. Auf einen Nenner gebracht: Es drängt sich der Eindruck auf, daß unter den jetzigen gesellschaftlichen Umständen diese Störungen bereits vor 20 - 30 Jahren manifest geworden wären. Daß sie es nicht getan haben, scheint etwas mit der Gesellschaftsform zu tun zu haben. Offenbar wirkte die DDR-Gesellschaft als ein

Stützkorsett. Vielleicht ermöglichte sie ein symptomfreies Leben einer auf Spaltung angewiesenen Persönlichkeit.

Fallvignetten

Prinzipiell sind bei allen Störungsformen unserer Patienten vermehrt Bezüge zum gesellschaftlichen Wandel sichtbar. Mitunter gewinnen diese jedoch eine erhebliche pathogenetische Bedeutung, wie in folgendem illustriert werden soll. Die nachfolgenden anonymisierten Kurzkasuistiken repräsentieren jenen Anteil an unserer Klientel von etwa 20%, bei dem das Auftreten krankheitswertiger psychogener Störungen in enger Beziehung zum gesellschaftlichen Umbruch in Ostdeutschland steht bzw. zur entscheidenden äußeren Bedingung der Symptomauslösung wurde.

Es handelt sich in der Regel um die Verlierer der deutschen Einheit, auch wenn sie sich selbst anders sehen.

Vignette 1

Annette X., 59 Jahre, Bürgermeisterin, unverheiratet. Stationäre Aufnahme Mitte 1990. Symptomatik: Seit 6 Monaten stehe sie neben sich, traue sich nicht mehr unter Menschen, tagelang verkrieche sie sich, trage sich mit Selbstmordgedanken, sei dann wieder aggressiv nach außen, zerschlage Hausgerät, trinke zunehmend unkontrolliert Alkohol, dabei habe sie mehrere Versuche unternommen, sich etwas anzutun (Schlaftabletten, Ritzen der Haut in Pulsnähe), sei schon einmal beim Ladendiebstahl von Schokolade ertappt worden, falle ihren Freunden und Bekannten zunehmend zur Last, da sie ständig jemanden um sich haben wolle, andererseits kaum jemand länger ertrage. Stationäre Aufnahme nach selbst gelegtem Wohnungsbrand. Vorgeschichte: Vater nicht kennengelernt. Kindheit durch den Lebenswandel der offenbar promiskuösen Mutter geprägt, viel geschlagen und alleingelassen, teilweise in gewalttätige sexuelle Exzesse einbezogen worden. Schulzeit und Lehre im Heim zugebracht, kaum Kontakte zur Mutter. Im Alter zwischen 15 und 30 etliche gescheiterte Versuche zu einer Partnerschaft. Danach habe sie sich endgültig damit abgefunden, keine eigene Familie zu haben. Stürzt sich in die berufliche Tätigkeit (Verwaltung einer Kleinstadt). Völlige Identifikation mit der Partei, deren engagiertes Mitglied sie wird. Wird mit ca. 35 Bürgermeisterin einer Gemeinde. Fühlt sich als "Mutter", die überall Bescheid weiß, nach dem Rechten sieht, für ihre "Familie" alles tut. In dieser Zeit Behandlung einer

Hypertonie durch den Allgemeinmediziner. Symptomauslösung: Nach der Wende erlebt sie, daß ihre "Kinder", die Gemeindemitglieder, ihren "großen Einsatz" nicht nur nicht honorieren, sondern sie bei der ersten Gelegenheit abwählen, sie in dieser Zeit als "Parteischncke" beschimpfen. Vorruhestand. Therapie: Knapp 6monatige Einzel- und Gruppenbehandlung mit Fokus "Kränkung", "überkompensatorische Helferhaltung". Erreicht wird eine deutliche Stabilisierung. Ambulante Weiterbehandlung am Wohnort.

Vignette 2

Reinhold Y., 63 Jahre, Behördenangestellter (Stasi), verheiratet, 1 Adoptivsohn, 24 Jahre (dessen Herkunft durch den Patienten so perfekt verschleiert werden konnte, daß sie diesem bis jetzt verborgen blieb). Stationäre Aufnahme Mitte 1992. Symptomatik: Seit 2 Jahren Zustände von Herzrasen, Schwindelgefühle, massive Befürchtungen, tot umzufallen. Auch Anfälle ungerichteter Angst (Panikattacken). Zunehmende depressive Verstimmung, Suizidideen, Insuffizienzgefühle. 20monatige erfolglose medikamentöse Vorbehandlung. Vorgeschichte: Kindheit geprägt vom autoritären Erziehungsstil des Vaters zur "Wahrheitsliebe, Pünktlichkeit, Ordentlichkeit". Früh in Kontakt mit der Partei gekommen, die ihn zum Sicherheitsdienst lanciert. Kinderlose Ehe mit dominierender Frau, die zu Hause "das Kommando führt" und die ebenfalls bei einer Behörde beschäftigt ist. Zuletzt ist er hoher Offizier der Staatssicherheit. Beschreibt sich als vollidentifiziert mit dem System, gut durchsetzungsfähig "nach unten". "Nie eine Auseinandersetzung mit einem Vorgesetzten". "Immer gesund gewesen". Auslösende Situation: Auflösung des Ministeriums für Staatssicherheit. Arbeitslosigkeit. Gefühl des Verratenseins durch die letzte Regierung. Verlust der sozialen Einbindung und aller "Ideale". Entwurzelung. Fühlt sich von Chaos und sozialer Ungerechtigkeit umgeben. Keine ordnende Instanz greift ein. Therapie: Ca. 3 Monate. Fokus: Abhängigkeitswünsche und extreme aggressive Gehemmtheit und Durchsetzungsunfähigkeit in der Partnerbeziehung. Nach längerer Einzeltherapie geht er das Wagnis ein, in der Gruppe seine Vergangenheit zu offenbaren. Dadurch erhebliche Entlastung und Ermöglichung der Bearbeitung seiner inneren Widersprüche.

Vignette 3

Heinz Z., 62 Jahre, Dr. habil., Hochschullehrer, verheiratet, 1 Kind. Stationäre Aufnahme 1992. Symptomatik: Anhaltende Depressivität und Suizidalität, zunehmend seit 1990. Stationäre Aufnahme nach Einnahme einer Überdosis Schlaftabletten. Vorgeschichte: Ohne Vater in starker Abhängigkeit von der Mutter aufgewachsen, die ihre Zuwendung von seiner Unterordnung und Anpassungsbereitschaft abhängig gemacht hat. Extreme Leistungshaltung, der Mutter gegenüber nie eine Spur von Auflehnung, auch nicht in der Pubertät. Seit der Studienzeit Kontakte zu politisch-dissidenten Kreisen. Von da ab verhartet er in einer oppositionellen Haltung, die seiner Ansicht nach verhindert, daß er seine Fähigkeiten entsprechende universitäre Laufbahn einschlägt. Immerhin wird er geachteter Mitarbeiter einer außeruniversitären Forschungseinrichtung. Auslösende Situation: Nach der Wende betreibt er sofort seine Rehabilitierung und wird als Hochschullehrer an einer Universität angestellt. Hier wird er konfrontiert mit seiner mangelnden Kompetenz sowohl als Lehrer als auch in seiner wissenschaftlichen Arbeit. Sein Lebenstraum ist zerstört. Therapie: Als Fokus wurde trotz des fortgeschrittenen Alters die sein Leben bestimmende ambivalente Mutterbeziehung und seine irrealen Ich-Idealbildung gewählt. Die Kränkung wurde dadurch für ihn faßbarer und annehmbarer. Nach Abklingen der akuten Depressivität und Suizidalität konnte die Betreuung ambulant fortgesetzt werden.

Fragen und Schlußfolgerungen

Die gesamtgesellschaftlich wichtigste Frage ist zweifellos die nach den Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels auf die Gesundheit der Gesamtpopulation der Ostdeutschen. Diese Frage kann gegenwärtig nur vage und mit Hinweis auf statistische Angaben beantwortet werden, die eher Oberflächenphänomene abbilden. Danach sind die Ostdeutschen nach der Wende gesünder als vorher. Sie haben einen niedrigeren Krankenstand, nehmen weniger ärztliche und pharmakologische Leistungen in Anspruch, und sogar die Suizidquote nähert sich den moderaten Werten Westdeutschlands an. Wie paßt das zusammen mit unseren klinischen Beobachtungen und dem durch die Medien vermittelten allgemeinen Eindruck, nach dem die neuen Bundesdeutschen in hohem Maße leiden und wehklagen? Wir denken, wir sollten uns an die epidemiologischen Befunde halten und unzulässigen Generalisierungen von Eindrücken und Einzelbeobachtungen entgegentreten. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß etwa ein ganzes Volk medizinisch bedeutsame Anpassungsprobleme hätte oder gar durch charakterliche Auffälligkeiten (evtl. eine einheitliche kranke "Basispersönlichkeit", Kardiner

1939; Linton 1969) gekennzeichnet wäre, die es daran hinderte, sich mit der neuen gesellschaftlichen Realität angemessen auseinanderzusetzen. Die zweifellos vorhandenen Persönlichkeitsunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschen erklären nicht befriedigend das Leiden am gesellschaftlichen Wandel. So mag es zutreffen, daß der Ostdeutsche eher in der Bandbreite oraler und anal-sadistischer, der Westdeutsche eher in der narzißtischer Beziehungsthemen funktioniert. Wenn man bedenkt, daß der Ostdeutsche eher auf Nähe und Wärme angewiesen ist (die Behaglichkeitstemperatur des Ostdeutschen liegt derzeit auch bei hohen Energiepreisen noch um ca. 5° über der des Westdeutschen) und wesentlich direkter und aggressiver seinen Nächsten berührt (man beachte nur die unterschiedlichen Mensch-zu-Mensch-Abstände in den Schalterschlangen in Ost und West), und daß er wesentlich weniger gelernt hat, der ästhetischen Kultur des westdeutschen Alltags gleichwertiges entgegenzusetzen, wird auch die Vielgestaltigkeit des Anpassungsdrucks verständlich, dem der Ostdeutsche ausgesetzt ist.

Gesellschaftlicher Wandel solcher Dimension, der das Oberste zu unterst kehrt, der weder ideelle noch materielle Werte unangetastet läßt, stellt die Identität des Individuums in ihrem Kernbereich in Frage. Gesellschaftlicher Wandel der hier erlebten Art gleicht einem Erdbeben, nach dem nichts mehr an seinem Ort steht, obwohl sich hier und da noch vertraute Aufbauten und Umriss von Gebäuden zeigen. Das Gefühl der Identität, der Sicherheit, man selbst zu sein, ruht bekanntlich auf 2 Säulen. Zum einen auf der eigenen Wahrnehmung dieser Identität in zeitlicher Kontinuität und Gleichheit, zum anderen auf dem Erleben, daß die Umwelt diese Wahrnehmung irgendwie bestätigt (Erikson 1959).

Diskontinuitäten in der Wahrnehmung eigener Identität ergeben sich zweifellos aus folgenden Vorgängen:

- Auflösung von Machtstrukturen (Schwinden bisheriger Formen der staatlichen Machtausübung hinterläßt Defizite).
- Normen- und Wertekrise, Sinnentleerung, Verlust des Lebenssinnes ("Mein gesamtes bisheriges Leben war offenbar ein Irrtum").
- Identitätsstiftende öffentliche und private Beziehungsformen verschwinden bzw. werden desavouiert (der Straßename, der Gemüsehändler, Parteien, Vereine, Klubs etc.).
- Arbeitslosigkeit.

-Fehlende Bewältigungsmöglichkeiten neuer Alltagsprobleme (mit Verwaltungsbürokratien, Banken, Versicherungen, Betrügern, Arbeitsanforderungen etc.).

Was sich ändert, wird gleichermaßen kanalisiert und kalibriert unter dem Sog der westlichen Alltagskultur.

Es scheint also nicht möglich zu sein, die Anpassungsprobleme des Ostdeutschen auf ein einziges sozialisationsbedingtes Merkmal zurückzuführen. Der Generalnenner mag eher in der Tatsache liegen, daß seine Identität im Rahmen eines Veränderungsprozesses, der eindeutig westdeutsche Lebensart und Beziehungsformen anzielt, in Frage gestellt ist. Damit wird jedoch der überwiegende Teil der Ostdeutschen fertig, ohne Gesundheitsstörungen auszubilden.

Um unsere klinischen Beobachtungen zu erklären, bedarf es einer Perspektive, wie sie durch die wenigen, wissenschaftlich aussagekräftigen Studien ermöglicht wird, die den Gesundheitszustand der Gesamtpopulation einer Region im zeitlichen Verlauf untersucht haben. Bedienen wir uns der Ergebnisse der sog. Mannheimer Kohortenstudie (Schepank 1986, 1990), die nach den vorliegenden vergleichbaren epidemiologischen Befunden aus dem Osten durchaus für ganz Deutschland repräsentativ erscheinen. Danach können wir bezüglich der Punktprävalenz behandlungsbedürftiger psychogener Erkrankungen von ca. 25% der Gesamtbevölkerung ausgehen. Nach der Schätzung von Schepank (1986) hat etwa die Hälfte davon, also 12,5% der Gesamtpopulation, zum Zeitpunkt der Untersuchung fachpsychotherapeutische Hilfe nötig, ein Drittel davon (also ca. 4%) stationäre Fachpsychotherapie. Worüber wir als Kliniker Auskunft geben können, sind Veränderungen in der Morbiditätsstruktur jenes Prozent-Bruchteils der Bevölkerung, der tatsächlich stationäre psychotherapeutische Hilfe zu einem bestimmten Zeitpunkt in Anspruch nimmt. Bei rund 1000 Betten in der Fachpsychotherapie der neuen Bundesländern befinden sich gerade einmal 0,06 Promille der Bevölkerung der neuen Bundesländer in stationärer Fachpsychotherapie. Wir registrieren also in Wirklichkeit nur minimale Bewegungen in der Morbidität der Bevölkerung, die allerdings von uns überdimensional bewertet werden.

Damit reduziert sich unser Interpretationsspielraum auf die Frage, welche gesellschaftlichen Veränderungen sind nötig, damit aus dem Heer der potentiellen Fälle einige Promille zu wirklichen Fällen mit schwerer Symptomatik werden. Wir wissen von der Mannheimer Kohortenstudie, daß neben den ca. 30% der Bevölkerung, die lebenslang als echte Fälle im Sinne psychogener Erkrankungen anzusehen sind, knapp 41% als Risikoprobanden einzustufen sind und lediglich 29% der Bevölkerung stabil gesund ist (Schepank 1990). Statistisch gesehen genügen minimale Veränderungen innerhalb dieser Fallreserve, zu der immerhin 2/3 der Gesamtbevölkerung zu zählen ist, um deutliche Veränderungen in unserer sta-

tionären Klientel hervorzurufen. Andererseits wissen wir, wie stabil sich das Morbiditätsgeschehen gravierenden gesellschaftlichen Einflüssen gegenüber selbst in empfindlichen Entwicklungsphasen ausnimmt. Tress u. Benn (1990) haben in der erwähnten Studie beim Jahrgang 1945, jener Generation also, die in den Nachkriegswirren groß wurde, zwar eine erhöhte psychogene Beeinträchtigung überhaupt und einen größeren Anteil von Charakterneurosen nachweisen können. Die Erhöhung der Rate psychogener Störungen war jedoch nicht so erheblich, wie man vielleicht annehmen könnte, und bezog sich allein auf den männlichen Teil der Stichprobe. Die Autoren diskutieren als mögliche Ursache das Faktum, daß in dieser Generation viele Jungen vaterlos aufwuchsen, also einen gesellschaftlich bedingten, aber direkt auf die Primärgruppe durchschlagenden Einfluß. Es handelt sich also um einen Faktor, der die Familie in ihrer Funktion als Gegenstruktur zur Gesellschaft erheblich beeinträchtigen konnte. Um jedoch unsere Beobachtungen beispielsweise einer Neuerkrankung im späteren Erwachsenenalter mit deutlichem Bezug zum sozialen Wandel aufklären zu können, bedarf es neben des Nachweises einer genetischen oder im Kindesalter erworbenen Vulnerabilität immer auch einer aktuellen äußeren Einflußgröße mit Auswirkungen auf die Person. Im Falle dieser für uns neuen Gruppe von Kranken scheint der gemeinsame Nenner in einer für bestimmte Individuen dramatischen Verdünnung der sozial supportiven Strukturen zu liegen. Das Zerreißen sozialer Netze legt in diesen Fällen ein immer schon vorhandenes Ich-Defizit bloß und macht es virulent. Daß eine Gesellschaftsform wie die der DDR wie ein Stützkorsett einen Teil der Ich-Schwachen und Konfliktunfähigen umschlossen hat, erscheint zumindest denen, die in ihr gelebt haben, von nicht weiter erklärungsbedürftiger Evidenz. Hier wirkte der Staat wie eine verwöhnende Mutter, die durch Gratifikation und Nachsicht wenigstens zu verhindern sucht, daß das Kind die häusliche Kalamität und Unfreiheit so satt bekommt, daß es das Haus verläßt. In Wirklichkeit hatte das System jedoch Eigenschaften, die denen gleichen, die treten sie in einer Familie auf - als besonders schädliche Bedingungen seelischer Fehlentwicklung betrachtet werden. Neben der Verwöhnung oder doch weitgehenden Übernahme individueller Verantwortung durch den Staat hatte dieses Regime eine grausame Note, die sich in rücksichtsloser Bestrafung des ihm anvertrauten politisch andersdenkenden und -handelnden Bürger äußerte. Dieses Nebeneinander von Verwöhnung und dazu kontrastierender brutaler Bestrafung führt in der familiären Erziehung dadurch zu einer pathologischen Ich-Organisation, daß dem Kind eine Art der Wahrnehmung antrainiert wird, die alle mit der Familiennorm "Mutter und Vater lieben euch über alles" unvereinbaren Gefühle - also Enttäuschung, Wut, Haß, Neid etc. - ausschließt. Dem Kind bleibt nur diese Möglichkeit der Nichtwahrnehmung aggressiver Impulse, um seine existentiell gute Beziehung zu den Eltern zu erhalten. Die abgespaltenen negativen Gefühle sind aber nicht verschwunden. Sie werden in andere Richtung kanalisiert.

Man richtet sie gegen die Feinde der Familie, schwarze Schafe oder gegen sich selbst. Dann wird man krank, bringt sich um oder stellt sich zum Umbringen anderer zur Verfügung. Genau diese Art der Ich-Organisation, die fehlende Integration aggressiver, vital wichtiger Bedürfnisse in das Selbstbild und diesem Selbstbild entsprechende Verhaltensentwürfe, ist das zentrale Kennzeichen jener Pathologie, die sich jetzt manifestiert, da der Staat eine andere Gestalt annimmt und nicht mehr entweder als gut oder böse hervortritt, sondern vom Bürger verlangt, gleichzeitig gute und böse Aspekte im Bild vom Staat nebeneinander bestehen zu lassen und den damit verbundenen Konflikt auszuhalten. Meine Hypothese wäre: Es gab in der DDR deshalb weniger klinisch manifeste Ich-Störungen, weil der Staat den Projektionen und Spaltungen einiger Gruppen Ich-gestörter entgegenkam, weil der Staat als Übertragungsfigur einen bestimmten Elterntyp ersetzen konnte. Daß diese Gesellschaft an der Entstehung des pathologischen Mechanismus maßgeblich beteiligt war, erscheint vielleicht als politisches Argument attraktiv, ist aber eher unwahrscheinlich. Worauf ich hinweisen wollte, ist der Umstand, daß solche Störungen in den freien Gesellschaften spätestens mit Eintritt in das selbständige Erwachsenenleben auftreten, während das Individuum in einer totalitären Gesellschaftsform diese Schwelle zu innerer Konfliktbereitschaft und Autonomie vielleicht weniger überschreiten muß. Während wir auf der einen Seite mit schwereren Störungen umzugehen haben, erleben wir auf der anderen Seite bei vielen unserer Patienten ein anderes Inanspruchnahmeverhalten unserer Leistungen und insbesondere andere Ansprüche an die Art der Behandlung. Wer jetzt deutlich mehr zahlt oder zahlen läßt für medizinische Leistungen, möchte auch entsprechend behandelt werden: Der Patient entwickelt sich zum Kunden und der Kunde ist in der Marktwirtschaft König. Somit stellt sich für uns als Psychotherapeuten die Frage, wie wir gerüstet sind, nicht nur mit den dem sozialen Wandel geschuldeten regressiven Verhaltensweisen unserer Patienten, sondern auch mit deren progressiven Verhaltensänderungen umzugehen. Waren früher die meisten von uns in der Situation, in unseren Behandlungen Freiräume, durchaus subversive Ideen sowie auch konkrete Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit repressiven Mechanismen anbieten zu können (damit haben wir oft genug unsere Abstinenz in der politischen öffentlichen Auseinandersetzung entschuldigt), werden wir jetzt eher mit eigenen Grenzen konfrontiert, wenn Patienten in ungewohnter Weise ihre Persönlichkeitsrechte einklagen. Vielleicht sollten wir - gebrannte Kinder, die wir sind - viel mehr in der Öffentlichkeit eine Auseinandersetzung mit dem Thema "repressive gesellschaftliche Mechanismen" führen und unsere Sensibilität auch den versteckten und subtilen Formen gesellschaftlicher Gewalt gegenüber unseren Landsleuten im Westen zur Verfügung stellen. Wir, die wir mit offener staatlicher Gewalt unsere Umgangsformen besitzen, staunen im allgemeinen fassungslos über die mangelnde Bewußtheit, die im Westen gegenüber Formen der sog.

strukturellen Gewalt, d. h. den subtilen bürokratischen und pseudodemokratischen Mechanismen, die diese Gesellschaft auch kennzeichnen, besteht.

Das wäre dann ein gesamtdeutscher Beitrag ostdeutscher Psychotherapeuten, der uns mehr entsprechen würde als bequeme Anpassung: Wahrheiten auch dann zu sagen, wenn sie nicht erwünscht sind, und den Anspruch des Individuums auch dann aufrechtzuerhalten, wenn er innerhalb eines demokratischen Prozesses (noch) nicht durchzusetzen ist.

Literatur

- Bahrdt HP (1984) Öffentlichkeit und Privatheit. In: Heigl-Evers A (Hrsg) Sozialpsychologie, Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts", Bd 1. Beltz, Weinheim Basel, S 510 - 518
- Devereux G (1974) Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Elias N (1978) Über den Prozeß der Zivilisation. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. 5. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Erikson EH (1959) Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 18
- Ferber CH v, Heigl-Evers A (1989) Aspekte der Weiterentwicklung einer psychosozialen Medizin. In: Heigl-Evers A, Rosin U (Hrsg) Psychotherapie in der ärztlichen Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- Geyer M (1990) Die psychosoziale Dimension im ganzheitlichen Denken und Handeln in der Heilkunde - absehbare Entwicklungen. Z Klin Med 45 : 824 - 826
- Kardiner A (1939) The individual and his society. Columbia Univ Press, New York
- Linton R (1969) Avant-propos. In: Kardiner A (ed) L'individu dans sa société. Gallimard, Paris
- Maaz H-J (1990) Der Gefühlsstau. Ein Psychogramm der DDR. Argon, Berlin
- Parin P, Morgenthaler F, Parin-Matthey G (1972) Die Weißen denken zuviel. Kindler, München
- Richter H E (1990) Flüchten oder Standhalten. Rowohlt, Reinbek
- Riesman D et al. (1963) Die einsame Masse. Rowohlt, Reinbek
- Rosenbaum H (1973) Familie als Gegenstruktur der Gesellschaft. Enke, Stuttgart
- Schelsky H (1970) Zur soziologischen Theorie der Institution. In: Schelsky H (Hrsg) Zur Theorie der Institution. Diederichs, Düsseldorf, S 9 - 26
- Schepank H (1986) Epidemiologie psychogener Störungen. In: Kisker KP et al. (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart 1, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

- Schepank H (1990) Prognose und realer Verlauf. In: Schepank H (Hrsg) Verläufe. Seelische Gesundheit - psychogene Erkrankungen heute. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Spangenberg N, Clemenz M (1990) Die Last der Vergangenheit und der Kampf um die Zukunft. Familienkonflikte und ihre gesellschaftlichen Hintergründe: Ein sozioanalytisches Modell. In: Clemenz M et al. (Hrsg) Konfliktstrukturen und Chancen therapeutischer Arbeit bei Multiproblemfamilien. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 28 - 98
- Tress W, Benn W (1990) Aspekte demographischer Kernvariablen. In: Schepank H (Hrsg) Verläufe. Seelische Gesundheit - psychogene Erkrankungen heute. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Wetter H (1974) Die positiven Ziele einer praktischen Anthropologie. Mittlg Anthropol Ges Wien 4 : 3 - 43

Anpassung als Sucht

Arno Gruen

Jakob Wassermann schrieb einmal: "Ich meine nämlich, Gut und Böse entscheiden sich nicht im Verkehr der Menschen untereinander, sondern ausschließlich im Umgang des Menschen mit sich selbst" (Wassermann 1985).

Um diesen Umgang mit sich selbst zustande zu bringen, muß ein Mensch sich selber stellen können. Hierfür braucht es eine Kraft, die aus dem Zugang zu den eigenen Gefühlen, Wahrnehmungen und Bedürfnissen herauswächst. Unsere Gesellschaft jedoch stellt ein kulturelles Gefüge dar, das den Menschen von seinen eigentlichen Gefühlen, seiner inneren Welt abtrennt, wegtreibt und darauf besteht, daß seine Wahrnehmungen und seine Ich-Bezogenheit auf Werten basieren, die des Menschen Verletzbarkeit und seine Unsicherheit verleugnen. Die Süchte rings um uns sind Ausdruck des Scheiterns dieser Ideologie des Seins, welche glaubt, daß Macht, Herrschen und Besitzen der Sinn des Lebens sein muß. Damit verwirft sie die Furcht eines Jeden vor seiner Unzulänglichkeit, verstärkt diese aber gleichzeitig. Das Resultat ist eine allgemeine Selbstschwäche, die aber nicht konfrontiert werden darf.

Dies ist der Hintergrund jeglicher Sucht. Ohne dieses Umfeld würde es keine Süchtigen geben. Walther Lechler schrieb: "Der Süchtige ist lediglich der Rauch, der zeigt, daß irgendwo ein Feuer brennt. Meistens bemühen wir uns und begnügen uns, den Rauch zum Verschwinden zu bringen, aber nicht das Feuer, das ihn verursacht" (Lechler 1983). Und so schlagen wir Alarm um die, die die Gesellschaft als süchtig einstuft, um die eigene Sucht nicht erkennen zu brauchen. Indem wir auf jene weisen, die an der Nadel oder am Alkohol hängen, lenken wir von unseren eigenen, aber gesellschaftlich gebilligten Süchten ab.

Suchtforscher wie Krystal u. Raskin (1983) haben den emotionalen Haushalt der Süchtigen als eine Verarmung ihrer Selbstrepräsentation bezeichnet. "Das Selbst" schreiben sie "wird als sehr schwach, hilflos oder wertlos erlebt". "Die Suchterfahrung" schreibt ein anderer Forscher, Scherhorn (Scherhorn et al. 1990), "ist deshalb so attraktiv, weil sie das schmerzliche Gefühl der Selbstschwäche vergessen macht. Dies wird besser verständlich, wenn man sich klar macht, daß die Bestätigung zugleich auch eine Abschirmung ist ... Abschirmung bedeutet, daß der Süchtige das Suchtobjekt dazu benutzt, sein Bewußtsein ganz zu dispen-

sieren oder es partiell für Sinneseindrücke unempfindlich zu machen, die ihm die eigene Schwäche vor Augen führen würde."

Suchtverhalten kreist also um ein Gefühl der Selbstschwäche, der man sich nicht stellen kann. Aber wieviele unter uns können sich der eigenen Schwäche stellen? Wer ist gewillt, sich selber ins Gesicht zu schauen? Sind wir nicht täglich damit beschäftigt, uns und anderen zu beweisen, daß wir nicht schwach, verletzlich und hilflos sind? Sind nicht Kriege, Gewalttätigkeiten, Haß auf andere der tägliche Inhalt eines Verhaltens, dem die Angst vor einer nie ganz eingestandenen Schwäche zugrunde liegt?

Schwäche, die nicht konfrontiert werden kann, ist ein Krebs, der aus dem Gefüge einer Selbstideologie empor steigt, die der Macht und nicht der Liebe gewidmet ist. Unsere Alpträume (und wer kann schon sagen, daß er sie nie erlebt hat?), die Freud als Kastrationsängste interpretierte, widerspiegeln einen breit angelegten Vorgang, der in den gesellschaftlichen Zwängen, uns als erfolgreich zu sehen, verankert ist: Um erfolgreich zu sein, müssen wir von klein an lernen, vom Versagen zu träumen. Was zählt in unserer Kultur, ist nicht im Gefühl des Lebendigen zu sein, sondern wie wir den Erfolg erreichen. Danach werden wir gemessen und messen uns selber. Erfolg ist der Maßstab, nicht die Fähigkeit zu lachen, zu spielen oder zärtlich zu sein.

Dieser Erfolg aber gründet auf dem Versagen eines anderen Menschen. Er beinhaltet Gewalt. Diese Lektion fängt im Elternhaus an, wird in der Schule verstärkt, so daß wir schon lange vor dem Erwachsensein von dem internalisierten Alptraum gekennzeichnet sind: Wir träumen von der Angst des anderen, die unsere eigene ist. Sogar, wenn wir auf dem Höhepunkt des Erfolges sind, träumen wir von der Angst des Versagens. Das eben ist das Problem: Um ein Selbst auf diese, den Werten der Gesellschaft entsprechenden Wege aufzubauen, müssen wir uns maskieren. Wir müssen verneinen, daß das, was wir wirklich tun, ist: einem anderen Wesen Schmerzen zuzufügen. Es ist, wie Vaclav Havel es in einem Essay *Versuch, in der Wahrheit zu leben* darstellt (Havel 1989): "Ideologie als scheinbare Art der Sichbeziehung zur Welt bietet dem Menschen die Illusion, er sei eine mit sich identische, würdige und sittliche Persönlichkeit womit es ihm möglich wird, alles dies nicht zu sein".

Sich auf diese Weise zu betrügen, macht es aber unmöglich, gerade den Selbstwert aufzubauen, der einen Menschen in sich ruhen läßt, indem Verletzlichkeit und Hilflosigkeit zum Ausgangspunkt des Seins werden können.

Solange aber Macht, Herrschen und Besitz den Selbstwert bestimmen, kann die Substanz des "Selbstimage" nur eine verarmte sein. Denn ein Selbst, daß der Ideologie der Macht gewidmet ist, kann sich nicht der Angst stellen, die unser Schicksal ist. Diese Angst bedeutet innerhalb der Logik dieser Ideologie Schwäche. So laufen in unserer Kultur Menschen herum, die sich "stark" verhalten, weil sie sich im Grund immer über dem Abgrund der Unzulänglichkeit emp-

finden. Sie sind voller Furcht, können diese aber nie zugeben, müssen sie andauernd durch Eroberungen oder die Erniedrigung anderer kompensieren. Wenn die eigenen mitmenschlichen Bedürfnisse sich dennoch manifestieren, etwa in der Form von psychosomatischen oder sog. neurotischen Störungen, so gewähren uns die Patienten in der Psychotherapie oder Psychoanalyse Einblick in den inneren Aspekt dieser Vorgänge. Ein Patient, dem seine Empfindsamkeit gegenüber seinen eigenen und wirklichen Bedürfnissen zur Last wurde - weil sie sein Anpassungsvermögen störten - drückte diesen Sachverhalt folgendermaßen aus:

"Meine Empfindsamkeit bringt mir nichts ein ..., sie belästigt mich nur ... Jener Mann (er sprach von einem Industriellen, den er in den Ferien getroffen hatte und den er bewunderte) spielt Tennis und baut sich sein Imperium auf. Was tut's, wenn er keine Gefühle hat? (!) Ich habe nicht den Eindruck, daß der weiß, was Magenschmerzen sind. Ja, ich bewundere ihn, weil es sein Ziel im Leben ist, weder Empfindsamkeit zu besitzen noch darunter zu leiden ... Er und andere, die so sind wie er, müssen sich gar nicht um die Wirklichkeit kümmern."

Dieses Beispiel zeigt, daß manche Patienten in die Therapie kommen, um von ihrer Menschlichkeit befreit zu werden, weil sie sie als "Behinderung" empfinden und nicht etwa, um diese Empfindungen zu bewahren. Die Analyse des Ödipus-Komplexes verschleiert oft die Kollaboration des Therapeuten mit diesem Ziel. Eine Analyse, die den Patienten nicht mit seiner Hilflosigkeit und dem daraus entstehenden Selbstverrat an der eigenen Autonomie konfrontiert, verdeckt den eigentlichen Ursprung des ödipalen Geschehens in der Unterdrückung der Frau und dem daraus entspringenden Versuch der Eltern, sich durch den Besitz ihrer Kinder Bedeutung und Macht zu schaffen (Gruen 1969, 1986; Sampson 1966). Es ist die Mentalität des Besitzes und der Methode, sich mittels der Kinder gegeneinander auszuspielen, was ödipale Schuldgefühle erzeugt. Wenn dann der Patient durch die Psychoanalyse von ihnen befreit wird, ohne daß die tiefere Verletzung im Kinde, nämlich seine gestörten empathischen (autonomen) Grundlagen berührt werden, so wird eine Persönlichkeit entwickelt, der dann in ihrer Jagd nach Macht tatsächlich nichts mehr im Wege steht.

Es ist genau wie mit dem erwähnten Patienten, der uns den ganzen Sinn eines auf Macht aufgebauten Selbst beleuchtet. Er möchte die Macht haben, die es ihm ermöglichen würde, der Wirklichkeit der Gefühle und Bedürfnisse anderer wie der seiner eigenen zu entgehen. Das ist seine (und eine unausgesprochene gesellschaftliche) Idee von Freiheit: sich nicht um diese Wirklichkeit kümmern zu müssen. Er verbalisierte lediglich, was uns täglich mit oder ohne Worte suggeriert beziehungsweise vorgelebt wird. Dadurch wird unsere Empfindsamkeit verschüttet. Der wahre Sachverhalt ist der, daß man dem eigenen Leiden entkommen möchte. Denn man hat nicht die Kraft, das eigene Leid oder das der anderen wahrzunehmen.

Die Schlußfolgerung drängt sich auf, daß in unserer Gesellschaft die wirklich Schwachen nicht diejenigen sind, die leiden, sondern jene, die vor dem Leid Angst haben. Die Menschen, die am erfolgreichsten angepaßt sind, sind die eigentlich Schwachen. Darum propagieren sie seit Jahrtausenden ¹ den Mythos, daß Empfindsamkeit Schwäche sei. Sie sind es, die allem Schmerz und Leiden durch Spaltung ihres Bewußtseins zu entkommen suchen. Sie sind die eigentlichen Träger einer verzerrten Realität, das heißt der Ideologie der Macht und des Herrschens.

Wie verzweifelt Menschen sein können, wenn sie, nach einem lebenslänglichen Versuch, gehorsam nach dieser Lüge der Macht zu leben, schließlich beginnen sich zu wehren, ersehen wir aus folgender Nachricht in der *New York Times* vom 7. Februar 1968:

"Phoenix, Arizona USA Februar 6 (AP). Linda ... tötet sich selbst, berichten Polizisten heute, um ihren Hund Beauty nicht strafen zu müssen wegen der Nacht, die sie mit einem verheirateten Mann verbracht hatte. "Ich habe sie getötet. Ich habe sie getötet. Es ist genauso, als hätte ich selbst sie getötet", so zitierte ein Kriminalbeamter ihren leidgebeugten Vater. "Ich gab ihr die Waffe. Ich habe niemals gedacht, daß sie so etwas tun würde ...". "

Linda kam nach einem Tanzvergnügen in Tempe am Freitagabend nicht nach Hause. Am Samstag gab sie zu, die Nacht mit einem Leutnant der Luftwaffe verbracht zu haben. Die Eltern beschlossen eine Strafe, die Linda eine Lehre sein sollte. Sie befahlen ihr, den Hund zu erschießen, der ihr seit zwei Jahren gehörte. Am Sonntag brachten sie Linda und den Hund in die Wüste, in der Nähe ihres Hauses. Das Mädchen muß das Grab schaufeln. Dann hielt die Mutter den Hund fest und der Vater gab seiner Tochter die Pistole und befahl ihr, den Hund zu erschießen. Statt dessen setzte das Mädchen die Pistole an ihre rechte Schläfe und erschoss sich selbst.

Es gab und gibt aber immer noch Gesellschaften, deren Kulturen inneren Gleichmut erzeugen, gerade weil Verletzlichkeit zum Fundament des Selbst wird. Nur wir verleugnen sie. John Collier (1947) faßt dies z. B. über die amerikanischen Indianer so zusammen:

"Der Indianer machte es zu seiner Aufgabe, ein volles Leben innerhalb materieller Dürftigkeit zu haben und dies innerhalb einer tiefen Unsicherheit, welche er in seiner Weisheit - gar nicht aufheben wollte. Der Wohnsitz dieser Unsicherheit war nicht im Innern seiner Seele oder in seinem gesellschaftlichen Leben, aber innerhalb der Welt der Auseinandersetzungen - der Dürre, der Fluten, der Stürme und der Krankheiten. Er wan

¹ wohl 5000-7000 Jahre zurück, seit den Anfang der Antike mit der wir den Beginn unserer Zivilisation datieren

delte durch seine gesellschaftlichen Institutionen und soziale Kunst diese äußere Unsicherheit in einen Zustand einer nach innen gerichteten Sicherheit - für den Einzelnen und für die Gruppe. Unsicherheiten steigerten sich zum Übermaß für die Indianer, aber ihr Gleichmut brach nie zusammen" (Collier 1947).

Also - mit der Unsicherheit zu verweilen führt zu Kraft und Selbstwert.

Bei uns ist es eben umgekehrt. Nach außen hin haben wir die scheinbare Sicherheit des Herrschens und die Technik, die dieses befestigt, aber nach innen hin, ohne Zugang zu den intimsten Sphären unserer seelischen Bedürfnisse, haben wir nur Unsicherheit und Selbstschwäche.

Dieser allgemeine Zustand ist aber genau, was zum Bild der Suchtstruktur paßt: Eine Störung und Verzerrung des bewußten Zugangs zu den eigenen Gefühlen, ein Mangel an Vertrauen in die Kräfte des eigenen Selbst, eine Schwäche und Undeutlichkeit des Selbstbildes und die Neigung, diese durch Ersatzgefühle zu kompensieren, deren Quelle außerhalb des Selbst liegt (Scherhorn et al. 1990, S. 56).

Nun kommen wir zu etwas Eigenartigem: Die, die sich gehorsam den uns vorgeschriebenen Verhaltensmustern anpassen, um auf diesem Weg die Schwäche und Undeutlichkeit des Selbstbildes zu kompensieren, werden nicht als süchtig eingestuft. Sie tun aber genau das, was die "offiziellen" Süchtigen tun.

Um es nochmals zusammenzufassen: Schwäche und Undeutlichkeit des Selbstbildes werden durch Ersatzgefühle kompensiert, deren Quelle außerhalb des Selbst liegt, im Falle der Angepaßten durch die Bestätigung einer regierenden Autorität, daß man sich ordentlich verhält. Dieser Zustand des "Gutseins"-Fühlen, weil man sich korrekt den Erwartungen der gesellschaftlichen Autorität gegenüber verhält, ist eben der Narzißmus, der in unserer Kultur gezüchtet wird. Man liebt sich für das korrekte "Selfimage", wodurch man den Selbstzweifeln entrinnt. Das ist unsere Sucht.

Immer wieder sind es die Künstler und Außenseiter, die unser Bewußtsein von den Einschränkungen offizieller Ideologien befreien. Colin Wilsons Studie (Wilson 1956) solcher Außenseiter im literarischen, malerischen und tänzerischen Bereich stellt ihre kreativen Errungenschaften als Kampf gegen die Fesseln einer das Individuum reduzierenden Kultur heraus. Das Eigenartige ist, daß ihre Erfolge meistens später von derselben Kultur als Ausdruck ihrer Förderung beansprucht werden. Es ist aber jedesmal der Versuch, sich nicht durch die Kultur im eigenen Gefühlsbereich spalten zu lassen, der es dem Künstler (und Außenseiter) ermöglicht, solche eigenständigen Kräfte zu entwickeln. Wilson sieht es als Kampf um die eigene Wahrheit an, was sicher auch zutrifft. Aber im tiefsten Sinn ist es ein Kampf, integer und ganz zu bleiben, nicht da gespalten zu sein, wo die Kultur es verlangt. (Der Künstler kann natürlich auf andere Ebenen gespalten sein.) Und sie verlangt dies immer wieder, insbesondere da, wo sie uns in unseren Autonom-

Sein schädigt, damit wir uns den Ursprüngen unserer Aggression und Destruktivität nicht bewußt werden sollen. Wenn das Ringen um Ganzheitlichkeit und Autonomie durch den Druck der offiziellen Verstellung überwältigt wird, bleibt oft als einziger Ausdruck der Autonomie der Ausweg in ein gestörtes seelisches Verhalten. Charlotte Perkins Gilman schildert in einer brillanten und bewegenden Erzählung, *Die gelbe Tapete* (Gilman 1978), den einsamen und ohnmächtigen Kampf einer Frau gegen die Zersplitterung ihrer Gefühle; sie ist der gewalttätigen Besitzgier ihres Ehemannes ausgeliefert, die aber dem offiziellen Sinne nach als Fürsorge und Liebe dargestellt wird. Der einzige Weg, der aus dieser lebensbedrohenden Situation herausführt - sie selbst ist in diesen Abstraktionen eingesperrt und kann sich nicht direkt gegen ihren "guten" Mann wehren - ist die Sprengung aller rationell aufgebauten Beziehungsarten. Und so wird diese Frau vor unseren Augen schizophren.

Der Schizophrene präsentiert uns das Bild einer übertriebenen Hilflosigkeit (Gruen 1993a, b; Hoover 1971). Darin könnten wir unsere eigene, verneinte Hilflosigkeit erkennen. Unser Zugang zu ihr ist aber gesperrt, da unsere diesbezüglichen Erfahrungen aus unserer Kindheit durch die Erfahrung der elterlichen Willkür für uns so schmerzlich waren, daß wir sie sukzessive von uns abspalten, verdrängen mußten. Danach waren wir einer Kultur ausgesetzt, in der Hilflosigkeit mit Schwäche gleichgesetzt ist und Macht und Herrschaft als Ausweg aus Angst und Verzweiflung angeboten wurde. Und so lernten wir, von der Erfahrung der Hilflosigkeit davonzulaufen. Wenn wir es nicht tun, werden wir zu "Versagern". Und so träumen wir fast alle von Erfolg, von Eroberungen, von mächtigen Taten, um unseren Gefühlen der Hilflosigkeit, der Angst und Verzweiflung zu entinnen. Aber sie erreichen uns in den nächtlichen Alpträumen der Kindheit und auch später.

Der Unterschied zwischen "Anpassung als Sucht" und, all den nicht genehmigten Wegen der Schwäche zu entkommen, ist eben das im Menschen sich gegen Anpassung wehrende - das Rebellische. Tatsächlich möchten viele sich gegen auferlegte Verhaltensweisen wehren, deren Einförmigkeit Spontanität und die Möglichkeit der Kreativität einschränkt. Da aber auch diese Menschen durch die Kultur von sich selber und ihrem eigenen tiefsten Erleben weggedrängt wurden, wissen sie auch nicht, wie sie den Weg zurück finden. Was übrig bleibt, ist Rebellion ohne Seele, ohne Möglichkeit eines "Sich-selber-Stellens".

Aber eines unterscheidet diese von den Angepaßten: Sie suchen (im allgemeinen) nicht den offiziellen Weg der Schwähebewältigung, der aus Mitmenschen Opfer macht. Sie suchen nicht die eigene Schwäche durch Herrschen und Besitz zu kompensieren.

Es gibt viele Arten von Sucht mit vielen Varianten des Grades des Zerstörerischen oder Nicht-Zerstörerischen. Hier nur einige: Nikotinsucht, Freßsucht, Sexsucht, Arbeitssucht, Konsumsucht, Magersucht, Alkohol- und

Heroin sucht etc. Um aber zu uns, den offiziellen Nichtsuchtigen, zurückzukommen, möchte ich eine Art Sucht beschreiben, der wir alle ausgeliefert sind: Das ist die Sucht nach einem andauernden Stimuluszufluß. Die Suche nach Stimuluszufluß von außen her ist eine der verbreitetsten kompensatorischen Aktivitäten, die dem Entweichen des inneren Schwächegefühls dienen.

Es wird sinnvoll sein, ihren Ursprung in der Gegebenheit unserer biologischen Entwicklung und der gesellschaftlichen Umwelt, in die wir eingebettet sind, kurz zu skizzieren, denn diese allgegenwärtige Sucht wird nicht als solche erkannt. Im Gegenteil, sie wird von der Marktwirtschaft als gesund gefördert. Und sie unterstützt diese im Wechselspiel ihrer gegenseitigen Vernetzung.

Im allgemeinen braucht jeder Organismus Stimulation, um am Leben zu bleiben und sich lebendig zu fühlen. Stimulation ist Anfang und Entwicklung des Lebens selbst. Sie führt zur Organisation der Organe und ihrer Funktionen. Der Mensch wird weitgehend von der Qualität der auf ihn einströmenden Stimulus-Intensitäten formiert. Roffwarg et al. (1966) meinen, daß "in utero" und kurz nach der Geburt des Menschen, bevor genügend von außen kommende Stimulation für das zentrale Nervensystem vorhanden ist, REM-Mechanismen des Schlafes (und Traumes) als endogene Quellen der Stimulation dienen. Die Relevanz der Stimulation ist eine andauernde. Die Forschungen über sensorische Deprivation zeigen, daß ein ununterbrochener Stimulusstrom von außen in das Nervensystem hinein eine Vorbedingung für die Organisation des Stoffwechsels ist, die wiederum grundlegend für alle Aktivitäten ist - von der Brutpflege bis zum Problemlösen. Ein Säugling, der z. B. keine menschliche Wärme und Zärtlichkeit erfährt, stirbt; das Stillen von nur körperlichen Bedürfnissen ist nicht genug. Bei einem erwachsenen Menschen, der sogar nur teilweise von Stimulation (Licht, Ton, Berührung, Geruch) isoliert wird, können sich geistige Störungen entwickeln (Gruen 1986).

Nun sind wir zum großen Teil in eine Reizwelt eingebettet - Musik, Radio, Fernsehen, Werbung, Bilder, Töne der Straßen, Zeitungen, Bücher, Architektur, Kleidung, Farben etc., die von uns Menschen selber geschaffen wird. Diese Reize oder Stimuli haben weniger mit den rein körperlichen Erhaltungsbedürfnissen zu tun als mit unserem seelischen Zustand, der inneren Schwäche. Wenn diese erheblich ist, werden wir uns ohne eine umgebende Stimuluswelt gelangweilt und lustlos fühlen. Man kann in der Tat sagen, daß wir diese Stimuli suchen, um uns das Gefühl zu geben, am Leben zu sein. Das heißt, daß wir bewußt gar nicht die Wahl haben, uns Stimuli auszusuchen. Die dadurch entstehende Abhängigkeit und Wahllosigkeit ist uns verschlossen, solange wir uns diese Abhängigkeit und Zwänge nicht bewußtmachen können. Genauer genommen, müßte man vielmehr sagen, daß es Menschen gibt, die nicht im hier skizzierten Sinne abhängig sind: Sie können auswählen, ohne sich dieser Fähigkeit bewußt zu sein. Es gibt viele Zwischen- und Mischformen, zwischen diesen beiden Polen, wählen oder nicht-

wählen zu können. Daß manche Menschen wählen können und manche nicht, hängt von der Selbstideologie ab, der wir im frühesten Leben ausgesetzt wurden und die uns dann immer mehr in verschiedene Entwicklungsrichtungen zwingt. Das führt dann dazu, daß wir, obwohl wir alle in derselben Welt leben, verschiedene Arten von Stimuli suchen, wodurch wir letztendlich in verschiedenen Welten existieren.

Die Arten der Stimulation, die uns entgegenkommen, können in zwei Grundkategorien aufgeteilt werden: Da ist die eine Art der Stimulation, die unser Inneres anstößt, an unsere eigenen Gefühle und Bedürfnisse anknüpft, und die andere, die den Menschen zum Vermittler vorprogrammierter Reaktionen macht, so wie etwa Maschinen mit In- und Output-Charakteristiken. Weil die Stimuli der ersten Kategorie unser Inneres bewegen, führen sie laufend zu einer neuen inneren Integration. Diese löst dann entsprechende Reaktionen aus, die jedesmal das Selbst in einem neuen schöpferischen Akt ausdrücken. Diese Reaktion stellt eine immer wieder neue Integration von äußerer und innerer Bewegung dar. Die andere Art der Stimulation, die keinen unmittelbaren Zugang zu unserem Inneren herstellen kann, ist Ausdruck eines reduzierten Bewußtseins und führt wiederum zu nichts anderem als zu einem reduzierten Bewußtsein.

Beide Arten von Stimulusqualität geben dem Menschen die Bewegung, die er für sein Lebendigkeitsgefühl benötigt. Beide Grundkategorien der Stimuli sind Leben, aber sie differenzieren sich in ihrer Beschaffenheit und in ihrer Konsequenzen für das Menschsein.

Wenn wir so erzogen wurden, daß unsere Stimuluswelt uns nicht mehr in unserem Inneren anrühren/bewegen kann, so zwingt sie uns, nach immer mehr Stimuli Ausschau zu halten, die uns dann wiederum nur von außen her bewegen. Die Spirale dreht sich immer weiter, und so werden wir in der Tat stimulus-gebunden (engl.: stimulus-bound).

Um uns lebendig fühlen zu können, werden wir immer mehr Äußeres brauchen, und das "Stimulus-gebunden-Sein" wird zu einem Lebensdrang. Die Stimuli selber treiben uns nun auf einen Kurs, der uns an sie bindet, obwohl sie uns innerlich leer lassen. Da wir aber meinen, daß wir nur mehr von ihnen bräuchten, um die Leere zu füllen, steigt sich unser Bedarf an dem, was im Grunde nur Leere bringt. Vielfältig ist die Art dieser Stimuli: laute Musik, große Autos, glitzernde Farben ohne Nuancen, schimmernde Geräte, irgend etwas, solange es nur Steigerung an Stimulation liefert. Schließlich ist das, was wir suchen, um uns als lebendig zu erfahren, bloß noch die Geschwindigkeit, mit der ein Wechsel sich vollzieht. Form oder Inhalt des Stimulus ist für uns kaum noch von Bedeutung. Überhaupt wird der Inhalt immer bedeutungsloser. Tatsächlich wird die Leere der Formen vorgezogen, denn Formen mit Inhalt und Sinn behindern das Tempo des Wechsels. Sinn erfordert immerhin etwas Zeit für innere mentale Organisation.

Das Bewußtsein, das diese Stimuluswelt von heute gestaltet, ist selbst reduziert. Geformt aus abstrakten Begriffen über unser Sein, reduziert dieses Bewußtsein immer stärker den Menschen, der seiner Wirkung ausgesetzt ist. Indem der Mensch dann tatsächlich zu dem wird, wie man ihn sieht, wird er homogenisiert und simplifiziert. Das Unbehagen in ihm, gefördert durch das unzugängliche Innere, wird dabei nicht im Zusammenhang mit der vorhergegangenen Reduktion seiner möglichen Dimensionen gesehen. Diese Vorgänge führen zu einer Verringerung der nach innen belebenden Stimuli. So verlieren wir immer mehr die Möglichkeit eines Erlebens der Resonanz innerer Bewegungen und werden jener Erfahrungen beraubt, die das Gefühl des Lebendigseins bereichern.

In diesem Zusammenhang haben die Forschungen des verstorbenen amerikanischen Psychologen, Tierforschers und Neurologen H. G. Birch ebenfalls eine Bedeutung. Er zeigte schon vor Jahren (Schneirla 1957), daß Katzen, die keine Erfahrungen mit sich bewegenden Stimuli hatten, sich nie zu vollständigen Katzen entwickeln. Im Experiment hatten die Katzen keine Möglichkeit, bewegliche Gegenstände wahrzunehmen, auch keine bewegten Schatten. Die Käfige wurden durch indirekte Beleuchtung erhellt; der Boden selber war aus Draht, so daß Futterkugeln sofort wegfielen. Katzen, die sich unter diesen Bedingungen entwickelten, jagten später nie einer Maus nach. In ähnlicher Weise zeigten Ratten, wenn ihre Möglichkeit, sich selbst zu lecken, reduziert wurde (durch einen "Elisabethanischen" Kragen), bei der Geburt ihres Wurfes kein normales mütterliches Verhalten.

Ein Mensch ohne die Möglichkeiten von nach innen zielenden Erfahrungen wird zu einem anderen Wesen. Das Bedürfnis für solche Stimulation ist zwar vorhanden, wenn es aber nicht gestillt wird, fühlt man sich leer und unzufrieden. Das ist einer der Gründe für das Unwohlsein, der ewigen Unzufriedenheit, der Selbstschwäche inmitten einer uns mit Stimuli überflutenden Wohlstandsgesellschaft. Diese Stimuli sind Ausdruck und Aktivierung des reduzierten Bewußtseins.

Wenn unsere Lebendigkeit von dem andauernden Zufluß äußerer Stimulation abhängig ist, können wir uns aus dieser Abhängigkeit nicht lösen. Im Gegenteil: Uns treibt die innere Schwäche und Unzufriedenheit zu deren wahren Gründen wir den Zugang verloren haben, unmerklich in immer mehr Äußerlichkeiten. Denn dort, so haben wir es gelernt, können wir eine Art Lebendigkeit finden. Nur diese Art von äußeren Stimulation löst bloß Reaktionen aus, niemals Kreativität. Sie macht uns zu Roboter. Wir handeln dann mit uns, als ob wir uns in den Dingen da draußen finden könnten, z. B. in den Sachen, die wir besitzen. Infolgedessen befassen wir uns mit dem Leben, als ob es Ausdruck eines Besitzes von Dingen außerhalb unseres Selbst wäre. Dadurch wird das Lebensbewußtsein reduziert zu dem, was der Markt an Ware bietet - und zur Kaufsucht. Unsere Persönlichkeit ist dann tatsächlich durch die Produkte der Industrie definiert. Das

Resultat ist, daß wir von Begierden motiviert werden, die wohl den Bedürfnissen des Kommerz entsprechen, nicht aber unseren eigenen.

Die Verstärkung dieser Art von Verlangen, von Appetit, wird oft und gern mit Bewußtseinerweiterung und Entfaltung der Persönlichkeit gleichgesetzt. In Wirklichkeit trennt uns das noch mehr von dem inneren Unbehagen und der Leere, die dann nur als blindes Gefühl einer ständigen Reizbarkeit zum Vorschein kommt. Diesem aber versuchen wir durch neue Anschaffungen, neue äußere Veränderungen beizukommen. Aber die innere Not und die sie begleitende Wut erkennen wir nicht.

Dieses Innere macht uns Angst, wobei die Einsicht, daß wir Angst haben und daß wir Unfähigkeit und Hilflossein fürchten, völlig fehlt. Statt Angst fühlen wir z. B. Langeweile, wodurch sich unsere rasende Aktivität nur verstärkt. Man bekommt öfters den Eindruck einer blinden Wut, die in ihrer Intensität selbstmörderisch ist.

Auf diesem Weg kann man nicht bei sich selbst bleiben noch bei der eigenen Kreativität, die geweckt werden muß, damit wir uns wirklich lebendig fühlen. Um wirklich lebendig zu sein, muß man fühlen, nicht nur reagieren. Dann verweilt man bei den Dingen, weil die schöpferische Kraft, die jeder besitzt, Zeit braucht, aufzusteigen und in unser Tun einzudringen. Statt dessen werden wir zu Robotern in der Gewalt von Stimulusketten, die ein Suchtverhalten auslösen.

Ich erwähne dies alles nicht, um die Wichtigkeit der äußeren Stimuluswelt zu negieren, sondern um unsere Aufmerksamkeit auf etwas zu lenken, was sonst fast unbewußt vor sich geht: Unter den Stimulusbedingungen der gesellschaftlichen Entwicklung, der wir immer mehr ausgesetzt sind, werden wir zunehmend von jenen Stimulusarten bewegt, die unser Inneres nicht anrühren und uns infolgedessen immer mehr vom Außen abhängig machen. Dadurch werden wir alle süchtig im Sinne einer Abhängigkeit vom Ersatz des Inneren durch äußerliche Stimulation. Solch eine Entwicklung fördert im übrigen die Illusion, daß wir uns selbst besitzen.

Umgeben vom toten Besitz, vom Wechsel um seiner selbst willen, treten wir einfach auf derselben Stelle. Je mehr Veränderungen wir im Äußeren suchen, je öfter wir unsere Kleider, Orte, Autos, Apparätchen wechseln, desto intoleranter werden wir gegenüber der Ungewißheit, der wir täglich ausgesetzt sind. Scheinbar ein Paradox, bis man merkt, daß die Raserei für das Neue einer Furcht entspringt, jener Furcht nämlich, mit unseren inneren Gefühlen in Berührung zu kommen, von denen wir ferngehalten werden und die uns deswegen fremd und gefährlich vorkommen und uns schwächen müssen (Gruen 1989, 1993a).

Der springende Punkt ist, daß Sucht rings um uns ist und nicht nur im offiziellen Süchtigen. Indem wir ihn zum Opfer machen, brauchen wir nicht die Sucht in unserem eigenen Verhalten sehen.

Der österreichische Dichter, Peter Turrini (1986), beschrieb diesen hintergründigen allgemeinen Zustand der Schwäche so:

Ist diese Müdigkeit,
die mich plötzlich überfällt,
der Mantel über alle Tränen
meiner Kindheit?

Ist diese Gleichgültigkeit,
die ich spüre,
wenn andere leiden,
die Angst, zu ihnen zu gehören?

Ich halte mich
mit aller Gewalt
gegen mich selbst
aufrecht.

Als Jugendlicher
stammte ich manchmal
einen Sessel
mit den Zähnen hoch,
in der Hoffnung,
daß meine Schwächen
von soviel Stärke
widerlegt werden.

Heute stemme ich
mangels guter Zähne
keine Sessel mehr.
Die Art aber,
Stärke zu zeigen,
damit die Schwäche
übersehen wird,
ist geblieben.

Wie lange noch
werde ich alles hinunterschlucken
und so tun,
als sei nichts gewesen?

Wie lange noch
werde ich auf alle eingehen
und mich selbst
mit freundlicher Miene
vergessen ?

Wie lange
kann ein Mensch
sich selbst nicht lieben?

Es ist so schwer
die Wahrheit zu sagen,
wenn man gelernt hat,
mit der Freundlichkeit -
zu überleben.

Heinrich Böll, über dasselbe schreibend, formulierte es etwas anders:

"Ich aber muß versuchen, gar kein Gesicht mehr zu haben, wenn es mir gelingt, die nächsten zehn Jahre bei Glück und Seife zu überstehen ..." (Böll 1984).

Das, was zur Sucht führt, geht uns alle an, denn es ist die Gesellschaft, die uns süchtig macht. Die offiziell Süchtigen und die angepaßten Süchtigen unterscheiden sich, wie gesagt, in einem wesentlichen Aspekt: Die ersteren sind rebellisch, suchen neue Ufer, rebellieren gegen das, was uns alle seelisch tötet. Aber beide - die "Süchtigen" und die "Ordentlichen" - sind verloren, da der Weg zu sich selber für beide versperrt ist.

Das zu ändern involviert, die Grundlagen einer Gesellschaft zu ändern, die dafür verantwortlich sind, Menschen von ihren eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen wegzutreiben. Diese Grundlagen haben nichts mit politischer Sicht zu tun, sondern der Ideologie der Macht. Diese halluzinierte Notwendigkeit für Stärke durchwebt alle heutigen politischen Denkweisen. Sie ist es aber, die den Menschen in seinem Menschsein schwächt und in die Destruktivität hineintreibt.

Sucht zu bekämpfen bedeutet, gesellschaftliche Strukturen, die Ungerechtigkeiten als gerecht verteidigen, zu ändern, weil sie Macht, Herrschen und Besitz fördern. Nur wenn wir dieser Ideologie des adäquaten Selbst mit all ihren wirtschaftlichen und politischen Verhängnissen entgegenwirken, eben weil sie Unsicherheit und Hilflosigkeit im Übermaß steigern, werden wir in eine wahrhaft menschliche Zukunft treten können.

Literatur

- Böll H (1984) Mein trauriges Gesicht. Lamuv, Bornheim
- Collier J (1947) Indians of the Americas. Mentor, New York
- Gilman CP (1978) Die Gelbe Tapete. Frauenoffensive, Berlin (Amerikanische Originalausgabe 1892)
- Gruen A (1969) The oedipal experience and the development of the self. *Psychoanal Rev* 56 : 265-270
- Gruen A (1986) Der Verrat am Selbst. dtv, München
- Gruen A (1989) Der Wahnsinn der Normalität: Realismus als Krankheit. dtv, München
- Gruen A (1993a) Falsche Götter: Über Liebe, Haß und die Schwierigkeit des Friedens. dtv, München
- Gruen A (1993b) The integration vs. splitting of the wholeness of experience. In: Benedetti G, Furlan PM (eds) *The psychotherapy of schizophrenia*. Hogrefe & Huber, Bern
- Havel V (1989) Versuch, in der Wahrheit zu leben. Rowohlt, Reinbek
- Hoover C (1971) Prolonged schizophrenia and the will. *J Hum Psychol* 11
- Krystal H, Raskin HA (1983) Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Lechler WH (1983) Nicht die Droge ist's, sondern der Mensch. In: Sonnenberg J (Hrsg) *Wenn Theologie praktisch wird ...* Steinkopf, Stuttgart
- Roffwarg HP, Muzio JN, Dement WC (1966) Ontogenetic development of the human sleep-dream cycle. *Science* 152 : 604-619
- Sampson RV (1966) *The psychology of power*. Pantheon, New York
- Scherhorn G, Reisch L, Raab G (1990) Kaufsucht. Universität Hohenheim, Lehrstuhl für Konsumtheorie und und Verbraucherpolitik, Arbeitspapier 50. Unveröffentlichtes Manuskript
- Schneirla TC (1957) The concept of development in comparative psychology. In: Harris DB (ed) *The concept of development*. Univ Minnesota Press, Minneapolis
- Turrini P (1986) Ein paar Schritte zurück. Europaverlag, Wien
- Wassermann J (1985) Der Fall Maurizius. Langen-Müller, München
- Wilson C (1956) *The outsider*. Houghton-Mifflin, New York

Die früheste Beziehung *

Bertrand Cramer

In dem Buch *The Earliest Relationship*, welches ich in Zusammenarbeit mit Brazelton (1989) geschrieben habe, geben wir einen Überblick über die faszinierende Bindung zwischen Mutter und Kind. Verschiedene dynamische Komponenten tragen zur Entstehung dieser Bindung bei: Die angeborenen Kompetenzen des Säuglings, die mütterlichen Fähigkeiten, Interaktionen und Kommunikationsformen der beiden Partner zu regeln.

In diesem Beitrag werde ich auf einen Aspekt der vielfältigen Einflußmöglichkeiten besonderen Wert legen: Wie formen die eigenen mütterlichen Konflikte die Interaktion zwischen den beiden, und was wird dem Kind vermittelt darüber, wie es sich verhalten muß, um die Beziehung zur Mutter aufrechtzuerhalten?

Mein wesentlicher theoretischer Hintergrund ist die Psychoanalyse auf der einen Seite und die Forschung über frühe Interaktionen auf der anderen. Mein Hauptinteresse besteht darin, Beziehungen zwischen Intrapsychischem und Interpersonellem, zwischen Phantasie und Realität, zwischen intrapsychischem Erleben und realen Interaktionen herzustellen. Projektive Identifikation spielt eine bedeutende Brückenfunktion zwischen Interpersonellem und Intrapsychischem. Das Zusammenspiel zwischen frühen Phantasien oder vorgefaßten Meinungen und der Realisierung durch eine reale Interaktion ist maßgeblich für das Verständnis der Anfänge der psychischen Struktur.

In einer Mutter-Kind-Psychotherapie hat man die bemerkenswerte Gelegenheit, die Schnittstelle zwischen Intrapsychischem und Interpersonellem zu erkennen: Die Beobachtung des Umgangs der Partner miteinander ermöglicht es, bevorzugte Arten von Interaktionen zu entdecken, die sichtbare Korrelate zu mütterlichen Konflikten darstellen. Diese Konflikte manifestieren sich in der Interaktion, was zu immer wiederkehrenden Szenarien führt.

* übersetzte Fassung des Originalvortrags: "The earliest relationship", Lindauer Psychotherapie-wochen 1993. Aus dem Englischen übersetzt von Anna Buchheim und Karin Schneider-Henn

Dieser Vorgang läßt sich mit einer psychodramatischen Inszenierung vergleichen, in der intrapsychische Szenarien zwischen mehreren Partnern gespielt werden. Der Therapeut versucht, auf der verbalen Ebene beteiligt zu bleiben, während Mutter und Kind etwas zusammen oder füreinander machen oder jeder für sich in Gegenwart des anderen.

Wenn man Glück hat, entsteht eine typische Sequenz, die mit dem zugrundeliegenden Symptom und den Aussagen der Mutter in Beziehung steht und eine interaktive Konstellation schafft, die man als Hauptkonflikt mit dazugehörigen Abwehrstrukturen und Phantasien begreifen kann. Ich nenne dies "symptomatische Interaktionssequenzen" und finde sie auf mehr als einer Ebene faszinierend, denn:

1. Diese (symptomatischen Interaktionssequenzen) geben bedeutsame Informationen, um die Ätiologie und Pathogenese des Konflikts zu verstehen
2. Sie zeigen sich in Verhaltensweisen und lassen Interpretationen über mütterliche unbewußte Phantasien zu (hauptsächlich durch projektive Identifizierung).
3. Sie können als eine Art von Kommunikation angesehen werden.
4. Sie zeigen durch Identifikationsprozesse die Rolle, in welche die Mutter ihr Kind drängt.

Mit anderen Worten, diese gemeinsamen Wechselwirkungen sind die Grundlage für die Entstehung einer frühen Beziehung.

Ich werde nun zeigen, wie diese Interaktionen und diese Kommunikationsformen des mütterlichen Unbewußten durch projektive Identifizierung zustande kommen und auf der Ebene interaktiver Sequenzen ausgeführt werden.

Mutter-Kind-Psychotherapie erlaubt uns eher die Darstellung des mütterlichen Anteils als die des Kindes, weil Deutungen sich meist an die Mutter richten. Das heißt nicht, daß wir nicht auch das Kind beobachten sollten oder Kindern keine Deutungen geben sollten, denn bereits im 2. Lebensjahr reagieren Kinder auf das, was gesagt wird - wie Studien über Blickwechsel in meinem Forschungszentrum beweisen - und daß sogar jüngere Kinder ein zunehmendes Interesse am Therapeuten zeigen, was man als sog. "Baby-Übertragung" bezeichnen könnte.

Desweiteren möchte ich Interaktionen darstellen, die folgendes ausdrücken:

- das gemeinsame Auftreten eines zentralen unbewußten Konflikts der Mutter und dessen Ausagieren am Kind,

- wie durch Handlungen und Worte dem Kind die unbewußten Repräsentanzen der Mutter mitgeteilt werden,
- die Gestaltung einer Szene, in der auf einer interpersonellen Ebene das inszeniert wird, was bislang ein latenter innerpsychischer Konflikt der Mutter war.

Lassen Sie mich mit einem klinischen Beispiel beginnen, welches wir als "Mütterliche Versagung freier Triebbefriedigung" betiteln könnten:

Diese Mutter kam wegen ihrer 9 Monate alten Tochter, die sich gegen das Füttern sträubte, zum Gespräch. Wenn sie den Löffel dem Mund des Kindes näherte, drehte das Kind (Jane) ihren Kopf weg und widersetzte sich kräftig den Annäherungen der Mutter. Die Mutter (Ann) war sehr entsetzt, weil sie begeistert kocht und seit ihrer Kindheit Essen eine höchst genußreiche Sache gewesen war, als ihr Bäcker-Vater delikate Naschereien mit nach Hause brachte.

Zwei Faktoren lassen allerdings diese kulinarische Leidenschaft konfliktreich werden:

1. Sie wurde ziemlich dick und begann einen aussichtslosen Kampf gegen Freßanfälle. Sie litt sehr unter ihrer Erscheinung und wurde "fette Schlampe" genannt.
2. Essen - wie Sie sich vorstellen können - wurde als höchst sexualisiert erlebt.

Die Patientin erinnerte sich an Episoden von hysterischem Erbrechen aus ihrer Kindheit, als sie pornographische Fellatiodarstellungen ansah, die sie ihren Eltern unter der Matratze geklaut hatte.

Ich war beeindruckt von der Tatsache, daß die Patientin sich geweigert hatte, Janes Vater zu heiraten und nicht wollte, daß ihr Kind den Namen des Vaters trug. Es bestand eine unbewußte Angst, daß dadurch möglicherweise eine inzestuöse Vater-Tochter-Beziehung entstehen könnte.

Wir verstanden schließlich, daß hinter Anns Versuch, Jane zu einer eingeschränkten Ernährung zu bringen, der unbewußte Wunsch steckte, ihre Triebe, insbesondere die sexuellen, zu zügeln.

Die Sequenzen, die wir jetzt näher betrachten werden, sind ein Beispiel für eine symptomatische Interaktionssequenz, in der die Mutter eine höchst wachsame und übergriffige Kontrolle über das Eßverhalten des Kindes ausübt. Die Mutter lehrt das Kind die Tugenden oraler Versagung, um es in die Welt der Triebkontrolle einzuführen. Auf diese Art und Weise löste sie die Eßstörung des Kindes aus.

Videobeispiel 1

Eine Mutter kommt mit ihrem Kind in die Praxis zum Gespräch. In der ersten Szene kann man beobachten, daß das Kind ein Stück Schokolade will, die Mutter es jedoch davon zurückhalten möchte. Die Mutter zeigt durch ihre Gestik, daß sie bestimmen möchte, wann das Kind ein Stück Schokolade bekommen darf.

In der zweiten Sequenz des Videos ist zu sehen, daß die Mutter selbst die Schokolade verzehrt und die Süßigkeit immer wieder dem Kind entzieht. Das Kind bemüht sich sichtlich, mit seinen Ärmchen nach der Schokolade zu greifen, die Mutter kommt ihm jedoch zuvor und ißt das begehrte Stück selbst auf. Das Kind wird nun auf den Boden gesetzt und bekommt ein Stück, aber nur weil jetzt die Mutter dazu bereit ist.

Eine der nun offensichtlichen Fragen ist: Wie beeinflusst diese Vermittlung moralischer Vorstellungen die Entwicklung des Kindes? Wie bauen diese Mutter und dieses Kind die Bedeutung von Erfahrungen gemeinsam auf?

Wenn wir diese Art von Fragen stellen, konzentrieren wir uns auf den Aspekt der Entwicklung psychischer Strukturen, welche die interaktiven Wurzeln der subjektiven Erfahrungen des kindlichen Selbst mit den anderen sind, was Oralität bedeutet und was man unterstützt und was man verbietet.

Ich denke nicht, daß wir dieses Material benützen können, um das gesamte Feld der kindlichen Phantasiewelt zu definieren, aber wir können herausarbeiten, wie Interaktionsmodi zu bestimmten Bereichen subjektiver Erfahrung beitragen. Wir gehen davon aus, daß die innerpsychische Entwicklung von Bedeutungen stark durch das beeinflusst wird, was die Mutter dem Kind vermittelt.

Nach dieser Episode wußte die Mutter, daß sie runde Formen an einem Frauenkörper wegen ihres verführerischen Potentials haßte. Ihr ideales Selbstbild ist das eines Mädchens mit flachen Brüsten und flachen Gesäßbacken. Sie beendete ihre Beschreibung, indem sie ausrief: "Ich wünschte, ich wäre ein Fall von Anorexia nervosa! Es wäre schön, dünn zu sterben."

In diesem Fall versucht die Mutter ihre kleine Tochter dazu zu bewegen ihr Ideal zu werden, das bedeutet: das Gegenteil von sich selbst. Da sie sich selbst als dick, häßlich und sexuell erlebt, möchte sie, daß ihre Tochter wie ein Junge ist, dünn und asketisch bezüglich ihrer Triebe.

Es ist das Ich-Ideal, das alle die Aspekte ihrer Interaktion, die sich um das Füttern ihrer Tochter drehen, organisiert. Disziplinierte Ernährung ist lebensnotwendig für sie, da es ihr die Illusion erlaubt, über ihre Tochter ihr ersehntes Ich-Ideal von totaler Beherrschung ihres Körpers und damit die Verleugnung von weiblicher Verführungskraft zu schaffen.

Die Therapie hatte zwei Haupteffekte: Das Kind stoppte die anorektische Symptomatik, aber - und das ist noch wichtiger - die Mutter entdeckte, daß ihre Tochter ganz anders als sie selbst war und sich nicht notwendigerweise zu einer übergewichtigen und übersexualisierten Schlampe entwickeln mußte.

Lassen sie uns einen Moment über die Erfahrung des Kindes nachdenken: Ich nehme an, daß die kleine Tochter ziemlich ausgeprägte Strategien folgender Art entwickelt hat:

1. Um von der Mutter geliebt zu werden, muß sie ihre Fähigkeit beweisen, das impulsive Essensbedürfnis zu unterdrücken. Dies schafft sie über die Bildung einer Eßstörung.
2. Sie muß diese asketischen Neigungen auf andere Bereiche ausweiten und überträgt auf diese Weise ihre inzwischen eigene Einstellung auf die anderen Triebe.
3. Der Widerstand des Kindes dem Essen gegenüber ist vielleicht ein Äquivalent zu den Abwehrmechanismen der Mutter gegen ein Eindringen in ihren Körper, welches wahrscheinlich auf sexuellen Ängsten gründet.
4. Sie dürfte ihr Ich-Ideal gemäß einem zentralen Thema strukturiert haben - nämlich Bedürfnisbefriedigung hinauszuzögern und möglicherweise an Frustrationen Gefallen zu finden.

Es handelt sich hier um lauter Hypothesen, die wir nicht beweisen oder widerlegen können, aber drei Dinge sind sicher:

1. Der Konflikt der Mutter, ihre Triebe zu kontrollieren und ihre Verwechslung von Sexualität und Füttern, haben zutiefst sowohl ihre Interaktionen mit der Tochter beeinflusst, die eine Eßstörung entwickeln mußte, als auch ihre persönliche Einstellung gegenüber Essen und Triebabfuhr geprägt.
2. Mutter und Kind haben gemeinsam eine "symptomatische Interaktionssequenz" geschaffen, die zur bevorzugten Beziehungsform und ein Hilfsmittel für die gegenseitige Kommunikation geworden ist.
3. Die Überwindung der eigenen mütterlichen Konflikte durch die Psychotherapie hat die Interaktion und die Einstellung des Kindes verändert. Die Eßstörung wurde geheilt.

Wir können zusammenfassen, daß diese Überwindung der Konflikte die subjektive Erfahrung des Kindes und mehrere Aspekte seiner psychischen Funktion verändert haben. Lassen sich mich einen anderen Fall vorstellen:

Diese Mutter wurde von ihrem Kinderarzt zu mir geschickt, der über die Hilflosigkeit der Mutter im Umgang mit ihrer kleinen Tochter Sarah sehr besorgt ist. Die Mutter beschwert sich, daß Sarah grob und aggressiv mit ihr sei, was mich erstaunt, da Sarah harmlos, ja sogar passiv erscheint.

In diesem Videoabschnitt konnte dokumentiert werden, daß die Mutter zeigt, wie sie augenblicklich Sarahs Annäherung an ihren Körper als aggressiv erlebt und wie sie diese Annäherungen mit Zurückweisung bestraft und Sarah auf Distanz setzt.

Videobeispiel 2

In der ersten Sequenz des Videos ist zu sehen, daß das Kind nach dem Gesicht der Mutter greift. Die Mutter beschwert sich und ist aggressiv wegen des Verhaltens des Kindes. Das Kind berührt den Mund der Mutter. Diese sagt jedoch, daß es aufhören soll und das nicht darf.

In der zweiten Szene ist zu sehen, daß die Mutter das Kind (rhetorisch) fragt, ob es vom Schoß möchte und es auf den Boden setzt. Das Kind möchte jedoch Kontakt aufnehmen und greift den Fuß der Mutter. Diese zieht ihren Fuß weg. Das Kind gibt auf, Nähe zu suchen, weil die Mutter den körperlichen Kontakt sichtlich ablehnt.

Wir erfuhren in der Psychotherapie, daß diese Mutter eine sadomasochistische Beziehung zu ihrer Mutter hatte und sie schon in der 1. Stunde von einer sie schwer belastenden Deck-Erinnerung überwältigt wurde: Mit 14 Jahren schlug sie der Mutter ins Gesicht und sah sie dann mit den Spuren ihrer Finger im Gesicht zur Arbeit gehen. Diese Erinnerung weckte sehr starke Schuldgefühle: Wie konnte ein Kind seine eigene Mutter schlagen? Es war dann einfach, der Mutter ihre Form der Buße dieser Schuld zu zeigen: Sie selbst litt jetzt unter den von der Tochter zugefügten Kratzern auf dem eigenen Gesicht.

Wir begannen zu verstehen, daß sie ihre Aggression auf Sarah projizieren mußte, oder vielmehr Sarah dazu bringen mußte, diese Aggression real auszuagieren, nämlich auf ihr Gesicht. Wenn wir nun versuchen uns vorzustellen, welche Erfahrungen das Kind in dieser aggressiv gefärbten Beziehung macht, müßten wir vorschlagen, daß:

1. Sarah zahm bleiben muß, passiv, wenig Initiative zu körperlicher Nähe mit der Mutter ergreifen darf, um nicht beschuldigt oder weggestoßen zu werden. Gleichzeitig soll sie die Gebote mütterlicher Projektion erfüllen: Sie hat sich ihr gegenüber aggressiv zu verhalten, um dieser bei der Externalisierung ihrer Schuld zu helfen. Auf diese Weise findet sich das Kind in einer double-bind-Situation verhaftet, die möglicherweise für sie schlecht ausgehandelt werden kann.
2. es wahrscheinlich für Sarah schwierig ist, liebevolle Aufforderungen von aggressiven zu unterscheiden, da ihre Mutter beide ja verwechselt.
3. es anzunehmen ist, daß Körperkontakt mit Angst und Erwartungen von Zurückweisung gekoppelt wird.

Interessanterweise mußten wir eine Einzelpsychotherapie mit Sarah beginnen, als sie 4 Jahre alt war: Sie verhielt sich gegenüber ihrer schwangeren Mutter ziemlich aggressiv und wurde hyperaktiv. In der ersten Stunde malt sie eine Spinne, die in ihre Hand beißen will. Der Therapeut fragt, was Sarahs Hand gemacht hat? Sarah erklärt: "Sarahs Hände stoßen und beißen, wie eine Spinne". Dann sagt sie: "Nachts zerkratzte die Spinne mein Gesicht".

Wir waren erstaunt, erneut über das Gesichtzerkratzen zu hören, da es sich bei diesem Thema - 3 Jahre früher - um den Hauptanklagepunkt der Mutter gehandelt hatte. Wir waren ebenso erstaunt zu sehen, daß dieses Thema der körperlichen Gewalt weiterhin im Mittelpunkt stand, so als hätte Sarah tatsächlich - und mit größter Präzision - ihre eigene Aggression gegen die schwangere Mutter entsprechend jener Szenarien gestaltet, die früher zwischen Mutter und Kind zu wertvollen miteinander geteilten Bedeutungen aufgebaut wurden.

Diese Folgen und andere Nachfolgeuntersuchungen ermutigten uns bei der Vorstellung, daß frühe Interaktionen Furchen oder Spuren hinterlassen, die die Form und den Inhalt von Phantasien, bevorzugte Beziehungsformen und möglicherweise Charaktereigenschaften mitbestimmen. Spätere geistige Gedankenschöpfungen werden sich auf jene Vorstellungen, Werte und Vorzüge früherer Zeiten beziehen, als Mutter und Kind miteinander die Formen ihrer gemeinsamen Erfahrung entworfen haben.

Abschließende Bemerkungen

Ich habe Sie gebeten, mir in eine andere Richtung zu folgen, als sich die psychische Struktur des Kleinkindes entwickelt. Gewöhnlich rekonstruieren oder konstruieren wir die Erfahrungen des Säuglings, indem wir seine Triebe und archaischen Phantasien verfolgen, um auf den Aufbau seiner Mutter-Repräsentanz Bezug zu nehmen.

Ich schlage hier eine komplementäre Sichtweise vor: Der Blick richtet sich auf die Umsetzung der mütterlichen Konflikte mit dem Säugling und trägt dazu bei, dessen Abwehrmechanismen oder bevorzugte Arten der Befriedigung oder Ich- und Ich-Ideal-Inhalte zu erkennen. Ich bin der Meinung, daß diese gemeinsamen Erfahrungen den Phantasien des Kindes Gestalt geben und einen immer andauernden Eindruck in seinem psychischen Leben hinterlassen, indem sie Form und Inhalt beeinflussen.

Die Form der Mutter-Kind-Psychotherapie ist ideal, denn sie begreift die Anfänge der Kommunikation und Aktion von höchst geladenen gemeinsamen Konflikten, die das geistige Funktionieren des Kindes formen werden. Deshalb kann die Untersuchung der frühesten Beziehung so viel über die Bausteine für die Persönlichkeitsentwicklung enthüllen.

Literatur

Brazelton B, Cramer B (1989) Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Klett-Cotta, Stuttgart (1991)

Postmoderne Hyperflexibilität, der Konstruktivismus und seine Kritik

Hinderk M. Emrich

In seinem Buch *Das Problem des Menschen* sagt Martin Buber (1982) unter der Überschrift *Die Krisis und ihr Ausdruck*: "Der Mensch vermag die durch ihn selbst entstandene Welt nicht mehr zu bewältigen, sie wird stärker als er, sie macht sich von ihm frei, sie steht ihm in einer elementaren Unabhängigkeit gegenüber, und er weiß das Wort nicht mehr, das den Golem, den er geschaffen hat, bannen und unschädlich machen könnte". Buber (1982) bezieht dieses, wie er es nennt, "Versagen der Menschenseele" auf drei Bereiche: Die Erfindung der Maschinen, die autonom wurden; die Wirtschaft, die sich dem "Gebot" der Menschen entzieht und schließlich das politische Geschehen. Aus heutiger Sicht kommt im Sinne von Buber hinzu, daß der Mensch in einer selbst geschaffenen Wirklichkeit lebt, die er gleichzeitig als fiktional entlarvt und problematisieren muß. Ein vierter Bereich, der in zunehmendem Maße ein zentrales Problem der Gegenwartswirklichkeit zu werden scheint, ist die Identitätsproblematik von Menschen, die Frage nach der "Einheit der Person", die brüchig zu werden scheint, d. h. die Beobachtung, daß das Nicht-Bewältigen-Können der durch den Menschen entstandenen Wirklichkeit vor seiner eigenen Identität, vor der Einheit der Person, die fraglich und problematisch geworden ist, nicht halt macht.

Die Überzeugung, daß die Wirklichkeit, in der wir leben, letztlich ein von neurobiologischen Systemen selbsterzeugtes Konstrukt darstellt, wobei mit computer-generierten Welten künstlicher Realität experimentiert wird, spiegelt sich in Begriffen, wie Konstruktivismus und postmodernem Fiktionalismus wider, und es ist zu fragen, welchen Stellenwert diese Positionen für die gleichzeitig deutlich gewordene Identitätsproblematik haben; d. h. es ist i. S. von Buber (1982) nicht nur die "durch den Menschen entstandene Welt", die problematisch geworden ist, sondern es ist das dabei mitentstandene neue Ich, eine neue Form von Subjektivität, deren Anforderungen wir nicht oder nur mit Schwierigkeiten gewachsen sind. Diese neue Form von Subjektivität: worin besteht sie, worauf beruht sie und in welcher Weise läßt sie sich systemtheoretisch beschreiben und rekonstruieren?

Was das Gegenwarts-Denken und -Fühlen in besonderem Maße bestimmt und beunruhigt, sind Fragen der Identität des Menschen: berufliche und private Rollenidentitäten, ethnische und religiöse Identitäten geraten in unentwirrbare Verwickelungen. Identitäten werden dabei so instabil, daß enorme Kräfte entladen werden; Emotionen, Aggressionen: Menschen geraten in extremer Weise in Zustände existentieller Verunsicherung und Beunruhigung, ein Klima, wie es sich in modernen und postmodernen Filmen wie denen von Wenders, Bergman oder Fellini's "La voce della luna" und in Theaterstücken, wie denen von Botho Strauß, und in Philosophien, wie denjenigen von Lyotard und Baudrillard zeigt - ein Klima postmoderner Pluralität und Fiktionalität. Die von dem Münchner Philosophen Dieter Henrich (1982) immer wieder gestellte Frage philosophischer Subjektivität "wer ist derjenige, der sich eine subjektive Sphäre zuschreibt", wird in der Postmoderne, wie wir unsere Epoche mit Lyotard nun nennen, brüchig. Jahrhundertlang steht seit Descartes das Subjekt, das "Cogito", wie eine steinerne Festung wohlgefügt in der philosophischen Landschaft, gewissermaßen Zeichen des Sieges des modernen Subjektivismus in einer brüchig gewordenen Metaphysik. Nun aber, in der Postmodernen, gerät auch das Cogito sum: als Denker bin ich vorhanden, als Denkenden gibt es mich - ins Wanken, denn auch eine Maschine könnte eines Tages selbstreflexiv, selbstreferenziell i. S. von Luhmann (1988) und Maturana (1982) gebaut werden und ihre Cogitationes, ihre Denkakte, zum Beweis ihrer Subjektivität in Anspruch nehmen, so wie es in dem postmodernen Film "Blade Runner" von Ridley Scott bei den Androiden-Maschinen gezeigt wird, und was heißt dann noch menschliche Subjektivität?

In einem kulturellen Klima, in einer philosophischen Landschaft, wo so gefragt werden kann, erscheint Identität plötzlich nicht mehr feststellbar und Menschen sind gezwungen, hiermit umzugehen.

Postmoderne Hyperflexibilität

Jörg Willi hat im Rahmen der Lindauer Tagung 1993 dargelegt (Willi 1994), wie die scheinbar optimierte, die Arbeitsplätze wegrationalisierende Ökonomie - die schlanke Produktion: die "lean production" - beim Arbeitnehmer zu einem sozialdarwinistischen Anpassungsdruck führt, der ganz explizit die Sphäre der Subjektivität ergreift: Wie muß ich beschaffen sein, wie kann ich mich selbst optimieren, damit ich mich im Sinne des Diktums von Willi "auf mich selbst verlassen" kann? Welche Form von Selbst-Konstellierung ist die optimale, um mich im Kampf gewinnen zu lassen, um mich abzusichern? Die Selbstkonstellierung, um die es sich hierbei handelt, ist eine solche, innerhalb derer subjektiven Identität

offenbar frei gewählt werden kann. Willi (1994) spricht in diesem Zusammenhang von Flexibilität, Jean-Francois Lyotard (1993) von 'postmoderner Hyperflexibilität'. Worum handelt es sich hierbei? Lyotard (1977) analysiert in seinem Buch *Patchwork der Minderheiten* den Einfluß des Geldes, der Ökonomie in folgender Weise:

"Das Kapital ist jener Pseudoorganismus, der nicht in der Lage ist, einen Diskurs zu formulieren, der seine Wahrheit begründet. Es verfügt über keine Religion und keine Metaphysik, die seine Existenz erklären und rechtfertigen könnten. Nirgendwo ein 'deshalb bin ich hier, deshalb bin ich oder habe ich die Macht'. Unsere Gesellschaft hat nicht nur keine Begründung, sie lehnt die Idee einer Begründung, einer höchsten Autorität, im Innersten ab. Stattdessen übernimmt das Kapital die Initiative - in gewisser Hinsicht eine geniale Perspektive, weil die Sinnfrage dadurch vollständig umgekehrt wird. Den Sinn zu begründen, d. h. ihn von anderswoher zu empfangen: darüber kann ich nur lachen, sagt das Kapital, ich schlage Axiomaten vor, d. h. Entscheidungen darüber, was Sinn haben soll. Ich schlage vor, den Sinn zu wählen" (Lyotard 1977).

Daß der Sinn von etwas nicht in der Sache selbst liegt, sondern frei gewählt werden kann - quasi verabredet werden kann -, ist ein Grundzug dessen, was man in der Philosophie als einen "performativen Akt" bezeichnet. Lyotard (1993) ergänzt seine Analyse der funktionalen Rolle des Kapitals durch seine Charakterisierung von Wissenssystemen in seinem Werk *Das postmoderne Wissen*. Wissen hat in den gegenwärtigen Industriegesellschaften einen überdimensionalen, nicht mehr überschaubaren, im Sinne des Eingangszitats von Buber (1982) nicht bewältigbaren, überindividuellen Charakter angenommen, hat den Charakter der Pluralität der Meinungen und nicht überschaubaren Fakten. Dies überindividuelle Moment entspricht Kafkas (1935) undurchschaubaren Bürokratien, hat Bezug zum *Chor der Lügen*, dem der einzelne hilflos ausgeliefert ist.

Die aufgrund dieser Wissenssysteme sich entwickelnde "soziale Pragmatik", wie Lyotard (1993) sie nennt, besitzt nicht "die Einfachheit der wissenschaftlichen Pragmatik, sie ist vielmehr ein aus dem Ineinandergreifen von Netzen heteromorpher Aussageklassen bestehendes Ungetüm"; ein Ungetüm, das er charakterisiert als "die Summe von Aussagen denotativer, praeskriptiver, performativer, technischer und evaluierender Art". Innerhalb dieses Ungetüms von pluralistischen Wissenskonstrukten wird nun von Subjekten performativ vereinbart, was gültig, richtig, wahr, real, was sinnvoll ist. Was Sinn macht, wird quasi ausgehandelt.

Hier besteht auch der Bezug zum Fiktionalismus und zum Konstruktivismus, wie er sich beispielsweise in dem Buch des französischen philosophischen Autors Baudrillard (1978) widerspiegelt *Die Agonie des Realen*, d. h. das Dahinsiechen von Realität im Sinne herkömmlicher Philosophie. Und der entscheidende Begriff

von Baudrillard (1978) ist der des Simulacrums, d. h. einer fiktionalen, simulierten Wirklichkeit.

Konstruktivismus und Wahrnehmung

Nun bezeichnet Konstruktivismus sicherlich keine einheitliche, in sich geschlossene Theorie. Vielmehr handelt es sich hierbei um einen derzeitig gängigen Sammelbegriff, der geeignet ist, eine Perspektive besonders hervorzuheben, die mit zwei Alternativ-Modellen der Auffassung von Subjektivität zu tun hat. Entweder wird menschliche Subjektivität mehr als "Senke", d. h. als rezeptives System zur Informationsverarbeitung der von außen einlaufenden Signale aufgefaßt, oder aber das Subjekt wird stärker - eben im konstruktivistischen Sinne - als "Quelle" interpretiert, und zwar in der Weise, daß ein Weltentwurf generiert wird, der nach den jeweils einlaufenden Daten korrigiert bzw. modifiziert werden kann. Dabei kann man einen mehr psychologischen, einen philosophischen und einen neurobiologischen Konstruktivismus unterscheiden. Für den psychologischen Konstruktivismus steht beispielsweise der Autor Watzlawick (1987), der sich in seinen Büchern *Die erfundene Wirklichkeit* und *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?* auf Vaihinger (1986) den Philosophen der Philosophie des "als ob" bezieht, und sagt:

"Die Wirklichkeit zweiter Ordnung, die unsere Weltschau, Gedanken, Gefühle, Entscheidungen und Handlungen bestimmt, ist das Ergebnis einer ganz bestimmten Ordnung, die wir der kaleidoskopischen phantasmagorischen Vielfalt der Welt gewissermaßen aufstülpen, und die also nicht das Resultat der Erfassung der wirklichen Welt ist, sondern die im eigentlichsten Sinne eine ganz bestimmte Welt konstruiert. Dieser Konstruktion aber bleiben wir unbewußt und nehmen naiverweise an, daß sie unabhängig von uns existiert. Die Art und Weise, wie sich diese Wirklichkeiten herausbilden, ist von größtem Interesse für den Forscher wie für den Kliniker" (Watzlawick 1987).

Der philosophische Konstruktivismus wird beispielsweise von Ernst von Glasersfeld (1985) vertreten. Er bezieht sich dabei auf den italienischen Renaissance-Philosophen Giambattista Vico, der in seinem Werk *De antiquissima italorum sapientia* im Jahre 1710 schreibt:

"Wenn die Sinne aktive Fähigkeiten sind, so folgt daraus, daß wir die Farben machen, indem wir sehen, die Geschmäcke, indem wir schmecken, die Töne, indem wir hören, das Kalte und das Heiße, indem wir tasten".

Ernst von Glasersfeld (1985) interpretiert das dahingehend: "Wahrnehmung und Erkenntnisse wären demnach also konstruktive und nicht abbildende Fähigkeiten". Der neurophysiologische Konstruktivismus ist neuesten Datums und wird beispielsweise von Autoren, wie Gerhard Roth (1992) in Bremen und Wolf Singer (1989) in Frankfurt vertreten. Der Konstruktivismus der Wahrnehmung, um den es im zweiten Abschnitt dieser Abhandlung geht, hat die Eigenschaft, diesen neurobiologischen Konstruktivismus und die Psychologie subjektiver Wahrnehmung zusammenzuführen. Im täglichen Leben geht man in der Regel von einem Weltbild aus, das häufig von Philosophen auch als "naiver Realismus" bezeichnet wird. Hierbei wird stillschweigend vorausgesetzt, die äußere Wirklichkeit sei exakt so strukturiert wie wir sie wahrnehmen, ganz so als ob es genügen würde, die Welt, wie sie wirklich ist, einfach mit einer Kamera abzufotografieren; und das menschliche Subjekt, das Ich, sei gewissermaßen nichts anderes als eine Art von Computer, der diese Sinnesdaten auswertet und interpretiert. Tatsächlich aber ist der Vorgang der Sinneswahrnehmung wesentlich komplizierter. Bevor Sinnesdaten ausgewertet, interpretiert und integriert werden können, bedarf es eines Konzepts, eines i. S. von Prinz (1983) "mitlaufenden Weltmodells", in das die aktuellen Sinnesdaten eingefügt werden und aus dem heraus sie bewertet, interpretiert und falsifiziert werden können; und in diesem Sinne kann jeweils erwartete Wirklichkeit mit tatsächlicher Wirklichkeit verglichen werden, was offenbar zu dem subjektiven Erlebnis führt: dies geschieht jetzt wirklich.

Die Weise, in der solche Wirklichkeitserlebnisse sich in unserem Bewußtsein abspielen, wurde in den letzten Jahren von den Hirnforschern weitgehend einer Klärung nähergebracht, und zwar durch Untersuchungen die zeigen, daß es im zentralen Nervensystem sog. "Konvergenzzonen" gibt, Zonen in denen Gedächtnisinhalte (Erfahrungswissen) verglichen werden mit den einlaufenden Sinnesdaten. Das "Comparatorsystem" i. S. von Gray u. Rawlins (1986) ist z. B. eine solche Konvergenzzone, in der die gespeicherten Regularitäten dazu führen, daß Vergleiche gezogen werden können zwischen Voraussagen und Plänen einerseits und, andererseits, den aus der Peripherie einlaufenden Sinnesdaten. Das System, um das es sich hierbei handelt, ist im wesentlichen repräsentiert durch eine im Temporalhirn lokalisierte Hirnstruktur, den Hippocampus.

Konstruktivistische Illusionsforschung

Aufgrund der hier dargestellten Zusammenhänge kann von einer "konstruktivistisch fundierten Illusionsforschung" gesprochen werden. Denn es sind ja gerade die Wahrnehmungs-Illusionen, die uns zeigen, daß wir zu einem erheblichen Teil in einer Welt von fiktionalem Charakter leben, und in welcher Weise diese subjektiven Wirklichkeiten entlarvt werden können. Insbesondere soll hierbei aber auch auf psychotisches Geschehen, auf schizophrene Psychosen eingegangen werden, die ja in ganz besonderer Weise durch veränderte subjektive Wahrnehmungswelten gekennzeichnet sind. Das dabei verfolgte Konzept ist die Grundüberzeugung, daß Wahrnehmung keinen in sich einheitlichen Prozeß darstellt, sondern einen interaktiven komplexen Vorgang, ein Geschehen, bei dem gewissermaßen "interne Dialoge" über das Verrechnungs- und Wahrnehmungsergebnis entscheiden. In diesem Sinne hat Weiner auf der Lindauer Tagung 1993 davon gesprochen, daß das zentrale Nervensystem nicht generell im hierarchischen Sinne, sondern in vielfältiger Hinsicht "parallel" organisiert ist, und daß es gewissermaßen "parlamentarische", neuronale interne "Abstimmungen" gibt, die über das entscheiden, was wir als "real", was wir als "wirklich" interpretieren und erleben. Die wesentlichen drei Komponenten, die für ein Wahrnehmungsergebnis ausschlaggebend sind, sind einmal die eingehenden Sinnesdaten i. S. des Sensualismus. Hier ist das System tatsächlich als "Senke" zu interpretieren, und man spricht auch - und so hat Weiner es auch dargestellt - in diesem Zusammenhang von einer "bottom up Komponente", d. h. das System interpretiert, von unten zu höheren hierarchischen Schichten hinauf, die Datenlage in der Außenwirklichkeit. Ferner gibt es die "konstruktivistische" oder "top down"-Komponente, die der internen Konzeptualisierung entspricht - ein Begriff übrigens, den bereits Kant in die Philosophie der Wahrnehmung eingeführt hat. Darüber hinaus gibt es interessanterweise noch eine dritte, für uns besonders wichtige Komponente: die Kontroll-Zensur- oder auch Wirklichkeits-Überarbeitungskomponente, mit der sich die Illusionsforschung besonders beschäftigt.

Die Forschung der letzten Zeit hat gezeigt, daß man diesen drei Wahrnehmungskomponenten beim Sehvorgang auch neurobiologische Substrate zusprechen kann: Den Weg von der Retina über das Corpus geniculatum laterale bis hin zur primären Sehrinde kann man als "bottom up", als "sensualistische" Komponente interpretieren. Die thalamo-corticalen Rückkoppelungsschleifen, die von Mumford (1991) beschrieben wurden, werden heute als die wesentliche Lokalisation für die Konzeptualisierung interpretiert, d. h. die Hypothesenbildung des Systems über mögliche Wirklichkeiten, wobei der Thalamus als eine Art "aktives blackboard" aufgefaßt wird, eine aktive Repräsentation dessen, was an

Erfahrungsmaterial aktualisiert benötigt wird. Und, wie bereits gesagt, als dritte Komponente die Zensur- und Überarbeitungsfunktion in hippocampalen und corticalen Strukturen.

Konstruktivismus und Psychose

Es gibt Abbildungen aus der Zeit der italienischen Renaissance, in denen bereits ein inneres optisches Erinnerungszentrum dargestellt wurde als eine Art von Dialog zwischen verschiedenen internen Instanzen - ältere Herren, die darüber diskutieren, wie ein inneres Bild zu deuten ist, d. h. eine Art innerer wirklichkeitsüberarbeitender "Zensur". Bei Freud spielt das Thema der Zensur im Bereich der Schranke zwischen bewußten und verdrängten unbewußten Repräsentationen von inneren Gehalten eine zentrale Rolle. Eine Frage, die in der experimentellen, theoretischen Psychiatrie besonders interessiert, nämlich die Frage, wie psychotisches Geschehen bei den Wahrnehmungsstörungen schizophrener Patienten zustande kommt, führt zur Aufgabe zu prüfen, inwieweit die wirklichkeitsüberarbeitenden Zensur- und Korrekturkomponenten bei psychotischem Geschehen gestört sind; eine Hypothese, die bereits von Aldous Huxley (1954) entwickelt worden war. Die Experimente, die hier gemacht werden, sind im Grunde Experimente konstruktivistischer Natur. Es handelt sich dabei um die sog. "binokuläre Tiefeninversionswahrnehmung", bei der folgendes untersucht wird: Für die Wahrnehmung der räumlichen Tiefe existiert eine besonders wichtige Informationsquelle für das neurobiologische System: Die sog. "Quer-Disparation", d. h. der Unterschied zwischen den beiden Netzhautbildern in den beiden Augen. Wenn man nun die Quer-Disparation experimentell umkehrt - man stelle sich vor, ein Chirurg würde die beiden Augen austauschen (!) - dann entsteht eine "Rauminversion" in dem Sinne, daß ein weiter hinten vorhandenes Objekt nun vor dem Referenzobjekt zu liegen scheint. Das bedeutet, daß wenn man in dieser Weise räumliche Wahrnehmung vollzieht, die Objekte, die hinten erscheinen müßten, vorne gesehen werden sollten und umgekehrt; Objekte, die hohl sind, müßten konvex erscheinen und umgekehrt. Nun kommt aber interessanterweise die wirklichkeitsüberarbeitende Zensur ins Spiel. Um diese zu messen, kann man im Labor mit Hilfe einer Dia-Stereo-Projektion den experimentellen "Augenaustausch" vollziehen. Man sieht durch eine Stereo-Brille mit linear polarisiertem Licht, wobei das rechte Auge dem rechten Dia, das linke Auge dem linken Dia entspricht, und kann so eine raumtiefe Wahrnehmung erzeugen. Wenn man nun die Brillengläser vertauscht, kommt es zur beschriebenen Raumumkehrillusion. Die Voraussage ist dabei nun die, daß psychotisches Geschehen

sich dadurch kennzeichnen sollte, daß hier die Wirklichkeitsüberarbeitung in viel geringerem Maße vorhanden ist als bei gesunden Probanden; bei schizophrenen Patienten sollte in dem Falle, wo menschliche Gesichtsmasken und verschiedene Objekte mit einem "hohen semantischen Druck" gezeigt werden, sich zeigen, daß sie nicht in der Lage sind, die intensive Wirklichkeitsüberarbeitung zu vollziehen, d. h. das oben gezeigte Hohlmaskenphänomen sollte bei ihnen nicht oder nur unvollständig auftreten. Experimentell zeigt sich, daß bei schizophrenen Patienten mit produktiven Symptomen eine sehr starke Reduktion der Zensur vorhanden ist, gewissermaßen eine Labilisierung des Systems i. S. einer Verringerung der Wirklichkeitsüberarbeitung (Emrich 1990).

Nun gibt es ja auch die - von Huxley (1954) entwickelten - Theorien über den Zusammenhang zwischen psychotischem Geschehen und Kreativität. In diesem Zusammenhang sind auch gerade die Wirkungen psychedelischer Substanzen von großem Interesse. Diese sind von Bedeutung im Hinblick auf neuere Befunde, die zeigen, daß im Hippocampus Rezeptoren für Tetrahydro-Cannabinol (THC) vorhanden sind, also für den Wirkstoff von Cannabis. Es stellte sich die Frage, inwieweit bei gesunden Probanden - in ähnlicher Weise, wie das bei den psychotischen Patienten gezeigt wurde - sich Veränderungen der Zensurleistung im Wahrnehmungsexperiment, in der Illusionswahrnehmung, zeigen würden. Bei gesunden Probanden wurden die THC-Plasmaspiegel gemessen. Sie zeigen nach etwa vier Stunden ein Maximum. Die Illusionsstörung, die Störung der Wirklichkeitsüberarbeitung, zeigt ebenfalls nach 4 Stunden ein Maximum (Emrich et al. 1991), was die Hypothese bestätigt.

Metaphysische- und Rollen-Identität

Nachdem aufgrund der wahrnehmungspsychologischen und systemtheoretischen Untersuchungen die Rolle intrapsychischer Zensur und ihre Bedeutung für die Konstituierung subjektiver Wirklichkeit gezeigt worden ist, soll nun die eingangs gestellte Frage wieder aufgeworfen werden, in welcher Weise die Prozesse der Identitätsbildung sich systemtheoretisch betrachten lassen und welche Rolle hierbei postmoderne Hyperflexibilität spielen könnte.

Kehren wir noch einmal zurück zu der von Jörg Willi beschriebenen Situation: Der sich zurechtbiegende flexible Arbeitnehmer, der sich nur auf ein Kapital stützen kann, auf sich selbst. Wie ergeht es ihm in der Auseinandersetzung mit dem Lyotardschen "Ungetüm" postmoderner Performance (Lyotard 1993)? Das einzige, worauf er sich in seiner gefährdeten Situation glaubt verlassen zu können, ist sein Ich: das ist sein "Kapital", das das Subjekt in einem täglich neuen narzißti-

schen Stylings-, Stilisierungs-, Glättungs- und Aufpolierungsprozeß kultivieren, pflegen, zurechtbiegen muß. Und genau hierin liegt das Problem der postmodernen Fortsetzung der von Willi (1994) beschriebenen Ausgangssituation: Die Konstitution des Ich ist im postmodernen Identitäts-Pluralismus ihrerseits instabil, gefährdet und problematisch geworden. Die Verlässlichkeit der subjektiven Sphäre des Ichs ist unterspült durch die Bedrohungen der Identitäts-Diffusion, Labilisierung von Ich-Strukturen bis hin zur Gefahr des Ich-Zerfalls, denn Identität erscheint im postmodernen Pluralismus ja als nichts anderes als eine Summe, ein Kontinuum von je beliebig wählbaren, vertauschbaren, widersprüchlichen Rollen-Identitäten ohne Verbindlichkeit: Der postmoderne Pluralismus spaltet die Menschen in eine Multiplizität von auswechselbaren Rollen-Identitäten, wie sie Kafka (1935) mit seinem *Chor der Lügen* auf den Begriff bringt. Das dabei bestehende postmoderne Lebensgefühl heißt leben im Zustand verschwommener, nicht feststellbarer fiktionaler Identitäten, in dem die Frage: "Wer bin ich selbst, existentiell, jenseits der Summe meiner Rollen?" sinnlos geworden ist, denn eben diese existentielle Seite wird ebenfalls als performativ, als fiktional und damit als beliebig entlarvt und abgewiesen. Ein Beispiel hierfür findet sich im Film von Wenders u. Handkes *Der Himmel über Berlin* (1992), wo gesagt wird:

" ... wenn ich mit jemandem war, war ich oft froh, aber zugleich hielt ich alles für Zufall ... die Tochter des Taxifahrers war meine Freundin, aber ebensogut hätte ich doch den Arm um den Kopf eines Pferdes legen können. Ich war mit einem Mann, war verliebt und hätte ebensogut ihn stehen lassen und mit dem Fremden, der uns auf der Straße entgegenkam, weitergehen können. Schau mich an oder nicht. Gib mir die Hand oder nicht. Nein, gib mir nicht die Hand und schau weg von mir."

Um den Unterschied zwischen postmoderner pluraler Rollen-Identität und dem ursprünglichen klassischen Selbstverständnis des Menschens als Einzigkeit, als Individualität deutlich zu machen, verwende ich für die klassische Bedeutung von Identität den Begriff "metaphysische Identität". Darunter verstehe ich den Anspruch des Menschens auf Unverwechselbarkeit und Einzigkeit, wie sie sich in extremer Weise in Kafkas (1935) Roman *Der Prozeß* in der Parabel "Vor dem Gesetz" zeigt, wo der "Mann vom Lande" vor dem "Torhüter" erscheint und "Einlaß in das Gesetz" begehrt. Dieser wird ihm verwehrt. Im Tode erfährt er: "dieses Tor war nur für dich bestimmt". Eine ähnliche Konstellation zeigt sich in Ingmar Bergmans Film "Das siebte Siegel", wo der Ritter mit dem Tode Schach spielt, um sein individuelles Leben um ein wenig zu verlängern. Es ist nun interessant zu verfolgen, wie Bergman in seinen späteren Filmen das Problem der interpersonalen Identitätsdiffusion (z. B. in "Persona") und schließlich das Problem der Gefährdung personaler Identität (z. B. in "Aus dem Leben der

Marionetten") in zunehmendem Maße zum Thema macht. Was Bergman hierbei filmisch beschreibt, ist ein Klima der subjektiven existentiellen Verunsicherung des Subjekts in sich selbst, eine Art von Identitätsbedrohung und Ausgeliefertsein, in der Subjektivität konturlos und ohne Halt erscheint. Nach Bergmans Vision im oben genannten Film sind Menschen quasi Marionetten ihrer selbst; und in diesem Sinne heißt es in dem Film: "Ich bin immer ironisch, das ist eine Art Invalidität", d. h. ich bin eigentlich nie in mir, in der eigenen Haut, sondern immer in ironischer Distanz zu mir selbst.

Geht man von diesen für die dargestellten Protagonisten problematisch gewordenen, unsicheren Selbstzuschreibungen aus, so stellt sich die Frage nach der Grundstruktur identitätsbildender Prozesse. Identitätsbildung hat dabei insofern einen prozeßhaften Charakter, als wir immer wieder für uns selbst Überraschungen darstellen. Für eine theoretische Annäherung an diesen Prozeß der Identitätsbildung scheint es sinnvoll, von dem selbstpsychologischen Konstrukt der internen Repräsentationen auszugehen, d. h. von einer Welt im Selbst repräsentierter innerer Objekte. Es ist nun die Dynamik zu untersuchen, wie das System des Selbst mit neuen internen Mustern von Wirklichkeit aufgeladen wird, damit umgeht und somit quasi sich selbst konstellierte, sich selbst "macht". Dabei ist die Schmiede, die Werkstatt der Identitätsbildung die Summe der Interpersonalbeziehungen, der Beziehungen, in denen ein Subjekt lebt.

Systemtheorie der Identitätsbildung

Für eine systemtheoretische Beschreibung bietet sich ein Schema an, das teilweise an die von Rössler (1987), Primas (1983) und Finkelstein (1979) entwickelte sog. "Endophysik" angelehnt ist (Emrich 1993). Hiernach können Systeme hinsichtlich auch ihrer rein physikalischen Eigenschaften nicht aus sich selbst heraus beschrieben werden, sondern sie bedürfen - um beobachtet, verstanden und rekonstruiert zu werden - eines unabhängigen Beobachters, eines Exostandpunkts, einer perspektivischen Sicht auf das System. Für das Verhältnis zwischen Welt und Subjekt ergibt sich nun eine interessante Verdoppelung der Endo-Exo-Unterscheidung. Geht man (s. Abb. 1) von der Außenwirklichkeit als dem "System" aus - d. h. wenn es darum geht, die Außenwirklichkeit i. S. der Endophysik zu beschreiben - dann ist im Gegensatz zur Abb. die Außenwirklichkeit als die "Endowelt" zu interpretieren und der Beobachter ist in der Exoposition. Geht man aber, wie in der vorliegenden Diskussion, von einer Betrachtung aus, in der die internen systemischen Repräsentanzen im Subjekt Gegenstand der Untersuchung sind, dann erscheint, wie in Abb. 1. dargestellt, die

Außenwirklichkeit, also wir, die Betrachter, als "Exosystem" und die Binnenstruktur des betrachteten Subjekts als die Endowirklichkeit. In dieser Binnenwirklichkeit spielt sich nun eine Dynamik ab, die es näher zu untersuchen gilt.

Der strukturdynamische Prozeß der Umwandlung einer latenten,, internen Struktur in eine manifeste Struktur wird in Abb. 2 als "IIC", als "Intentionalitäts-Introjektions-Zyklus" bezeichnet. Beim Durchlaufen eines derartigen Zyklus wird vorausgesetzt, daß es sich bei der Dynamik der Veränderung innerer Repräsentationen immer wesentlich auch um Werte-Repräsentanzen handelt, d.h. es wird intern immer mit ausbalanciert: ist diese Veränderung des inneren Bestandes des Systems eher wertvoll oder eher schädlich? Die Dynamik der Veränderung des Werte- und Wirklichkeitsbestandes des Systems geht dabei vom Anmutungserlebnis durch das Fremde, das Unverständene aus. Anders formuliert: Es geht darum, daß das System vor der Herausforderung steht, ein dargebotenes, unvertrautes Muster nicht deuten zu können, es aber deuten zu müssen (Dies ist eine von außen kommende Dynamik, die aber eine interne Herausforderung bzw. Bedrohung darstellt). Diese Situation entspricht dem von Norbert Bischof (1985) in *Das Rätsel Ödipus* formulierten Konflikt zwischen Geborgenheitswünschen im Bereich des Vertrauten und den Autonomiebestrebungen hinein in das Reich des Unvertrauten, Neuen, noch Ungebändigten. Die Autonomiebestrebungen gehen also stets einher mit der Anforderung der Bewältigung von Anmutungserlebnissen, die von bisher Unbekanntem auf das System einwirken und damit einen "reaktiven Konzeptualisierungsdruck" auf das System ausüben, denn für das herausfordernde neue, noch Unbekannte sind nur latent die entsprechenden kategorialen Bewältigungsstrategien vorhanden. Die erfolgreiche Bewältigung führt aber zum Umschlagen einer latenten Struktur in eine manifeste Struktur in Form neuer Repräsentanzen (Abb. 1).

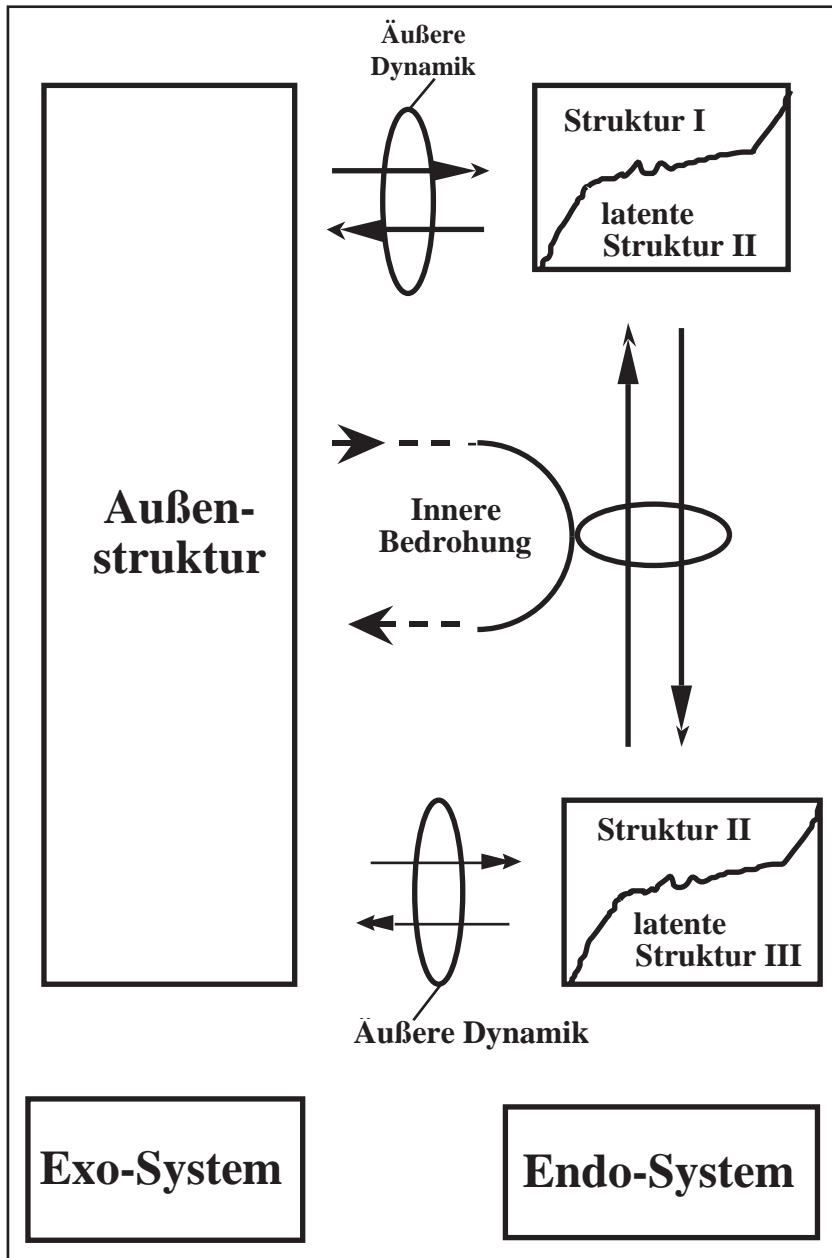


Abb. 1. Strukturdynamisches Modell des Übergangs von latenten in manifeste interne Strukturen und der damit verbundenen inneren Bedrohung

Man kann sich das einmalige Durchlaufen eines derartigen Zyklus anhand des Schemas in Abb. 2 vergegenwärtigen:

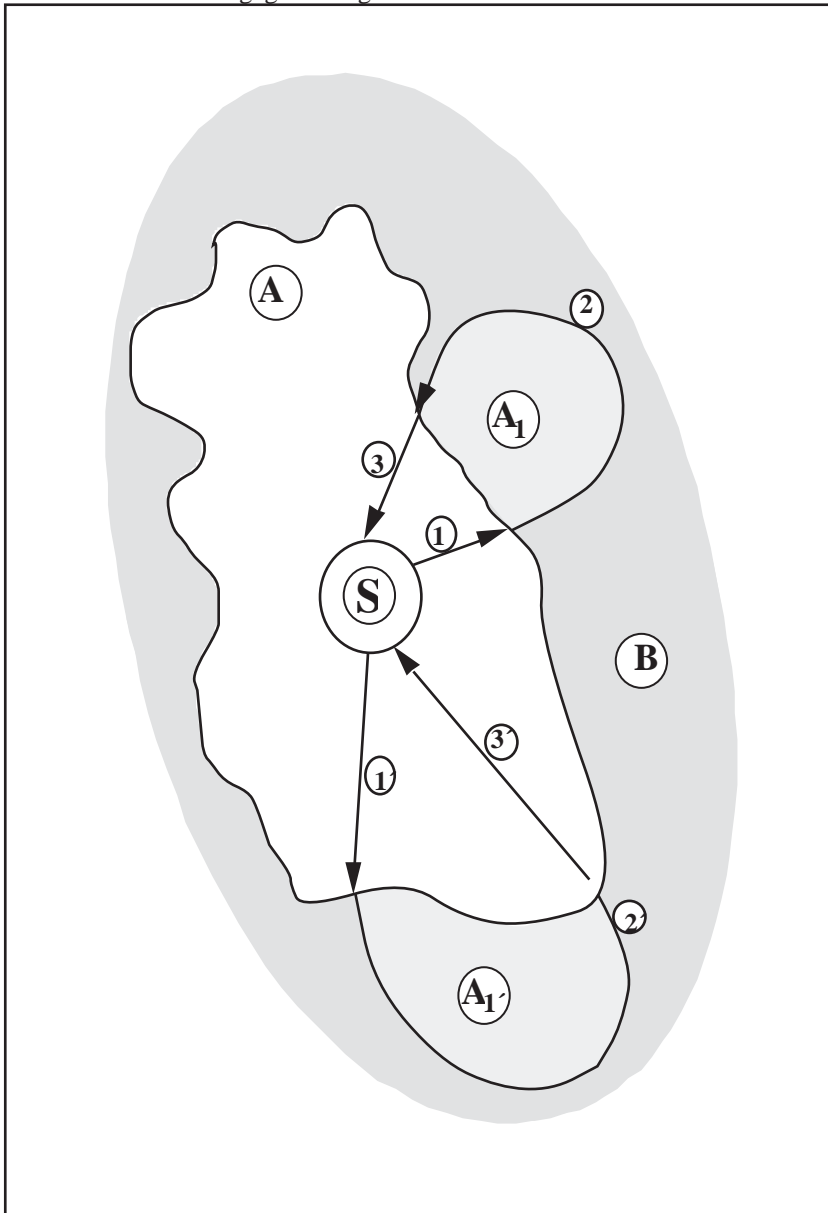


Abb. 2. Formale schematische Darstellung der strukturdynamischen Prozesse bei der Assimilation von Fremdpsychischem; Durchlaufen von zwei Intentionalitäts-Introjektions-Cyclen (IICs)

1, 1':	Intentionalität in Richtung auf B
2, 2':	Identifikation
3, 3':	Introjektion
S:	Subjekt
A:	Domäne des Kategorialen, Vertrauten
B:	Domäne des Akategorialen, Unvertrauten
A_1, A_1' :	Identifikatorisch vertraut gewordene und introjizierte Domäne

In einem ersten Schritt wird im Subjekt über die Sphäre, über die Domäne, des vertrauten Kategorialen hinweg gewissermaßen eine "Attraktion" an der Grenzlinie zum unvertrauten Akategorialen hin erzeugt. In einem zweiten Schritt kommt es nun zur Identifikation mit dem Unvertrauten infolge des vorher beschriebenen dynamischen Übergangs latent vorhandener Repräsentanzen, die in Resonanz geraten mit Außenwirklichkeiten, die aber noch unvertraut, noch nicht deutbar sind. Dieser Prozeß wird in der sog. "Informationsdynamik" nach Atmanspacher (1992) als Kategorialisierungs- und Konzeptualisierungsleistung verstanden, wobei durch diese Leistungen vom System gewissermaßen Breschen in die Welt des unvertrauten Akategorialen geschlagen werden. Und in einem dritten Schritt kommt es nun zur Introjektion und damit Zueignung in die Domäne des bisher vertrauten Kategorialen.

Beim interpersonalen Wechselspiel, um das es sich bei der Eroberung des Fremdpsychischen, z. B. in der Pubertät, in der Regel ja handelt, ist es vom Endo-/Exo-Standpunkt gesehen so, daß es zu einer wechselseitigen Endo-/Exokoppelung kommt in dem Sinne: "Ich bin ein Endosystem für dich, du ein Endosystem für mich", was eine schwere Herausforderung und Identitätsbedrohung bedeutet. Die gelungene Introjektion bzw. erfolgreich verweigerte Introjektion von Anteilen des Fremdpsychischen des anderen hat gravierende Folgen für das Gelingen der Interpersonalbeziehung. Es kommt zur Aufladung des Selbst mit Anteilen des anderen, was für die Kohärenz des Selbst in der Beziehung zum anderen und für die Ausbildung von mit dem anderen kompatiblen Konstrukten im Sinne von Willi (1994) von entscheidender Bedeutung ist. Ingmar Bergman hat in seinem Film "Persona" einen derartigen wechselseitigen Identifikations- und Kollusionsprozeß filmisch dargestellt. Dabei geht es um die partielle Verschmelzung von zwei Identitäten im therapeutischen Prozeß, wobei eine erfolgreiche Therapie einer mutistisch gewordenen Künstlerin durch eine gleichaltrige psychiatrische Cotherapeutin, eine Krankenschwester, gezeigt wird. Die filmische Darstellung ragt besonders dadurch heraus, daß Bergman an einer Stelle die Intensität von Übertragung und Gegenübertragung durch das Ineinanderblenden der beiden Gesichter filmisch deutlich macht.

Geht man von der dargestellten weitgehend durchsichtigen Rekonstruktion der Dynamik der Identitätsbildung aus, dann stellt sich nun aber die Frage, und diese

ist entscheidend für die Behandlung der von Lyotard (1993) formulierten zur Hyperflexibilität führenden psychosozialen Druck-Situation: Wie geht das Wirklichkeitserobernde Subjekt mit dieser Situation um, welche Selektionskriterien entwickeln sich beim Durchlaufen der IICs, sind einige "verboten", sind andere erwünscht, welche Wahl- und Selektionsposition wird hier ergriffen? Anders gefragt: Was entscheidet darüber, ob sich eine quasi postmoderne fiktionale plurale Rollenidentität entwickelt oder ein im tieferen Sinne kohärentes Selbst i. S. der oben skizzierten "metaphysischen Identität"? Die beiden sich hier darstellenden Gegenpositionen sind einmal "Zufall", zum andern die von Kierkegaard (1843) entwickelte Position der "Selbstwahl". Das Paradebeispiel für die zufallsgesteuerte Selbstkonstellierung eines Subjekts ist der Roman des amerikanischen Psychiaters Luke Rhinehart (1990) *Der Würfler*. Im Verlauf der Handlung kommt die saturiert-gelangweilt lebende Ich-Person auf die Idee, ihr Schicksal auszuwürfeln, und zwar in dem postmodern-pluralistischen Sinne, daß für jeden Tag sechs verschiedene Rollen, Identitäts-Identifikationsmuster als mögliche Optionen für das Handeln aus der Phantasie des Protagonisten zur Verfügung gestellt werden, und der Würfel entscheidet, welche Option im Leben tatsächlich ausgeführt wird. Die Folge ist ein völlig bizarres, widersprüchliches pluralistisches Lebensschicksal, das tägliche Überraschungen, aber auch tiefe Immoralitäten enthält. Der Roman beginnt mit den Worten: "Im Anfang war der Zufall, und der Zufall war bei Gott, und Gott war der Zufall ... Alle Dinge sind durch diesen gemacht ... , in ihm war das Leben, und das Leben war das Licht der Menschen" (Rhinehart 1990). Vom "Zufall" handelt auch der oben zitierte Text aus dem Drehbuch *Der Himmel über Berlin* von Wenders u. Handke (1992). Es folgen dann aber Passagen, die auf die Gegenposition, die Selbstwahl hinweisen:

"Mit dem Zufall muß es nun aufhören! Neumond der Entscheidung! Ich weiß nicht, ob es eine Bestimmung gibt, aber es gibt eine Entscheidung. Entscheide dich! Wir sind jetzt die Zeit. Nicht nur die ganze Stadt, die ganze Welt ... nimmt gerade teil an unserer Entscheidung. Wir sind jetzt mehr als nur zwei. Wir verkörpern etwas."

Diese Gegenposition, die Selbstwahl, hat Kierkegaard (1843) in seiner philosophischen Psychologie des "Entweder-Oder" in der Kritik an der Psyche Neros eindringlich dargestellt. Dabei konfrontiert Kierkegaard eine, wie er es nennt, "ästhetische Wahl", die er Nero zuschreibt, mit der ethischen Anforderung der Selbstwahl oder, wie er sie auch beschreibt, "absoluten Wahl", die bedeutet, daß das Subjekt eine innere Festigkeit und Verlässlichkeit erhält, die die bei Kierkegaard als existentiell verstandene "Angst" überwindet.

Zwischen diesen beiden Extremformen der Selbstkonstellierung, d. h. einmal dem Auswürfeln des eigenen Schicksals, zum anderen der Selbstwahl bei Kierkegaard, steht nun die postmoderne Persönlichkeit in ihrem

Anpassungsdruck. Im Hinblick auf den Mechanismus der internen Zensur steht der systemtheoretische Identitätsbildungsprozeß in der folgenden paradoxen Schwierigkeit: Einerseits muß unter der Bedingung postmoderner Selbstanforderung des Subjekts die Zensurleistung geschwächt werden, um hyperflexible, identifikatorische Annäherungen an neue unvertraute Konstellationen zu ermöglichen. Andererseits aber muß die Zensur besonders gestärkt werden, um den Zerfall der Ich-Struktur im Sinne psychotischen Geschehens oder Borderlinegeschehens zu verhindern. Die geforderten Oszillationen der Zensurleistungen dürften eine besondere schwierige Art der Anforderung an die subjektiven Sphären der Betroffenen darstellen. Die Zensurleistung selbst muß also gewissermaßen eine Art Hyperflexibilität aufweisen. Mit anderen Worten: Der postmoderne Mensch, wenn er sich überhaupt den pluralen Anforderungen der Gegenwart stellt, steht in der paradoxen Schwierigkeit, gleichzeitig zensurschwach sein zu müssen, weil er sonst die vielfältigen neuen Konzeptualisierungen und neuen Annäherungen an Unvertrautes nicht leisten kann, andererseits aber extrem zensurstark sein zu müssen, weil er sonst in den Zustand psychotischen Ich-Zerfalls gerät.

Kritik des Konstruktivismus

Zum Schluß zur Kritik des Konstruktivismus (vgl. auch Emrich 1992): Sie wird an dieser Stelle entwickelt aus dem von dem Soziologen Hans Dieter Gondek (1990) dargestellten Zusammenhang zwischen Identität und Versprechen. Wenn Identität wirklich als rein fiktional und hyperflexibel im Sinne ständig wechselnder pluraler Rollenidentitäten aufgefaßt wird, dann hat Versprechen keinen Sinn mehr. Gondek (1990) spricht in diesem Zusammenhang vom "Selbigkeitsverlust". Der Versprechende verspricht aber der zu bleiben, der er ist, wenn er das Versprechen abgibt. Die Paradoxie im Zusammenhang "Identität und Versprechen" läßt sich nun so darstellen: Um ein Versprechen abgeben zu können, muß ich mich mit mir identifizieren. Ich kenne mich aber nicht als den, der ich eigentlich bin, weil mein Sein begriffs-transzendent ist, weil mein Denken mein Sein nicht erreicht. Also muß ich mit Überraschung in mir selbst rechnen; ich nenne sie Instabilitäten aus der Tiefe. Nach Durchlaufen der Instabilitäten kann es moralisch geboten sein, das Versprechen zu brechen; d. h. es kann sein, daß ich entdecke, daß ich ein bestimmtes Versprechen nicht hätte geben dürfen, weil ich ein anderer bin als ich zu sein meinte, so wie in Ibsens Nora, die entdeckt, daß sie nicht ins "Puppenheim" gehört. Oder verkürzt gesagt: Als jemand, der sich nicht kennen kann, kann ich auch nichts versprechen. Meine Identität und

die des anderen sind also nicht feststellbar, weder für mich noch für den anderen. Wieso kann es dann ein Versprechen geben? Heißt Versprechen: ich werde weiter vorgeben, der zu sein, der zu sein ich bereits jetzt vorgebe? Dies entspricht der pointierten Darstellung in Gondek (1990), wo es heißt, es gehe für den Versprechenden um eine besondere "Fiktion von Selbigkeit". Eine Lösung dieses tiefen Problems sehe ich in einer Theorie über das Tiefen-Selbst (Emrich 1993). Systemtheorien stehen allerdings im Verdacht, eine derartige Beschreibung nicht leisten zu können.

Abschließende Bemerkungen

Die infolge des naturwissenschaftlich fundierten modernen Objektivismus kompliziert gewordenen Subjektivitätstheorien spiegeln sich u. a. im postmodernen Konzept hyperflexibler Identität wider. Besonders die französische Gegenwartsphilosophie, wie diejenige von Lyotard (1993), die den Standort postmoderner Subjektivität neu definierte, und diejenige von Baudrillard (1978), die die Rolle des "Simulacrum" in der "Agonie des Realen" darstellte, zeigt die theoretischen Schwierigkeiten bei der Generierung von Selbstbildern des Menschen auf. Hiermit korrespondieren analytische Strukturmodelle des Bewußtseins, die in Anlehnung an z. B. Kohut (1973) und Kernberg (1978) Erklärungsmodelle für Spaltungsphänomene (vertikale Schranke) und z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen liefern. Neuerdings erfahren diese Strukturmodelle i. S. des systemtheoretischen Physikalismus sog. "struktur-dynamische" Theorieerweiterungen, beispielsweise in der von Rössler (1987) entwickelten "Endophysik", innerhalb derer eine subtilere Unterscheidung der Exo-vs. Endobeschreibung von Systemen möglich wird. Die damit gestellten philosophisch-psychologischen Fragen sind letztlich solche nach der Struktur und Dignität von Identitätskonzepten, wobei es aus tiefenpsychologischer Sicht um die Frage geht, inwieweit sich Konzepte purer Rollenidentität in Konstrukte metaphysischer Identität überführen lassen. Damit sind Kernthesen des Konstruktivismus, sei er nun biologisch/systemtheoretischer oder philosophisch/soziologischer Provenienz im Hinblick auf die Frage nach der Plausibilität des "radikalen Konstruktivismus" infrage gestellt. Eine Möglichkeit, dieses Thema zu bewegen, ergibt sich aus der Fragestellung von Gondek (1990) nach "Identität und Versprechen". Die ethischen Implikationen des Versprechensaktes implizieren eine zur postmodernen Hyperflexibilität und zur "Agonie des Realen" querstehende Form metaphysischer Tiefen-Selbstbezüglichkeit. Insofern läßt sich "Identität" auch als "Prozeß" beschreiben, innerhalb dessen die Ontologieabstinenz des gegenwärtigen Konstruktivismus relativiert wird, ein

Prozeß, den der von Kierkegaard (1843) entwickelte Begriff der "Selbstwahl" beschreibt.

Literatur

- Atmanspacher H (1992) Categorical and acategorical representation of knowledge. *Cognitive Systems 3* : 259-288
- Baudrillard J (1978) *Agonie des Realen*. Merve, Berlin
- Bergman I (1991) *Bilder*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Bischof N (1985) *Das Rätsel Ödipus*. Piper, München
- Buber, M (1982) *Das Problem des Menschen*. Lambert Schneider, Heidelberg
- Emrich HM (1990) *Psychiatrische Anthropologie*. Pfeiffer, München
- Emrich HM (1992) Konstruktivismus: Imagination, Traum und Emotionen. In: Schmidt SJ (Hrsg) *Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus 2*. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 76-96
- Emrich HM (1993) Semantic pressure, hyper-systems, and feelings. In: Atmanspacher H, Dalenoort G J (eds) *Endo/Exo-Problems in Dynamical Systems*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Emrich HM, Weber M M, Wendl A, Zihl J, Meyer L v, Hanisch W (1991) Reduced binocular depth inversion as an indicator of cannabis-induced censorship impairment. *Pharmacol Biochem Behav* 40: 689-690
- Finkelstein D (1979) Holistic methods in quantum logic. In: Castell L, Drieschner M, Weizsäcker CF v (eds) *Quantum theory and the structures of time and space*. Hanser, pp 37-60
- Freud S (1900) *Die Traumdeutung*. GW Bde 1 und 2
- Glaserfeld E v (1985) Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: *Einführung in den Konstruktivismus, Schriften der CF-von-Siemens-Stiftung, Bd 10*. Oldenbourg, München, S 1-26
- Gondek HD (1990) Versprechen und Identität. Das Versprechen und seine Verbindlichkeit. In: Holz K (Hrsg) *Soziologie zwischen Moderne und Postmoderne. Focus*, Giessen, S 39 ff
- Gray JA, Rawlins JNP (1986) Comparator and buffer memory: An attempt to integrate two models of hippocampal functions. In: Isaacson RL, Pribram KH (eds) *Hippocampus*. Plenum Press, New York, pp 159-201
- Henrich D (1982) *Selbstverhältnisse*. Reclam, Ditzingen
- Huxley A (1954) *The doors of perception*. Chatto & Windus, London. (dt.: *Die Pforten der Wahrnehmung*. Piper, München, 1984)
- Kafka F (1935) *Der Prozeß*. Schocken, Berlin

- Kernberg OF (1978) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Kierkegaard S (1843) *Entweder/Oder*. Neudruck, Gütersloh (1987)
- Kohut H (1973) *Narzißmus*, Suhrkamp, Frankfurt aM
- Luhmann N (1988) *Neuere Entwicklungen in der Systemtheorie*. Merkur 42 : 292-300
- Lyotard J-F (1977) *Das Patchwork der Minderheiten*. Merve, Berlin
- Lyotard J-F (1993) *Das postmoderne Wissen: Ein Bericht*. Passagen, Wien
- Maturana HR (1982) *Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Vieweg, Braunschweig
- Mumford D (1991) *On the computational architecture of the neocortex*. Biol Cybern 65 : 133-145
- Prinz W (1983) *Wahrnehmung und Tätigkeitssteuerung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Primas H (1983) *Chemistry, quantum mechanics, and reductionism*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Rhinehart L (1990) *Der Würfler*. Moewig, Rastatt
- Rössler OE (1987) *Endophysics*. In: Casti IL, Karlqvist A (eds) *Real brains, artificial minds*. Elsevier, Amsterdam Oxford New York, pp 25-46
- Roth G (1992) *Das konstruktive Gehirn: Neurobiologische Grundlagen von Wahrnehmung und Erkenntnis*. In: Schmidt SJ (Hrsg) *Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus 2*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Singer W (1989) *Zur Selbstorganisation kognitiver Strukturen*. In: Pöppel E (Hrsg) *Gehirn und Bewußtsein*. VCH, Weinheim
- Vaihinger H (1986) *Die Philosophie des als ob*. Scientia, Aalen
- Vico G (1710) *De antiquissima italorum sapientia*. Neapel 1858, Kap. VII § 3
- Watzlawick P (1987) *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?* Piper, München
- Wenders W, Handke P (1992) *Der Himmel über Berlin*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Willi J (1994) *Die bedrohte Regulation der psychischen und sozialen Ökologie des Menschen*. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) *Lindauer Texte 1994*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Leiborientiertes Arbeiten in der Balintgruppe*

Ein kasuistischer Bericht

Helmuth Stolze

Durch ein ausführlich geschildertes und diskutiertes Beispiel möchte ich versuchen, einen Einblick in eine Arbeitsweise zu geben, in der die Balintgruppenarbeit um die Dimension des Leiblich-Erfahrbaren der Beziehungsproblematik erweitert wird.

Die Entwicklung der Arbeitsweise

Als ich 1984 in Ascona eine Balintgruppe von Ärzten und Studenten leitete, fiel mir durch eine Häufung von Formulierungen auf, wie meist schon in den ersten Sätzen der Teilnehmerberichte Hinweise auf ein konkret-leibhaftiges Erleben ihrer Beziehungsprobleme gegeben wurden. Leider erlaubte es damals die Zeit nicht, mit diesen Hinweisen auch konkret-leibhaftig ühend umzugehen. Ich wurde dadurch aber angeregt, diesen Weg der Problembearbeitung in den Jahren 1985 - 1991 in Kursen der Lindauer Psychotherapiewochen und der 4. Tagung des Wildunger Arbeitskreises für Psychotherapie 1989 weiter zu verfolgen. Ich versuchte, das Verständnis für Beziehungsprobleme und den Umgang mit ihnen über den verbalen Bereich hinaus zu fördern, indem in die Gruppenarbeit auch ihr leiblicher Anteil einbezogen und mit den Mitteln der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) bearbeitet wurde. Es zeigte sich, daß auf dem beschrittenen Weg den Teilnehmern Anregungen gegeben werden konnten, die sie tiefer berührten als jene, die nur auf der kognitiv-emotionalen Ebene üblicher Balintgruppenarbeit vermittelt werden. Diese Kurse konnten freilich nur allererste Anstöße geben; es fehlte die für eine wirkliche Balintgruppenarbeit notwendige Kontinuität. Auch bekam ich wenig Rückmeldungen über die durch die

* Für Peter Buchheim und Theodor Seifert, die seit 15 Jahren die Lindauer Psychotherapiewochen vorbereiten und leiten und mir die Möglichkeit geboten haben, in diesem Rahmen das hier vorgestellte Konzept zu erproben.

Kursarbeit bewirkten Veränderungen in der Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Therapeut(in).

Da sich aber inzwischen Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Teilen Deutschlands und der Schweiz für diese "KBT in Verbindung mit Balintgruppenarbeit" interessierten, bot es sich an, mit einer in ihrer Zusammensetzung konstanten Gruppe fraktioniert in Blocksitzungen an mehreren Wochenenden in größeren Abständen zu arbeiten. Diese Zusammenkünfte fanden fünfmal von Ende 1989 bis Anfang 1991 statt, also durchschnittlich im Abstand von jeweils dreieinhalb Monaten; jedes Kurswochenende umfaßte 7 Doppelstunden.

Die Teilnehmer verpflichteten sich, durch schriftliche Aufzeichnungen nach den Gruppensitzungen und Nachberichte dazu beizutragen, unsere Arbeit zu dokumentieren. Da wir außer einem Tonband keine technischen Hilfsmittel, wie Videoaufnahmen, zur Verfügung hatten, wurde eine KBT-Therapeutin als "Beobachterin" mitherangezogen, die den Ablauf der Gruppenarbeit weitgehend zu protokollieren versuchte.

Vor Beginn dieser Kursarbeit gab ich den Teilnehmern schriftlich ein Schema in zwölf Punkten über den (idealtypischen) Ablauf einer so erweiterten Bearbeitung des jeweils berichteten Beziehungsproblems, von denen ich hier nur die letzten sechs aufführe, die den Rahmen üblicher Balintgruppenarbeit erweitern:

7. Welche Hinweise werden in der Schilderung und den Einfällen der Teilnehmer auf den leibhaftigen Anteil der jeweils berichteten Beziehungsproblematik gegeben?

8. Wie lassen sich diese (oft nur versteckt gegebenen) Hinweise verdeutlichen? Welche KBT-Angebote können dazu gemacht werden?

9. Angebote und gemeinsames Üben.

10. Was haben die Übenden wahrgenommen und erfahren?

11. Was hat dieses Wahrgenommene und Erfahrene mit der geschilderten Beziehungsproblematik zu tun?

12. Wie denkt, fühlt und empfindet der Berichtende nun sein geschildertes Beziehungsproblem? Welche möglichen Konsequenzen zieht er daraus, dieses Problem anders als bisher anzugehen?

Zunächst gingen wir bei der Kursarbeit genau nach diesem Schema vor, trennend in einen verbalen und einen leiblich-übenden Teil, die aufeinander folgten und erst am Ende jeder Sitzung zusammengefaßt wurden (s. Punkt 11 und 12).

Protokolle und Rückmeldungen bestätigten die bei den früheren Kursen gewonnenen Eindrücke einer umfassenderen und tiefergreifenderen Bearbeitung des jeweiligen Problemfeldes.

Mit fortschreitender Kursarbeit, d. h. mit größerer Vertrautheit der Teilnehmer untereinander und mit der Methodik des Vorgehens, ergab sich die Möglichkeit, verbales und leibhaftig-übendes Bearbeiten im zeitlichen Ablauf nicht mehr zu trennen, sondern beide Ansätze so zu verbinden, daß sie sich wechselseitig stimulieren und steigern konnten.

Wie sich das abspielen kann, zeigt das kasuistische Beispiel: "Soll ich die Patientin annehmen oder nicht?"

Es ist die letzte Zusammenkunft des Kurses, dessen Teilnehmer ich zunächst vorstellen muß: Vier der Teilnehmer sind Internisten: *Sophie*, die eine leitende Stelle in einer Universitätsklinik innehat, sowie *Arnold*, *Benno* und *Volkmar*, die niedergelassene Ärzte sind; bis auf *Volkmar* haben sie die Weiterbildung bis zur Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" durchlaufen. Auch *Konrad* ist derzeit internistisch tätig, und zwar als Assistenzarzt.

Der Diplompsychologe *Simon* ist als KBT-Therapeut im psychosozialen Bereich tätig, *Wilma* als Bewegungstherapeutin in einer psychosomatischen Klinik.

Dora und *Gerda* hingegen arbeiten ausschließlich in eigener Praxis psychotherapeutisch und psychoanalytisch.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer liegt etwas über 42 Jahren (von 34-50).

Die KBT-Vorerfahrungen der Teilnehmer sind ganz unterschiedlich: Von *Simon*, der eine KBT-Weiterbildung abgeschlossen hat, und *Wilma* mit weitgehenden KBT-Erfahrungen, über *Sophie* und *Benno*, die im Rahmen ihrer Psychotherapie-Weiterbildung die KBT als Zweitverfahren gewählt hatten, spannt sich der Bogen zu *Dora*, *Gerda*, *Arnold* und *Konrad*, die in Lindau oder Bad Wildungen einen meiner Kurse: "KBT in Verbindung mit Balintgruppen" mitgemacht haben. Nur für *Volkmar* brachte die jetzige Kursarbeit die erste Begegnung mit der KBT.

Auch die Vorerfahrungen mit der Balintgruppenarbeit sind unterschiedlich: Für *Simon* ist diese ganz neu, während alle anderen schon an Balintgruppen teilgenommen haben und *Gerda* bereits anerkannte Balintgruppenleiterin ist.

Die nun folgende Schilderung des Verlaufs stützt sich auf die Tonbandaufnahme des Berichtes von *Dora* und der Einfälle der anderen Teilnehmer dazu, auf das schriftliche Protokoll der Beobachterin und auf Notizen von mir (*L.* = Leiter). Das Transkript der Tonbandaufnahme ist nur ganz behutsam stilistisch geglättet und nicht verkürzt. Dem Leser ist es dadurch möglich, die umkreisende und spiralförmig eindringende Form der Bearbeitung des Beziehungsproblems nachzuvollziehen. Man muß sich dazu allerdings Zeit und inneren Raum lassen und sich "auf wiederholtes und sympathisches Lesen von Dokumenten einlassen, wenn man neue oder entfernte Verhältnisse verstehen will" (so *K.*

R. Eissler in seiner psychoanalytischen Goethe-Studie). Denn auch die umfassendste Schilderung des hör- und sichtbaren Verlaufs vermag das innere Erleben der Teilnehmer - worauf es letztlich ankommt - nur anzudeuten. Diese Lücke kann, wenigstens annäherungsweise, dadurch geschlossen werden, daß der Leser die Schilderung zunächst einmal als eine Geschichte in seinen ganz persönlichen Rahmen stellt und während der Lektüre auch seinen Gefühlen, seinen Einfällen und Phantasien freien Lauf läßt.

Kasuistik

*Dora berichtet*¹

*Die Teilnehmer sitzen im Kreis*¹

"Ich möchte von einer Patientin berichten, die vor fünf Jahren das erste Mal zu mir kam, als ich noch mit ihrer Schwester gearbeitet habe. Sie mußte schon damals drei Stunden lang mit dem Zug zu mir fahren. Von der Zentralstadt mit ihren vielen therapeutischen Angeboten kam sie also zu mir in einen ganz abgelegenen Ort und wollte bei mir die Therapie machen. Ich habe das abgelehnt, weil ich damals das Gefühl hatte, es sei da eine Rivalität mit der Schwester: Sie möchte zu mir kommen, weil die Schwester auch zu mir kommt. Ich habe ihr einen Therapeuten in der Stadt angegeben, und sie ist dann offenbar auch zu ihm gegangen. Die Therapie mit der Schwester war damals schon am Auslaufen.

Drei Jahre später kam die Patientin aufgelöst wieder und hat gesagt, sie sei jetzt drei Jahre in Therapie bei dem (mir befreundeten) Therapeuten gewesen, und der hätte sie sexuell ausgebeutet, und sie wolle nicht mehr bei dem bleiben. Sie wolle jetzt zu mir kommen. Sie sei ganz verzweifelt, sie sei so verliebt in ihn und könne sich nicht von ihm lösen oder distanzieren, er spiele nur mit ihr. Ich habe ihr damals vorgeschlagen, daß sie das mit ihm besprechen soll. Das wollte sie nicht. Sie hat einfach gesagt, sie könne das nicht. Und wir hatten dann fünf oder sechs Probestunden vereinbart, und nach diesen fünf oder sechs Stunden hatte ich dann auch das Gefühl, ich kann sie nicht hängen lassen. Sie wollte unbedingt zu einer weiblichen Therapeutin. Und es gab damals in der Region auch keine Frau, zu der sie hätte gehen können. Und so kam sie dann wöchentlich einmal zu mir.

In den ersten Stunden ist es vor allem um die Beziehung zu dem Therapeuten gegangen. Und mir ist bis heute nicht klar, was da war. Ich habe das Gefühl, es war so etwas wie eine sexualisierte Übertragung. Da wurde also dauernd über Sexualität gesprochen, und sie hatte

¹ Die verbalen Äußerungen der Kursteilnehmer und des Kursleiters sind in Anführungszeichen, die Schilderungen des sichtbaren Geschehens kursiv geschrieben.

ständig Phantasien, ihn zu verführen. Aber konkret war nichts. Und ich weiß auch nicht, was sie ihm da mitgeteilt hat, oder was da war und was nicht.

Sie mußte dann der Krankenkasse gegenüber den Therapeutenwechsel begründen, und da wollte sie, daß ich das mache. Aber dann hat sie sich selbst darauf eingelassen und das mit der Kasse besprochen. Sie kam dann anderthalb Jahre zu mir, und in diesen anderthalb Jahren haben wir vor allem über die Beziehung zum Therapeuten und zum Vater geredet. Denn es ist da so ein 'Verkralltsein' in diese Beziehungen, sowohl zum Therapeuten wie zum Vater.

Den Vater kenne ich auch. Der war einmal für fünf oder sechs Stunden bei mir. Die Patientin ist die Älteste von vier Mädchen. Sie sagt, daß sie schon als ganz kleines Kind sich geweigert hat, sich vom Vater anfassen zu lassen, und immer schrie, wenn er in die Nähe kam. Und daß dieser Vater auch überhaupt kein Verständnis für sie hatte und immer mit irgendwelchen Dingen beschäftigt war. Er war Lehrer.

Die Mutter war sehr kühl, und die Patientin war, glaube ich, sehr froh, als sie mit 18 Jahren aus diesem Milieu ausbrechen konnte. Die Familie war sehr katholisch. In dem kleinen Dorf, aus dem sie stammt, war sie sehr kontrolliert. Sie hat dann einen Mann geheiratet, der schizophran war. Sie war ungefähr zehn Jahre mit ihm verheiratet, hatte zwei Kinder, einen Sohn und eine Tochter. Und dieser Sohn, das war ganz wichtig, daß der geboren wurde. Sie beschreibt das so - das war mir sehr fremd - : 'Endlich ein Sohn! Das mußte ein Sohn sein. Der Sohn ist für mich alles'. Und es war auch ganz wichtig, ihrem Vater zu sagen, daß sie einen Sohn hat.

Der Mann hat sich dann umgebracht. Sie waren damals schon in Trennung. Nun wird sie von den Schwiegereltern beschuldigt, daß sie den Mann in den Tod getrieben habe.

Das waren so in diesen anderthalb Jahren der Therapie die Themen, an denen wir gearbeitet haben: die Beziehung zum Vater, die Beziehung zum Mann, und da drinnen irgendwo ein Zu-sich-selber-Kommen. Ich fragte dann auch, was sie denn mache. Die Kinder sind jetzt erwachsen; sie ist wieder verheiratet mit einem Beamten. Sie gehört so ein bißchen zu den besseren Damen, und sie macht eigentlich nichts. Wir haben dann darüber gesprochen, daß sie einen Beruf aufnehmen soll, denn ich fand das wichtig, daß sie außer diesen Kindern noch irgendeinen Inhalt hat. Sie war dauernd nur mit sich selber beschäftigt, hatte dauernd kreisende Gedanken, was jetzt mit dem Therapeuten ist und wie es ihm geht und wann sie zu mir kommt.

Wir haben dann, als es klar war, daß ich weggehe aus meinem Wohnort, über das Ende der Therapie gesprochen. Sie wollte nicht annehmen, daß ich aufhöre. Ich habe ihr gesagt, sehr früh schon, ich höre dann und dann auf in X. zu arbeiten, und für mich wäre das ein Grund, die Therapie mal vorläufig zu beenden, denn es ginge ihr ja auch besser: Sie war stabiler geworden und konnte sich auch so ein bißchen von dem anderen Therapeuten lösen. Das hat sie aber gar nicht zur Kenntnis genommen. Sie kam jede Stunde wieder und erzählte irgendetwas, über einen Traum oder von ihrem Sohn. Der Sohn ist drogenabhängig. Es gab also genügend Stoff, wir konnten uns immer unterhalten über irgendetwas, was diesen Sohn betrifft. Das war dann auch so in den letzten Stunden - vom Therapeuten weg,

zum Sohn hinüber. Sie konnte sich von dem Sohn nicht distanzieren. Der Sohn ist heroinsüchtig und lebt zu Hause, und sie macht das alles mit, die Höhen und Tiefen dieser Sucht und kann nicht Nein sagen.

Für mich war mein Wegzug ein Punkt, an dem ich aufhören wollte. Denn ich hatte das Gefühl: Es bringt nichts, wir kommen nicht weiter. Jetzt kommt also nach dem Vater und dem Therapeuten der Sohn dran, und ich mag es so nicht. Ich habe auch versucht, mit ihr über das Aufhören zu reden. Sie hat das bis zur letzten Stunde nicht wahrgenommen.

Kaum war ich an dem neuen Wohnort nach einer längeren Reise zu Hause, da rief die Patientin an, erzählte mir von ihrem Sohn und wie es ihr geht, und ob sie nicht eine Stunde mit mir sprechen könnte. Und ich hab mich dann darauf eingelassen und hab gesagt: 'Ja, wir können eine Stunde zusammen sprechen, ich möchte aber in dieser Stunde klären, wie und ob wir überhaupt weiterreden sollen.' Und in dieser Stunde hat sie mir die Geschichte von ihrem Sohn, was da in der Zwischenzeit war, erzählt und an mich die Frage gestellt, ob ich nicht mit ihr arbeiten möchte. Sie möchte sich von diesem Sohn lösen können, merke aber, daß sie das nicht kann.

Aber ich weiß nicht, was ich mit ihr machen soll. Ich habe das Gefühl, das bringt nichts, ich erreiche die Patientin gar nicht. Irgendwo lebt sie in einer ganz anderen Welt. Ich weiß auch gar nicht, was ich für eine Beziehung zu ihr habe. Und dann mein Gefühl, sie sollte zu einem männlichen Therapeuten gehen, um überhaupt einmal eine normale Beziehung mit einem Mann aufbauen zu können. Was mich dann unsicher gemacht hat, das war, daß sie sagte, sie spüre selber, daß sie eigentlich nicht mehr reden möchte, sondern daß sie Körperarbeit machen möchte. Sie spüre, daß das Reden sie nicht weiterbringe."

Die weitere Bearbeitung

Vorbemerkung

Die folgende Schilderung versucht wiederzugeben, wie sich der weitere Bericht von *Dora*, Sachfragen und Einfälle zum Bericht, sowie eine gleichzeitig laufende leiborientierte Arbeit miteinander verbinden lassen. Es muß hier allerdings darauf hingewiesen werden, daß bei dieser "Verzahnung" das sonst oft sehr eindrucksvolle Üben der Gruppe nicht zur Darstellung gelangt, denn es vollzieht sich hier nicht in großräumigen Bewegungen und Abläufen, die erfahren und geschildert werden können; dennoch ist die Gruppe nicht nur am Denkprozeß, sondern auch auf der leiblichen Ebene höchst beteiligt.

Während der letzten Passage des Berichts von Dora steht L. auf, holt einen Ball, und gerade, als Dora die Frage der Patientin nach Körperarbeit erwähnt, gibt er ihr den Ball in den Schoß. Dora schaut zunächst den Ball an, legt ihn von einer Hand in die andere und spielt damit hin und her, schaut dabei die ganze Zeit L. an, als ob er ihr sagen sollte, wie es jetzt weitergehen könnte. Dann legt sie den Ball auf den Oberschenkel und läßt den Kopf hängen. Sie fängt nach einiger Zeit an, wieder mit dem Ball in gleicher Weise zu spielen. Der Kopf bleibt gesenkt. - In diesen vier Minuten ist Schweigen im Raum. Die anderen Teilnehmer schauen Dora an, mehrere nicken mit dem Kopf.

Simon: "Darf man schon etwas sagen?"

L. nickt zustimmend. Dora hebt den Kopf.

Simon: "Ich habe das Gefühl, daß Du (Dora) Dich schon vor einiger Zeit entschieden hattest, mit der Dame nicht mehr arbeiten zu wollen. Und für mich ist die Frage: Warum kommst Du von ihr nicht los?"

Diese Frage paßt zu dem Spiel, denn Dora läßt den Ball nie ganz los, nimmt ihn aber auch nie ganz fest in die Hand.

Dora: "Ja, aber dann kommt immer wieder eine Geschichte, wo ich das Gefühl habe, ich müßte ihr doch helfen: Ich kann sie doch nicht so allein lassen."

Wilma: "Hat es Dich nicht unsicher gemacht, als sie Dir sagte, sie möchte Körperarbeit machen, sie möchte Körpertherapie? Sie hat gesagt: 'Ich habe genug geredet'. Wie war das?"

Dora: "Da hatte ich das Gefühl, ich möchte mich nochmal auf sie einlassen."

Gerda: "War die Therapie mit der Schwester erfolgreich?"

Dora: "Für die Schwester ja."

Gerda: "Für Dich nicht? Oder was heißt diese Antwort?"

Dora: "Für die Schwester. Da hatte ich so das Gefühl: höchste Töne und ich hatte doch das Gefühl, es hätte weitergehen sollen."

Wilma: "Ist die Therapie der Schwester auf deren Wunsch beendet worden?"

Dora: "Ja."

Wilma: "Weshalb ist der Vater gekommen?"

Dora: "Der Vater war 56, er hat sich zwangspensionieren lassen, weil es ihm nervlich sehr schlecht ging. Und er hatte von mir gehört und wollte gucken, ob ihm das was bringt. Er war unglücklich mit seinem Leben. Er hat das Gefühl gehabt, er habe versagt. Er war ein sehr angesehener Mann, Präsident, ich weiß nicht in welchen Kommissionen, und ein berühmter Lehrer, hat aber die Beziehung zu seinen Kindern nicht geschafft. Und darüber haben wir so ein Stückchen gesprochen. Er hatte aber dann das Gefühl, das bringe ihm nichts. Und ich hatte das Gefühl, er will sich auch nicht einlassen."

Simon: "War das gleichzeitig mit der Therapie der Schwester?"

Dora: "Nein. Der Vater kam gleich im ersten Jahr, als ich mich vor zwölf Jahren in meinem Wohnort niedergelassen hatte, und die Schwester so nach fünf Jahren etwa zu mir. Also, es waren zeitliche Abstände, so daß das dann möglich war."

Sophie: "Hat die Patientin etwas besonders Anziehendes für Dich?"

Hier legt Dora den Ball auf den Boden vor sich hin, hat keinen Kontakt mehr mit ihm.

Dora: "Ach ja, es ist ja auch noch Sie wirkt so Sie ist immer so.... Ich finde sie so nicht extravagant gekleidet, aber sie hat einen Kleidungsstil - es ist sehr gekonnt, wie sie das macht. Sie hat überhaupt nichts Gekauftes, sondern alles selbst gemacht. Und so enorm gut kombiniert, sehr auffällig, also so ganz aus dem Rahmen."

Dora zeigt in Sprache und Mimik eine gewisse Verwirrtheit.

Sophie: "Das Angezogene habe ich nicht gemeint, sondern das Anziehende."

Dora: "Daneben ist sie aber ganz hausbacken. Aber sie hat etwas, was mich fasziniert, dieser Mensch. Und auf der anderen Seite ... Ich mag sie, ja. Aber ich weiß eigentlich nicht, wer das ist."

Sophie: "Ich möchte noch einmal nachfragen: Ist das ein Mögen, oder hat die was, wodurch man sich angezogen fühlt? Wenn man so sagt: 'Ach, die mag ich', so ist das was anderes, als wenn Dich jemand interessiert, ein bißchen fasziniert."

Dora: "Nein, eher mag ich sie. Ich muß auch sagen: Ich mag sie nicht hängen lassen. *So* nicht. Aber ich komme mit ihr nicht zu Rande."

Simon: "Mir geht so durch den Kopf, daß Du es nicht verhindern wirst, wenn sie sich aufhängt. Oder meinst Du nicht, daß sich durch die Geschichten der Familie von vorn bis hinten der Selbstmord durchzieht? Der erste Mann hat sich aufgehängt, und der Sohn betreibt einen anderen Selbstmord. Und ich denke, die Geschichten sind traurig."

Wilma: "Ich habe das Gefühl, daß das eine Frau ist, die *Dich* meint als Therapeutin. Da liegt ihr was dran. Und ich würde da noch einmal nachfragen. Ist das so, daß sie sagt: 'Ich suche mir etwas, wodurch die Woche besser abläuft.' Sie ist gut verheiratet, ist ausschließlich im Haushalt tätig, hat keinen Beruf, den sie im Moment ausübt. Wie läuft die Woche ab?"

Dora: "Jetzt arbeitet sie, aber ich hab sie praktisch genötigt zu arbeiten."

Bei diesem Thema der Nötigung zur Arbeit stellt Dora den Fuß auf den Ball, die Arme sind vor der Brust verkreuzt, der Kopf ist wieder gesenkt.

Wilma: "Was macht sie?"

Dora: "Zur einen Hälfte serviert sie und zur anderen macht sie Befragungen bei Asylanten. Das sind ganz widersprüchliche Arbeiten - das eine ist ein hochpolitischer Job. Es frappt mich auch, wenn sie erzählt, wie einer von der Fremdenbehörde versucht hat, einen Asylanten hereinzulegen mit seinen Fragen, und wie sie da interveniert hat. Das paßt eigentlich nicht zu ihr. Gleichzeitig ist sie ja mit einem Beamten verheiratet. Also, ich weiß nicht, wie sie mit dem umgeht."

Wilma: "Also, sie serviert irgendwo im Café oder wo auch immer und hat da auch noch eine andere Seite, - und ist individuell gekleidet, aber nur selbstgemacht: 'Ich würde nur etwas anziehen, was ich selbst entworfen und gestyled habe'- was ich wahnsinnig gut finde. Dazu paßt das Hausbackene nicht ganz. Ich versuche mir diesen Menschen so ein bißchen vorzustellen, mir ein Bild zu machen, wozu das gut ist, das Um-sich-selbst-Drehen, und ich frage mich: Welche Not hat sie? Ob man sie ablenken könnte von der Eigendrehung und aus ihr eine wirklich interessante Frau machen?"

Dora: "Das entspricht meinem Gefühl sehr. Da klärt sich etwas: Daß ich finde, die hätte etwas in sich, was sie überhaupt nicht leben kann oder nur in diesem

Kleiderzeugs. Daß sie dann eben so in diesen Geschichten mit den Männern aufgeht."

Währenddessen rollt Dora den Ball mit dem Fuß, ohne den Kontakt mit ihm aufzugeben.

Simon: "Da hat sie Dich aber schon richtig am Wickel, wenn Du aus ihr etwas machen willst, eine attraktive Frau machen willst. Da klebst Du ja an ihr dran wie die Fliege am Honigleim."

Gerda: "Also mein Gefühl war gleich, daß die *Dich* will. Darum habe ich vorhin auch gefragt, ob die Therapie mit der Schwester erfolgreich war. Ich hatte die Idee, die Therapie mit dem Therapeuten ist nur deshalb schief gegangen, damit sie nachher zu *Dir* kommen kann. Und erst recht muß Du Dich anstrengen, weil Du sie ja auch noch zu ihm geschickt hast. Du hast sie schließlich zu diesem 'gräßlichen' Menschen geschickt, und Du bist schuld, daß das passiert ist."

Und dann hat sie den Sohn auf dem Serviertablett. Man kann ja auch nicht sagen, das sei kein Thema, wenn der Sohn drogensüchtig ist. Und als Du gerade bestätigt hast, vielleicht könne man ja aus ihr noch eine wirklich interessante Frau machen, da dachte ich, vielleicht ist es das, was sie will, daß sie Dich als eine wirklich attraktive Frau erlebt, das worauf *Du* Dich einläßt und wo *Du* überall Dich anstrengst, was *Du* organisierst und politisch organisierst. Daß sie das an Dir sucht und vielleicht in sich auch kultivieren möchte. Daß das Deine Attraktion für sie ist. Und solange sie das nicht gefunden hat, kann sie sich auch nicht verändern. Und bei der Frage, wo sie denn serviere, da hast Du gesagt: 'im Café', da kam mir sofort die Idee, die serviert in einer Nachtbar."

Dora: "Nein, die serviert in einem Café. Das andere stimmt aber auch. Sie hat auch so eine Ausstrahlung. Wir haben einen Postboten im Dorf gehabt, der konnte aus zwanzig Frauen die Frauen herauspicken, die bereit waren, auf ihn einzugehen, mit ihm zu spielen und anzubandeln. Und als sie mal zu mir kam, da hat sie mir gleich berichtet, der Chauffeur hätte sie fast vergewaltigt in dem Postauto. Und das passiert sonst keiner Frau. Also, sie hat diese Ausstrahlung auch. Für mich nicht. Das ist für mich nicht zugänglich. Aber offenbar hat sie sie doch."

L.: "Haben Sie ein bißchen verfolgt, wie das mit dem Ball gegangen ist?"

Dora: "Ich habe ihn erhalten und hab gedacht, jetzt muß ich etwas damit machen. Und der spontane Impuls war, ihn jemandem zuzuwerfen und: Spielen wir doch besser Ball als dieses Reden über Patienten. Und dann fand ich das ganz angenehm, den Ball zu spüren und nicht zu werfen mit dem Ball. Und als Du

(Sophie) mich dann gefragt hast, ob ich sie attraktiv finde - da habe ich den Ball weggelegt."

Sophie: "Wofür steht der Ball?"

Dora: "Also, mit dem Ball so ausführlich mich einlassen oder mich nicht einlassen, das, was ich schon vorhin gesagt habe. Eigentlich kann ich's erzählen, aber ich muß es auch nicht erzählen. Sie erzählt mir dann doch, und dann bin ich da. Und was hindert mich denn eigentlich, eine Beziehung ..., also, was ist da nicht gut?"

L.: "Was ist 'gut'? *Wie* ist es? *Wie* war denn Ihre Beziehung zum Ball?"

L. macht dabei eine Bewegung, die nachahmt, wie Dora den Ball anfänglich immer von einer Hand in die andere geworfen hat - hin und her.

Dora: "Das stimmt schon so, also daß ich diese Ambivalenz habe. Eigentlich hätte ich mit ihr nicht gearbeitet. Aber dann hat sie mich doch als Frau angesprochen, und auch als sexuell Mißbrauchte, ja vom Therapeuten, und da muß man sich doch engagieren. Und als Frau kann man das doch nicht zurückweisen. Und dann habe ich mich darauf eingelassen."

L.: "Haben Sie sich eingelassen?"

Dora: "Ja eben, ich hab so das Gefühl, ich hab mich nicht eingelassen, und ich weiß aber nicht, warum ich mich nicht eingelassen habe."

L.: "Das ist eine ganz andere Frage. Unsere Frage hier ist: '*Wie* ist Ihre Beziehung zu der Patientin?' Was haben Sie uns davon vermittelt durch Ihre Beziehung zum Ball?"

Dora: "Ich halte sie von mir weg, habe ich jetzt gefühlt. "

L.: "Jetzt im Moment. Erst bei der Frage, ob Sie sie mögen und ob sie für Sie anziehend ist, da erst haben Sie den Ball weggelegt."

Dora: "Da begann mir das klar zu sein, daß ich mit ihr arbeite. Und vorher war es immer: ja - nein, ja - nein. Und jetzt will ich eigentlich nicht. Jetzt ziehe ich weg, da höre ich auf. Und dann, als Du (*Sophie*) gefragt hast: Ist die attraktiv für Dich, da hab ich den Ball weggelegt, und damit war auch die Attraktion für mich weg."

Sophie: "Aber das ist für mich auch spürbar geworden. Da bist Du mir zum ersten Mal klarer geworden, und als Persönlichkeit durftest Du da das erste Mal erscheinen, als der Ball weg war."

L.: "Und dann haben Sie sie zur Arbeit genötigt. Dabei haben Sie den Fuß auf den Ball gelegt, und dann kam nochmal die Frage, wieweit die Patientin Ihnen gefällt. Und dann ist der Fuß wieder weggegangen."

Gerda: "Das ist ja extrem! Du nötigt sie zur Arbeit. Weil sie sich mit Dir identifizieren will, macht sie so extreme Sachen: ServiererIn, wo so ein Touch von Postchauffeur, der sie fast vergewaltigt, drin ist, und dann wieder ... Das hört sich ja ganz grauslig an. Da ist sie dann ganz bei Dir, also so, wie Du in ihrer Vorstellung bist."

Simon: "Hier sind zwei Empfindungen für mich ziemlich deutlich. Zum einen: Wenn Du Dich identifizierst, fühlst Du Dich beengt und bedrängt von dieser Frau, und zum anderen fühle ich einen ziemlich deutlichen Ärger auf Dich. In die Richtung: Warum grenzt Du Dich nicht einfach klar ab?"

Als Simon Dora seinen Ärger mitteilt und sie fragt, warum sie sich nicht abgrenze, da nimmt Dora den Ball wieder auf und prellt ihn gegen den Boden.

Dora: "Ich weiß nicht, was ich noch soll. Ich kann sie ja nicht greifen. Es ist wie der Ball, er geht weg und kommt."

Während des weiteren Gesprächs rollt Dora die ganze Zeit den Ball auf dem Oberschenkel, hauptsächlich mit der linken Hand. Die Finger sind dabei stark überstreckt. Manchmal rollt der Ball bis zum Knie.

Dora: "Ich fühle mich eben zu wenig angesprochen. Also ich fühle mich nicht bedrängt von ihr."

Simon: "Das ist nicht das Gleiche: angesprochen und bedrängt. 'Bedrängt', das heißt: 'Ich will das nicht!'"

Dora: "Nicht in dieser Form."

Simon: "Wie die über Deine Grenzen latscht, und Du läßt sie drüber latschen. Das Verführerische, das die hat!"

Volkmar: "Die ruft Dich an, ob sie mit Dir reden kann. Du hast vorher das Ganze beendet, weil es keinen Sinn mehr macht für Dich. Und Du sagst nicht Nein am Telefon, sondern: 'Nur eine Stunde, aber da reden wir nur darüber, ob es sinnvoll ist, weiter zu arbeiten.' Und in der Stunde redet Ihr aber mehr oder weniger nur über den Sohn. Das Ende der Stunde war überhaupt nicht überraschend für mich. Es kam kein Ergebnis raus. Du bist wieder in der Defensive, machst wieder irgendwo ... Von Anfang an schickst Du die weg. Und läßt sie eigentlich nur her, als Du Deinen Anspruch an Dich selber stellst, weil sie Dich da kriegt. Sie muß etwas unglaublich Verführerisches haben. Sie verführt Dich so, wie sie Deinen Postchauffeur verführt. Und Du vergewaltigst sie auf eine andere Art und Weise, zu arbeiten. Es ist das Gleiche beim Sohn: Der kommt nicht vom Heroin weg, und so kommst Du nicht von ihr weg. Das Gleiche war mit dem Therapeuten, von dem sie nicht wegkam. Irgendwo ist das parallel für mich, eine Wiederholung."

Gerda: "Als Du den Ball gekriegt hast, da war auch mein Gedanke: 'Um Gottes willen, jetzt wird die mir den Ball geben. Was soll ich denn jetzt machen?' Da hab ich auch überhaupt nichts gewußt. Dann hast Du aber weiter erzählt: Sie solle zu einem männlichen Therapeuten gehen und da erst einmal richtig ihre Männerbeziehungen aufarbeiten. Und da dachte ich: 'Wirf doch hier irgendeinem von den Männern den Ball zu. Soll doch der mal damit arbeiten!'"

Hier wird gelacht. Es gibt ein etwas lebhafteres Durcheinander von Stimmen. Dora zielt mit dem Ball auf verschiedene Gruppenmitglieder, die abwehrende Bewegungen machen.

L.: "Der erste Impuls war natürlich, wie Sie sagen, den Ball irgend jemandem zuzuwerfen. Das haben Sie schon einmal gemacht, als die Patientin zum ersten Mal kam und Sie sie nicht genommen und an den Therapeuten überwiesen haben. Aber das war nicht die Lösung."

Benno: "Ich hätte jetzt eine technische Frage: Wo wohnt die Patientin?"

Dora: "Sie wohnt immer noch am gleichen Ort, und ich wohne jetzt näher. Also sie muß jetzt nur noch eine Stunde fahren."

Gerda: "Du bist zu ihr gezogen."

Das sagt sie lächelnd.

L.: "Jetzt nimmt sie (*Dora*) zum ersten Mal den Ball fest in die Hand, nicht so ganz fest, aber immerhin."

Dora prellt daraufhin den Ball gegen den Boden, wobei er immer wieder zurückspringt in ihre Hand.

L.: "Warum wollen Sie die Beziehung zur Patientin nicht so machen wie gerade jetzt?"

Dora: "Wenn Sie da sagen: 'machen'. Ich weiß ja gar nicht, was ich machen soll. Ich kann ihn ja nicht greifen."

L.: "Was Sie jetzt gerade gemacht haben mit dem Ball."

Dora prellt wieder den Ball gegen den Boden.

L.: "Was macht denn der Ball?"

Dora: "Ja, ich erlebe das als Auseinandersetzung, als ein Hin und Her, und das kann ich mit ihr nicht."

L.: "Was macht denn der Ball?"

Dora: "Er springt zurück."

Simon: "Was will die Patientin überhaupt? Ich merke, daß von dem, was Du hier erzählt hast, bei mir nur hängen geblieben ist: Sie will sich vom Sohn trennen. Selbst da kommt mir vor, wenn ich über sie ein paar Sekunden nachdenke: Was muß sie sich eigentlich immer trennen? Sie soll doch erst einmal ihrem Sohn sagen, was Sache ist. Es ist doch ihr Sohn."

Dora: "Sie ist doch völlig unfähig, dem Sohn gegenüber irgendeine Grenze zu ziehen."

Wilma: "Warum denn trennen? Sie soll sich erst einmal mit ihm zusammentun. Und zwar wirklich Nähe zulassen. Bevor ich mich trenne, muß ich erst einmal wirklich zusammen gewesen sein."

Dora: "Aber sie liebt ihn so abgöttisch. Sie findet, der Sohn ist der schönste Mann - sie denkt da in enormen Phantasien."

L.: "Ist 'abgöttisches Lieben' ein Zusammensein?"

Gerda: "Da ist viel Trennung, viel Distanz."

Wilma: "Ich spüre keine Nähe zwischen ihr und dem Sohn. Er ist der junge Gott für sie. Und da fällt mir auch die katholische Erziehung ein, die Du erwähnt hast. Und ich frage mich, ob eine Umarmung stattgefunden hat, eine wirkliche Berührung, nicht nur körperlicher Art, um überhaupt an Trennung zu denken."

Simon: "Die Patientin schaut dem Sohn doch zu, wie er sich umbringt. Heroin ist doch immer noch die Droge, wo Du wirklich sagen kannst: Das ist nicht wie beim Zigarettenrauchen, vielleicht in dreißig Jahren, sondern: Der Tod ist absehbar."

Dora: "Ja, es wurde zunehmend schlimmer."

Simon: "Abgöttische Liebe, und da schaue ich zu, wie mein eigener Sohn sich ruiniert, bis er tot ist!"

Wilma: "Dann kriegt ihn eben auch keine andere Frau!"

Sophie: "Das paßt ganz gut in diese Serie. Was ist aus ihrem Vater geworden? In meiner Vorstellung hat sich der auch umgebracht."

Dora: "Nein, der lebt noch."

Sophie: "In meiner Vorstellung war er auch schon umgebracht. Ich war irgendwie an die griechische Tragödie erinnert, wo keiner eine reelle Chance hat. War das nicht die Patientin, die unbedingt einen Sohn haben wollte?"

Dora: "Der Vater des Sohnes hat sich umgebracht, also ihr erster Ehemann."

Simon: "Den hat sie geheiratet, als er schizophren war? Oder ist er das erst geworden?"

Dora: "Das ist nicht so klar."

Gerda: "Wieso weißt Du nicht, wie er sich umgebracht hat?"

Dora: "Ich weiß nicht, ob ich es vergessen habe, weil sie mir soviel erzählt hat. Da bin ich nicht sicher, ob sie es mir gesagt hat."

Wilma: "Da ist auch viel Phantasie im Spiel. Es ist ja bis jetzt auch nicht klar, was konkret mit dem Therapeuten war. Die Beziehung war sexualisiert von ihr, aber nicht klar."

Dora: "Es ist nicht klar. Ich habe da nichts herausbekommen. Ich habe versucht, das mit ihr möglichst sachlich zu besprechen, denn wenn da wirklich was gewesen wäre, hätte ich ja auch gefunden: 'Das geht nicht'. Aber ich habe das Gefühl, es war nichts, nur phantasiert von ihr."

Hier nimmt Dora den Ball mit beiden Händen an sich, als ob sie ihn beschützen müßte.

Sophie: "Ich weiß nicht, wir reden auch dauernd über die Geschichten der Patientin und nicht über sie selbst. Es geht um die Geschichten von dem Sohn, die Geschichten von dem Therapeuten usw. Wo bleibt denn die Frau selber?"

L.: "Wir reden ja auch nicht über *Dora*."

Dora: "Das erlebe ich auch so."

Sophie: "Und trotzdem bleiben wir da eine Viertelstunde, dort eine Viertelstunde bei dieser oder jener Geschichte, und es kommt keine Beziehung zustande. Jeder phantasiert irgendwo isoliert vor sich hin."

Dora: "Dafür sind ja die Geschichten da."

Sophie: "Ja, damit nichts zusammengeht und nichts auseinandergeht. Verstehst Du, was ich meine? Daß Du nicht zusammenkommst, aber auch nicht auseinanderkommst."

Arnold: "Was mich so aufregt ist, daß die ganze Struktur der Gruppe diffus ist. Es wird nicht unterschieden wie normalerweise zwischen Referat und Fragen, Referentin draußen lassen, dann erst sie sich äußern lassen. Das ist also ein Konglomerat von Sexualtherapie und Therapie der Balintgruppe."

Dora: "Das hat mich auch irritiert."

Benno: "Und das Üben vorweg genommen."

L.: "Warum muß immer alles *so* strukturiert sein, wie einer denkt, daß es sein müßte? Ist nicht die Frage vielmehr die: Wie ist eigentlich die Struktur gerade

dieser Balintgruppe?, ja: Wozu ist diese Balintgruppe jetzt da? Ich glaube, daß die Struktur, wie wir sie jetzt erleben, gerade die Unstrukturiertheit ist. Und daß dies genau das wiedergibt, was hier das Problem ist."

Dora: "Ich war sprachlos, als die Patientin mir sagte, daß sie gerne Körpertherapie machen würde."

In diesem Moment hält sie den Ball fest in der rechten Hand.

Dora: "Ich weiß nicht, was das soll."

Dabei dreht sie den Ball auf ihrem Oberschenkel in alle Richtungen mit der rechten Hand.

Dora: "Ich habe das Gefühl, wir drehen uns im Kreis."

L. stellt einen der 50 cm langen, 5 cm dicken Hölzer senkrecht hin und fordert Dora auf, den Ball oben auf den Holzstab zu legen. Dora versucht dies, doch der Ball fällt mehrmals herunter.

Dora: "Das schaffe ich schon noch. Was ist eigentlich mein Anspruch? Was genügt mir?"

Sie versucht immer wieder, den Ball auf den Stab zu legen. Als sie es geschafft hat:

Dora: "Was macht der Ball auf dem Stab? Dieses Festlegen bringt auch nichts."

Wie ist das Beziehungsproblem verstanden worden?

Überlegungen von L. zu diesem Zeitpunkt

Dora kann die Patientin nicht so nehmen, wie sie mit dem Ball umgeht, nämlich locker und spielerisch. Die Beziehung macht ihr Schwierigkeiten, wenn sie nicht weiß, was es soll. Sie möchte etwas festlegen - und genau dann geht nichts mehr. Vielleicht ist es möglich, spielerisch wie das Drehen, Wenden, Hin und Her des Balles, sich auf die Patientin einzulassen.

Überlegungen von *Dora*

Unmittelbar am Ende der Sitzung:

"Die Beziehung ist mir klarer geworden. Ich habe die Patientin idealisiert."

Währenddessen spielt sie mit ihrem Armreif, dreht ihn die ganze Zeit am Arm.

"Ich muß mir überlegen, wie es mit meinen konkreten Möglichkeiten zum Spielen aussieht. Körperarbeit bedeutet in diesem Zusammenhang vielleicht, daß auch ich körperlich sein muß."

*

Damit wird die Sitzung beendet; die Dauer betrug 80 Minuten.

*

Äußerung von *Dora* am Tag danach:

"Für mich ist gestern klar geworden, daß ich mit der Patientin arbeiten möchte. Das spüre ich jetzt ganz gut. Das habe ich vorher nicht gespürt. Ja, und wie es weitergeht, das werde ich dann sehen. Und es ist auch so klar, daß da nichts sein muß für mich. Ich habe so das Gefühl, ich kann ganz offen sein, einfach einmal mich einlassen auf das, was da jetzt so kommt."

Einen Monat später:

"Während ich (in der Gruppensitzung) über die Arbeit mit meiner Patientin berichte, spüre ich, wie ich unsicher bin und auch Angst habe, mich so zu öffnen. Eigentlich wäre mir ganz lieb gewesen, doch nichts zu berichten.

Ich habe Angst vor nachfolgenden negativen Reaktionen, merke, wie zittrig ich bin. Diese Unsicherheit verliert sich dann vor allem dort, wo ich merke, daß ich nichts tun muß, was diese Patientin anbelangt. Daß ich einfach da sein kann und nichts bringen muß (oder müßte). Der Ball, den *L.* in meine Hände gelegt hat, hat mich zunächst sehr verunsichert. Ich war perplex. Mein erster Impuls war, ihn wegzuworfen. Ich bin verunsichert, ob dieser Ball ein Zeichen sein soll, daß ich mit der Patientin nicht gut gearbeitet habe. Im folgenden erlebe ich es aber als beruhigend, mit diesem Ball zu spielen, in diesem Spielen meine Ambivalenz zu erleben. In der nachfolgenden Auswertung spüre ich immer wieder deutlich, daß es um das Annehmen der Patientin geht, weniger um das Machen. Und daß in diesem Annehmen der Patientin der Schlüssel zu ihrem Verständnis liegt. Vor allem die Frage, ob ich die Patientin mag, war für mich wichtig.

Wenn ich jetzt das Tonbandprotokoll von meinem Bericht und der nachfolgenden Besprechung nochmals durchlese, fällt mir auf, daß ich mich tatsächlich

nicht wirklich auf die Frau eingelassen habe. Ich hatte Zweifel an ihr, an dem, was sie erzählt. Ich mißtraute meinen solidarischen Gefühlen, war blockiert, da ja der vorhergehende Analytiker auch ein Bekannter ist, den ich schätze. Beim Lesen fällt mir zudem auf, daß die Patientin mich nicht gehen lassen konnte. Die Geschichten mit dem Sohn waren ein gutes Mittel, die Trennung - und das, was sie von mir nicht bekommen hat - nicht zu bearbeiten, ähnlich wie beim vorhergehenden Analytiker (und wahrscheinlich bei Sohn, Vater, Mutter). Ich denke, es zieht sich wie ein roter Faden durch ihre Lebensgeschichte."

Der weitere Verlauf

Einen Monat nach der Kursarbeit mit der Bearbeitung ihres Berichts schreibt *Dora*:

"Ich habe die Patientin seither zweimal gesehen und finde, daß sich unsere Beziehung wesentlich verändert hat. Ich staune selber darüber. Die Geschichten, die sie mir erzählt, sind gar nicht mehr so wesentlich. Wohl beschäftigt sie die Drogenabhängigkeit ihres Sohnes immer noch sehr stark, aber wir sprechen dabei über sie selber, über ihre Unfähigkeit, den Sohn loszulassen und mit ihm überhaupt in Beziehung zu treten. Sie hat mir am Ende der ersten Stunde nach dem Wochenende in München gesagt, daß sie mich verändert erlebe - sie habe immer das Gefühl gehabt, ich sei gar nicht richtig da. Sie müsse meine Aufmerksamkeit fesseln. Und jetzt spüre sie, daß ich da sei. Es gäbe zwar immer noch Momente, wo sie unsicher sei, ob ich ihr wirklich zuhöre. Und es sei jetzt das erste Mal, daß sie sich überhaupt getraue, mit mir darüber zu sprechen. Ich merke, daß es stimmt, daß ich erst jetzt wirklich in Beziehung zu ihr getreten bin, daß ich sie mag und mit ihr arbeiten möchte. In ihren Geschichten höre ich auch tatsächlich die Anteile, die von ihr selber handeln. Wir haben die Stunde jetzt aufgeteilt - im ersten Teil erzählt sie, was sie alles erlebt hat, im zweiten Teil liegt sie, assoziiert frei und achtet dabei auf ihren Atem und Körper. Wir haben nochmal 20 Stunden vereinbart, und ich finde diese Arbeit gut und sinnvoll. Das Gefühl, daß sich die Patientin im Kreis dreht und mir immer neue Geschichten erzählt, ist weg.

Abschließend möchte ich sagen, daß ich selber darüber staune, wie viel die Kursarbeit gebracht hat, vor allem, wenn ich aus der Distanz das Ganze nochmal betrachte. Schon gleich danach hatte ich den Eindruck, es sei gut gewesen, es hätte mir etwas gebracht, von der Beziehung zu dieser Frau zu sprechen. Das

Staunen aber kam, als ich die Veränderung in der Beziehung spürte. Und jetzt, während ich schreibe, verstehe ich auch, was da passiert ist."

13 1/2 Monate später:

"Meine weitere Arbeit mit der Patientin: Wir haben die vereinbarten 20 Stunden eingehalten; sie arbeitete an Träumen, an frühkindlichen Entbehungen (an Wünschen, gehalten zu werden, Sehnsucht nach Verständnis, Nähe) und ihrer Beziehung zum Vater. Es waren intensive Stunden, und ich arbeitete gern mit ihr. Nach dieser Zeit war es für die Patientin klar, die Therapie zu beenden, und auch ich fand diesen Schluß gut. Alle zwei bis drei Monate meldet sich die Patientin wieder - es geht ihr nach wie vor trotz schwieriger äußerer Umstände gut.

Rückblickend hat die Kursarbeit zu einer Konzentration der Therapie geführt. Ich hatte erst in den letzten 20 Stunden den Eindruck, wirklich mit der Patientin zu arbeiten."

Diskussion der dargestellten Kursarbeit

Vorbemerkung

Wenn im folgenden einige gedankliche Linien durch das vielfältige Geschehen dieser Arbeitssequenz gezogen werden, so soll damit nicht gesagt sein, es seien die einzig möglichen.

Da wir es hier weder mit einem Fallseminar oder einer Supervision, noch mit einer analytischen Selbsterfahrungsgruppe von Weiterbildungskandidaten zu tun haben, beschränke ich mich (im Sinne der Balintgruppenarbeit) auf die Betrachtung des Beziehungsproblems.

Der für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit zunächst wichtige Moment ist der, in dem ich als Leiter den Ball "ins Spiel bringe". Daß mir dies überhaupt möglich und erlaubt ist, beruht auf der grundsätzlichen Vereinbarung, Einfälle auch ins Konkret-Leibhaftige "übersetzen" zu dürfen. Nun kann ich nicht behaupten, ich hätte einen klar umrissenen Einfall gehabt, mein Eingreifen in dieser Form und zu diesem Zeitpunkt sei also bewußt und gezielt erfolgt. War es also Intuition, die mich hier geleitet hat? Das wohl auch. Wenn wir aber den Bericht von *Dora* genau verfolgen, so werden wir mehrere Kreise auffinden können, die sich überlagernd und durchdringend in dem Moment meines Eingreifens so auf mich einwirkten, daß meine sich daraus entwickelnde Handlungsweise recht einsichtig wird.

Was zunächst die äußere Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin angeht, so läßt sich vereinfacht sagen: Beide kommen nicht zusammen und kommen nicht auseinander. Mehrfach taucht in dem Bericht das Problem des Nähe-Suchens und Nähe-nicht-Findens auf, was es dann natürlich auch unmöglich macht, sich distanzieren und sich trennen zu können. Es kann also keine "Lösung" gefunden werden. Das gilt ebenso für die Beziehungen der Patientin zum Vater, zum ersten Mann und zum Sohn, zieht sich also wie ein roter Faden durch ihre Lebensgeschichte, und damit die Geschichten, mit denen sie die Therapiestunden gefüllt hat.

Nun fällt auf, daß es sich stets um (mißglückte) Beziehungen zu Männern handelt. Es lag daher nahe, die Patientin an einen männlichen Therapeuten zu verweisen, um in der Arbeit mit ihm "überhaupt einmal eine normale Beziehung mit einem Mann aufbauen zu können". Wie aber hätte sie das bewerkstelligen sollen, unsicher wie sie war in ihrer Identität als Frau. Die Hinweise auf die "kühle Mutter", die Abwehr gegen ein Angefaßtwerden durch den Vater und schließlich die Ehe mit einem schizophrener, also sicher kontaktgestörten Partner zeigen, daß sich die Patientin ihrer Leiblichkeit schon von ihrer Kindheit an und später als Mädchen und Frau nicht sicher war. "Leiblichkeit" dürfte für sie nur die Bedeutung gehabt haben, verführerisch zu sein (daher zum Beispiel die Sexualisierung der Beziehung zu dem Therapeuten) oder allenfalls noch die, einen Sohn hervorbringen zu können (was dann wiederum nur eine verstärkte Identifikation mit dem Männlichen zur Folge haben konnte).

Als zweites drängt sich also in dem Bericht von *Dora* die Störung des Körperselbst der Patientin auf, die - aus welchen Gründen wissen wir nicht - schon früh bestanden hat und dann eine Störung des Selbstgefühls als Frau zur Folge hatte. Der Therapiewunsch der Patientin war, "da drinnen irgendwie Zu-sich-selber-Kommen", als Mensch und als Frau, und zwar nicht mehr nur durch Reden, sondern durch "Körperarbeit".

Dies führt zu einem Dritten, das sich schon im Anfangsbericht von *Dora* darstellt (und in der weiteren Bearbeitung ganz deutlich wird): Sie betrifft die Art der Lebensgestaltung der Patientin, wie sie von der Therapeutin intendiert wird. Diese fragt "was sie (die Patientin) denn mache" und regt an, ihrem Leben "irgendeinen Inhalt zu geben" - was die Patientin dann auch tut. Sie ist also auch hier die folgsame Tochter des Lehrer-Vaters, "sehr kontrolliert" (wie in der katholischen Erziehung in ihrem kleinen Dorf) - und möchte wohl auch jetzt (wie mit 18 Jahren aus dem häuslichen Milieu) "ausbrechen". Es gibt noch einen weiteren Hinweis auf den hier liegenden Konflikt: das "Verkralltsein" in die Beziehung zu dem früheren Therapeuten, der "nur mit ihr spielt". Spielte er wirklich mit ihr? Oder tritt hier ein Wunsch der Patientin nach einem wahren, echten Lebens-Spiel in Erscheinung? (s. Anmerkung ¹ am Schluß der Arbeit).

Wie also ist die "ganz andere Welt" beschaffen, in der die Patientin lebt, in der sie die bisherige Art der Behandlung (= Art der Beziehung) nicht erreicht? Aus den eben skizzierten Linien, die in dem Anfangsbericht von *Dora* sichtbar werden, lassen sich die Gründe für den Beziehungskonflikt zwischen Patientin und Therapeutin und die daraus resultierende Verwirrung der letzteren verstehen. Vereinfacht läßt sich das so einander gegenüberstellen:

<i>Wünsche der Patientin:</i>	<i>Wünsche der Therapeutin:</i>
Nähe	Distanzierung
Suche nach der Möglichkeit, sich an einer Frau zu orientieren und sich mit ihr zu identifizieren	Auseinandersetzung der Patientin mit einem Mann, um "normale Beziehungen" aufbauen zu können
Entfaltung eines Lebensspiels	Kontrolliert etwas "aus dem Leben machen"
Körperarbeit, die einen Fortschritt bringen soll	verbal-rationale Aufarbeitung der Konflikte

Ein solches Auseinanderklaffen der Wunschvorstellungen mußte schließlich die Atmosphäre so vernebeln, daß die Therapeutin die Orientierung verlor und nicht mehr wußte, "was für eine Beziehung zu ihr (der Patientin) sie hat".

Dies alles muß ich als Leiter wohl vorbewußt wahrgenommen haben, und es traf auf meine suchende Einstellung, wie das Beziehungsproblem "Verwirrung" und die dahinterstehenden Konflikte in einem konkreten Geschehen erlebbar, begreifbar und dadurch einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden könnten. Dazu war es wohl notwendig, daß auch ich mich zuerst einmal von der Verwirrung ergreifen ließ, um dann nach einem Gegenstand zu greifen und so etwas "in der Hand zu haben", was zum Anfang eines "Begreifens" werden konnte. Der nächste Schritt war, diesen Gegenstand, den Ball, als Symbol der ergriffenen Verwirrung *Dora* zuzuspielen. Dabei war es auch für mich völlig überraschend, wie die Äußerung von *Dora*, es habe sie unsicher gemacht, als die Patientin sagte, sie möchte nicht mehr reden, sondern Körperarbeit machen, genau in dem Moment fiel, als ich ihr den Ball in die Hände legte, denn ich war ja schon vorher aufgestanden, um das neue Element, eben die "Körperarbeit" in den Ablauf einzuführen. Jeder auch mit leiborientierten Verfahren arbeitende Therapeut hat solche Koinzidenzen erlebt, die für die verstandesmäßige Betrachtung stets etwas Geheimnisvolles an sich haben. Sie sind dem aber gar nicht so geheimnisvoll, der erfahren hat, wie ein "mit Leib und Seele"-Dabeisein Wahrnehmungen ermög-

licht, die über den rational-logischen und zeitlichen Bezugsrahmen hinausreichen (s. dazu Anmerkung ² am Schluß der Arbeit).

Ratlosigkeit und Verunsicherung waren denn auch mimisch und gestisch bei *Dora* zu beobachten und wurden von ihr selbst erlebt - wie sie das in dem Bericht einen Monat nach der Kursarbeit beschrieben hat. Verunsicherung aber - wenn man sie nicht verdrängt ("Mein erster Impuls ist, ihn, den Ball, wegzuworfen", was sie jedoch nicht getan hat) - kann der Anfang einer Veränderung sein. Diese bestand hier darin, daß *Dora* begann "mit dem Ball zu spielen" und erfuhr, wie "beruhigend" es war, "in diesem Spielen meine Ambivalenz zu erleben."

Keiner der Gegenstände aber, mit denen wir gewöhnlich in der KBT arbeiten, fordert mehr zum Spielen auf als ein Ball, und zwar zu einem Spielen, das sowohl ein Umgehen mit dem Gegenstand (Betrachten, Erfahren seiner Gestalt, Oberfläche und Beschaffenheit, Fassen und Loslassen im Hin- und Herrollen und Gegen-den-Boden-Prellen) als auch ein Miteinander (Festhalten, Zuwerfen, Bekommen) ermöglicht. Hinzu kommt die Symbolik des Balls, der mit seiner Rundung auf die weibliche Sphäre verweist. So konnte die Therapeutin hier mit dem Ball alle die oben aufgezählten Wünsche der Patientin erfahren und konnte sich auf sie konkret-leibhaftig einlassen.

In der weiteren Bearbeitung konnten die anderen Gruppenteilnehmer wahrnehmen, wie *Dora* im Umgehen mit dem Ball sich mit ihrem Beziehungsproblem auseinandersetzte. Dies wiederum erweiterte den Rahmen der verbal geäußerten Assoziationen zu hier wichtigen Themen: Fassen = Sich-Einlassen, Loslassen = Sich-Abgrenzen, An-sich-Ziehen = Attraktivität, Weglegen = Abwehr der Attraktivität, Spürendes Berühren = Angesprochensein, Erkunden der Beschaffenheit = Mögen, Hin- und Herrollen = Spielen. Entscheidender aber erscheint mir das, was *Dora* als Eindruck erfuhr - was die für sie wesentliche Einsicht war - und sie offenbar bis in ihre Leiblichkeit hinein veränderte: "Jetzt spüre sie (die Patientin), daß ich auch da sei". Dieser Bemerkung und der Schilderung des Fortgangs der Therapie, wie sie *Dora* gegeben hat, läßt sich entnehmen, daß die "non-compliance" zwischen Patientin und Therapeutin einer Übereinstimmung Platz gemacht hat - ein Wort, das mehr und deutlicher als "compliance" etwas über das Geschehen sagt. Es stimmt zwischen den zwei Menschen, weil sie die gleiche (Seelen-)Stimmung gefunden haben; die gleiche Gestimmtheit ihres Sprechens (und wohl auch ihrer Sprachmelodie, ihrer Stimme) läßt den gesprochenen Inhalt stimmig werden; so konnte schließlich auch eine stimmende Lösung für die Patient-Therapeut-Beziehung gefunden werden.

Wenn diese meine Darstellung stimmt - und sie wird durch *Doras* Nachberichte gestützt -, dann werden auch Bedeutung und Notwendigkeit (!) der über das Kognitiv-Emotionale hinausgehenden konkret-leibhaftigen Bearbeitung des hier gegebenen Beziehungsproblems einsichtig. Stimme und Ton sind ja zunächst etwas dem Leiblichen Eigenes. "Verkralltsein" und krampfhaftes

Machen-Wollen behindern die Intonation. Lockerung und spielendes Umgehen andererseits ermöglichen das Einschwingen auf den rechten Ton. Dieses spielerische Element (nicht zu verwechseln mit Verspieltheit) ist meines Erachtens im vorliegenden Fall von besonderer Bedeutung: Zuerst einmal lockert es auf, auch dadurch, daß es die Ordnung des "Settings" (hier = des vorgegebenen Bearbeitungsschemas) durchbricht; Unordnung entsteht, die Verunsicherung wird verstärkt. (*Arnold* drückt gegen Ende der Sitzung sein Unbehagen darüber aus und wird dadurch zum Sprecher der Spiegelung der Verunsicherung der Therapeutin in der Gruppe.) Erlebte Unordnung ist aber nur ein Teil einer anderen Ordnung, nämlich der des Spielens. Sie läßt anstelle der linear-rationalen Ordnungsversuche, die die Therapeutin nicht aus dem Ambivalenzkonflikt herausgeführt, sie vielmehr immer weiter darin verstrickt haben, etwas Neues in Erscheinung treten, eine Polarisierung der Strebungen in einem kreisförmigen Geschehen von Behalten und Weggeben, Fassen und Loslassen. Und so erlebt die Therapeutin eindrücklich, wie gerade dieses Spiel um die Pole die hier mögliche Lösung bringt - und schließlich sogar das (labile) Ruhen des (weiblichen) Balls auf dem (männlichen) senkrecht gestellten Holzstab als Bild der aufgehobenen Gegensätze.

Ist diese Ordnung des Spielens nun besser oder richtiger, "tiefer" oder "höher" als die des rationalen Denkens? So zu fragen, ist meiner Meinung nach grundsätzlich falsch. Es geht hier nicht um entweder Spielen oder Denken, ja allgemeiner gesehen um entweder leiborientierte oder verbale Psychotherapie; die Frage muß vielmehr lauten: Welcher Ansatz ist bei diesem Patienten jetzt der passendere? Ich habe an anderer Stelle versucht, dies in dem "Tetraeder des Begreifens" darzustellen: Wie in einem Tetraeder jede Ecke über eine Kante dieses Körpers mit den anderen in Verbindung steht und sich so das Ganze dieses Körpers aus vier gleichseitigen Dreiecken formt, so stehen Wahrnehmen, Bewegen, Denken und Sprechen miteinander in Beziehung (s. Anmerkung ³ am Schluß der Arbeit). Nur die Gesamtheit dieser vier Elemente führt zu einem wirklichen Begreifen - und so, wie es die Geschichte von *Dora* wohl zeigt, zu einem sehr schnellen und umfassenden Begreifen des Beziehungsproblems.

Das Einbeziehen der KBT in die Balint-Gruppenarbeit im Urteil der Kursteilnehmer

Der hier dargestellte und diskutierte Ausschnitt aus dem Konzept: "Leiborientiertes Arbeiten in der Balintgruppe" kann so für sich allein stehend noch nicht die Fülle der An-Regungen vermitteln, die von der gesamten Kursarbeit ausgegangen sind. Mit Stellungnahmen aus dem Protokoll über die Rückschau, mit der wir die Kursarbeit beendet haben, möchte ich deshalb abschließend versuchen, den gegebenen Einblick noch etwas zu verbreitern:

1. "Die Verbindung (des Denkens) mit dem anderen, ob ich das jetzt KBT nenne oder ob ich einfach sage: Die rationale Auseinandersetzung zu unterbrechen und etwas unmittelbar zu erfahren, das erlebe ich immer als sehr angenehm, erleichternd und energiesparend."

"Was sich da entwickelt hat und was sich dann auch teilweise im Üben abgebildet hat, zielt einfach auf eine andere Begreifensebene, eröffnet andere Möglichkeiten, die das Denken gar nicht hat, wo sich erst im Tun ein Begreifen öffnet" (*Simon*).

2. "Ich glaube, was mich am meisten bewegt hat, ist, das Gefühl dafür bekommen zu haben, daß In-Bewegung-Sein so wichtig ist und nicht: etwas festzuhalten."

"Das Berührt-Sein, das war das andere, was ich mitnehme, ein Berührt-Sein nicht in dem körperlichen Sinne, sondern in diesem An-einen-Menschen-Herankommen in einer Tiefe, wo ich keine Worte dafür habe. Zu dieser Erkenntnis bin ich über die konkrete Berührung und über das Üben gelangt" (*Gerda*).

3. "Eine wesentliche Erfahrung war für mich das Gefühl, ich kann mich auf meine Intuition verlassen, und sie trennt mich weniger von mir, als wenn ich nur gedanklich einer Sache nachgehe. Und ich hatte dann das Gefühl von Vollständigkeit, eher als nur im verbalen Arbeiten. Und eine andere Sache, die ich auch hier erlebt habe, war die Tatsache, daß wenn ich vom Stuhl aufstehe und etwas tue, daß ich ins Handeln komme. Und es ist ein Unterschied, ob ich denke und spreche oder im Tun auch ins Handeln komme und damit auch in Kontakt zu den anderen" (*Wilma*).

4. "Ich merke, daß ich am Anfang Therapien so machen wollte, daß ich mich auch nicht einlassen wollte. Und daß die KBT eine ganz wichtige Erfahrung für mich war, mich einzulassen, zuerst auf mich und dann auch in der Begegnung auf den anderen. Daß sie für mich so etwas ist wie: nicht das Ziel ist das Wichtigste, also: was will ich mit dem Patienten?, sondern der Weg. Das gemeinsame Gehen in der Therapie ist das Wichtige" (*Benno*).

5. "Ich habe hier angefangen Spielerisches zu entdecken. Das sind Sachen, die ich noch mehr ausweiten möchte, weil ich denke, daß es auch für eine Therapie wichtig ist, spielen zu können und sich nicht nach Regeln zu richten, sondern zu spielen. Das merke ich im Alltag, daß eigentlich überall dort, wo ich mir gestatte zu spielen, daß da auch die Arbeit besser voran geht. Daß das also gar nicht so ein Widerspruch ist, wie ich das immer gelernt habe und wie ich das immer noch in meinem Hinterkopf drin hab: Spielen versus Arbeit" (*Konrad*).

6. "Für mich war das Wichtigste die Erfahrung, daß ich mich auf meinen Körper verlassen kann und daß ich, wenn es mir gelingt auf meinen Körper zu hören, dann weiß, wo es durchgeht. Es war für mich auch gestern durch diese Berührung mit dem Ball ein Mich-besser-Spüren. Das ist also auch etwas, was ich in meinen Alltag mitnehme: daß ich versuche, bei mir und meinem Körper und meinen Empfindungen zu bleiben und zu sein" (*Dora*).

Ich denke, daß diese (Auszüge aus den jeweils umfänglicheren) Stellungnahmen für sich selbst sprechen, daß sich also - was das erklärte Ziel der vorliegenden Darstellung ist - Balintgruppenleiter angeregt fühlen, in ihre Arbeit auch das Leibliche einzubeziehen. Denn immer wieder erfährt man die Richtigkeit einer Erfahrung, die *Konrad* im Laufe dieser Kursarbeit gemacht und so formuliert hat:

"Die körperlichen Empfindungen sind zwar vieldeutiger, aber irgendwie ehrlicher, weniger trügerisch als rationale Konstrukte. Die Gefahr, daß sie vom echten Erleben abgekoppelt werden, besteht weniger; sie lassen weniger Raum zur Selbsttäuschung." Wiederum bedeuten diese Sätze keine Absage an Denken und das mit ihm verbundene Sprechen. Wenn es überhaupt einen Begriff gibt, der umfassend für Seelisches und Leibliches, für Empfinden und Wahrnehmen, Fühlen und Handeln, Sprechen und Denken steht, so ist es der des "Logos" - der "im Urbeginne war". In diesem Sinne erscheint es "logisch", die verbale Bearbeitung von Beziehungsproblemen in der Balintgruppe zu erweitern und durch das Einbeziehen des Leiblichen abzurunden.

Ich danke den Kolleginnen und Kollegen, die sich an der Kursarbeit beteiligt und sie durch ihre Beiträge gefördert haben, für die Abfassung der Berichte, die Durchsicht der Protokolle und ihr Einverständnis zur Veröffentlichung der Ergebnisse unseres Versuchs.

Herrn Kollegen Dr. *Jörg K. Roth* danke ich für das Lesen der Rohprotokolle, die Entscheidungshilfe bei der Auswahl der Kasuistik und die Durchsicht des endgültigen Manuskripts. Herrn Prof. *Ulrich Rosin* bin ich für sein eingehendes Durcharbeiten des Manuskripts und seine anregend-kritischen Randbemerkungen, die z. T. eingearbeitet wurden, verpflichtet.

Anmerkungen

(1) *Schiller*, der in sich dichterische Intuition und gedankliche Schärfe in eigentümlicher Form verbindet, äußert sich in seinen Betrachtungen "Über die ästhetische Erziehung des Menschen in einer Reihe von Briefen" über die Bedeutung von Spielen für das Menschsein. Nachdem er die Aufgaben des "Stofftriebs" und des "Formtriebs" beschrieben hat: "Ihr Geschäft ist also doppelt: erstens: die Sinnlichkeit gegen die Eingriffe der Freiheit zu verwahren; zweitens: die Persönlichkeit gegen die Macht der Empfindungen sicher zu stellen. Jenes erreicht sie durch Ausbildung des Gefühlsvermögens, dieses durch Ausbildung des Vernunftvermögens", fährt er (im Abschnitt: "Die vollständige Anschauung der Menschheit") fort: "Dieses Wechselverhältnis beider Triebe ist im eigentlichsten Sinne des Wortes die Idee seiner Menschheit. Daß er dieser Idee wirklich gemäß, folglich in voller Bedeutung des Wortes Mensch ist, kann er nie in Erfahrung bringen, solange er nur einen dieser beiden Triebe ausschließend oder nur einen nach dem anderen befriedigt: denn solange er nur empfindet, bleibt ihm seine Person oder seine absolute Existenz, und solange er nur denkt, bleibt ihm seine Existenz in der Zeit oder sein Zustand Geheimnis. Gäbe es aber Fälle, wo er diese doppelte Erfahrung zugleich machte, wo er sich zugleich seiner Freiheit bewußt würde und sein Dasein empfände, wo er sich zugleich als Materie fühlte und als Geist kennen lernte, so hätte er in diesen Fällen, und schlechterdings nur in diesen, eine vollständige Anschauung seiner Menschheit, und der Gegenstand, der diese Anschauung ihm verschaffte, würde ihm zu einem Symbol seiner ausgeführten Bestimmung, folglich (weil diese nur in der Allheit der Zeit zu erreichen ist) zu einer Darstellung des Unendlichen dienen. Vorausgesetzt, daß Fälle dieser Art in der Erfahrung vorkommen können, so würden sie einen neuen Trieb in ihm aufwecken. Es sei mir einstweilen, bis ich diese Benennung gerechtfertigt habe, vergönnt, ihn *Spieltrieb* zu nennen." Im folgenden Abschnitt: "Lebende Gestalt - Schönheit - Spieltrieb" rechtfertigt *Schiller* den Begriff des "Spieltriebs": "Der Mensch, wissen wir, ist weder ausschließend Materie, noch ist er ausschließend Geist. Die Schönheit, als Konsumtion seiner Menschheit, ist das gemeinschaftliche Objekt beider Triebe, d.h. des Spieltriebs. Diesen Namen rechtfertigt der Sprachgebrauch vollkommen, der alles das, was weder subjektiv noch objektiv zufällig ist und doch weder äußerlich noch innerlich nötig, mit dem Worte *Spiel* zu bezeichnen pflegt." Und er setzt gegen den Einwand des "bloßen Spiels": "Aber was heißt denn: ein bloßes Spiel, nachdem wir wissen, daß das Spiel es ist, was vollständig macht und seine doppelte Natur auf einmal entfaltet? Was Sie nach Ihrer Vorstellung der Sache *Einschränkung* nennen, das nenne ich, nach der meinen, *Erweiterung*." Und so kommt *Schiller* schließlich zu dem bekannten Satz: "Denn um es endlich auf einmal herauszusagen, der Mensch spielt nur, wo er in voller Bedeutung des Wortes Mensch ist, und er ist nur da ganz Mensch, wo er spielt" (Hervorhebungen durch *Schiller*).

(2) *Rilke* hat das, was sich hier ereignen kann, in einem Gedicht (vom 31. 1. 1922) anschaulich gemacht:

"Solang du Selbstgeworfnes fängst, ist alles
Geschicklichkeit und läßlicher Gewinn - ;
erst wenn du plötzlich Fänger wirst des Balles,
den eine ewige Mit-Spielerin
dir zuwarf, deiner Mitte, in genau
gekonntem Schwung, in einem jener Bögen
aus Gottes großem Brücken-Bau:
erst dann ist Fangen-Können ein Vermögen, -
nicht deines, einer Welt. Und wenn du gar
zurückzuwerfen Mut und Kraft besäßeß,
nein, wunderbarer: Mut und Kraft vergäßeß
und schon geworfen h ä t t e s t ... (wie das Jahr
die Vögel wirft, die Wandervogelschwärme,
die eine ältre einer jungen Wärme
hinüberschleudert über Meere -) erst
in diesem Wagnis spielst du gültig mit.
Erleichterst dir den Wurf nicht mehr; erschwerst
dir ihn nicht mehr. Aus deinen Händen tritt
das Meteor und rast in seine Räume ..."

Man könnte zur Beschreibung der Koinzidenz auch eine Äußerung *Goethes* heranziehen, der (über *Shakespeares* Stücke) schrieb: "Sie drehen sich alle um den geheimen Punkt (den noch kein Philosoph gesehen und bestimmt hat), in dem das Eigentümliche unseres Ichs, die prätendierte Freiheit unseres Wollens mit dem notwendigen Gang des Ganzen zusammenstößt" (Hamb. Ausg. 12, 226).

(3) *Goethe* sagt dazu in *Wilhelm Meisters Wanderjahre* (Hamb. Ausg. 8, 263):

"Denken und Tun, Tun und Denken, das ist die Summe aller Weisheit, von jeher anerkannt, von jeher geübt, nicht eingesehen von einem jeden. Beides muß wie Aus- und Einatmen sich im Leben ewig fort hin und wider bewegen; wie Frage und Antwort sollte eins ohne das andere nicht stattfinden."

Auch die oben (in Anmerkung 1) zitierte Stelle *Schillers* über die "Vollständige Anschauung seiner Menschheit" ergänzt dies, in der Denken und Empfinden sich ergänzend nebeneinandergestellt werden, so daß nun zum Denken und Bewegen (Tun) auch das Wahrnehmen (Empfinden) tritt und damit der Kreis - oder die Gestalt des Tetraeders - des Begreifens geschlossen wird, wenn wir dem Denken das Sprechen zuordnen.