

# Psychoanalytische Sozialtherapie gestern und heute

## Eine praxisorientierte Standortbestimmung

JOSEPH KLEINSCHNITTGER

Seit vielen Jahren gehöre ich der Sektion »Psychoanalytische Paar-, Familien- und Sozialtherapie« am Psychoanalytischen Institut in Gießen an.

Themen und Fragestellungen aus dem Bereich der Sozialtherapie bestimmen recht häufig meine dortige Fortbildungstätigkeit. In den zurückliegenden Jahren beschäftigte mich wiederholt die Frage, was aus den Grundgedanken zur psychoanalytischen Sozialtherapie geworden ist, die Horst Eberhard Richter Ende der 70er Jahre formuliert hat. In meinen Fortbildungsseminaren ist mir immer wieder aufgefallen, daß seine Überlegungen nicht an Aktualität eingebüßt haben. Die kritische Beschreibung und Analyse des Zustandes in unserem Sozial- und Gesundheitswesen trifft nach wie vor, auch wenn sich in vielen Bereichen Arbeitsweisen und Strukturen entwickelt haben, die seine Grundgedanken und Vorschläge aufgenommen haben.

Beim Abfassen dieses Textes fiel mir an meiner eigenen beruflichen Entwicklung auf, wie stark meine berufliche Praxis und Identität von diesem Grundgedanken lebt. Ich hatte Gelegenheit, ca. 10 Jahre lang mit Horst Eberhard Richter zusammenzuarbeiten. Später habe ich Sozialtherapie in meiner Auffassung der sozialen Orte, die ich in meinem Berufsleben aufsuchte, weiterentwickeln können. Ich sah mich immer wieder herausgefordert, die sozialen Orte von Klienten, Klientenfamilien, Helfern und Therapeuten auch in anderen als in meiner eigenen Institution aufzusuchen und kennenzulernen. So bekam ich die Identifizierung mit der eigenen Institution durch Wechsel und Abstand besser in den Blick, konnte sie aus der Entfernung kritisch betrachten und neu überdenken. Mich interessierte die innere Dyna-

mik von sozialen Bürokratien und Verwaltungen und ich wollte sie in ihrer Bedeutung, aber auch in ihren Schwierigkeiten, für die eigene therapeutische Tätigkeit kennen und einschätzen lernen.

Ich suchte soziale Orte mit den Füßen, den Augen, mit Herz und dem Kopf auf, z. B. als studentischer Mitarbeiter in der von Richter beschriebenen Randsiedlungsinitiative in Gießen, später durch Hausbesuche beim Aufbau eines Psychosozialen Beratungszentrums in einer ländlichen Region in Mittelhessen, danach als Mitarbeiter der Institutsambulanz eines Psychiatrischen Krankenhauses, als Mitglied und langjähriger Sprecher einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und in den 90er Jahren als Psychiatriekoordinator im Lahn-Dill-Kreis, in dem ich heute noch, jetzt wiederum als Mitarbeiter einer Institutsambulanz, tätig bin.

In meiner momentanen Tätigkeit interessiert mich besonders das Gespräch mit türkischen Familien über deren Heimatort, die soziale Realität dort während ihrer Kinderzeit, den Wechsel nach Deutschland, die Konfrontation mit unserer gesellschaftlichen und sozialen Wirklichkeit; über die Erfahrungen, die diese Familien bei ihren jährlichen Besuchen in ihrer früheren Heimat machen. Die Beschäftigung mit Literatur aus diesem Teil der Welt, dem vorderen Orient, z. B. mit den Romanen von *Jaschar Kemal* oder den Geschichten von *Rafik Schami* bietet reiches Material, das kollektive Unbewußte im Gewand der sozialen Gegebenheiten und Strukturen dieses ganz anders geprägten kulturellen Raumes kennen und verstehen zu lernen.

## Was meint Sozialtherapie?

»Im weiteren Sinne meint Sozialtherapie eine neue Sichtweise von Therapie überhaupt.« So beginnt *Horst Eberhard Richter* seine grundlegende Skizze zu diesem Begriff in seinem Buch »*Engagierte Analysen*« aus dem Jahre 1978 (Richter 1978 a, S. 166).

Es geht nicht um ein neues Setting oder ein neues Berufsbild, allerdings um *ein neues Verständnis von Krankheit*, um ein neues Verständnis des *Berufsbildes* und der *Berufsrolle* von Psychotherapeuten oder Angehörigen helfender Berufe und um *veränderte Arbeitsweisen, Methoden* und *Sichtweisen* in psychosozialen Arbeitsfeldern. Dieses andere Krankheitsverständnis betrifft den Menschen in seinem gesamten psychosozialen Zusammenhang,

verstrickt in innere Konflikte, wie in soziale Schwierigkeiten mit Partnern und Bezugsgruppen im privaten Bereich und in der Arbeitswelt«. (Richter 1978 b, S. 11).

Alle Arbeiten über psychoanalytische Sozialtherapie, die ich bisher gelesen habe, sahen sich genötigt, mit einem Zitat aus dem Werk *Sigmund Freuds* eine schon bei ihm angelegte und daher psychoanalytisch zu nennende Tradition zu begründen. Ganz offensichtlich sieht sich das, was wir aus psychotherapeutischem Blickwinkel Sozialtherapie nennen, dem Verdacht und der Kritik ausgesetzt, nicht wirklich psychoanalytisch zu sein. Richter gibt selbst einen Hinweis auf die kritischen Argumente, die ihm Ende der 70er Jahre entgegengehalten wurden; in seiner Begründung beruft er sich auf die Arbeit »*Massenpsychologie und Ich-Analyse*« von Freud aus dem Jahr 1921. Die grundsätzliche Kritik von Psychoanalytikern der 70er Jahre an einer Mitwirkung in psychosozialen Gemeinschaftsprojekten bezog sich darauf, durch diese Aktivität das Psychoanalytische verlieren zu können. Man war der Ansicht »psychoanalytisch könne immer nur eine solche Praxis genannt werden, bei welcher der Analytiker eine unmittelbare Beziehung zu Personen oder Gruppen im Sinne von Klienten oder Patienten pflege und wobei er eine persönliche Veränderung der unmittelbar beteiligten Klienten oder Patienten anstrebe.« (Richter 1978 b, S. 21). Fürstenau befürchtete damals bei solchen Aktivitäten von Psychoanalytikern eine Infizierung durch die »unbewußten Gegenkräfte« in solchen Gruppen, denen psychoanalytische Mitwirkung in solchen Projekten unterliegen würde (Fürstenau 1977, S. 60). Diesem kritischen Argument begegnet Richter später mit dem introspektiven Konzept, das er aus den Erfahrungen seiner Mitarbeit in sozialen und politischen Initiativgruppen entwickelte.

Sicher ist die damals geäußerte Befürchtung – man findet sie heute noch – mit ein Grund für das Verschwinden der Psychoanalyse aus der öffentlichen Diskussion über soziale und gesellschaftliche Entwicklungen, gemessen an den 70er Jahren, sieht man von einigen Stimmen ab, zu denen auch heute noch Horst Eberhard Richter gehört.

Ich möchte an dieser Stelle mit dem Argument aus einem anderen Forschungs- und Praxisfeld, der Ethnopsychanalyse, das psychoanalytische in der Sozialtherapie beleuchten.

*Emanuela Leyer*, setzt sich in ihrem Buch »*Migration, Kulturkonflikt und Krankheit*«, mit dem Beitrag der Ethnopsychanalyse zur qualitativen Sozial-

forschung auseinander. Sie diskutiert u.a. die Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlung von Menschen mit anderen kulturellen und sozialen Orten als dem, welchem der behandelnde Psychoanalytiker angehört. Sie analysiert das Fremde, Dazwischenstehende unter den Aspekten Widerstand, sekundärer Krankheitsgewinn, institutioneller Widerstand von Gesundheitseinrichtungen u.a.. Sie kommt zu dem Schluß, daß die Aufgabe des Psychoanalytikers darin bestehe, »innere seelische und äußere soziale und kulturelle Realität in ihren wechselseitigen Einwirkungen und in ihrem Niederschlag im einzelnen zu untersuchen«. (Leyer 1991, S. 185)

Sie führt weiter aus, daß Psychoanalyse als Sozialwissenschaft Aufklärung darüber bringen könne, welche Bewältigungs- und Anpassungsformen Menschen unter bestimmten gesellschaftlichen Verhältnissen entwickeln und auf welche Weise Bewältigungsmuster aufrecht erhalten werden, die eigentlich dem Interesse der einzelnen zuwiderlaufen. Sie verweist auf *Parins* Konzept der Anpassungsmechanismen, vor allem der Identifikation mit der sozialen Rolle, mit dessen Anwendung gezeigt werden konnte »wie die Wahrnehmung äußerer Realität beeinträchtigt wird durch das starke Bedürfnis, mit der eigenen Gruppe und Institution in Übereinstimmung zu bleiben« (Leyer 1991, S. 176).

Auch der Begriff *Sozialtherapie* ohne das qualifizierende Adjektiv bedarf einer weiteren Betrachtung. Wir haben heute in psychosozialen Praxisfeldern eine Inflation im Gebrauch dieses Wortes, meistens in seiner adjektivischen Form. Daneben gibt es verwandte Begriffe, wie »Soziotherapie oder Soziotherapeut«. Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, daß der Begriff Sozialtherapie auch von der Sozialarbeit belegt ist, dort aber trotz inhaltlicher Nähe oft eine andere Akzentuierung hat. Er ist bisweilen mit deutlich anderen als psychoanalytischen Hintergründen in Theorie, Methodik und Praxis assoziiert. Die Annahme eines Unbewußten in Bezug auf den Einzelnen, seine primäre Gruppe und auch größere soziale Zusammenhänge machen hier in der Regel den entscheidenden Unterschied in Auffassung und Praxis.

Neuerdings taucht das Wort Soziotherapeut in der Gesundheitsgesetzgebung auf. Ihm ist dort eine bestimmte Aufgabe zugeordnet in Form eines Heilhilfsberufs, der auf fachärztliche Verordnung tätig wird.

In unserem Gießener Konzept nehmen wir eine konsequente Entwicklungslinie von der klassischen Psychoanalyse Freuds über die psychoanalytische Paar- und Familientherapie zu dem Konzept psychoanalytischer

Sozialtherapie an. Darin hat das sogenannte *introspektive Konzept* eine zentrale Bedeutung. Hans-Jürgen Wirth formulierte das in einem Vortrag in Berlin 1999 so:

»Es gilt heute, diesen beziehungs-dynamischen Ansatz, der in der klassischen Analyse Freuds angelegt ist, und der in Gestalt der psychoanalytischen Paar- und Familientherapie zu einem inzwischen weithin anerkannten und etablierten Behandlungskonzept entwickelt wurde, auf die Bearbeitung von komplexen sozialen Zusammenhängen nutzbar zu machen« (Wirth 1999).

Dafür wird inzwischen meist der Begriff »psychoanalytische Sozialtherapie« benutzt, obwohl die Formulierung »psychosoziale Therapie« genauer ist und, wie ich finde, angemessener die enge Verknüpfung psychischer und sozialer Faktoren betont.

Sozialtherapie bezieht alle Faktoren in ihr Denken und Handeln ein, die eine Rolle spielen können, »wenn Menschen sich nicht mehr sozial zurecht finden oder erkranken, wenn sie von Krankheiten nicht genesen, oder mit Behinderungen kein erträgliches Leben führen können« (Richter 1978a, S. 66).

»Zu diesen Faktoren gehören z. B. die familiären Verhältnisse der Menschen, ihre Wohnsituation, ihre finanziellen Ressourcen, ihre Beziehung zur engeren und weiteren sozialen Umwelt, ihre Arbeitssituation, ihre Probleme in und mit Institutionen wie Schule, Krankenhaus, Heim und Ämter« (Wirth 1999).

In der heutigen gesellschaftlichen Situation möchte ich, obwohl das Thema in diesen Formulierungen enthalten ist, ausdrücklich auf die Problematik hinweisen, denen sich ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger in unserem Lande gegenübersehen.

## **Aufgabe der Sozialtherapie**

Der Aufgabenkatalog der Sozialtherapie ist entsprechend umfangreich und vielfältig.

In den 70er und 80er Jahren gab es ausgehend von der Studentenbewegung eine Vielzahl sozialer Initiativen, die Einzelpersonen und Familien im sozialen Abseits in ihrem Umfeld betreuten, es entstanden Stadtteilprojekte. Die Mitwirkung von Psychoanalytikern in solchen Initiativgruppen und die reflektierten Erfahrungen dieser Zusammenarbeit haben viel zur Entwicklung der

konzeptuellen Grundlagen psychoanalytischer Sozialtherapie beigetragen.

Ein zweiter großer Aufgabenbereich der Sozialtherapie liegt in der Unterstützung durch Supervision von

- Schulen
- Kindergärten
- Krankenhäusern, auch psychiatrischen Krankenhäusern,
- Heimen für Kinder und Jugendliche behinderte Menschen, alte Menschen
- neuen Projekten im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe)
- Sachbearbeitern in Sozialämtern
- Betreuungskräften von Asylbewerberunterkünften oder Flüchtlingsaufnahmelagern.

Eine ganz andere Aufgabenstellung ergibt sich daraus, regionale Planungsvorhaben unter psychosozialen Gesichtspunkten zu konzeptualisieren und zu begleiten, psychosoziale Institutionen bei ihren internen Problemen zu beraten oder Modelle und Arbeitsweisen zu entwickeln, die sämtliche Beratungs- und Behandlungsdienste einer Versorgungsregion in Bezug auf Kooperation und Koordination unterstützten (vgl. Wirth 1999).

Diese umfangreiche und doch unvollständige Aufzählung verweist auf die Komplexität des sozialtherapeutischen Arbeitsfeldes.

»Im Unterschied zur Psychotherapie und zur Familientherapie hat es die Sozialtherapie nicht mit einer klar umgrenzten Patienten- oder Klientengruppe zu tun und sie besitzt auch kein klar definiertes sozialtherapeutisches Behandlungssetting. Diese Umstände machen eine theoretische Konzeptualisierung der sozialtherapeutischen Praxis zu einem schwierigen Unterfangen. Grundsätzlich kann die Sozialtherapie aber an den familientherapeutischen Erfahrungen anknüpfen, stellt sie doch eine konsequente Weiterentwicklung der Grundgedanken dar, die in der Familientherapie formuliert wurden. Insbesondere die beziehungsdymanischen Theorien, wie sie u.a. von Richter, Willi, Strotzka, Stierlin, Sperling, Bauriedl und Buchholz entwickelt wurden, liefern theoretische Konzepte, um auch komplexe soziale Interaktionen zu analysieren und sozialtherapeutisch zu beeinflussen« (Wirth 1999).

## **Woher kommt die Sozialtherapie?**

Wie kam es zu diesem Ansatz, psychoanalytische Grundbegriffe, Verstehens- und Analysetechnik über ihre Weiterentwicklung als paar- und familien-

dynamisches sowie gruppenspezifisches Konzept auch in komplexeren sozialen Zusammenhängen anzuwenden?

Wirth faßt es, wie ich finde zutreffend, als ein Ergebnis zweier sich grundsätzlich gegenüberstehenden Tendenzen in der Studentenbewegung der 70er Jahre auf. Einerseits entwickelte sich eine sehr starke politisch motivierte institutions- und gesellschaftskritische Strömung, die die Gesellschaft und ihre Institutionen als krankmachend ansah und darin die Hauptursache für individuelles und gesellschaftliches Leid zu erkennen glaubte. Völlig gegensätzlich dazu betonte eine andere Grundströmung Innenschau und Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung und Selbstveränderung als Lebensziel.

Aus der kritischen Auseinandersetzung mit diesen beiden Grundströmungen entwickelte sich das Konzept der Sozialtherapie, in dem es versuchte, aus beiden eine Synthese zu bilden. Entsprechend wurde sie entweder als Aktionismus oder aber psychologisierender Rückzug aus der gesellschaftlichen Diskussion angegriffen (vgl. Wirth 1999).

## **Die wichtigsten Anliegen der Sozialtherapie**

Was sind die grundlegende Anliegen aus sozialtherapeutischem Blickwinkel im Unterschied zur Psychotherapie? Einige möchte ich erläutern:

1. Aus epidemiologischen Gemeindestudien weiß man, daß psychisch Kranke in Institutionen zu einem höheren Prozentsatz Angehörige der unteren sozialen Schichten sind.

»Es besteht ein enger und komplexer Zusammenhang zwischen materieller Not, psychosozialen Belastungen, seelischem Leid und psychosomatischen Erkrankungen (Wirth 1999; vgl. Keupp 1990, S. 80)«. Aus Untersuchungen in Österreich unter Strotzka kennt man ebenfalls solche Zusammenhänge. Sozialtherapie sieht die soziale Umwelt als einen der »maßgeblichen ursächlichen Faktor(en) für Krankheit und Gesundheit« (Richter 1978a, S. 168) und befragt medizinische und psychosoziale Hilfsangebote nach der sozialen Selektion ihrer Inanspruchnahme.

Es gehört zu den sozialtherapeutischen Prinzipien, im Unterschied zur Medizin und zur Psychotherapie, Hilfs- und Therapieangebote an die Bevölkerung heranzutragen und sie so zu gestalten, daß sie auch von den Bevölkerungsschichten in Anspruch genommen werden, die bislang davon nicht profitieren konnten. Die Jahre der Psychiatriereform haben

verschiedene Begriffe zu diesem Thema geprägt, z. B. den »wartezimmerfähigen Patienten«, der das Standardtherapieangebot annehmen kann, das unsere Gesellschaft bereithält. Mit dem Blick auf Institutionen hat man von einer Komm- und einer Gehstruktur von Hilfsangeboten gesprochen. Die Entwicklung zur Gemeindepsychiatrie versucht, Hilfsangebote für chronisch psychisch Kranke annehmbar und erreichbar zu machen.

2. *Prävention* ist ein weiteres sozialtherapeutisches Grundanliegen. Im Forschungsgutachten zum Therapeutengesetz kommt man kurz und knapp zum Ergebnis: »Statt früh und ambulant kommt es spät – und dann meist stationär – zur Psychotherapie.« (Wirth 1999).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man immer wieder im Zusammenhang mit anderen, auch körperlichen Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen, Erkrankungen durch falsche Ernährung oder Alkohol- und Nikotinmißbrauch. Reine gesundheitspolitische Aufklärungskampagnen scheitern hier oft, weil sie unbewusste Motive nicht berücksichtigen. Eine Einbettung in sozialtherapeutische Aktivitäten, die auch mit konkreten Angeboten zur Umsetzung oder Entwicklung von Selbsthilfeinitiativen aufwarten können, ist hier von Nöten.

Zudem ist festzustellen, daß im Zuge der ersten Gesundheitsreformschritte unter Blüm damals vorhandene präventive Maßnahmen abgebaut wurden. Man hielt sie für zu teuer, in ihren gesundheitsfördernden Ergebnissen nicht mit den üblichen Methoden belegbar. Man äußerte Zweifel, ob für die Verhinderung und Vorbeugung von Erkrankungen tatsächlich die gesetzliche Krankenversicherung zuständig sei. Eine Vielzahl von Initiativen bei den Krankenkassen sind so gekappt worden.

3. Die Zusammenarbeit von Therapeuten mit nichtprofessionellen Helfern, also Laien, ist bei allen sozialtherapeutischen Projekten, die mir bekannt sind und bei denen ich mitgewirkt habe, sehr hilfreich gewesen. Speziell die Kooperation mit oder die Entwicklung von Selbsthilfeinitiativen war auf diesem Wege meist möglich.

Anregung und Ermutigung sowie Begleitung von Selbsthilfemöglichkeiten, über die jeder verfügt und die in der Gruppe meist leichter entwickeln werden können, sind hier das Hauptanliegen.

4. Die *Verzettelung von Verantwortung* ist eine Grundkrankheit in unserem Sozial- und Gesundheitswesen.



Sie alle kennen dieses Problem, daß bei der Aufteilung ministerieller Ressorts beginnt, sich über verschiedene Gliederungen unserer politischen Landschaft bis hinunter auf kommunale Ebene fortsetzt. So wird beispielsweise die Zuständigkeit für Gesundheit, Soziales und Jugendhilfe auf verschiedene Ressorts aufgespalten. Verschärft wird diese Aufspaltung, wenn die Ressortchefs unterschiedlichen Parteien angehören. Das Problem setzt sich fort in der Aufspaltung finanzieller Zuständigkeiten, geht weiter über eine durchaus auch wünschenswerte Trägervielfalt (viel Konkurrenz) unserer psychosozialen Hilfs- und Therapieangebote und landet schließlich bei konkurrierenden Berufsgruppen.

Viele Formen psychosozialer Störungen, die sich durch frühe Abwehrmechanismen wie Spaltung oder Projektion charakterisieren, finden in der Verzettlung psychosozialer Verantwortung ihre Entsprechung, was eine konstruktive Bearbeitung erschwert und manchmal unmöglich macht.

Therapeutische Arbeit bedeutet immer Integration. So ist das kurz skizzierte Szenario unserer Gesundheits- und Sozialfürsorgelandschaft bei vielen psychosozialen Störungsformen eine methodische, strategische oder intentionale Herausforderung.

Scheer-Wiedmann und Wirth haben 1978 in einer kasuistischen Arbeit dieses Thema ausführlich behandelt und belegt. Das Konzept der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und viele sich daraus entwickelnde Initiativen, die auf eine interdisziplinäre und interinstitutionelle Kooperation zielen, verfolgen eine Grundidee der Sozialtherapie, »der Verzettlung der Verantwortung« durch engere Zusammenarbeit entgegenzuwirken.

5. Abschließend möchte ich ein umfassendes Anliegen der Sozialtherapie ansprechen. Sie beteiligt sich, die Erkenntnisse von Soziologie und Politikwissenschaft nutzend, als psychoanalytisch verstandene Sozialwissenschaft auch an der Analyse grundlegender Strömungen und Entwicklungen unserer Gesellschaft. Einige Vorträge der Gießener Tagung »Die Familie im gesellschaftlichen Umbruch« geben davon Zeugnis (vgl. Beziehungsdynamik 2000, Heft 1).

Sie fragt vor allem nach der Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen Veränderungen und den Beziehungen der Menschen untereinander als Paare, Familien, aber auch innerhalb und zwischen verschiedenen Gruppen in unserer Gesellschaft. Diese Optik sozialtherapeutischer Wahrnehmung und Analyse versucht u. a. die Bedeutung gesellschaftlicher Verän-

derung im Großen für die therapeutische Arbeit im Alltag zu verstehen und nutzbar zu machen. Sie fragt danach, welchen neuen Herausforderungen sich Menschen heute gegenüber sehen, die z. B. therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Sie verweist auf die neuen Herausforderungen, denen wir uns als Sozialtherapeuten gegenübersehen. Ignorieren hilft uns so wenig wie unseren Klienten, diese Form des Widerstandes dürfte nicht weiter führen. Kritisches Hinterfragen einer heute sehr veräußerlicht daherkommenden Welt aus psychoanalytischem Blickwinkel kann hilfreich sein, Bodenhaftung und Verankerung in sich selbst und seinen sozialen Bezugsgruppen zu halten oder zu bekommen.

## Methoden der Sozialtherapie

### Das introspektive Konzept

Kernstück in methodischer Hinsicht ist das »introspektive Konzept«.

»Die Komplexität des sozialen Feldes, in dem Sozialtherapie tätig wird, wirft die Frage auf, wie sich der Sozialtherapeut darin orientieren kann.

Hier stellt das von H. E. Richter (1974) entwickelte introspektive Konzept eine Hilfe dar. Er hat es im Rahmen der Obdachlosenbetreuung ausgearbeitet, es läßt sich auch in anderen sozialtherapeutischen Arbeitsbereichen anwenden. Das introspektive Konzept stellte eine Erweiterung des analytischen Konzepts der Gegenübertragung dar und weist auch einige Ähnlichkeiten mit dem Konzept des »szenischen Verstehens« (vgl. Argelan-der 1970, Lorenzer 1970 ) auf.

Es geht darum, »unbewußt einwirkende soziale Determinanten aus ihren emotionellen Auswirkungen in Individuen oder Gruppen zu erschließen« (Richter 1977, S. 197) und diese Aufdeckung für die praktische sozialtherapeutische Arbeit nutzbar zu machen.

Die Grundannahme bei diesem Ansatz besteht darin, daß beispielsweise in dem sozialen Feld einer Obdachlosensiedlung von den Bewohnern dieser Siedlung, von den dort tätigen Sozialarbeitern, von den Mitgliedern der Initiativgruppe und von den Vertretern der Behörden jeder einzelne unbewußt bestimmte Motivationen in die Interaktion hineinträgt, die mit seinem sozialen Status, seiner Profession und seiner institutionellen Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit zusammenhängen.

Die Anwendung des introspektiven Konzepts stellt den systematischen Versuch dar, sich darüber klar zu werden, daß ein wesentlicher Teil der Konflikte, die zwischen diesen beteiligten Personen und Gruppen ausgetragen werden und als persönliche Konflikte und Ressentiments erscheinen, im Grunde der zwangsläufige Ausfluß bestimmter sozialer und institutioneller Voraussetzungen sind.

Eine Klärung mit Hilfe des introspektiven Konzepts kann dazu beitragen, daß

- die betreffenden Impulse leichter in Schach gehalten werden können,
- sie bei den Individuen und Gruppen weniger blockierende Schuldgefühle, Vorurteile und Ressentiments produzieren
- und daß die durch sie hindurchwirkenden sozialen Hintergründe als solche praktisch besser einflußbar werden.

Das introspektive Konzept läßt sich in allen sozialen Feldern, in denen Personen und Gruppen miteinander in Interaktion stehen, anwenden, mag es sich nun um eine Obdachlosensiedlung, ein Altersheim, eine Behinderteneinrichtung, eine psychosoziale Beratungsstelle oder um einen anderen psychosozialen Dienst handeln. Dieses Konzept stellt ein methodisches Verfahren zur Analyse sozialer Interaktionen dar, das an dem emotionalen Erleben der beteiligten Partner anknüpft. Die selbstreflexive Bearbeitung der emotionalen Reaktionen auf Seiten des Sozialtherapeuten, bzw. auf Seiten der gesamten Helfergruppe, ermöglicht Rückschlüsse auf undurchschaute Konflikte des Klienten und auf Beziehungskonflikte in seinem näheren und weiteren sozialen Beziehungsgefüge. Ebenfalls ermöglicht es Rückschlüsse auf Konflikte der Institutionen, mit denen er in Kontakt steht. Das introspektive Konzept stellt ein Mittel dar, »objektiv Tatbestände über emotionale Erfahrungen zu erfassen. Zugleich kann die praktische Anwendung dieses Konzeptes dazu verhelfen, daß soziale und gesellschaftliche Konfliktfaktoren einer rationalen Strategie nicht dadurch entzogen werden, daß sie sich undurchsicht in emotionalen Spannungen abspiegeln« (Richter, ebd.)

Theoretische Orientierungshilfe bei der Analyse der unbewußten Beziehungsdynamik bieten die bekannten Modelle der Paar- und Familiendynamik.

Mit Recht kann man den Sozialtherapeuten als »Spezialisten für Zusammenhänge« (Gerhard u. a. 1999, S. 17) bezeichnen. »Sozialtherapie wird als

eine Kombination von Feldkenntnissen, politischem Bewußtsein, methodischen Kenntnissen und der Kenntnis der eigenen Person (via Selbsterfahrung) gesehen.« (Gerhard, ebd.).

»Sozialtherapie stellt Verknüpfungen her zwischen Aspekten, die in der beruflichen Alltagspraxis (normalerweise)... unverbunden nebeneinander stehen oder aber ganz ausgeblendet werden. Dabei werden die Grenzen des fachlich Möglichen und Machbaren beachtet, ohne den Blick für den Gesamtzusammenhang zu verlieren und die Notwendigkeit globalerer Interventionen außer Acht zu lassen – auch wenn dies fachlich (im Moment oder überhaupt) nicht erreichbar und durchsetzbar ist.« (ebd., S. 18).

Sozialtherapie ist somit zu verstehen als eine Antwort auf die Zersplitterung und Einengung der Perspektiven, die in der Logik immer weiter fortschreitender Verwissenschaftlichung und Spezialisierung helfender Berufe und Institutionen und Zuständigkeiten begründet liegt. Der Spezialisierte sieht, wie unter dem Mikroskop, nur einen kleinen Ausschnitt der Wirklichkeit und benötigt deshalb die Sozialtherapie, um den Blick wieder auf die größten Zusammenhänge zu erweitern« (Wirth 1999).

## Wo steht psychoanalytische Sozialtherapie heute?

Ende der 70er Jahre bis in die 80er Jahre hinein beschäftigten wir uns in Gießen, speziell in Zusammenhang mit der Begleitforschung zum Projekt »psychosoziale Arbeitsgemeinschaft«, mit verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern. Wir beobachteten eine je Arbeitsfeld typische psychosoziale Interaktionsdynamik und sammelten Erfahrungen damit, in welcher Weise sie konstruktive Zusammenarbeit behindert. Mit Hilfe sozialtherapeutischen Prinzipien suchten wir Wege, aus der oft destruktiven Dynamik herauszukommen.

Auf diese Weise beschäftigten wir uns u. a. mit Heimerziehung (Kleinschnittger 1986; Kleinschnittger/Bosselmann 1980), Betreuung von behinderten Menschen (Wirth 1981), Entwicklungen im psychosozialen Beratungswesen (Fertsch/Röver 1986) und neuen psychosozialen Initiativen in ländlichen Gebieten (Kleinschnittger, Reimitz & Wirth 1980). Das ganze Spektrum der Gießener Aktivitäten bis zum Beginn der 90er Jahre ist in dem Buch »Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie« enthalten.

Viele dieser Arbeiten befassen sich mit der Frage, wie sich die typische Dynamik der Klientel eines psychosozialen Arbeitsfeldes in den Organisationsstrukturen widerspiegelt. Sie beschreiben typische verfestigte Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen auf Seiten der Institutionen und hinterfragen den unbewußten Gehalt ihrer inneren Strukturen (vgl. Ment-

zos 1976). Diese Gesichtspunkte gilt es aus Sicht der Sozialtherapie zu analysieren und daraufhin zu befragen, wie und wohin sie sich verändern lassen, um zu einer konstruktiven Weiterentwicklung psychosozialer Hilfsangebote in unserer Gesellschaft zu kommen. Wir haben aus diesen Erkenntnissen für unsere Fort- und Weiterbildung in psychoanalytischer Paar-, Familien- und Sozialtherapie in Gießen den Schluß gezogen, das Eingebundensein jedes Einzelnen von uns in die zur zweiten Natur gewordenen Vorgehensweisen unserer Institutionen gemeinsam zu reflektieren und dadurch bewußt zu machen. Besonders hilfreich erweist sich dabei, daß unsere Fortbildungsteilnehmer/-innen verschiedenen Berufsgruppen angehören, in verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern und in verschiedenen Institutionen tätig sind. Sie bilden also, wenn man so will, exemplarisch unsere psychosoziale Versorgungslandschaft ab. Wir achten darauf, daß sie bei der Bearbeitung von Weiterbildungsthemen und -fällen in Rollenspielen auch solche Rollen übernehmen, die sie in benachbarte bzw. andere Einrichtungen und psychosoziale Felder führen, mit denen sie in ihrem Arbeitsalltag zu tun haben. Eine einhellige Einschätzung vieler Teilnehmer zum Schluß der Fortbildung besagt, daß sie sich durch dieses Verfahren in die Lage versetzt fühlen, sich in ihrem Arbeitsalltag in die Dynamik anderer Arbeitsfelder und Institutionen hineinzudenken. Sie kommen so zu einer besseren Kooperation im Alltag, die auf Spaltung und Projektion im Umgang miteinander eher verzichten kann.

## **Beitrag der psychoanalytischen Sozialtherapie beim Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft**

Ausgehend von den eben skizzierten Überlegungen und entsprechenden Erfahrungen in verschiedenen sozialtherapeutischen Projekten begann ich 1991 mit einer Tätigkeit als Psychiatriekoordinator in einem mittelhessischen Landkreis. Zuvor war ich 10 Jahre in der Institutsambulanz am Psychiatrischen Krankenhaus in diesem Landkreis tätig. Schon in dieser Zeit war mir aufgefallen, daß ich, anders als viele meiner Kolleginnen und Kollegen, über ein eng gefaßtes medizinisches Verständnis von psychischer Erkrankung hinausging. Beziehungsdynamische Denk- und Arbeitsweise, z. B. als Paar- und Familientherapie bei psychiatrischen Patienten, war kaum vorhanden.

Daher arbeitete ich nur in solchen Fällen familientherapeutisch, wo es, abgesehen von der klinischen Indikation, keine krankenhausinternen Verwicklungen mit irgendwelchen problematischen Hierarchieebenen gab oder sonstige krankenhausinterne Widerstände zu erwarten waren. Dieses Vorgehen erwies sich als erfolgreich, weil ich es dann »nur« mit den Widerständen und psychosozialen Abwehrmechanismen innerhalb der Familie zu tun hatte.

Heute, nach 15 Jahren, fällt dieser Gesichtspunkt institutionsinterner, verdeckter Widerstände gegen solche Behandlungssettings und Verfahren längst nicht mehr so ins Gewicht. Paar- und Familientherapie ist inzwischen ein akzeptiertes Behandlungssetting geworden, strukturell hat sich vieles in dem Krankenhaus verändert; manches allerdings in eine Richtung, speziell im stationären Bereich, die dort den Einsatz von Paar- und Familientherapie wiederum kaum zulässt.

Doch zurück zu meiner Tätigkeit als Psychiatriekoordinator, die ich im Auftrag des Landkreises durchführte. Ein wichtiges Fazit dieses ganzen Projekts möchte ich vorwegnehmen: Ohne meine Ausbildung als Paar-, Familien- und Sozialtherapeut und die vorher skizzierten Erfahrungen in unterschiedlichen psychosozialen Arbeitsfeldern hätte ich mir diese Tätigkeit überhaupt nicht vorstellen können.

Dieses Fazit wird unterstrichen durch eine Arbeit von Breuer und Dierking aus dem Jahre 1992, die in eindrucksvoller Weise Widerstände gegen die Psychiatriereform in unserem Lande, beginnend von ganz oben, der politischen Ebene, bis ganz unten, der Mitarbeiterebene, in den verschiedenen Phasen der Psychiatriereform analysieren. Den Widerstand gegen die Einsetzung von kommunalen Psychiatriekoordinatoren sehen sie vor allen Dingen in einer Befürchtung der Interessengefährdung beteiligter Trägerverbände und ihrer Mitarbeiter. Die müssen sich bei einer ernstgemeinten Beteiligung an der Psychiatriereform mit anderen Einrichtungen in Beziehung setzen, abstimmen und ihnen damit weitgehenden Einblick in ihre Arbeit geben.

## **Interaktionsdynamik im Arbeitsfeld der Psychiatrie**

Ich möchte mich auf zwei herausragende, die Szenerie bestimmende Gegenübertragungsreaktionen beschränken.

Im psychiatrischem Arbeitsfeld haben wir es meist mit sehr frühen Störungen zu tun. Die Abwehrmechanismen der Spaltung in »gute« und

»böse Objekte« und der Projektion des Bösen, Angst machenden, Schlechten oder des Elendigen und Hilflosen auf Objekte der Außenwelt sind verbreitet. Dies entspricht der Dynamik in Familien mit psychisch kranken Menschen.

Die Arbeitsweisen in der Psychiatrie sind charakterisiert durch typische Reaktionen auf zeitweisen oder langfristigen Verlust von Ich-Funktionen der Klienten, die auch Zwangs- und Gewaltmaßnahmen einschließen. Ohnmacht und Hilflosigkeit ist vorhanden, die durch vielerlei Manöver getarnt werden (vgl. Kleinschnittger 1996).

Wir finden bei Menschen, die im psychiatrischen Bereich tätig sind – dies war bis vor ca. 15-20 Jahren nur in Krankenhäusern möglich – Angst und Bedrohung als emotionale Reaktionen auf das, was ihnen durch die Klienten entgegenkommt und Hilflosigkeit, Lähmung und Überforderung durch das Elend, das psychische Erkrankungen für die Betroffenen und ihre Familien oft mit sich bringt. Ein Täter-Opfer-Schema im Empfinden und den Denkweisen ist verbreitet.

Als ich 1984 mit ambulanter psychiatrischer Tätigkeit begann, fiel mir auf, daß dort wenig von Angst und Bedrohungsgefühlen gesprochen wurde oder von Hilflosigkeit und Lähmung. Statt dessen wurde viel geredet vom »Burn-out-Syndrom«, also dem Resultat permanenter Überforderung und dem vergeblichen Versuch, das bei eigenen hohen Ansprüchen selbst gesetzte Ziel doch irgendwie zu erreichen. Erfolgreiche Bewältigung von Situationen war in aller Munde, in denen Patienten sehr bedrohlich waren und beim Personal erhebliche Ängste auslösten. Es wurde auch davon gesprochen, daß es mit der Psychiatrie vorwärts gehen müsse. Überforderungsgefühle oder Hilflosigkeit konnte man sich dabei nicht leisten. Das gesamte Personal im Haus teilte sich in zwei ungleich große Lager: Die einen klagten über zu viel Belastung und Überforderung und über problematische Arbeitsbedingungen und die anderen forderten und reagierten auf diese erste Gruppe eher mitleidig und ärgerlich.

Mit diesen Gefühlen mußte ich also bei der Entwicklung eines gemeindepsychiatrisch orientierten Gesamtversorgungssystems im Landkreis, so lautete der Auftrag, rechnen. Es war auch an den Neuaufbau bisher noch nicht vorhandener Hilfsangebote außerhalb des Krankenhauses gedacht, also kam eine zweite Dynamik mit hinein, die ich schon im Krankenhaus beobachten konnte. Wenige Jahre, bevor ich dort tätig wurde, hatte man mit

dem Aufbau einer Institutsambulanz begonnen und das machte sich an dem Rückgang stationärer Aufnahmen, der ja gewollt war, trotzdem schmerzlich bemerkbar. Es entstand ein feindseliges Klima zwischen Stationen und Institutsambulanz, weil die ambulante Behandlung in den Himmel gelobt wurde und sozusagen mit ihr der Zug der Zeit fuhr, während die stationäre Behandlung dadurch scheinbar mehr und mehr entwertet wurde. Sie mußte Einbußen hinnehmen und fürchtete, in der weiteren Zukunft nur noch ein schwieriges und wenig geschätztes professionelles Dasein zu führen. Dadurch wurde Kooperation zwischen den Stationen und der Institutsambulanz, die ja zu einem Großteil gleiche Patienten behandelten, zunächst nahezu unmöglich. Ich mußte also damit rechnen, daß Gefühle von Konkurrenz und Feindseligkeit, Verlust und daraus resultierender Entwertung – wer fühlt sich da nicht an Eifersucht und weitergehende emotionale Reaktionen bei neugeborenen Geschwistern in Familien erinnert – zwischen schon vorhandenen und neuen psychiatrischen Einrichtungen aufkommen würden. Und so hatte ich dann auch wenige Wochen nach Beginn meiner Tätigkeit gleich mit einem Konflikt zu tun, bei dem das Krankenhaus dem Träger eines kleinen ambulanten Hilfsangebotes die gerade erst begonnene Zusammenarbeit rigoros aufzukündigen drohte.

Das Krankenhaus warf diesen ambulanten Betreuern Unzuverlässigkeit und Inkompetenz vor. Hintergrund dazu war: Patienten, die außerhalb des Krankenhauses von diesem Dienst betreut wurden, ärgerten sich über ihre Betreuer gerieten mit ihnen in Konflikt und beschwerten sich bei ihren bisherigen »Vätern« und »Müttern« im Krankenhaus, ließen sich gar von ihnen zur stationären Behandlung aufnehmen. War aber nicht der neu geschaffene ambulante Dienst dazu da, die Patienten draußen gut zu betreuen und dafür zu sorgen, daß diese Menschen auch außerhalb des Krankenhauses mit Unterstützung leben konnten?

Noch wenige Jahre zuvor war das Krankenhaus die einzige psychiatrische Behandlungsmöglichkeit. Es hatte immer wieder erlebt, daß Patienten nach längerer stationärer Behandlung oft kurze Zeit nach ihrer Entlassung wieder zur Aufnahme kamen, weil sie beispielsweise die Medikamente nicht weiter genommen hatten und/oder sich Konfliktsituationen in ihrer sozialen Umgebung nicht gewachsen fühlten.

Das löste Unzulänglichkeitsgefühle bei dem Personal auf Stationen aus, ihre Patienten nicht gut genug behandelt zu haben, damit sie draußen leben



konnten. Wiederaufnahmen wurden häufig als persönliche Niederlage erlebt, mit der Zeit ärgerte man sich über solche Patienten, die immer wieder kamen, die sogenannten »Drehtürpatienten«, sie wurden zu den leibhaftigen persönlichen Niederlagen.

Mit dem Aufbau des neuen Dienstes hatte sich aus Sicht des Krankenhauses die Hoffnung verbunden, daß dies nun aufhören würde. Die unausgesprochene Erwartung an diesen Dienst war nun, daß die neuen Betreuer die sogenannte Compliance der Patienten verbessern könnten. Sie sollten für eine zuverlässige Medikamenteneinnahme Sorge tragen und auch sonst dazu beitragen, daß es dem Patienten draußen gut geht. Selbstverständlich ließ sich keine perfekte Compliance erreichen, wie sollte es auch, die Patienten entscheiden in der Regel letztlich selbst darüber, ob sie Medikamente einnehmen oder nicht, auch im Krankenhaus. Und es gab natürlich auch Konflikte außerhalb des Hauses mit den Betreuern, genau wie auf den Stationen.

Auf der anderen Seite waren die extramuralen Betreuer häufig noch unerfahren, vertraten ein anderes Krankheitsverständnis als das medizinische des Krankenhauses, fühlten sich in kritischen Situationen überfordert, äußerten dies auch und richteten so umgekehrt an das Krankenhaus die Erwartung nach Unterstützung. Demgegenüber hatte sich das Krankenhaus von ihnen Unterstützung bei der Betreuung schwer gestörter Patienten erwartet. In dieser Situation kam es zur projektiven Abwehr der eigenen Gefühle von Unzulänglichkeit, Erfolglosigkeit und Hilfslosigkeit im Krankenhaus auf die ambulanten Betreuer. Deren eingestandene Hilfslosigkeit überforderte die Stationsmitarbeiter vollends, bestätigte aber ihre Gefühle, doch die besseren, wenn auch überforderten »Eltern« zu sein. Man glaubte, sich mit der Trennung von diesen Betreuern auch von diesen unangenehmen Gefühlen trennen zu können. Sie alle kennen den Mechanismus der »Sündenbockprojektion«. Man begann gleich mit der Suche nach neuen, besseren extramuralen Betreuern.

In dieser Situation konnte ich mich als Psychiatriekoordinator einschalten. Es hatte vor der Einrichtung dieser Funktion einen Konsens unter allen Trägern gegeben, daß sie auch zur Entschärfung und Bewältigung solcher Konfliktsituationen da sein würde. Zu Hilfe kam mir dabei in den Jahren zuvor erworbene Akzeptanz durch meine Sprechertätigkeit in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, in der ich verschiedentlich als Mittler oder

Moderator gebraucht wurde. Ich lud die Konfliktparteien »drinnen und draußen« zu einem Gespräch an einen runden Tisch und legte Wert darauf, daß jede Seite dazu kam, ihre Enttäuschung und ihre Erwartung an die andere Seite zu formulieren.

Unter den Beteiligten dieser Gespräche waren genügend Kolleginnen und Kollegen, die mit mir der Frage nachgehen konnten, inwieweit sich in diesem Konflikt zwischen Krankenhausstation und ambulantem Dienst die typischen innerpsychischen und familiären Konfliktkonstellationen der betroffenen Klienten, die dies alles ausgelöst hatten, wiederfinden ließen. Durch solche Überlegungen konnte ein wesentlicher Aspekt des Konflikthintergrundes aufgeklärt werden. Es wurde zudem deutlich, daß man nur gemeinsam die gegenseitigen Erwartungen würde umsetzen können, d. h. der Station wurde klar, daß sie einerseits die ambulanten Betreuer gut informieren mußte über das, was in der stationären Behandlung von Bedeutung gewesen war. Umgekehrt wurde den ambulanten Betreuern klar, daß sie die Station rechtzeitig bei anstehenden stationären Wiederaufnahmen ebenfalls über die vermuteten Hintergründe informieren mußten und über das, was in der ambulanten Betreuung von Bedeutung war.

Nach einigen Gesprächen ließen sich die Hauptkonfliktpunkte aufklären und dies führte zu einer Beendigung der destruktiven und für die Patienten nachteiligen Entwicklung. Beide Seiten vereinbarten eine einmal im Monat stattfindende gemeinsame Besprechung, um ihre Klienten besser und ohne destruktive Konfliktentgleisungen betreuen zu können. In solchen Gesprächen wuchs etwas, was selbstverständlich klingen mag. Der jeweils ambulant und stationär gesehene Ausschnitt des Lebens der betroffenen Klienten gehört zusammen und zeigt erst den ganzen Menschen, wenn er von allen Behandlern und Betreuern auch gemeinsam gesehen wird. Soweit zu einer immer wiederkehrenden Konfliktlinie zwischen Krankenhaus und ambulanten Betreuungsdiensten.

In einem anderen heftigen und über mehrere Jahre quälenden Konfliktfall zwischen zwei ambulanten Diensten, einem etablierten und einem neu hinzugekommenen, konnte trotz solcher sozialtherapeutischer Konfliktgespräche kein Fortschritt erreicht werden. Die Reflexion der auf die spezielle Klientel dieser beiden Dienste bezogenen Gegenübertragungsgefühle brachte lange Zeit keinerlei Entschärfung und konstruktive Entwicklung. Die stellte sich erst dann ein, als sich auf beiden Seiten Mitarbeiter aus der

ersten Linie zurückzogen und statt dessen für neue Entwicklungen offene Kräfte kamen. Sehr viel später wurde deutlich, daß sich die Kampfhähne in vorderster Reihe von Angst und Unzulänglichkeitsgefühlen so bedroht sahen, daß der eskalierende Streit als Widerstand gebraucht wurde, weil man sich den so bedrohlichen Gefühlen nicht stellen konnte. Solche Entwicklungen konnte ich immer wieder beobachten.

Sozialtherapeutische Verstehens- und Herangehensweise hat da ihre Grenzen, wo Widerstände zum Schutz gebraucht und nicht aufgegeben werden können.

Insgesamt entwickelte sich aus diesen konfliktorientierten Gesprächsrunden, die oft wesentliche Barrieren für Kooperation abbauen konnten, eine Kultur des »psychosozialen Dialogs«, die bis heute in weiten Bereichen fast zur Selbstverständlichkeit geworden ist. Sie diene als Orientierungshilfe für das, was später »Helferkonferenzen« genannt wurde.

## **Interaktionsdynamik in der Einzelfallbetreuung**

Psychiatrische Patienten haben sehr häufig mit einer vielfältigen Helferszenarie zu tun, die auch in öffentliche Verwaltungen und Behörden hineinreicht.

Das Spektrum der Beteiligten ist weit gefächert: Krankenkassen, Rentenversicherungen, Berater von Rentenversicherungen, Medizinische Dienste der Krankenkassen oder des Arbeitsamtes, Sachbearbeiter und Behindertenberater beim Arbeitsamt, Sachbearbeiter beim Sozialamt, andere Beratungseinrichtungen wie Jugend- und Drogenberatung, medizinische Rehabilitationskliniken oder das Jugendamt, wenn Kinder oder Jugendliche durch die Erkrankung von Eltern in schwerwiegender Weise betroffen sind.

Es ist schon vielfach beschrieben worden (vgl. Scheer-Wiedmann & Wirth 1978), daß bei einer so vielfältigen Helferszenarie jeder sein eigenes Rezept für eine positive Entwicklung im Kopf hat.

Ohne es näher untersuchen zu wollen, können wir davon ausgehen, daß bei bestimmten Störungsformen, wo insbesondere Spaltungsabwehr eine Rolle spielt, es zu einem manchmal undurchschaubaren Gegeneinander und ungewöhnlichen Bündnissen der beteiligten Institutionen kommt.

Um diesem Mißstand entgegenzuwirken, war in Gießen das Konzept der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften* formuliert und entwickelt worden, im

psychiatrischen Bereich bedurfte es der Weiterentwicklung dieses Gedankens in Richtung einer »gemeinsamen Fallbesprechung« aller beteiligten Institutionen, wobei die Frage der Schweigepflicht geklärt werden mußte und in vielen Fällen auch die Frage der Beteiligung des Klienten an einer solchen Besprechung. Häufig ging es um ein szenisches Verstehen dessen, was sich zwischen Klient und den verschiedenen Helferinstitutionen abspielte, wenn die Feindseligkeit noch nicht zu einem offenen Krieg ausgebrochen war. Im zweiten Schritt ließ sich meist die Zahl der beteiligten Helferinstitutionen drastisch reduzieren, man überlegte zusammen, wie man zu einer festen Absprache mit dem betroffenen Klienten kommen konnte, um dessen Mitwirkung man warb.

Daher machte es oft Sinn, solche Besprechungen gemeinsam mit dem betroffenen psychisch kranken Menschen durchzuführen. Es gab mit diesen sogenannten Helferkonferenzen zum Teil problematische, aber zum größeren Teil sehr positive Erfahrungen, so daß sich daraus zumindest immer wieder in Ansätzen so etwas entwickelte wie eine psychodynamisch orientierte Fallbesprechung, über Institutionsgrenzen hinweg, wie man sie auf einer gut geführten, psychodynamisch orientierten Station findet. All die verschiedenen Seiten und Anteile können angesprochen und zusammengetragen werden und erleichtern so einen therapeutischen Versuch zur Integration dessen, was aufgespalten ist und auseinanderstrebt. Sehr häufig wandten sich Klienten gleichzeitig oder kurz nacheinander an die verschiedensten Institutionen mit der Bitte um Hilfe und in der Regel fanden sich überall »hilfreiche Hände«, die zwar wohlmeinend waren, aber im Endeffekt trotzdem das Chaos des Klienten reproduzierten oder vervielfachten.

Ich wurde in meiner Zeit als Psychiatriekoordinator sehr häufig gebeten, solche fallzentrierten Helferkonferenzen zu moderieren. Man suchte eine Person, die nicht in die Szenerie verwickelt war. Dieses Verfahren wurde später fortgeführt, man holte aus benachbarten Diensten jemanden zur Moderation. Durch regelmäßige Treffen aller psychiatrischen Dienste und Einrichtungen kannte man sich nach einigen Jahren recht gut, hatte die anfänglichen Ressentiments, Ängste und Zurückhaltung abgelegt und konnte trotz divergierender Interessenlage der Anstellungsträger auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter relativ gut kooperieren.

In den Sozialtherapieseminaren am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Gießen bearbeiten wir regelmäßig solche schwierigen und

komplexen Fallgeschichten, z. T. im Rollenspiel. Dort konnte ich einmal miterleben, wie sich ein Sozialarbeiter im Rollenspiel aus dem ihm eigenen Verständnis von Aufgabe und Verantwortung des Jugendamtes dazu verführen ließ, als Hauptverantwortlicher in einem Multiproblemfall die Moderation eines solchen Helfergespräches zu übernehmen. Als das Rollenspiel 10-15 Minuten gelaufen war, warf er verzweifelt das Handtuch mit der Bemerkung »ich schaffe das jetzt nicht mehr, ich weiß ja gar nicht mehr, auf welcher Seite ich eigentlich stehe !«. Die Nicht-Verwicklung in den Fall ist also eine ganz wesentliche Voraussetzung dafür, eine solche Helferrunde zu moderieren, gute Kenntnis des psychosozialen Arbeitsfeldes, Erfahrung und Ausbildung in Familien- und Sozialtherapie sind ebenfalls sehr wichtig (vgl. Kleinschnittger 1998, S. 21).

Heute bin ich manchmal verwundert über die Selbstverständlichkeit, mit der zwischen den Diensten verschiedener Träger solche fallbezogenen Besprechungen unter psychodynamisch therapeutischen Gesichtspunkten durchgeführt werden unter Nutzung der entstandenen Gegenübertragungsgefühle. Es macht die Arbeit weniger aufreibend, zufriedenstellender und es hebt die sonst bestehende Einsamkeit und Isolierung mit den eigenen Gefühlen von Unzulänglichkeit, Angst und Hilflosigkeit auf. Es stellt allerdings auch das in Helferkreisen nicht unbeliebte Motto in Frage: »Viel Feind, viel Ehr«.

## **Neuentwicklung von Hilfsangeboten nach sozialtherapeutischen Prinzipien**

Bei der Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft ging es auch um Neuentwicklung bisher nicht vorhandener psychiatrischer Hilfsangebote. Dabei bewährte sich ein Verfahren, das alle psychiatrisch Tätigen in einer Region bei der Beschreibung des Bedarfs an bestimmten Hilfsfunktionen, den Erwartungen daran und ihrer konkreten Ausgestaltung von Anfang an in gemeinsamen Besprechungen einbezog. Hier konnten schon im vorhinein Erwartungen abgeklärt werden, Möglichkeiten und Grenzen miteinander besprochen werden, so daß für unrealistische Erwartungen, die meist jenseits aller Wirklichkeiten in die Höhe schießen, kaum Platz war. Psychiatrie ist für solche realitätsfernen Illusionen ein guter Nährboden.

Diese gemeinsamen Besprechungen hatten ebenfalls den Effekt, daß sich alle psychiatrisch Tätigen einer Region relativ gut kennenlernen konnten und über diese Gespräche und Konferenzen eine gemeinsame Philosophie und Verantwortung für das entwickelten, was entstehen sollte. So wurden die bekannten gegenseitigen Schuldzuweisungen und Vorwürfe, die im psychiatrischen Bereich immer wieder Konjunktur haben, präventiv bearbeitet. Um in den Konferenzen die eigenen Erwartungen formulieren zu können, mußten jeweils die inneren Zusammenhänge des eigenen Dienstes erläutert werden, d. h. sie wurden klarer. Alle Beteiligten konnten sich so in die innere Struktur der anderen Dienste hineindenken und deren Möglichkeiten und Grenzen spüren. Alle diese Gesprächsebenen trugen zur Klärung und Transparenz bei und boten weniger Raum, unbewußte Erwartungen und uneingestandene Illusionen zu pflegen.

Die Konfrontation mit der sozial relevanten Realität, dies ist ein bekannter Zusammenhang aus der Vorurteilsforschung, trägt in der Regel dazu bei, weniger Feindbilder aufzubauen oder bestehende abzubauen. Sie können durch unbewußte Ängste ins Unermeßliche wachsen, wenn sie der Realitätssprüfung nicht ausgesetzt sind.

## **Die veränderte Bedeutung des Psychiatrischen Krankenhauses**

An einem bestimmten Punkt der Entwicklung entstand ein anderer Grundwiderstand. Das Krankenhaus bekam mit eben dieser Entwicklung Probleme, die ursprünglich einmal von ihm selbst ausgegangen war. Es hatte in der Zwischenzeit sehr viele innere Umstrukturierungen vornehmen müssen, u. a. in Folge der Gesundheitsstrukturreform und sah sich einem größer gewordenen und selbstbewußter auftretenden ambulanten Betreuungsangebot für psychisch Kranke gegenüber. Es sperrte sich dann dagegen zur Kenntnis zu nehmen, daß es nicht mehr der Hort psychiatrischer Kompetenz, für den es sich immer gehalten hatte, und psychiatrischer Alleinunterhalter war, der sich bei öffentlichen Anlässen als solcher präsentieren konnte.

Es sah sich ebenfalls in seinem Anspruch angezweifelt, daß das in seinen Mauern geltende medizinische Krankheitsmodell das alleingültige sein könne. D. h., es galt Abschied nehmen von vielen lieb gewordenen und Ichstärkenden Funktionen, von Macht und Bedeutung. Dies wurde nach eini-

gen Jahren Tätigkeit als Psychiatriekoordinator zu einem sehr schmerzlichen Prozeß, der mit Konflikteskalationen verbunden war. Sie wurden zum Teil in die kommunalpolitische Ebene hineingetragen und so dem bisher entwickelten sozialtherapeutischen Konfliktbearbeitungsmöglichkeiten erst einmal entzogen.

Heute scheint diese Phase beinahe überwunden zu sein und manchmal kommt die Kehrseite der ganzen Entwicklung zu Tage. Die stationäre Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus ist teilweise zu einer stationären Krisenintervention geworden. Sie ist kaum noch in der Lage, therapeutisch im eigentlichen Sinne zu arbeiten, weil z. B. die Zeit dafür fehlt. Bei einer Durchschnittsaufenthaltsdauer von ca. 3 Wochen pro Patient kann man sich das vorstellen.

Viele leichter erkrankte Patienten können heute erfolgreich ambulant oder tagesklinisch behandelt werden, die früher längerfristig stationär zur Behandlung kamen. Stationär psychiatrisch Tätige haben also vieles verloren, was Bestätigung und Zufriedenheit mit ihrem Beruf bringen konnte. Gleichzeitig sehen sie sich oft unrealistischen Erwartungen ambulanter Betreuer ausgesetzt, was die Wirksamkeit stationärer Behandlung heutzutage angeht.

Als ich Anfang der 80er Jahre meine Tätigkeit im psychiatrischen Bereich begann, sah man innerhalb der beteiligten Einrichtungen und Verwaltungen und auch der kommunalen Politik psychosoziale Kooperation und Koordination als überflüssigen Luxus an. Gleiches galt für Supervision.

Heute hat sich in vielen Bereichen psychosozialer Arbeit und bisweilen in kommunaler Politik der Gedanke Raum geschaffen, daß insbesondere bei schweren Störungen von Menschen oder Familien bzw. sogenannten Multi-problemfamilien eine koordinierte Arbeitsweise der beteiligten Helfer und Helferinstitutionen als unabdingbar erweist. Die innerinstitutionellen Widerstände gegen eine solche Arbeitsweise sind z. T. geringer geworden. Der Grundgedanke von Sozialtherapie als interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit hat sich mehr Raum in psychosozialer Praxis verschafft. Auch in den Förderrichtlinien übergeordneter Verwaltungen und Bundesgesetzen (vgl. Kinder- und Jugendhilfegesetz) hat er Eingang gefunden.

Trotzdem gibt es immer wieder Gegenbewegungen als Mitarbeiter, Einrichtungs- oder Trägeregoismen, die solchen Entwicklungen Widerstand leisten. Besonders im Zusammenhang mit der Entwicklung von Qualitätsmanage-

ment im Gesundheits- und Sozialwesen in Zeiten knapper werdender Ressourcen sind solche Gegenbewegungen zu beobachten.

Die beschriebene gemeindepsychiatrische Entwicklung mit Hilfe von Prinzipien und Vorgehensweisen aus der psychoanalytischen Sozialtherapie wurde möglich durch den Konsens der beteiligten Träger und der verantwortlichen Kommunalpolitiker.

## Literatur

- Argelander, H. (1970): Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. In: *Psyche* 24, S. 325–345.
- Bauriedl, T. (1984): Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Bauriedl, T. (1994): Auch ohne Couch, Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Breuer, M. & Dierking, W. (1992): Psychosoziale Therapie und introspektives Konzept in der kommunalen Psychiatrie. In: *Psychosozial* 49/50.
- Buchholz, Michael (1995): Die unbewußte Familie. Lehrbuch der psychoanalytischen Familientherapie, (Reihe Leben lernen 104). (J. Pfeiffer).
- Bundesverband für analytische Paar- und Familientherapie (Hg.) (2000): Beziehungsdynamik, Heft 1.
- Fertsch-Röver, C. (1986): Überlegungen zur Kooperation – am Beispiel einer PSAG-Untergruppe. In: BmJFG (Hg.) (1986): Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung« – Psychosoziale Versorgung und Kooperation, Projekt: Gießen. Stuttgart (Kohlhammer), S. 66–77.
- Fürstenau, P. (1977): Über die politische Relevanz psychoanalytischer Praxis. In: *Gruppendynamik* 8, S. 49–65.
- Gerhard, H., Luxa, M., Rapp, V. & Vogel, R. (1999): Der Sozialtherapeut: Spezialist für Zusammenhänge. In: *Sozial extra* 7/8, 1999, S. 17–18.
- Keupp, H. (1990): Psychosoziale Probleme aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Thom, A., Wulff, E. (Hg.) (1990): *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn (Psychiatrie Verlag), S. 76–95.
- Kindschuh, E., Kleinschnittger, J., Martin, M., Neraal, T. & Thome, Ch. (1980): Familientherapie und Heimerziehung. In: Dierking, W. (Hg.) (1980): *Analytische Familientherapie und Gesellschaft*. Weinheim und Basel (Beltz-Verlag), S. 105–115
- Kleinschnittger, J. (1986): Problemfelder, Tendenzen und Initiativen in der Heimerziehung – Erfahrungen in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Gießen. In: BmJFG (Hg.) (1986): Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung« – Psychosoziale Versorgung und Kooperation, Projekt: Gießen. Stuttgart (Kohlhammer), S. 93–116.
- Kleinschnittger, J. (1995): Grundlagen und Voraussetzungen für Qualitätssicherung in der Gemeindepsychiatrie. In: LWV Hessen (Hg.) (1995): *Qualitätssicherung in der Gemeindepsychiatrie*. (Kassel), S. 41–56.
- Kleinschnittger, J. (1996): Psychiatrie heute – Hat beziehungs-dynamisches Denken und Handeln darin Platz? In: Möhring, P. & Neraal, T. (Hg.) (1996): *Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie. Das Gießener Konzept in der Praxis*. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 336–355.



- Kleinschnittger, J. (1998): Gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem im Lahn-Dill-Kreis. Wetzlar (vorgelegt im Auftrag des Lahn-Dill-Kreises).
- Kleinschnittger, J. & Bosselmann, R. (1980): Analytische Familientherapie im Heim – Reflexion erster Erfahrungen. In: *Psychosozial Heft 2 / 1980*. S. 104–112.
- Kleinschnittger, J., Reimitz, M. & Wirth, H.-J. (1980): Neuland – Psychosoziale Hilfe und Selbsthilfe in der Provinz. In: *Psychosozial Heft 2/1980*, S. 14–29.
- Leyer, E.M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Opladen (Westdeutscher Verlag).
- Lorenzer, A. (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Mentzos, S. (1976): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt (Suhrkamp).
- Mentzos, S. (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen (Vandenhoeck u. Ruprecht).
- Möhring, P. & Neraal, T. (Hg.) (1990): Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie. Das Gießener Konzept in der Praxis. Gießen 1996 (Psychosozial-Verlag).
- Parin, P. (1977): Das Ich und die Anpassungs-Mechanismen. In: *Psyche 31*, S. 481–515.
- Richter, H.E. (1963): Eltern, Kind und Neurose. Psychoanalyse der kindlichen Rolle. Reinbek (Rowohlt).
- Richter, H.E. (1970): Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Reinbek (Rowohlt).
- Richter, H.E. (1972): Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Psychoanalyse in Kooperation mit Gruppeninitiativen. Reinbek (Rowohlt).
- Richter, H.E. (1974): Lernziel Solidarität. Reinbek (Rowohlt)
- Richter, H.E. (1977): Hat die Psychoanalyse in der Randgruppenarbeit eine Chance? In: Kutter, P. (Hg.) (1977): Psychoanalyse im Wandel. Frankfurt a.M. (Suhrkamp), S. 122–147.
- Richter, H.E. (1978a): Was ist Sozialtherapie? In: Richter, H.E. (1978): Engagierte Analysen. Über den Umgang des Menschen mit dem Menschen. Reinbek (Rowohlt), S. 165–175.
- Richter, H.E. (1978b): Psychoanalyse und psychosoziale Therapie. In: *psychosozial 1/78*, S. 7–29.
- Richter, H.E., Strotzka, H. & Willi, J. (Hg.) (1976): Familie und seelische Krankheit. Eine neue Perspektive der Psychologischen Medizin und der Sozialtherapie. Reinbek (Rowohlt).
- Schami, R. (1989): Erzähler der Nacht. Weinheim und Basel (Beltz und Gehlberg).
- Scheer-Wiedmann, G. & Wirth, H.-J. (1978): Kooperation statt Verzettlung der Verantwortung. In: *Psychosozial 2/78*, S. 114–129.
- Sperling, E. (1982): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen.
- Stierlin, H. (1975): Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Theorie Klinik. Stuttgart (Klett).
- Strotzka, H. (1971): Die soziale Verantwortung des Psychotherapeuten. In: Strotzka, H. (1973): Neurose, Charakter, soziale Umwelt. Beiträge zu einer speziellen Neurosenlehre. München (Kindler), S. 203–214.
- Willi, J. (1975): Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen – Störungsmuster – Klärungsprozesse – Lösungsmodelle. Analyse des unbewussten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: Das Kollisions-Konzept. Reinbek (Rowohlt).
- Willi, J. (1978): Therapie der Zweierbeziehung. Analytisch orientierte Paartherapie. Anwendung des Kollisions-Konzeptes. Handhabung der therapeutischen Dreiecksbeziehung. Reinbek (Rowohlt).
- Wirth, H.-J. (1981): Behinderte Kommunikation. Probleme der Kooperation in der Behindertenarbeit. In: *Psychosozial 2/81*, S.79–98.
- Wirth, H.-J. (1999): Psychoanalytische Sozialtherapie. Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrages in Berlin.