

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt Genderperspektive

Auch wenn in den letzten Jahren die Bedeutung einer geschlechtsspezifischen Perspektive in der Psychiatrie immer mehr erkannt worden ist, fehlt es noch an Verständnis und Akzeptanz. Nur in Ausnahmefällen wird die Geschlechterfrage in Forschung und Praxis gestellt und die Geschlechterhierarchie hinterfragt. Ein Beitrag zu einer längst überfälligen Debatte.



3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Blick auf Sinn von Psychosen**

Aus feministischer Sicht müssen
bisherige Selbstverständlichkeiten
hinterfragt werden

Polina Hilsenbeck, Seite 4

■ **Unterschiedliche Leidensformen**

Frauen erleben psychische Er-
krankungen anders als Männer

Anita Riecher-Rössler, Seite 8

■ **Gender-Perspektive in der syste-
mischen Therapie und Beratung**

Symptombildungen am Beispiel
einer Durchschnittsfamilie

Andrea Ebbecke-Nohlen, Seite 10

■ **Die Schatten des Zeus**

Widersprüchliche Welten prägen
das Bild. Acht Thesen zu Selbstbild
und Rolle der Männer heute

Ulrich Pfeifer-Schaupp und
Michael Götz-Kluth, Seite 14

■ **Erschwerte Hilfesuche**

Männliches Selbstverständnis ver-
ringert die Wahrnehmung von
Ängsten und Leiden

Anne Maria Möller-Leimkühler,
Seite 17

■ **Keine geschlechterdifferenzierte
Sichtweise in der Versorgung**

Die Sozialpsychiatrie hat das
„Geschlecht“ als soziale Kategorie
bisher vernachlässigt

Hadwig Reinerth, Seite 19

■ **Augenmerk auf die Frauen-
Perspektive**

Der Arbeitskreis Frauen und Psy-
chiatrie Stuttgart setzt sich für
erweitertes Beratungsangebot ein

Malu Laderer und Ragnhild
Neunhöffer, Seite 21

23 Spectrum

■ **Kampf gegen Stigmatisierung**

„Pro Werte Wien“ ist eine
Gesellschaft, die sich stark am
Kunden orientiert

Interview mit Elisabeth Muschik,
Seite 23

■ **Unabhängig und parteilich**

Patientenvertrauenspersonen sind
in den Niederlanden in einer
Stiftung organisiert

Interview mit Harry Manders,
Seite 24

■ **Nutzerbeteiligung konkret**

Erfahrungen in der PPQ-Werkstatt
„Offener Treff“ in Wetzlar

Wolfgang Muy und Knuth Stamer,
Seite 27

28 Leserbrief

30 Nachrichten

31 Termine

Editorial

In der Sozialpsychiatrie hat sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel vollzogen. Die Orientierung an der Subjektivität psychisch erkrankter Menschen bei der Gestaltung von sozialpsychiatrischen Hilfen und die Personenzentrierung beim Verständnis psychischer Erkrankungen ist in den Vordergrund getreten. Die dabei in den Mittelpunkt gerückten Personen und Subjekte scheinen oft auf eigentümliche Art und Weise geschlechtsneutral zu sein. Seit der Psychiatrie-Enquete wurde nur in Ausnahmefällen die Geschlechterfrage in Forschung und Praxis gestellt - und die Geschlechterhierarchie hinterfragt.

Wie Männer und Frauen ihr Leiden zum Ausdruck bringen, zu welchem Zeitpunkt ihrer Biographie dies geschieht, woran sie erkranken, ob, wie und in welcher Form sie Hilfe suchen - dies alles hängt nicht zuletzt von ihren geschlechtsspezifischen Sozialisationserfahrungen, von Rollenverständnissen, Selbstbildern und Deutungsmustern ab. Wie psychisch kranke Menschen innerhalb des Hilfesystems behandelt werden, hängt häufig auch von den Bildern von männlichen und weiblichen Lebenswelten der Helfenden ab. Wer in der Psychiatrie etwas zu sagen hat, welche Rollen gesucht und zugewiesen werden, ist in der Regel nicht unabhängig vom Geschlecht.

Auch wenn in den letzten Jahren die Bedeutung einer geschlechtsspezifischen Perspektive in der

*Liebe Leserin,
lieber Leser*

Psychiatrie zunehmend erkannt worden ist, fehlt es häufig noch an Verständnis und Akzeptanz. Anders in den Niederlanden, wo bereits seit Mitte der achtziger Jahre Erkenntnisse über kulturelle und geschlechtstypische Unterschiede umgesetzt werden. Noch immer wissen wir zu wenig über Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, die vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels der Geschlechterrollen entstehen. Obwohl Frauen signifikant häufiger seelisch erkranken und mit Psychopharmaka behandelt werden müssen, wird die Wirksamkeit dieser Medikamente überwiegend bei Männern geprüft, weil solche Studien bei Frauen schwieriger und aufwendiger sind. Dies hat dazu geführt, dass über Nebenwirkungsprofile der Psychopharmaka bei Frauen weniger bekannt sind als bei Männern. Dagegen ist die geschlechtsspezifische Gesundheits- und Krankheitsforschung bisher weitgehend frauenspezifisch ausgerichtet gewesen.

Mit der vorliegenden Ausgabe der Kerbe möchten wir die Auseinandersetzung über das Thema Genderperspektive, die Sensibilisierung für die Wahrnehmung von geschlechtsspezifischen Unterschieden im Feld der Sozialpsychiatrie anregen. Ein Beitrag zu einer längst überfälligen Debatte.

Doris Biedermann
Jürgen Armbruster

Sinn und Eigensinn von Psychosen aus feministischer Sicht

Bisherige Selbstverständlichkeiten, Werte und Machtverhältnisse müssen hinterfragt werden / Philosophische, psychologische und soziale Dimensionen

Von Polina Hilsenbeck

Die Frage nach dem Sinn von Psychosen und der feministischen Sicht eröffnet philosophische wie auch psychologische und soziale Dimensionen. Eine Frau mag ihren persönlichen oder spirituellen Sinn in Psychoseerfahrungen entdecken, indem sie nach Entstehungsgeschichten fragt, und in der Bewältigung progressiven Sinn findet. Psychoanalyse, englische und italienische Antipsychiatrie, familientherapeutische und systemische Ansätze, später Berichte von Betroffenen und Psychoseseminare haben ihre je eigenen Ansätze des Verstehens entwickelt. Fachleute können ebenso wie die Verantwortlichen der Gesellschaft und Betroffenenverbände in Psychosen deren Hinweischarakter für gesellschaftliche Missstände und Veränderung von Versorgungskonzepten erkennen. Die feministische Sicht stellt nun spezifisch Lebenssituationen, Aufgaben, Rollen und deren Widersprüche, die gesellschaftliche Position von Frauen, sowie die Gewalt von Männern gegen Frauen und Kinder und deren Bewältigung in den Mittelpunkt. Bisherige Selbstverständlichkeiten und Werte wie auch Machtverhältnisse werden hinterfragt.

Ein feministischer beziehungsweise emanzipatorisch frauenspezifischer Ansatz in der Psychiatrie weist weit über das Verständnis von Psychosen hinaus. In diesem Artikel wird lediglich gefragt, was eine feministische Sicht zum Sinnverständnis beitragen kann, ob Frauen anders als Männer Psychosen entwickeln und bewältigen und inwiefern dies auch für Männer neue Perspektiven eröffnen kann.

Feministische Psychologie beschreibt die der gesellschaftlichen Arbeitsteilung und Machtungleich-

heit entsprechende Sozialisation von Frauen und Männern, die stärkere Beziehungsorientierung von Frauen, die Verinnerlichung von Gewalt- und Abhängigkeitsverhältnissen sowie die resultierenden psychodynamischen Prozesse und deren jeweiligen religiösen und ideologischen Überbau. In neuerer Zeit wird eine feministische meist mit einer kulturdifferenzierten Perspektive verschränkt gedacht, um ethnozentrische oder ahistorische Generalisierung zu vermeiden.

Eine feministische Handlungskonzeption betont insbesondere Gleichberechtigung und Emanzipation, Empowerment und Macht von Frauen als Zielperspektive; sie baut auf neue Lebensentwürfe, wobei Frauenzusammenhänge und Frauenräume nicht nur als Schutzraum, sondern als eine kulturelle Notwendigkeit zur Veränderung von Perspektiven und Identitäten gelten. Gendermainstreaming als politische Strategie fordert geschlechterdifferenzierte und Ungleichheiten dekonstruierende Perspektiven sowie Gleichstellung von Frauen als Querschnittsaufgabe in allen gesellschaftlichen Bereichen.

Feminismus und Psychiatrie

In den ersten Jahren der feministischen Psychiatriekritik standen die Strukturen und Machtverhältnisse der Kleinfamilie, Abwertung und Abhängigkeit von Frauen als belastende und verrückt machende Faktoren im Mittelpunkt. Darüber hinaus die Strukturgleichheit des psychiatrischen Systems mit den krankmachenden Gegebenheiten: Psychiatrie als patriarchales System. Psychose wurde als Widerstand gegen Zumutungen und Ausdruck von Leiden verstanden.

Die Frage nach Ursachen führte hin zur Notwendigkeit von Veränderungen im privaten wie im politischen Bereich.

All diese Entwicklungen wurden im deutschsprachigen Raum mit der Gründung von zahllosen, mittlerweile institutionalisierten Fraueneinrichtungen als Handlungsfelder sozialer und kultureller Arbeit beantwortet. Diese wiesen ab 1980 auch auf den damals noch weitgehend tabuisierten Bereich von Gewalt gegen Frauen und sexuellem Missbrauch an Kindern hin, verweigerten sich aber wie die Organisationen der Antipsychiatrie dem auf Diagnosen und Pathologien fixierten Blick. Bis auf wenige Ausnahmen wurden kaum spezifische Angebote für Psychoseerfahrene entwickelt. Auch in der Sozialpsychiatrie gab es Veränderungskonzepte von Kolleginnen; vor allem im stationären Bereich jedoch stießen Initiatorinnen schnell auf Grenzen des Machbaren. Die Psychiatrie als medizinisches System stellt kaum Sinnfragen. So finden wir im psychiatrischen Bereich im Vergleich zu anderen psychosozialen Arbeitsfeldern immer noch allenfalls recht allgemeine Aussagen und wenig Praxis, obwohl mehrere Kongresse sowie Veröffentlichungen Inspiration und Vernetzung schufen (Chesler 1977, Burgard 1988, Hoffmann 1991, Hilsenbeck 1991 und 1992, Schneider/Tergeist 1993, Brügge/Wildwasser 1998).

Soziale Perspektiven und soziale Netzwerke als Prävention

Frauen überwiegen sowohl im stationären als auch im „komplementären“ psychiatrischen Bereich, sowie bei der diagnostischen Häufigkeit, ausgenommen die Suchterkrankungen (Ernst/Füller

1989, Rohde 1993). Entsprechend den diagnostischen Anhäufungen lesen sich denn auch die Verordnungen von Medikamenten: Statistiken der Krankenkassenverbände zeigen, dass an Frauen 70,2 Prozent aller Psychopharmaka verwendet werden (Glaeske 1992). Zumindest die Pharmaindustrie also kann sich einen finanziellen Sinn aus Psychosen von Frauen machen, um so mehr, wenn sie endlich geschlechtsdifferenziert forscht und entwickelt.

Eine Rangliste von psychischen Störungen der WHO verdeutlicht die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Erkrankung zu entwickeln: an oberster Stelle steht die Bevölkerungsgruppe der nicht berufstätige Hausfrau und Mutter, an unterster der verheiratete berufstätige Mann: die Hausfrauenehe also ein Gesundheitsrisiko für Frauen? Die nächst größeren Risikogruppen: arbeitslose Männer, alte Menschen sowie Migrantinnen und Migranten weisen auf die Faktoren Isolation, außerdem Status, Abwertung und Diskriminierung, sowie eingeschränkter Zugang zu Ressourcen und gesellschaftlicher Einwirkungsmöglichkeit hin. Die entsprechend der Sozialisation von Frauen erwartete eher intrapsychische Konfliktverarbeitung vor dem Hintergrund von vielfältigen biografischen, situativen und psychischen Belastungen könnte in erhöhtem psychischem Stress resultieren, und dieser gilt zumindest als ein Auslöser für psychotische Phasen. Somit haben Psychosen nicht zuletzt einen deutlichen Hinweischarakter auf Überforderung.

Die „High-Risk-Forschung“ weist einen relativ hohen Prozentsatz an psychischen Erkrankungen für Kinder von psychisch kranken und traumatisierten Eltern nach, wenn sie auch nicht beweisen, ob genetische Faktoren, vorgeburtliche Stressoren oder Fremdunterbringung und Trennungserfahrungen pathogenetisch wirken, oder wie Transmission von Trauma über mehrere Generationen genau geschieht. Noch viel weniger geben sie Antwort auf die Frage, warum die Mehrzahl dieser Kinder eben genau keine psychische Krankheit entwickelt, obwohl dies viel bessere Aufschlüsse über präventive

Maßnahmen geben würde (Institut für Soziale Arbeit 2001). Projekte aus Wien und England zeigen indes, dass eine Kombination von funktionierenden professionellen und familiären Netzwerken, Psychotherapie und strukturellen sozialen Verbesserungen die beste Garantie dafür darstellt, dass postpartale Depressionen und Psychosen schnell verschwinden und viel seltener wieder auftreten, und das Kind keine Entwicklungsbeeinträchtigungen aufweist.

Psychiatrische Symptomatik, Gewalt und andere Traumatisierungen

Vermehrt wird in Untersuchungen darauf hingewiesen, dass bei vielen Frauen und Männern mit schwereren psychiatrischen Erkrankungen Gewalterfahrungen und andere Traumatisierungen gefunden wurden. Auch dies könnte die höheren Erkrankungs-raten bei Frauen erklären. Offensichtlich bedarf es einer breiten sozialen Bewegung wie der Frauenbewegung, um das Tabuthema sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Kinder in der Öffentlichkeit und nach langem Widerstand endlich auch im psychiatrischen Diskurs zu verankern. Ganz gleich ob Gewalterfahrungen ursächlich in der Pathogenese eine Rolle spielen, ob Symptome als Bewältigungsstrategien zu verstehen sind, oder aber parallele Bedingungen und Prozesse angenommen werden: in jedem Fall sollten zur Verhinderung von erneuter Traumatisierung und Chronifizierung spezialisierte Behandlungs- und Betreuungsformen eingesetzt werden.

Seit wenigen Jahren wird zwar auch im deutschsprachigen Raum zur Kenntnis genommen, dass Misshandlung, sexualisierte Gewalt und andere Traumatisierungen in der Kindheit bei Selbstverletzung und Borderlinestörungen, insbesondere dissoziativen Störungen in der überwiegenden Zahl der Fälle vorliegen (Egle, Hoffmann, und Joraschky 1997). Wirksame Behandlungskonzepte für die ambulante und stationäre Praxis wurden entwickelt.

Wenig Forschung und therapeutische Ansätze gibt es hingegen zur Relation von Gewalt und Psycho-

se. Dies liegt zum Teil genau an den Konsequenzen und Überlebensmechanismen von Gewalterfahrungen: bei vollständiger Dissoziation oder Symbolisierung stehen Gewalterfahrungen als solche oder einzelne Aspekte nicht mehr dem Bewusstsein zur Verfügung. Da sind Zusammenhänge zunächst schwer festzustellen. Auch Gewaltüberlebende selbst zweifeln bekanntlich am Wirklichkeitsgehalt ihrer Erfahrungen. Zum anderen neigt die Psychiatrie dazu, psychotische Symptomatik nur noch mit medizinischen Mitteln zu untersuchen und zu behandeln.

Die in einigen Untersuchungen festgestellte Häufigkeit von Erfahrungen sexualisierter Gewalt in früher Kindheit in Verbindung mit Wahnbildung oder Halluzinationen lässt ursächliche Zusammenhänge vermuten; dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Zahlen lediglich Erinnerter und Mitteilbares erfassen: 34 bis 70 Prozent je nach untersuchter Zielgruppe (Bryer 1987, Craine 1988, Blessing 1989, Rose 1991, Ensinnck 1992).

Bewältigungsprozesse von Traumatisierungen

Um den Hinweischarakter vieler Psychosen auf traumatische und Gewalterfahrungen zu untermauern, bedarf es eines differenzierten Verständnisses von Bewältigungsprozessen. Wie die folgend beschriebenen ineinander greifen, muss im Einzelnen erst verstanden werden. Dissoziation - eine Fähigkeit des biopsychischen Organismus, Abspaltung des Erlebens vom leichten Trancezustand bis hin zu Amnesie und Schmerzunempfindlichkeit, Depersonalisation und Derealisation, setzt als Bewältigung von überwältigenden Erfahrungen ein. Dies bedeutet einen Wechsel des Bewusstseinszustandes, mit entsprechend unterschiedlichen endokrinen und neurophysiologischen Vorgängen - in der Umgangssprache „neben sich stehen“, „Sprung in der Tasse“, „weggetreten sein“, „einen Schatten haben“. Die relativ unverbundenen Bewusstseinsysteme beeinflussen bei entsprechenden Auslösern unvermutet das Alltagsbewusstsein, wie beispielsweise als visuelles, akustischer oder sensorischer

Frau A mit ihren vier Kindern war zwar schon in der Adoleszenz in psychiatrischer Behandlung, konnte aber nun zwei Gruppen von Auslösern für ihre jeweils wenige Tage andauernden, aber häufigen Schübe identifizieren: Konflikte um die Kinder im Zusammenhang mit Schule, Nachbarschaft und Partnerschaft, die Ängste und Schuldgefühle in ihr weckten zum einen und Demütigungen aus der erweiterten Familie zum anderen

Offensichtlich bedarf es einer breiten sozialen Bewegung wie der Frauenbewegung, um das Tabuthema sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Kinder in der Öffentlichkeit und nach langem Widerstand endlich auch im psychiatrischen Diskurs zu verankern

Eine Rangliste von psychischen Störungen der WHO von 1987 verdeutlicht die Wahrscheinlichkeit, psychisch krank zu werden. An oberster Stelle sehen wir die nicht berufstätige Hausfrau und Mutter, an unterster den verheirateten berufstätigen Mann. Ist die Hausfrauenehe also ein Gesundheitsrisiko für Frauen?

Häufig werden Kindern Gewalterfahrungen abgesprochen oder umgedeutet. Das Kind erhält die Schuld für den Missbrauch oder eine mögliche Familienkrise aufgebürdet. Mütter leugnen die Symptome, können oder wollen die Not des Kindes aber nicht bestätigen. So entkoppelt sich der Zusammenhang zwischen den eigenen Erfahrungen, der Benennung und der Reaktion der Umwelt

Flashback, Entfremdungsgefühl, Panik oder Schmerzzustand.

Dissoziative Phänomene sind auch bei Psychosen zu beobachten. Außerdem bestehen weitgehende Überschneidungen zwischen den Symptomen der dissoziativen Identitätsstörung und den Basis- und Leitsymptomen der Schizophrenie: Stimmenhören, Gedankenentzug, das Gefühl ferngesteuert oder fremdbesetzt zu sein. So wird eine dissoziative Identitätsstörung immer noch oft genug als Schizophrenie fehldiagnostiziert. Stimmen können auch abgespaltene Persönlichkeitsanteile oder Eltern- oder Täterstimmen sein. Dies erfordert eine gründliche Revision der diagnostischen Kategorien.

Feministischer Blick auf die Vulnerabilitäts-Stress-Theorie

Bei psychoanalytisch und sozialpsychiatrisch orientierten Autoren und Autorinnen finden wir Begriffe wie Vulnerabilität, Identitätsstörung, Ichstrukturschwäche, Affektlogik - ohne dass das Thema Gewalt auftaucht. Hierauf bezogen sollen Hypothesen zum Zusammenhang von Gewalterfahrungen und emotionaler Misshandlung in früher Kindheit, Dissoziation und Halluzinationen skizziert werden. Bei Kindern ist die Ich-Struktur noch nicht genügend ausgebildet, um Erfahrungen von sexuellem Mißbrauch, Vergewaltigung und Verlassenheit zu verarbeiten. Insbesondere bei noch nicht ausgereifter Subjekt-Objekt-Differenzierung und sprachlich-kognitiver Kompetenz liegt nahe, dass das Kind eigene Empfindungen, Affekte, Erinnerungen und Phantasien nicht hinreichend von Handlungen, Emotionen und Worten der Täter, Inneres nicht von Äußerem unterscheiden kann. Weder Objekt Konstanz noch ein Gewahrsein der eigenen Konturen und Grenzen auf jeder Ebene können entstehen.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder wird in der überwiegenden Anzahl durch männliche Vertrauenspersonen und Familienangehörige ausgeübt, fast immer in gestörtem Beziehungskontext, oft an psychisch verlassen Kindern. Dies gilt gleichermaßen für die Opfer von Kinderpornografie. So hat das

betroffene Kind nicht nur die massiven Gewalterfahrungen, Überflutung überwältigenden Affekten, sondern auch noch den Verlust der „guten“ Eltern sowie Verleugnung und Bedrohung durch Erwachsene zu bewältigen. Täter erpressen, drohen, foltern. Faktisch oder symbolisch geht es für das Kind um sein Leben. Folge ist, dass die Wurzeln von Vertrauen in Menschen, in sich selbst und den eigenen Körper, in die Welt ebenso wie in das Göttliche verloren gehen oder nie entstehen können.

Double-bind-Konzept und Schuldübernahme

Häufig werden diesen Kindern ihre Erfahrungen abgesprochen oder umgedeutet. Das Kind erhält die Schuld für den Missbrauch oder eine mögliche Familienkrise aufgebürdet. Mütter leugnen die Symptome, können oder wollen die Not des Kindes nicht bestätigen. So entkoppelt sich der Zusammenhang zwischen den eigenen Erfahrungen, der Benennung und der Reaktion der Umwelt; kognitive Dissonanzen können nicht gelöst werden, Realitätsprüfung wird nur partiell entwickelt. Wo die Erinnerung oder die Wahrheit zu bedrohlich wäre, wird sie symbolisiert (auch hier ein Bezug zu psychotischen Inhalten).

Beziehungsbedürfnisse müssen abgespalten werden, oder werden auf Haustiere und Pflanzen oder auch imaginierte Wesen übertragen, mit dem Ziel der Aufrechterhaltung eines labilen Gleichgewichts und der Beziehung zu den Tätern und Mittäterinnen. Interaktionsorientierte Impulse wie jede Art von Aggression oder Abgrenzung, ebenso Teilerfahrungen mit den Bezugspersonen werden abgespalten, die Wahrnehmung fraktioniert sich. Identitätsbildung besteht dann in einer partiellen Identifikation mit Tätern und Ressourcen, aus häufig polaren, unverbundenen Bruchstücken.

Viele dieser Erkenntnisse beziehen sich mit Sicherheit auch auf Männer mit Erfahrungen von sexualisierter Gewalt. Geschlechterdifferenzen bestehen jedoch in der Weiterentwicklung, da die Sozialisation Männern eher eine aggressive Verarbeitung und Identifika-

tion mit Täterschaft, Frauen eine intrapsychische nahegelegt wird. Gleichzeitig ist es für Buben noch viel schwerer, sich Erwachsenen mit ihrer Angst und Demütigung zu öffnen.

Spirituelle Krisen und patriarchale Religion

Nicht ganz in intrapsychische Prozesse oder Bewältigungsstrategie traumatischer Erfahrungen auflösen lassen sich Psychosen mit religiöser Thematik; sie drücken transpersonale Erfahrungen und die Suche nach einem spirituellen Sinn und Erleben aus, wenngleich sie sicherlich auch kompensatorischen Zwecken dienen. Häufig haben gerade Menschen mit extremen und traumatischen Erfahrungen einen besonderen Zugang zum Transpersonalen. Wenn sich aber dieser Zugang während und nach traumatischen Lebensereignissen öffnete, besteht die Gefahr, dass in genau diese entsetzlichen Erfahrungen von Verlassenheit und Gewalt, die als dunkelste Nacht der Seele beschrieben werden, als Herausfallen aus der Welt, als existentielle Schuld, und als Verfolgung oder Besessensein vom Bösen.

Monotheistische patriarchale Religionen sind sicherlich oft auch für Frauen Ressource, vielen aber bieten sie wenig weibliche Identifikation, und bestimmte Aspekte können psychische Spaltungen verstärken. Bei vielen Klientinnen fand ich Verschränkungen von familiären Konstellationen und Traumatisierungen, religiösen Wahnsystemen und spirituellen Erfahrungen, die diesen nach Bearbeitung der Traumatisierungen und Erlernen von Steuerung der Dimensionen ein tiefes Selbst- und Welterleben ermöglichten. Dies allerdings erfordert Jahre.

Salutogenese und Empowerment

Nun wurde viel gefragt und beschrieben, was Frauen krank macht - ein notwendiger Zugang. Nach dem salutogenetischen Ansatz (Antonovsky 1997) sind Kohärenzgefühl (Erklärungen), Handlungsspielräume und Sinnzusammenhänge entscheidend, wie gut eine Person traumatisierende

Lebenserfahrungen verarbeitet. Fragen nach der Entstehung und Funktion von Psychosen, Entscheidungsalternativen für die Klientin, die Nutzung von Ressourcen und Fähigkeiten für die Verbesserung der psychischen Stabilität, und drittens die Erarbeitung von Sinn sollten demnach gesundheitsfördernd wirken. Schließlich leitet dies den Blick von der „Patientin mit Defiziten und Störungen“ hin zu einer Frau, die ihr Leben gelebt hat, die überlebt hat, die Interessen und Fähigkeiten hat, mit der Konsequenz einer veränderten Beziehung zwischen Klientin und Betreuungsperson.

Es liegen meines Wissens noch kaum Untersuchungen darüber vor, inwiefern protektive Faktoren und kompensatorische Fähigkeiten den Verlauf einer posttraumatischen Störung, insbesondere die psychosoziale Entwicklung von über Jahre hinweg körperlicher, seelischer und sexualisierter Gewalt ausgesetzten Kindern beeinflussen. Deutlich ist jedoch, wie eminent wichtig es ist, dass eine stabile erwachsene Vertrauensperson zur Verfügung steht, die Gefühle bestätigt und Ereignisse richtig benennt, die Schutz herstellt, und die Erfahrungen von gesunden und vertrauensvollen, zugewandten und abgegrenzten Beziehungen ermöglicht.

Konzeptuelle Konsequenzen

Konzeptuelle Konsequenzen können hier nur kurz angerissen werden. Ausführungen finden sich im „Handwerksbuch Psychiatrie“ (Hilsenbeck in Bock/Weigand 1998), sowie insbesondere für den ambulanten Bereich in dem kanadischen Standardwerk von Harris und Landis (1997). Zu überlegen wäre zunächst, wo für die Klientin Definitionen wie „Gewaltüberlebende“ oder „spirituelle Krise“ den Selbstwert und damit Selbstverantwortung besser aufbauen als stigmatisierende Diagnosen wie Schizophrenie oder Borderline-Störung, oder das Etikett „psychisch Kranke“ als Angebot zur Identifikation. Befürchtungen wie, dies zerstöre wesentliche Compliance und überhaupt sei nach Abschaffung des Konzepts der schizophrenogenen Mutter und der guten Kooperation mit der Ange-

hörigenbewegung eine erneute Beschuldigung der Familie nicht akzeptabel, sind sicherlich ernst zu nehmen.

Für mich jedoch geht es nicht um irgendeine weitere monokausale Erklärung von Psychosen, und klar ist auch die transgenerationale und gesellschaftliche Dynamik von Traumatisierungen. Mit Sicherheit aber dürfen die oben skizzierten Erfahrungen und Untersuchungen nicht länger ignoriert werden. Und die Compliance kann bei einem differenzierteren Blick und der gemeinsamen Suche nach dem Eigensinn in der Psychose mit Sicherheit nur besser werden, um dann entsprechende Lernschritte für die psychische, soziale und spirituelle Entwicklung zu erarbeiten.

Eckpunkte für Therapie und sozialpädagogische Betreuung

Aus meiner Erfahrung lassen sich Eckpunkte für Therapie und Betreuung ableiten, die einige Modifikationen und Kombination von vorhandenen Konzepten erfordern:

- Erlernen von social skills
- Arbeit mit Übertragung, wie sie die psychoanalytische Psychotherapie entwickelt hat
- Traumabehandlung
- Entwicklung von Ressourcen und Ich-Struktur mit Kunst-, Körper- und Hypnotherapie.

Benennen der Gewalt und Schutz vor Retraumatisierung müssen den Rahmen kennzeichnen; nicht einseitige Regression, vielmehr Parteilichkeit und Empowerment, Unterstützung von Eigenmacht. Gleichermaßen sind Gruppenarbeit und Vernetzung zu fördern, der Aufbau neuer sozialer Zusammenhänge, Selbsthilfegruppen von Gewaltüberlebenden. Gleichzeitig müssen Konsequenzen für sozialpädagogische Betreuung beschrieben werden, da die Bewältigungsprozesse und die ich-strukturelle Entwicklung viele Jahre in Anspruch nehmen können, und die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen diejenigen sind, die Kontinuität über einen längeren Zeitraum herstellen. Hier können basale Erfahrungen wie Vertrauen und Sicherheit, oder Selbst- und Objekt Konstanz wachsen, können

gesündere Beziehungen direkt erlebt werden. In jedem Fall entscheidend ist ein achtsamer, bewusst fördernder Umgang mit folgenden Thematiken:

- Grenzen und Abgrenzung
- Existenzberechtigung und existenzielle Angst
- Schutz und Selbstbehauptung
- Initiative und Willensbildung
- Problemlösung und Verantwortung für sich selbst
- Unterscheidung von früheren und aktuellen situativen Mustern
- Selbstberuhigung und Selbsttröstung
- Selbstwert und Identität
- Klarheit und Benennen von Gefühlen und Erfahrungsdimensionen
- Respekt vor Eigenem, Würdigung von Überlebensstrategien
- Aufbau nicht missbräuchlicher wechselseitiger Beziehungen
- Autonomie und Vertrauen in Hilfe.

Auch für eine differenzierte Perspektive der Angehörigenarbeit sind ein Wissen um Gewalterfahrungen und Vorsicht angebracht, bedarf doch eine Gewaltüberlebende in erster Linie Schutz vor Tätern und (Mit)Täterinnen und Hilfe für ihre existenzielle und bedrohliche Ambivalenz der Familie gegenüber, und nicht Zwangskontakt. Ebenso braucht deren Mutter Unterstützung, wenn sie ihr Kind nicht hat schützen können.

Für enge Kooperation von Frauenprojekten und Sozialpsychiatrie

Schließlich sind insbesondere Träger, Verwaltung und Gesundheitspolitik aufgefordert, strukturell und konzeptuell einen Sinn aus Psychosen zu machen. Frauenprojekte und Sozialpsychiatrie müssten viel enger kooperieren und voneinander lernen. Der Arbeitskreis „Frauen und Psychiatrie“ in München hat Kriterien veröffentlicht, die eine frauengerechte Qualität der (Sozial) Psychiatrie gewährleisten sollen. Darunter sind Anforderungen für die Strukturqualität wie auch für die Prozessqualität formuliert (Arbeitskreis 2000).

Literatur bei der Verfasserin

Ein feministischer oder emanzipatorisch frauenspezifischer Ansatz in der Psychiatrie weist weit über das Verständnis von Psychosen hinaus. In diesem Artikel wird lediglich gefragt, was eine feministische Sicht zum Sinnverständnis beitragen kann, ob Frauen anders als Männer Psychosen entwickeln und bewältigen, und inwiefern dies auch für Männer neue Perspektiven eröffnen kann

Eine feministische Handlungskonzeption betont insbesondere Gleichberechtigung und Emanzipation, Empowerment und Macht von Frauen als Zielperspektive. Sie baut auf neue Lebensentwürfe, wobei Frauenzusammenhänge und Frauenräume nicht nur als Schutzraum, sondern als eine kulturelle Notwendigkeit zur Veränderung von Perspektiven und Identitäten gelten

Unterschiedliche Leidensformen von Frauen und Männern

Die Sozialpsychiatrie kann auf die Gender-Perspektive nicht verzichten / Vorgetäuschte und echte Unterschiede

Von Anita Riecher-Rössler

Frauen leiden ‚anders‘ als Männer. Viele psychische Erkrankungen sind bei Frauen häufiger, andere wiederum bei Männern. Die Ursachen dieser Häufigkeitsunterschiede sind vielfältig. Zum einen handelt es sich nur um vermeintliche Unterschiede, etwa dadurch, dass Frauen deutlich häufiger therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen oder dass bestimmte Diagnosen bei Frauen eher gestellt werden. Doch es gibt auch zahlreiche echte Geschlechtsunterschiede. Diese sind meist multifaktoriell bedingt – durch das biologische Geschlecht (sex) einschließlich seiner Genetik, seiner Anatomie, seiner Hormone einerseits, durch das psychosoziale Geschlecht (gender) mit all den zugeschriebenen und übernommenen Rollen in Partnerschaft, Familie, Beruf, Politik, ökonomischen Strukturen und Kulturen andererseits. Eine ‚geschlechtersensible‘ Psychiatrie und Sozialpsychiatrie berücksichtigt all diese Einflüsse sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie.

Die Besonderheiten psychischer Erkrankungen bei Frauen sind immer noch ein vernachlässigtes Gebiet der deutschsprachigen Psychiatrie und Psychotherapie – auch wenn sich in den letzten Jahren schon viel getan hat. Das Gebiet ist umfangreich: Es erstreckt sich von den frauenspezifischen psychischen Erkrankungen im Rahmen der weiblichen Reproduktionsvorgänge bis zu den Geschlechtsunterschieden in Häufigkeit, Symptomatik und Verlauf vieler psychischer Erkrankungen. Zu berücksichtigen sind auch die verschiedenen geschlechtsspezifischen Risiko- und Einflussfaktoren – von den weiblichen Sexualhormonen bis zur geschlechtsunterschiedlichen Verteilung psychosozialer Risikofaktoren und protektiver Faktoren. Weitere Themen sind etwa die Geschlechtsunterschiede

in der Krankheitswahrnehmung, im Bewältigungs- und Hilfesuchverhalten sowie die Besonderheiten der Psychopharmako-, aber auch der Psychotherapie bei Frauen einschließlich des geschlechtsspezifischen Verhaltens von Therapeuten und Therapeutinnen bei Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie. Im folgenden können nur einige wenige dieser Themen berührt werden.

Frauen leiden anders als Männer

Frauen leiden häufiger an zahlreichen psychischen Erkrankungen und nehmen nach Wittchen und anderen (1999) auch häufiger therapeutische Hilfe in Anspruch. Zum einen betrifft dies Erkrankungen, die per definitionem nur bei Frauen vorkommen, etwa die postpartalen, die prämenstruellen und die menopausalen Störungen. Aber auch viele psychische Erkrankungen, die beide Geschlechter betreffen, zeigen große Häufigkeitsunterschiede. So leiden Frauen offensichtlich häufiger an Essstörungen – Anorexie und Bulimie. Auch Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind bei Frauen häufiger. Sie verüben häufiger Suizidversuche als Männer. Bei letzteren dagegen sind vollendete Suizide häufiger, ebenso Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen antisozialer Art. Siehe hierzu auch die Übersicht bei Riecher-Rössler (2001).

Warum sich viele Erkrankungen häufiger bei Frauen finden

Die Ursachen der genannten Geschlechtsunterschiede sind vielfältig. Zum einen handelt es sich lediglich um vorgetäuschte Unterschiede, etwa durch geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der

Erhebung und Interpretation von Daten, bei der Diagnosenvergabe. Auch zeigen verschiedene Studien, dass Frauen ihre Beschwerden selbst besser wahrnehmen, bereitwilliger darüber berichten und vor allem schneller Hilfe in Anspruch nehmen als Männer. Sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen sind Frauen überrepräsentiert.

Vorgetäuschte Unterschiede in der Häufigkeit

Bezüglich der häufigeren Depression bei Frauen gibt es etwa Befunde, dass Frauen sich besser an Symptome erinnern und diese eher berichten. Hinzu kommt, dass bei identischer Beschwerdenschilderung bei Frauen offensichtlich zum Teil schneller eine Depression diagnostiziert wird als bei Männern. Dagegen wird bei Männern die Depression zum Teil durch Alkoholismus maskiert. Zum Teil wird der Psychiatrie auch vorgeworfen, dass sie die Folgen von realen Benachteiligungen von Frauen zur Erkrankung deklarieren und die Frauen damit unnötig ‚psychiatrisieren‘. Diese Diskussion wird meines Erachtens nicht ganz richtig geführt, denn wir können Frauen ja nicht helfen, indem wir eine tatsächlich bestehende Depression einfach wegdiskutieren. Allerdings muss sehr genau nach den Ursachen gefragt werden. Zudem müssen die realen Benachteiligungen von Frauen als mögliche Mit-Ursache ernster genommen werden.

Echte Häufigkeitsunterschiede

Auch nach Ausschluss der genannten Artefakte verbleiben beträchtliche echte Geschlechtsunterschiede in Inzidenz und Prävalenz. Dies zeigen die großen epidemiologischen Studien mit

zuverlässiger Methodik, die standardisierte Fragebogen, standardisierte Diagnosesysteme und geschulte Interviewer einsetzten und sich auf repräsentative Bevölkerungserhebungen stützten. Siehe hierzu Robins und Regier (1991), Wittchen und andere (1992), Kessler und andere (1994), Bijl und andere (1998) sowie Meyer und andere (2000).

Zwar erkrankten Frauen insgesamt nicht häufiger als Männer an psychischen Störungen, aber sie leiden offensichtlich ‚anders‘: Depression, Angststörungen und Essstörungen sowie körperbezogene und Somatisierungsstörungen fanden sich in diesen Studien bei Frauen durchwegs häufiger, dagegen Alkohol- und Drogenprobleme sowie so genanntes asoziales Verhalten häufiger bei Männern. Ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zeigen die Psychosen. Die Gesamtlebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen liegt aber sowohl bei Männern als auch bei Frauen, vor allem in den neueren Studien, bei etwa 40 bis 50 Prozent.

Was die Depression betrifft, so liegt die Lebenszeitprävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern. In der „Epidemiologic Catchment Area“-Studie von Robins und Regier (1991), der grössten repräsentativen Feldstudie in den USA, fand sich eine Lebenszeitprävalenz von 10,2 Prozent bei Frauen und 5,2 Prozent bei Männern. Auch bei den Angststörungen liegt das Verhältnis in den oben genannten grossen epidemiologischen Studien bei zirka 2 zu 1, bei den Essstörungen zwischen 3,5 zu 1 und 6,5 zu 1. Alkoholbedingte Störungen dagegen sind mit einem Verhältnis von 0,2 bis 0,4 zu 1 bei den Frauen unterrepräsentiert.

Frauen entwickeln andere Störungen

Die Ursachen der echten Geschlechtsunterschiede sind zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell bedingt. Auf der biologischen Seite handelt es sich dabei vor allem um genetische und hormonelle Einflüsse - zum einen auf die Hirnentwicklung und Hirnstruktur, zum anderen aber auch

auf das aktuelle seelische Befinden. So wissen wir, dass Oestrogene, die weiblichen Sexualhormone, eine große Zahl von Neurotransmittersystemen, also Botenstoffen im Gehirn, modulieren, die mit unserem seelischen Befinden zu tun haben. Auch vielfältige psychosoziale Einflussfaktoren werden diskutiert. Von Bedeutung sind hier offensichtlich schon die frühen Geschlechtsunterschiede in der psychischen Entwicklung, einschließlich der spezifischen Erziehung und Sozialisation von Knaben und Mädchen. Eine wichtige Rolle bei den Geschlechtsunterschieden in Häufigkeit und Verlauf psychischer Störungen spielen aber auch der unterschiedliche soziale Status von Männern und Frauen, die Unterschiede im sozialen Stress und in der sozialen Unterstützung, die sie erfahren.

Gelernte Hilflosigkeit und geringeres Selbstvertrauen

So wird etwa bezüglich der höheren Depressionsrate von Frauen argumentiert, dass Mädchen eher zu gelernter Hilflosigkeit und geringem Selbstvertrauen erzogen würden, Knaben dagegen eher zu aktivem Coping. Frauen tendierten dazu, Konflikte zu internalisieren und mit Grübeln und so genanntem „Ruminieren“, mit Schuldgefühlen und Depression, zu reagieren, während Männer eher externalisierten und entweder aktive, zum Teil aggressive Bewältigungsstrategien suchten oder aber zum Suchtmittel oder gar Suizid griffen.

Auch stünden Frauen oft ganz real in starken Abhängigkeiten, ohne Möglichkeit der eigenen Beeinflussung und Kontrolle - etwa in der Partnerschaft oder im Berufsleben. Schließlich seien Mädchen und Frauen häufiger als Männer Gewalt, physischem oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt. Frauen seien durch ihre multiplen Rollen zahlreichen Stressoren sowie einer allgemeinen Überlastung ausgesetzt. Vor allem aber leiden sie oft unter erheblichen Konflikten durch die zum Teil miteinander konkurrierenden Rollen. Frauen seien meist verantwortlich für die Beziehungspflege in der Familie und im Freundeskreis und erführen daraus mehr Belastungen. Ja,

sogar die Ehe scheint sich auf die seelische Gesundheit von Frauen eher negativ, auf diejenige von Männern eher positiv auszuwirken.

Schlussfolgerungen

Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen und ‚frauenspezifische‘ psychische Erkrankungen sollten künftig stärkere Berücksichtigung in unserem therapeutischen Alltag finden. Anzustreben ist eine allgemeine Sensibilisierung unserer Therapeuten und Therapeutinnen für geschlechtsspezifische Einflussfaktoren bei psychischen Erkrankungen sowie für die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse unserer Patientinnen, aber auch Patienten. Diese Belange sollten nicht nur im Rahmen herkömmlicher Settings berücksichtigt werden, sondern auch in Spezialsprechstunden und in der Entwicklung spezifischer therapeutischer Ansätze. Dies gilt für die Psychiatrie generell, speziell aber für die Sozialpsychiatrie. Denn das Geschlecht und insbesondere das psychosoziale Geschlecht, das so genannte Gender, gehört sicherlich mit zu den wichtigsten psychosozialen Einflüssen, denen ein Mensch unterliegt.

Literatur:

- Bijl RV, Ravelli A, von Zessen G** (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 587-595
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al.** (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51: 8-19
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U** (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt* 71: 515-542
- Riecher-Rössler A** (2001 a) Geschlechtsunterschiede bei Schizophrenie und mögliche therapeutische Implikationen. In: Riecher-Rössler A, Rohde A (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen bei Frauen - für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Karger Verlag, Basel: 71-89
- Riecher-Rössler A** (2001 b) Warum brauchen wir eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie? In: Rohde A, Riecher-Rössler A. (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen bei Frauen - Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*.
- Robins LN, Regier DA (Hrsg.)** (1991) *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. The Free Press, New York
- Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M** (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 241: 247-258
- Wittchen HU, Schuster P, Pfister H, Gander F, Müller N** (1999) Warum werden Depressionen häufig nicht erkannt und selten behandelt? *Nervenheilkunde* 18: 210-217

Frauen leiden ‚anders‘ als Männer. Viele psychische Erkrankungen sind bei Frauen häufiger, andere wiederum bei Männern. Die Ursachen dieser Häufigkeitsunterschiede sind vielfältig

Die Besonderheiten psychischer Erkrankungen bei Frauen sind immer noch ein vernachlässigtes Gebiet der deutschsprachigen Psychiatrie und Psychotherapie - auch wenn sich in den letzten Jahren schon viel getan hat

Die Gender- Perspektive in der systemischen Therapie und Beratung

Wie Symptombildungen im Kontext von Gender und Familiendynamik am Beispiel einer Durchschnittsfamilie gesehen und bewertet werden können

Von Andrea Ebbecke-Nohlen

Gender ist auch im therapeutischen und beraterischen Kontext eine universelle Kategorie. Sie manifestiert sich auf drei Ebenen: im System von Klientinnen und Klienten, in dem von Therapeutinnen und Therapeuten sowie im System der Therapie. Anhand einer Familiengeschichte zeigt dieser Beitrag auf, wie Symptombildungen im Kontext von Gender und Familiendynamik gesehen und bewertet werden können. Das therapeutische und beraterische Vorgehen in der systemischen Therapie und Beratung wird beleuchtet und dem Balancieren von Ähnlichkeiten und Unterschieden mit Hilfe des zur Methode erhobenen Perspektivenwechsels besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Leitlinien einer gender-sensitiven Therapie und Beratung werden entwickelt, deren langfristiges Ziel es ist, durch Einbeziehung der Geschlechterfrage in Theorie und Praxis der familientherapeutischen Arbeit einen Beitrag zur Begründung erkenntnistheoretischer Gleichheit zwischen Männern und Frauen zu leisten.

Genderkonstruktionen spielen im therapeutischen und beraterischen Kontext in vielfältiger Weise eine wichtige Rolle. Sie manifestieren sich insbesondere darin, dass Frauen und Männer - geschlechtsstereotypisch betrachtet - unterschiedliche Sozialisationsbedingungen vorfinden, ihre Wirklichkeiten anders konstruieren und bestimmte Formen von Beziehungsgestaltungen bevorzugen. Diese unterschiedlichen Bedingungen sind von Geburt an gegeben und nehmen daher nach Nancy Chodorow (1985) strukturell auf das Leben von Frauen und Männern Einfluss.

In Familie und Gesellschaft werden an Mädchen und Jungen unterschiedliche Erwartungen gestellt, so dass diese, so Luc Ciompi

(1997), unterschiedliche Fühl-, Denk- und Verhaltensmuster entwickeln. Selbst- und Fremdbilder von Frauen und Männern unterscheiden sich daher signifikant, und auch die jeweiligen Wunschbilder der beiden Geschlechter rücken, beschreibt Colette Dowling (1985), andere Verhaltensweisen in den Vordergrund.

Unterschiedliche Fühl-, Denk- und Verhaltensmuster

Die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen fördern die Entwicklung unterschiedlichen Beziehungsdenkens und -verhaltens, so auch Sigrid Haselmann (1999). So nutzen beispielsweise Männer in Beziehungen in der Regel mehr Handlungs- und Bewegungsspielräume, wohingegen Frauen, so Petra Kolip (1997), eine größere Bandbreite emotionaler Ausdrucksformen entwickeln. Auch suchen Männer, geschlechtsstereotyp betrachtet, in zwischenmenschlichen Beziehungen eher Distanz und Autonomie, während Frauen nach der Beschreibung von Marianne Walters (1991) eher Nähe und der Verbundenheit anstreben.

Neben diesen idealtypischen Unterschieden lässt sich allerdings auch ein Unterschied in der Wertigkeit so genannter weiblicher und männlicher Muster feststellen. Männern zugeschriebene Verhaltensmuster werden nach Untersuchungen von Jacques Derrida (1974) häufig positiver - im Sinne von besser, wichtiger oder mächtiger - bewertet als Frauen zugeschriebene Muster.

Diese Asymmetrie zwischen den Geschlechtern wird unter anderem durch unsere Sprachregeln und -konventionen aufrechterhalten, die nach Luise Pusch (1990) die weib-

liche Sprachform gegenüber der männlichen eindeutig benachteiligen.

Gender - eine universelle Kategorie

Im Folgenden wird die Relevanz dieser allgemeinen Beobachtungen zum Thema Gender für den therapeutisch-beraterischen Kontext aufgezeigt. Häufig wird in der Diskussion des Gender-Einflusses auf Therapie und Beratung nur dem Klientinnen- und Klientensystem Aufmerksamkeit geschenkt. Die Kategorie Gender betrifft jedoch entsprechend dem Universalitätsprinzip alle am therapeutisch-beraterischen Kontext Beteiligten, Klientinnen und Klienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Daher sind für eine Untersuchung des Gender-Einflusses beide Systeme zu berücksichtigen. Daneben ist noch ein weiterer Bereich von Bedeutung: das Therapiesystem. Therapeutische und beraterische Wirklichkeit wird in Form eines Interaktionsprozesses von Klientinnen und Klienten und Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam hergestellt und bildet ein System für sich.

Klientinnen- und Klientensystem

Im System von Klientinnen und Klienten ist die Art und Weise, in der Frauen und Männer Wirklichkeiten konstruieren, insofern von besonderem Interesse, als beide Geschlechter zum Teil zu unterschiedlichen Symptombildungen neigen beziehungsweise, so Monika Rohde (1993), verschiedenartige Lösungsmöglichkeiten bevorzugen. So werden nach Untersuchungen von Heiner Keupp (1992) beispielsweise psychische Erkrankungen insgesamt bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. In Bezug auf den Familienstand werden verheiratete

Frauen als psychisch und physisch labiler beschrieben als alleinstehende Frauen. Alleinstehende Männer sind jedoch, so Harriet Lerner (1993), krankheitsanfälliger als verheiratete Männer.

Das Therapeutinnen- und Therapeutesystem

Im System von Therapeutinnen und Therapeuten zeigt sich Gender darin, dass dort neben persönlichen Gender-Erfahrungen auch professionelle Gender-Einflüsse in Therapie und Beratung eingebracht werden. Dazu zählt beispielsweise die Tatsache, dass Therapeuten und Berater aufgrund der männlichen Dominanz in Lehre und Forschung ihre therapeutische Ausbildung häufig bei männlichen Lehrtherapeuten gemacht haben und von männlichen Theoretikern entwickelte Ansätze und Konzepte in die Praxis umsetzen, so dass wir mit Raquel Hare-Mustin und Jeanne Marecek (1990) sowie Sandra Harding (1990) von einer indirekten Manifestation des Gender-Bias im Therapie- und Beratungskontext sprechen können.

Das Therapiesystem

Im Therapiesystem, das aus den Interaktionen von Therapeutinnen und Therapeuten sowie Klientinnen und Klienten besteht, drückt sich Gender neben den oben erwähnten Faktoren in der Gestaltung des therapeutischen beziehungsweise beraterischen Prozesses aus, das heißt in der Art und Weise, wie Kommunikation aufgebaut wird. Wie von therapeutischer oder beraterischer Seite gefragt wird, wie Klienten von ihren Problemen oder Krankheiten erzählen, wie darauf wiederum eingegangen wird, wie Klienten Eigenverantwortung entwickeln und wie ihre Lösungsversuche von den Therapeuten und Beratern benannt und bewertet werden, bedingt sich wechselseitig.

Auch in der Gestaltung des therapeutischen beziehungsweise beraterischen Prozesses können - geschlechtsstereotypisch betrachtet - unterschiedliche Vorlieben bei weiblichen und männlichen Therapeuten und Beratern beobachtet werden. Therapeutinnen neigen zu

mehr Transparenz und zu mehr Konversation, Therapeuten tendieren nach Andrea Ebbecke-Nohlen und Jochen Schweitzer (1992) zu mehr Provokation und Hierarchie. Therapeuten sind zudem oft stärker der Versuchung ausgesetzt, auf weibliche Klagelieder in der Therapie mit ritterlichen Rettungsversuchen zu antworten. Bei gleichem Verhalten von Klienten besteht bei Therapeutinnen eher die Gefahr, genervt zu reagieren.

Eine ganz normale Familiengeschichte ...

Nach diesen eher theoretischen Eingangüberlegungen zum Thema Gender im therapeutischen und beraterischen Kontext möchte ich mich nun stärker der Praxis zuwenden und eine Familiengeschichte als Ausgangspunkt für die weiteren Überlegungen wählen. Ich stelle im folgenden Familie Müller vor. Beide Eltern sind berufstätig und die beiden Kinder, ein Mädchen und ein Junge, gehen noch zur Schule. Nach dem beruflichen Alltag eilt Frau Müller nach Hause und bereitet das Abendessen vor, nachdem sie vorher noch die Wäsche aus der morgens in Betrieb gesetzten Waschmaschine in den Trockner gepackt hat. Herr Müller kommt nach Hause, öffnet ein Bier und muss erst einmal vom harten Arbeitstag abschalten. Er stellt den Fernseher an, legt die Füße auf den Tisch und schaut sich die Fußballübertragung an. Das Mädchen wird von seiner Mutter aufgefordert, den Tisch zu decken, während der Junge mit Hanteln trainiert.

... mit veränderten Vorzeichen

Dies scheint eine ganz normale Familie zu sein. Dass die folgende Geschichte auch ein schiefes Verhältnis wiedergibt, das heißt eine im Grunde höchst bedenkliche Asymmetrie zwischen den Geschlechtern zum Ausdruck bringt, fällt aber spätestens dann auf, wenn wir das Geschlecht der beteiligten Personen vertauschen. Ich erzähle also die Geschichte unter veränderten Vorzeichen noch einmal. Nach dem beruflichen Alltag eilt Herr Müller nach Hause und bereitet das Abendessen vor, nachdem er vorher noch die Wäsche aus der morgens in Betrieb

gesetzten Waschmaschine in den Trockner gepackt hat. Frau Müller kommt nach Hause, öffnet ein Bier und muss erst einmal vom harten Arbeitstag abschalten. Sie stellt den Fernseher an, legt die Füße auf den Tisch und schaut sich die Fußballübertragung an. Der Junge wird von seinem Vater aufgefordert, den Tisch zu decken, während das Mädchen mit Hanteln trainiert. Die zweite Version der Geschichte klingt eher unwahrscheinlich. Obwohl es nicht ganz auszuschließen ist, dass die eine oder andere Familie zumindest in Ansätzen eine solche Verkehrung der traditionellen Geschlechterrollen bereits lebt.

Entwicklung möglicher Symptome

Bleiben wir zunächst bei der ersten Variante. Zu der geschilderten Episode passen verschiedene Symptomatiken. Es ist denkbar, dass Frau Müller unter Migräne leidet, Herr Müller Alkoholabusus betreibt, die Tochter sich magersüchtig zeigt und der Junge wegen aggressiven Verhaltens in der Schule auffällt. Weniger wahrscheinlich ist, dass Herr Müller über Migräne klagt, Frau Müller zuviel trinkt, das Mädchen wegen aggressiven Verhaltens in der Schule auffällt und der Sohn sich magersüchtig verhält.

Es ist ebenfalls denkbar, dass Herr und Frau Müller mit Partnerproblemen eine Beratungsstelle aufsuchen und über sexuelle Störungen berichten. Herr Müller klagt vielleicht darüber, dass die sexuellen Kontakte ganz eingeschlafen sind und er sich von seiner Frau vernachlässigt fühlt. Frau Müller sieht dagegen die Probleme der Kinder im Vordergrund und hätte gerne Unterstützung in Erziehungsfragen.

Auch wenn wir uns die zweite Version der Geschichte anschauen, können wir uns vorstellen, dass Familie Müller Symptome entwickelt. Gerade weil die gängigen Geschlechterrollen umgekehrt werden, könnten bestimmte Schwierigkeiten für die einzelnen Familienmitglieder auftreten. Herr Müller klagt vielleicht über Erektionsstörungen, er fühlt sich in seiner Männlichkeit verunsichert. Frau Müller entwickelt Schuld-

Genderkonstruktionen spielen im therapeutischen und beraterischen Kontext in vielfältiger Weise eine wichtige Rolle. Sie manifestieren sich insbesondere darin, dass Frauen und Männer - geschlechtsstereotypisch betrachtet - unterschiedliche Sozialisationsbedingungen vorfinden, ihre Wirklichkeiten anders konstruieren und bestimmte Formen von Beziehungsgestaltungen bevorzugen

Neben diesen idealtypischen Unterschieden lässt sich allerdings auch ein Unterschied in der Wertigkeit so genannter weiblicher und männlicher Muster feststellen. Männern zugeschriebene Verhaltensmuster werden nach Untersuchungen von Jacques Derrida (1974) häufig positiver - im Sinne von besser, wichtiger oder mächtiger - bewertet als Frauen zugeschriebene Muster

In unserer ersten Geschichte könnte es Frau Müller für selbstverständlich halten, das Abendessen für die Familie zuzubereiten, da diese Art der Arbeit schon immer Frauensache war und ihre Mutter und Großmutter es auch nicht anders gemacht haben. Vielleicht kocht sie gern und entspannt sich dabei auf ihre Weise

Dies scheint eine ganz normale Familie zu sein. Dass die folgende Geschichte auch ein schiefes Verhältnis wiedergibt, das heißt eine im Grunde höchst bedenkliche Asymmetrie zwischen den Geschlechtern zum Ausdruck bringt, fällt aber spätestens dann auf, wenn wir das Geschlecht der beteiligten Personen vertauschen

gefühle, dass sie im Beruf zuviel arbeitet und ihre Familie vernachlässigt, die Tochter gerät in schlechte Kreise und ist durch die Eltern nicht mehr ansprechbar, und der Sohn klagt darüber, dass er in der Schule keinen Anschluss findet.

Wovon hängt es ab, ob in einer Familie Symptome entwickelt werden?

Wir können uns allerdings auch vorstellen, dass Familie Müller keines der genannten Symptome entwickelt und mehr oder weniger glücklich und zufrieden zusammenlebt. Wovon hängt es also ab, ob in einer Familie Symptome entwickelt werden? Ob ein bestimmtes Verhalten als krankmachend angesehen werden kann, ist davon abhängig, welche Bedeutung ihm von den verschiedenen Seiten zugeschrieben wird. Ob ein bestimmtes Verhalten als krank gilt, hängt zum einen von der Einschätzung der betroffene Person ab und zum anderen davon, ob dieses Verhalten von Expertinnen und Experten als krank diagnostiziert wird. Auch die Einschätzung, ob es sich bei einer bestimmten Familiendynamik um ein Problem oder um einen Lösungsversuch handelt, ist beobachterabhängig.

In unserer ersten Geschichte könnte es Frau Müller für selbstverständlich halten, das Abendessen für die Familie zuzubereiten, da diese Art der Arbeit schon immer Frauensache war und ihre Mutter und Großmutter es auch nicht anders gemacht haben. Vielleicht kocht sie gern und entspannt sich dabei auf ihre Weise. Herr Müller könnte es genießen, dass seine Frau ein leckeres Abendessen für die Familie vorbereitet und ihr dafür später ein Kompliment aussprechen. Traditionelles Verhalten im Sinne herkömmlicher Komplementarität zwischen beiden Geschlechtern muss also nicht in jedem Fall als problematisch oder krankmachend angesehen werden. Im therapeutischen und beraterischen Kontext bringen Klientinnen und Klienten allerdings in der Regel ihre Probleme oder Krankheiten zu den Gesprächen mit. Eben diese Probleme oder Krankheiten sind der Anlass für diese Gespräche. Unsere Aufgabe in Therapie und Beratung ist, zu

schauen, in welchem Kontext diese Probleme und Krankheiten zu verstehen sind.

Wenn wir also von der Situation ausgehen, dass sich Familie Müller zu uns in Beratung oder Therapie begeben hat, wird das Szenario zu Hause vielleicht eher folgendermaßen aussehen. Während Herr Müller in kurzer Zeit die zweite Flasche Bier köpft und ruft: „Ist das Essen noch nicht fertig?“, ärgert sich Frau Müller beim Kochen maßlos über ihren Mann. Sie versucht, ihren Ärger herunterzuschlucken, setzt sich unter Druck und beeilt sich noch mehr. Die aufkommenden Kopfschmerzen versucht sie zu ignorieren, bis sie dann aber so stark werden, dass sie sich hinlegen muss und von niemandem mehr angesprochen werden darf.

Das therapeutische und beraterische Vorgehen

Was macht nun die Therapeutin und der Therapeut oder die Beraterin und der Berater, zu der Familie Müller auf Anraten des Hausarztes kommt? Wie gehen sie richtig vor? Im systemischen Ansatz wird ja weniger zwischen ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ unterschieden, sondern eher zwischen ‚mehr oder weniger nützlich‘. Aber vielleicht gibt es doch zwei Vorgehensweisen, die sich als weniger ergiebig herausstellen, wenn sie im Beratungs- beziehungsweise im Therapiegespräch eingeschlagen werden und die somit weniger zu empfehlen sind. Der eine Weg liegt darin, die Geschlechterrollen und die damit verbundenen Erwartungen und Konsequenzen gar nicht zu thematisieren und so zu tun, als spielten sie keine Rolle. Die andere Möglichkeit liegt darin, die Geschlechterrollen zum Sündenbock für alles Übel dieser Welt zu machen.

Aus diesen beiden Möglichkeiten ergeben sich sehr unterschiedliche Folgerungen: Werden die Geschlechterrollen nicht thematisiert, könnte dies missverstanden werden als stillschweigendes Einverständnis mit diesen Rollenverteilungen und mit einer Akzeptanz der traditionellen Komplementarität. Dies könnte den Vorwurf nach sich ziehen, man fördere in

der Familientherapie und in der Familienberatung die Anpassung an das bestehende patriarchale System. Wird die Geschlechterrollenverteilung hauptsächlich verantwortlich für die Symptomentwicklung in einer Familie gemacht, besteht die Gefahr, für andere Aspekte des Kontextes blind zu werden. Dies könnte im Extremfall dazu führen, dass Therapeuten und Berater bestimmte familiäre Konstellationen als überholt ansehen und mit Vehemenz verändern wollen, ohne dafür einen Auftrag von Seiten der Klienten zu haben. Beides, sowohl die Blindheit gegenüber den Geschlechterrollen als auch gegenüber anderen Aspekten des Kontextes, wäre aus systemischer Sicht also wenig nützlich. Dies belegen auch Raquel Hare-Mustin und Jeanne Marecek (1990).

Das Balancieren von Ähnlichkeiten und Unterschieden

Die Gender- Perspektive verkennt auch nicht die vielen Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten im Verhalten von Frauen und Männern. Sie übersieht ebenfalls nicht die Unterschiede innerhalb der Geschlechter, die vom Geschlechtsstereotyp abweichen. Sie hebt allerdings angesichts des bisherigen Vorrangs, den die Ähnlichkeitsperspektive eingenommen hat, auf strukturelle Unterschiede ab. Es soll also nicht eine Einseitigkeit durch eine andere Einseitigkeit ersetzt werden, vielmehr geht es in der therapeutischen und beraterischen Arbeit um ein Balancieren von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen den Geschlechtern und ihren Fühl-, Denk- und Verhaltensmustern. Das Spiel mit diesen Ähnlichkeiten und Unterschieden eröffnet den größtmöglichen Spielraum für die Erweiterung der Handlungsoptionen und der Entwicklung von Lösungen.

Von der Problemhypnose zur Lösungstrance

Wir hatten oben zwischen drei Systemen unterschieden. Mit der Entdeckung des Konstruktivismus trat für die Familientherapie und -beratung eine entscheidende Wende ein. Wo sich Therapierende und Beratende früher nur als außen-

stehende Beobachter eines Systems gesehen haben, sehen sie sich nun als Teil des Gesamtsystems. Mit diesem Perspektivenwechsel rückte das Klientensystem in den Hintergrund und das Therapiesystem in den Mittelpunkt des Interesses. Dies hatte für die Rolle der Therapeuten und der Beratenden unterschiedliche Konsequenzen: zum einen war sie mit einem erheblichen Machtverlust verbunden. Der Expertenstatus war nicht mehr allein den Therapeutinnen und Therapeuten vorbehalten, sondern wurde an die Klientinnen und Klienten weitergegeben.

Gleichzeitig wuchs der Respekt für die Entscheidungen der Klienten. Zum anderen wurde die Person der Therapeutin beziehungsweise der Beraterin wichtiger, da sie ja zusammen mit den Patienten die therapeutische oder beraterische Wirklichkeit gemeinsam gestaltete. Ob sich ein Gespräch zu einer Problemhypnose entwickelte, weil sowohl die Fragen der Therapeutin als auch die Antworten der Klienten ständig um problematische Aspekte des Lebens kreiste oder ob es sich ressourcenorientiert im Sinne einer Lösungstrance entwickelte, weil die Fragen auf Fähigkeiten und Ausnahmesituationen fokussierten, das lag auf einmal viel stärker in der Verantwortung der Profis. Siehe hierzu auch Gunther Schmidt (1985).

Perspektivenwechsel als Methode

Die Verantwortung der Profis bezieht sich allerdings nicht auf die Art der Lösungen, die die Klienten auswählen. Diese Wahl liegt nicht in der Verantwortung der Klientinnen und Klienten, sondern sie meint die professionelle Gestaltung des Therapie- und Beratungsprozesses. Dazu zählt der zur Methode erklärte Perspektivenwechsel, der es allen ermöglicht, beispielsweise von der Innen- in die Außenperspektive, von den Defiziten zu den Ressourcen, von den Problemen zu den Lösungen und von den linearen Beschreibungen zu den zirkulären zu wechseln. Ebenfalls eröffnet er den Zugang zu den Ambivalenzen der Klienten durch einen Wechsel vom ‚einerseits‘ zum ‚andererseits‘ und vom ‚entweder-oder‘ zum ‚sowohl-als-auch‘. In diesem kon-

tinuierlichen Wechsel der Perspektiven in der therapeutischen und beraterischen Arbeit ist die Gender-Perspektive ein wesentliches Element, die das Spiel mit den verschiedenen Mustern erleichtert.

Gender-sensitivity im Fokus der Aufmerksamkeit

Mit dem konstruktivistischen Ansatz kam den expliziten und impliziten Vorannahmen der Therapeuten und Berater mehr Bedeutung zu. Ihre Wertvorstellungen im allgemeinen und ihre Sensibilität für die Geschlechterrollen, ihre ‚Gender-sensitivity‘ rückte, beschreibt Marianne Walters (1991), aus dem Schattendasein in den Fokus der Aufmerksamkeit. Dies schloss angesichts der patriarchalen Struktur unserer Gesellschaft zum einen ein, dieses System als Abhängigkeit und Gewalt produzierend zu hinterfragen, zum anderen die Prämissen des patriarchalen Systems nicht unbesehen in die therapeutische beziehungsweise beraterische Situation zu übernehmen, sondern alternative Strukturen in der familientherapeutischen Arbeit zu entwickeln.

Dazu zählt der Abbau von Macht im therapeutischen und berateri-

schen Gespräch durch eine Gesprächsgestaltung, die durch flache Hierarchie geprägt ist und im Stil einer Konversation zwischen Klienten und Therapeuten als möglichst gleichberechtigten Dialogpartnern angelegt ist. Dazu gehört auch ein offenes Interesse für die spezifischen Geschichten der einzelnen Personen, die in Therapie und Beratung kommen, und eine Gesprächsführung, die sich nach Rosemarie Welter-Enderlin (2000) weniger durch „Hypothesen abfragen“ als durch „Zusammenhänge erfragen“ beschreiben lässt. Des Weiteren ist hier von meiner Seite die verstärkte Hinwendung und Erforschung geschlechtsspezifischer Symptombildungen und Thematiken zu nennen.

Langfristiges Ziel ist, so auch Morris Taggart (1989), durch Einbeziehung der Geschlechterfrage in Theorie und Praxis der familientherapeutischen Arbeit einen Beitrag zur Begründung epistemologischer Gleichheit zwischen Männern und Frauen im therapeutischen und beraterischen Kontext zu leisten.

Literatur bei der Verfasserin

Im System von Klientinnen und Klienten ist die Art und Weise, in der Frauen und Männer Wirklichkeiten konstruieren, insofern von besonderem Interesse, als beide Geschlechter zum Teil zu unterschiedlichen Symptombildungen neigen

Leitlinien gender-sensitiver Therapie und Beratung

Insgesamt lassen sich folgende Leitlinien einer gender-sensitiven Therapie und Beratung betreffend Haltung und Methodik aufstellen:

- Abbau von Macht durch Offenheit und Transparenz etwa in Form eines Dialogs zwischen gleichberechtigten Partnern
- In Frage stellen der eigenen Fähigkeit zur Neutralität
- Aufwertung weiblicher Werte
- Einbeziehen des größeren Kontextes von Raum und Zeit, das heißt gesellschaftlicher und historischer Zusammenhänge
- Verwendung einer Sprache mit weiblichen und männlichen Begriffen und Metaphern, also gleiche Repräsentation von Frauen und Männern
- Geschlechterorientierte Nutzung der systemtheoretischen und konstruktivistischen familientherapeutischen Konzepte und Prämissen
- Verdeutlichen symbolischer, konkreter und individueller Ausdrucksformen von Geschlecht
- Verwendung geschlechtsspezifischer Unterschieds- und Gleichheitsmetaphern
- Herausarbeiten geschlechtsspezifischer Dualitäten und Multiversa
- Arbeiten mit der geschlechterorientierten Mehrgenerationenperspektive.

Nach dem beruflichen Alltag eilt Frau Müller nach Hause und bereitet das Abendessen vor, nachdem sie vorher noch die Wäsche aus der morgens in Betrieb gesetzten Waschmaschine in den Trockner gepackt hat. Herr Müller kommt nach Hause, öffnet ein Bier und muss erst einmal vom harten Arbeitstag abschalten

Die Schatten des Zeus

Psychiatrie und männliche Lebenswelten: Reaktion auf unerbittliche Forderungen, unerreichbare Ideale und widersprüchliche Männer-Welten

Von Ulrich Pfeifer-Schaupp und Michael Götz-Kluth

Was bedeutet es, als Mann psychisch krank zu werden? Kann psychische Krankheit von Männern auch als Chance verstanden werden? In welchem gesellschaftlichen Kontext bewegen sich Männer in der Psychiatrie: Gibt es noch ‚die‘ Männlichkeit oder nicht vielmehr völlig verschiedene männliche Lebenswelten? Wie verändert sich das Selbstbild der Männer? Ist das Patriarchat dabei, abzudanken und einer Gleichberechtigung der Geschlechter Platz zu machen? In acht Thesen werden im folgenden Beitrag dazu Antwortversuche skizziert.

These 1: Auch Männlichkeit gibt es in der Postmoderne nur noch im Plural. Es gibt nicht (mehr) den Mann schlechthin, sondern gänzlich unterschiedliche, widersprüchliche Männer-Welten

Männlichkeit ist eine soziale Konstruktion, beschreibt unter anderem Hollstein (1999). Ich jogge am Baggersee entlang. Neben dem Weg räkeln sich auf der Wiese zwei nackte junge Paare. 50 Meter weiter sitzen zwei türkisch sprechende Männer auf der Bank und schauen an den Nackten vorbei. Einige junge Männer in der Nähe sitzen am Grill, reden teilweise deutsch und teilweise russisch. Wieder einige Meter weiter zwei Rentner, denen ich schon öfter hier begegnet bin. Der Mann mit Aktenkoffer und Sonnenbrille, der in seinem Terminkalender blättert, scheint hier nicht recht herzuspassen. 100 Meter Weg - fünf radikal verschiedene Männer-Welten, fünf Kulturen mit unterschiedlichen Männer-Bildern und unterschiedlichen Arten, Männlichkeit zu leben. Wenn man das (soziale) Geschlecht unter den Dimensionen von Klassenzugehörigkeit und Rasse betrachtet, so zeigt sich, dass diese Pluralisierung von Männlichkeit kein Phänomen unserer Zeit ist.

Männer aus der Arbeiterklasse oder schwarze Männer in den USA repräsentieren auch historisch einen anderen Typ von Männlichkeit als Zeus, den Herrscher.

These 2: Das Selbstbild der Männer in der Bundesrepublik Deutschland hat sich in der letzten dreißig Jahren entscheidend gewandelt: ein Abschied von der (traditionellen) Männlichkeit scheint unvermeidlich

Man könnte mit Hurrelmann und Bründel (1999) auch sagen: der ‚Mythos Mann‘ wird gesellschaftlich zunehmend de-konstruiert. Inwieweit dieser - unbezweifelbare - Bewusstseinswandel allerdings auch von einem entsprechenden Verhaltenswandel begleitet ist, darüber streiten sich die Gelehrten noch. Aber auf der Ebene der Werte, der Bilder, die Männer von sich selbst und von Frauen haben, zeigt die empirische Forschung der letzten Jahrzehnte in Deutschland - und ebenso in anderen Industrieländern - dass Zeus deutliche Erosionsspuren aufweist. Der Männerforscher Walter Hollstein (1999) vergleicht vier große repräsentative deutsche Untersuchungen aus der Zeit zwischen 1975 und 1990: „Was lässt sich resümieren? Insofern - bei allen Schwierigkeiten - die vorgestellten Studien überhaupt verglichen werden können, darf festgestellt werden, dass normativ und im Weltbild, aber auch macht- und ressourcenmäßig beide Geschlechter sich einander angeglichen haben. Dort, wo wichtige Ungleichheiten bestehen, sind diese im Bewusstsein von Männern und Frauen zumindest deutlich, zum Teil auch schon verankert. Seit 1975 lassen sich zunehmend Evolutionen im Frauenbild der Männer bemerken, in der wachsenden Toleranz gegenüber dem Bewegungs- und Freiheitsspielraum der Frauen, im sexuellen Verhalten der Männer, in der

wachsenden Bereitschaft, Entscheidungen mit den Partnerinnen gemeinsam zu treffen und vieles mehr. Am langsamsten verändert sich die Aktivität der Männer im Haushalt und bei der Kindererziehung.“

These 3: Trotz neuer Männlichkeit und Postmoderne beherrschen Männer nach wie vor die äußere Welt: Sie stellen das Führungspersonal und sie bestimmen die Normen und Werte der Gesellschaft

Dieser einst von der feministischen Forschung als androzentratisch benannte, also vom Mann ausgehende und auf alles andere schließende Tatbestand wird auch von der neueren Männerforschung bestätigt. So geht zum Beispiel Robert W. Connell (2000) von einem Hegemoniekonzept des Mannes aus. Danach gibt es die Vorherrschaft eines bestimmten Typs von Männlichkeit in unserer Kultur. „Die Führungsebenen von Wirtschaft, Militär und Politik stellen eine recht überzeugende korporative Inszenierung von Männlichkeit zur Schau, die von feministischen Angriffen und sich verweigernden Männern immer noch ziemlich unberührt scheint. Diese Hegemonie zeichnet sich weniger durch direkte Gewalt aus, sondern durch ihren erfolgreich erhobenen Anspruch auf Autorität.“

Diese „hegemoniale Männlichkeit“ wird von Zeus gut charakterisiert. Es ist der heterosexuelle, sexuell potente, gesunde, weiße, reiche und erfolgreiche Mann, der mit Rivalen aggressiv konkurriert. Allerdings hat diese Hegemonie auch ihre Kehrseite, nämlich den hohen Preis für Macht, Dominanz und Privilegien. So haben Männer im Vergleich zu Frauen eine geringe Lebenserwartung, sterben häufiger an Krankheiten wie Herz-

Dr. Ulrich Pfeifer-Schaupp, Professor für Sozialarbeitswissenschaft, Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen Freiburg, pfeifer-schaupp@web.de

Michael Götz-Kluth, Diplom-Sozialpädagoge, Sozialpsychiatrischer Dienst Lahr michael.goetz-kluth@gmx.net

infarkt oder Krebs, verunglücken öfter tödlich durch Verkehrsunfälle und sterben häufiger in Folge eines Suizids. Männer leben weitaus riskanter und gefährlicher als Frauen. Sie trinken und rauchen mehr und regelmäßiger. In der Psychiatrie bestätigt sich die oben benannte These besonders auf Seiten der Professionellen. Je höher die hierarchische Ebene, desto mehr sind die Posten von Männern besetzt. So sind fast alle Klinikleiter männlich, während sich in der Pflege oder im Reinigungsbereich vorwiegend Frauen befinden. Der wissenschaftliche Diskurs innerhalb der Psychiatrie ist weitgehend männlich dominiert. Aber auch bei den Angehörigen können diese Muster festgestellt werden. Als Gruppensprecher oder Vertreter in Gremien fungieren fast immer Männer, obwohl in den Selbsthilfegruppen weitaus mehr Frauen als Männer zu finden sind.

These 4: Gefühls- und Beziehungsarbeit ist nicht die Sache der Männer

Als ich im Jahr 1987 im Sozialpsychiatrischen Dienst mit der Angehörigenarbeit begann, fiel mir schnell auf, dass sowohl in die Einzelberatung als auch in die Gruppe nur Frauen kamen. Zunächst registrierte ich das einfach. Männliche Angehörige gab es anscheinend nicht. Hin und wieder fragte ich nach den Vätern, Ehemännern, Söhnen und musste feststellen, dass es sie doch gab. Sie traten nur nicht in Erscheinung. Sie waren für diese Angelegenheiten nicht zuständig. Im Laufe der Zeit wurde ich hartnäckiger im Nachfragen und versuchte, die Männer mit in die Arbeit einzubeziehen. Manchmal war ich damit erfolgreich. Ich erlebte vereinzelt Männer in der Beratung und es kamen sogar welche in die Angehörigengruppe.

In der Gruppe haben sie aber schnell wieder Rollen wie die des Moderators oder Gruppensprechers übernommen. Auch in den Gremien sind männliche Angehörige an vorderster Front zu finden. Dort wird für etwas gekämpft, Mann hat einen Gegner, Mann muss sich nicht mit sich selbst

beschäftigen, mit den eigenen Ängsten, den eigenen Minderwertigkeitsgefühlen. In den Gremien und Konferenzen lässt sich die ‚kranke‘ Seite viel besser ausblenden als in der Gruppenarbeit oder in der Beratung. Ein mögliches Erklärungsmuster dieser Geschlechterdifferenzen zeigt sich im vorherrschenden Rollenverständnis der Männer. Hollstein spricht in diesem Zusammenhang von einer „Krise“ der Männlichkeit, die sich in verschiedenen Formen von Angst niederschlägt. „So unterdrücken Männer ihre Emotionen und leben kompensatorisch stärker Aggressivität, Kontrolle, Macht und Dominanz aus, um ihre eigene Männlichkeit unter Beweis zu stellen und sogenannte ‚weibliche‘ Anteile abzuwehren“ (Brandes / Bullinger 1996).

These 5: Als Psychiatriebetroffene begegnen uns Männer oft als Täter

Vor allem die forensische Psychiatrie ist eine Welt der Täter-Männer: Vergewaltiger, Mörder, Kinderschänder. Hier sehen wir das Zerrbild der „hegemonialen Männlichkeit“. Über solche Männer lesen wir häufig in der Zeitung, wie beispielsweise am 21. Juni 2001 in der Badischen Zeitung: „Heinrich P. bleibt in Haft. Auch nach 40 Jahren befürchten die Richter weitere Straftaten des Serienmörders. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass von dem Verurteilten noch immer eine Gefahr für die allgemeine Sicherheit ausgehe. P. war am 22. Oktober 1960 unter anderem wegen Mordes in vier Fällen, versuchten Mordes in zwölf Fällen sowie wegen Vergewaltigung in mehreren Fällen zu einer lebenslangen Gefängnisstrafe mit anschließender Sicherheitsverwahrung verurteilt worden.“

Der Blick hinter die Anstaltsmauern kann uns unter anderem lehren, dass Täter-Sein fast immer auch Opfer-Sein bedeutet. Männer sind nicht nur Täter, sondern auch Opfer, meist sind sie beides gleichzeitig - und zwar in einem erschreckenden Ausmaß. Eine Sozialarbeiterin aus der Jugendhilfe sagt: „Das ist doch eine Binsenweisheit. Wir sehen die Jungs mit zehn oder zwölf als Opfer -

und dann mit 18 als Täter!“ In der Zeitung liest man darüber wenig. Die Mörder des zweijährigen James in Liverpool waren bei der Tat zehn Jahre alt, jetzt, nach acht Jahren Jugendgefängnis, sollen sie entlassen werden. Bürger tun sich zusammen, um die „Monster“ zu jagen. Welche Erfahrungen haben diese „Monster“ selbst wohl gemacht, bevor sie den Zweijährigen damals zu Tode quälten?

These 6: Psychiatrische Störungen von Männern stehen häufig im Zusammenhang mit traumatisierenden Opfererfahrungen, beispielsweise sexuellem, seelischem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung

Diese Opfererfahrungen werden in psychiatrischen Kontexten von den dort tätigen Professionellen mit den Betroffenen kaum thematisiert (zum Vergleich Kimpling 2000). Professionelle in der Psychiatrie, aber nicht nur dort, Frauen gleichermaßen wie Männer, sind für diese Themen wenig sensibilisiert. Männliche Opfererfahrungen werden auch von der sozialwissenschaftlichen Forschung wie von der professionellen Öffentlichkeit (noch) weitgehend ignoriert, verschwiegen, geleugnet und tabuisiert. Die ‚Binsenweisheit‘ wird wenig untersucht und theoretisch reflektiert. „Während Frauen bei Übergriffen eine höhere Verletzbarkeit zugeschrieben wird, bleiben die Grenzverletzungen, denen Männer ausgesetzt sind, entweder im Verborgenen oder es wird Männern unterstellt, sie könnten sich leichter wehren beziehungsweise sollten sich bei Verletzungen ‚nicht so anstellen‘.“

Klischees verhindern die Wahrnehmung von Verletzungen und Übergriffen bei den Betroffenen, aber auch bei den professionellen Helfern. Ein Beispiel: in der Öffentlichkeit herrscht immer noch der Eindruck vor, alltägliche körperliche Gewalt richte sich hauptsächlich gegen Mädchen und Frauen. Aus der Kriminalstatistik lässt sich aber erkennen, dass Männer mehrheitlich die Täter, jedoch - was überrascht - mehrheitlich auch die Opfer von Gewalttaten sind“ (Lenz 2000). Dies gilt für angezeigte Straftaten.

Man könnte mit Hurrelmann und Bründel (1999) auch sagen: der ‚Mythos Mann‘ wird gesellschaftlich zunehmend de-konstruiert

Auf der Ebene der Werte, der Bilder, die Männer von sich selbst und von Frauen haben, zeigt die empirische Forschung der letzten Jahrzehnte in Deutschland - und ebenso in anderen Industrieländern - dass Zeus deutliche Erosionsspuren aufweist

Die „hegemoniale Männlichkeit“ wird von Zeus gut charakterisiert. Es ist der heterosexuelle, sexuell potente, gesunde, weiße, reiche und erfolgreiche Mann, der mit Rivalen aggressiv konkurriert. Allerdings hat diese Hegemonie auch ihre Kehrseite, nämlich den hohen Preis für Macht, Dominanz und Privilegien

Nicht berücksichtigt ist hier häusliche Gewalt, die nicht angezeigt wird und die daher in der Kriminalstatistik nicht auftaucht. Sie wird hauptsächlich von Männern gegen Frauen und Mädchen ausgeübt. Auch männliche Opfer selbst haben große Probleme, ihre Erfahrungen zu thematisieren. Opfererfahrungen widersprechen dem männlichen Ideal von Stärke, Potenz und Erfolg. „Jungs weinen nicht - und Männer schon gar nicht.“

These 7: In der Psychiatrie begegnet uns der Schatten des Zeus: Psychische Erkrankungen von Männern können auch gesehen werden als Reaktion auf die unerbittlichen Forderungen der männlichen Ideale

Psychisch kranke Männer sind nicht erfolgreich, sexuell potent und stark, sondern schwach, müde, gescheitert und krank. Insofern leben und verkörpern sie eine Seite von Mann-Sein, die jeder Mann in sich hat, die aber von ‚normalen‘ Männern häufig abgespalten und verleugnet wird. Volker sollte eigentlich Arzt werden. Wie sein Vater, sein Bruder und seine Schwester. Das Studium hat er beendet, obwohl es ihm manchmal zu viel wurde. Während seiner Assistenzarztzeit wird er immer euphorischer, schläft nicht mehr, verschenkt sein Geld, ‚dreht durch‘. Nach einigen Wochen findet er sich auf der geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik irgendwo in Norddeutschland wieder. Wie er dort hingekommen ist, weiß er selbst nicht mehr. Das war vor mehr als 20 Jahren. Immer wieder holt ihn seither die Krankheit ein, die von den Ärzten ‚Manie‘ genannt wird. Immer wieder wirft der Sturm der Krankheit das Kartenhaus seines Lebens zusammen, das er wieder mit kleinen, mühsamen Schritten aufgebaut hat. Psychisch kranke Männer repräsentieren einen Typus „marginalisierter Männlichkeit“ (Connell), der zu der oben erwähnten „hegemonialen Männlichkeit“ in einer Beziehung der Unterordnung steht.

These 8: Die Lebenswelten psychisch kranker Männer bergen auch Chancen

Psychisch kranke Männer deuten - manchmal in verbogener, verkrümmter und hilfloser Form - auch Möglichkeiten an, Mann-Sein anders zu leben, als Zeus, Sylvester Stallone und Humphrey Bogart. Mann-Sein kann hier heißen: Schmerz und Leiden zu zeigen, Schwäche und Ohnmacht nicht zu verleugnen, sondern zu durchleben, Gefühle zu spüren, Solidarität und Einsamkeit zu erfahren, den Sinn des Lebens jenseits von beruflichen Erfolgen zu suchen. Stefan E. war ein ‚erfolgreicher Mann‘: Geschäftsmann, typischer Macho mit Silberkette, Motorrad und schnellem Auto, hatte einen eigenen Laden, viele Freunde, reichlich Geld. Irgendwann nahm seine junge, attraktive Frau sich das Leben. Seither hat sich auch sein Leben verändert. Sein Alkoholkonsum steigert sich, immer wieder verdüstern Wolken der Depression seinen einst so strahlenden seelischen Himmel. Er unternimmt mehrere Suizidversuche, ist dann für Monate in psychiatrischen Kliniken. Seit zehn Jahren erhält er Erwerbsunfähigkeitsrente, jetzt ist er 58. Seine Ersparnisse sind aufgebraucht, das Motorrad hat er längst verkauft, irgendwann auch das Auto. Die kleine Rente reicht kaum zum Leben. In der Zeit als Selbständiger war er nicht rentenversichert. „Weißt du“, sagt er, „das Ganze hatte auch seine gute Seite. Ich habe wenig Geld, aber ich denke jetzt über Sachen nach, auf die ich früher nie gekommen wäre. Über den Tod und was eigentlich wichtig ist im Leben.“

Literatur:

- Connell, Robert W. (2000): Der gemachte Mann - Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen: Leske+Budrich
- Brandes, Holger / Bullinger, Hermann (Hrsg.), 1996: Handbuch Männerarbeit. Weinheim: Beltz
- Hollstein, Walter (1990): Die Männer - Vorwärts oder zurück? Stuttgart: DVA
- Hollstein, Walter (1999): Männerdämmerung. Von Tätern, Opfern, Schurken und Helden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hurrelmann, Klaus; Heidrun Bründel (1999): Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Stuttgart: Klett Cotta
- Kimpling, Dieter (2000): Der missbrauchte Mann im Kontext von Psychiatrie und Beratung. Fragmentarische Betrachtungen. In: Lenz (2000), S. 301 - 306
- Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.) (2000): Männliche Opfererfahrungen. Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung. Weinheim & München: Juventa

An- zeige

Psychisch kranke Männer sind nicht erfolgreich, sexuell potent und stark sondern schwach, müde, gescheitert und krank. Insofern leben und verkörpern sie eine Seite von Mann-Sein, die jeder Mann in sich hat, die aber von ‚normalen‘ Männern häufig abgespalten und verleugnet wird

Geschlechterrolle erschwert die Hilfesuche

Am Beispiel der Depression wird deutlich: Männliches Selbstverständnis verringert Wahrnehmung und Zugeständnis von Ängsten und Leiden

Von Anne Maria Möller-Leimkühler

Die Bedeutung einer geschlechtsspezifischen Perspektive in der Psychiatrie ist in den letzten Jahren zunehmend erkannt worden. Insbesondere sind vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels der Geschlechterrollen sozialwissenschaftliche Ansätze erforderlich, die dessen Effekte auf die psychische Gesundheit untersuchen. Da geschlechtsspezifische Gesundheits- und Krankheitsforschung bisher weitgehend frauenspezifisch ausgerichtet gewesen war und ist, fehlt es an einer vergleichbaren Männergesundheitsforschung. Am Beispiel der Depression wird im Folgenden die Notwendigkeit eines solchen männerspezifischen Ansatzes gezeigt.

Neben biologischen und soziologischen Theorien, die die Überrepräsentation von Frauen bei depressiven Erkrankungen zu erklären versuchen, geht die Artefakt-Theorie davon aus, dass Frauen und Männer vergleichbar häufig an Depressionen erkranken. Dabei soll nach Wilhelm und Parker (1994) und Weissman und anderen (1997) die wiederholt bestätigte Geschlechterdifferenz auf folgende Verzerrungsfaktoren zurückzuführen sein: auf unterschiedliches Hilfesuchverhalten von Männern und Frauen, auf unterschiedliches Berichten von Symptomen, auf unterschiedliche Symptomqualität, auf unterschiedliche Diagnostiziergewohnheiten aufgrund geschlechtsstereotyper Wahrnehmungsmuster sowie auf Nicht-erfassen männlicher Symptome bei verbreiteten Diagnoseinstrumenten.

Männer geben generell eine besser subjektive Gesundheit an als Frauen

Symptomwahrnehmung und Hilfesuchverhalten werden nicht nur durch somatische Reize und Bedürfnisse, sondern auch durch

die soziale Geschlechterrolle beeinflusst. Während traditionelle Weiblichkeit Hilfesuchverhalten fördert, behindert traditionelle Männlichkeit die Logik von Hilfebedarf und Hilfesuche. In empirischen Studien zeigt sich konsistent, dass Männer seltener über physische, psychische und speziell depressive Symptome berichten als Frauen und dass sie generell eine bessere subjektive Gesundheit angeben. Insgesamt zeichnen sich Männer in allen Altersgruppen durch geringere Inanspruchnahmeraten in Allgemeinpraxen aus, wobei psychosoziale Probleme und Distress kein zusätzlicher Grund der Konsultation sind, auch wenn sie vorhanden sind. Dies berichten Briscoe (1987), Corney (1990), Pini und andere (1995) sowie Rickwood und Braithwaite (1994).

Geschlechtsspezifische Untersuchungen zum Hilfesuchverhalten bei depressiven Erkrankungen liegen bisher kaum vor. Angesichts der von Katz und anderen (1998) festgestellten hohen Rate an unbehandelten Depressionen und der Tatsache, dass depressive Symptome nur selten der Grund für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sind, kann man begründet davon ausgehen, dass betroffene Frauen eher Hilfe suchen, während betroffene Männer eher Suizid begehen. Wittchen und andere (1999) konnten nachweisen, dass die niedrige Behandlungsquote insbesondere für Männer und für jüngere Altersgruppen zutrifft. Wie hoch die Behandlungsbedürftigkeit von Männern tatsächlich ist, lässt sich daran abschätzen, dass nach den Untersuchungen von Crawford und Prince (1999), Klerman und Weissman (1989), Fombonne (1994) sowie Culbertson (1997) sowohl die Suizidrate als auch die Depressionsrate bei jungen Männern kontinuierlich angestiegen ist.

Struktur männlicher Rolle lässt Ängste und Leiden nicht zugeben

Die Diskrepanz zwischen Behandlungsbedürftigkeit von Männern und ihrem Inanspruchnahmeverhalten ist vor allem auf normative männliche Geschlechterrollenerwartungen und -verpflichtungen zurückzuführen, die Barrieren der Hilfesuche produzieren, indem sie die Symptomwahrnehmung in Richtung Nichtwahrnehmung, Bagatellisierung und Verleugnung steuern. Die traditionelle männliche Geschlechterrolle, sozial konstruiert und reproduziert in Abhängigkeit von der Berufsrolle, ist gesellschaftlich definiert über Eigenschaften wie Macht- und Dominanzstreben, Aggressivität, Mut, Unabhängigkeit, Leistungsbereitschaft, Rationalität, Wettbewerbsorientierung, Erfolg, Aktivität, Kontrolle und Unverletzlichkeit. Zur Struktur der männlichen Rolle gehört es, Gefahren, Bedrohungen und Schwierigkeiten nicht nur zu meistern, sondern auch damit verbundene Ängste, Probleme und Leiden nicht wahrzunehmen beziehungsweise nicht zuzugeben.

Sozial akzeptiert sind dagegen Ärger, Aggressivität und Feindseligkeit als männliche Codierung von Emotionalität. Traditionelle männliche Identität definiert sich - auch entwicklungspsychologisch mitbedingt - in Abgrenzung von Eigenschaften, die als weiblich gelten. Die Leistungs- und Erfolgsfixierung garantiert einerseits zwar identitätsstabilisierende und gesundheitsfördernde soziale Anerkennung und Gratifikation, andererseits jedoch einen chronischen Erwartungsdruck, Versagensangst und Unterdrückung von Emotionalität. Durch die schon früh vermittelte Doktrin „Jungen weinen nicht“ wird zusätzlich die Schwelle für Schmerzausdruck und

Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Psychiatrische Klinik der LMU, Nussbaumstrasse 7, 80336 München, Tel: 089-51605785, e-Mail: amoeller@psy.uni-muenchen.de

Neben biologischen und soziologischen Theorien, die die Überrepräsentation von Frauen bei depressiven Erkrankungen zu erklären versuchen, geht die Artefakt-Theorie davon aus, dass Frauen und Männer vergleichbar häufig an Depressionen erkranken

emotionale Sensibilität heraufgesetzt, insbesondere in Bezug auf Gefühle wie Schwäche, Unsicherheit, Hilflosigkeit und Traurigkeit. Diese geringe Expressivität beziehungsweise emotionale Gehemtheit von Männern ist sowohl in Experimenten als auch anhand von Selbstbeurteilungen in zahlreichen Studien unter anderem von Grossmann und Wood (1993) empirisch nachgewiesen worden.

Männer erleben Krankheiten als Bedrohung der männlichen Identität

Während in Neugeborenenstudien noch keine diesbezüglichen Geschlechtsunterschiede zu beobachten sind, werden sie nach den Untersuchungen von McConatha und anderen (1997) mit zunehmendem Alter immer deutlicher. Auf die vielfältigen psychosomatischen Auswirkungen emotionaler Gehemtheit hat Traue (1998) aufmerksam gemacht. Während negative Befindlichkeiten und Krankheiten eher mit der weiblichen Identität kompatibel zu sein scheinen, erleben Männer Krankheiten nach den Untersuchungen von Williams (2000) als Bedrohung ihrer männlichen Identität, da Schwäche und Hilfebedürftigkeit als unmännlich gelten. Hilfesuche ist im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgesehen, auch wenn sie benötigt würde und Hilfe vorhanden wäre. Bereits das Wahrnehmen von Hilfebedürftigkeit dürfte gegen traditionelle Rollenerwartungen verstoßen, da es Inkompetenz, Abhängigkeit, Aufgabe von Autonomie und Selbstkontrolle signalisiert. Insofern bedeutet Hilfesuche Status- und Identitätsverlust. Deshalb lehnen Männer auch die Einnahme von Psychopharmaka ab und bevorzugen, stellen Riska und Ettore (1999) fest, Alkohol als Selbstheilungsmittel beziehungsweise zur geschlechtsrollenkompatiblen Stabilisierung ihrer Identität. Andere ‚Problemlösungsstrategien‘ sind exzessives Arbeiten, exzessiver Sport oder als letzter Akt der Selbstkontrolle der Suizid.

Über Stress, Aggressivität und Alkoholmissbrauch zur Depression

Studien zur subjektiven Erfahrung von Depression von Heifner (1997) und zur depressiven Symptomatik

verweisen ebenfalls auf die normative Kraft geschlechtsspezifischer Rollenstereotype: Bei Männern findet sich nach Reiter (1995) eine eher introjektive Symptomatik, die sich auf Selbstkritik, leistungsbezogener Selbstwertproblematik und Schuld richtet sowie eher untypische Symptome wie Irritabilität, Aggressivität und Feindseligkeit, die Rutz und andere (1997) im Konzept der „männlichen Depression“ zusammenfassen. Die Pfade von den ersten Symptomen eines reduzierten Wohlbefindens in belastenden Lebenssituationen bis hin zur klinischen Depression verlaufen offenbar nach geschlechtsrollenspezifischen Reaktionsmustern: Anders als bei Frauen führen sie nach Real

Merkmale des Hilfesuchverhaltens bei Männern

- Konsistent geringere Inanspruchnahmeraten
- Physische Symptome als zentraler Konsultationsgrund
- Depressive Symptome kein Konsultationsgrund
- Kein subjektiver Hilfebedarf bei emotionalen Belastungen
- Interesse an Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- Hohe Rate an unbehandelten Depressionen
- Keine klinischen Unterschiede zwischen behandelten und unbehandelten Depressionen bis auf Comorbidität
- Höhere Suizid- und Depressionsrate bei jungen Männern

(1997), Rutz und anderen (1995) sowie Bech und anderen (2000) bei Männern über Stress, Aggressivität und Alkoholmissbrauch.

Diese mänderspezifischen prädisponierenden Faktoren einer mangelnden Hilfesuche werden in ihrer negativen Wirkung ergänzt und verstärkt durch medizinspezifische und gesellschaftliche Faktoren. Geschlechtsrollenstereotype Wahrnehmungsmuster insbesondere bei männlichen Allgemeinmedizinern können zur Ausblendung psychischer Problembereiche bei männlichen Patienten führen sowie zu systematischen Fehldiagnosen.

Gesellschaft und Medizinsystem behindern dann die Inanspruch-

nahme von Männern, wenn ihnen weniger routinemäßige Vorsorgeleistungen angeboten werden und wenn ihnen für Aufklärung, Beratung und Prävention weniger Versicherungsleistungen gewährt werden als für unmittelbare Interventionen bei akuten Erkrankungen. Dies ist weniger in Deutschland als in den USA der Fall, doch auch in Deutschland nimmt nur ein geringer Prozentsatz von Männern kostenlose Vorsorgeleistungen in Anspruch.

Enge zeitliche Strukturen im Alltag verhindern häufige Arztbesuche von Männern, aber auch von berufstätigen Frauen. Verhindernd sind ebenfalls potenzielle finanzielle Einbußen und das Opfern von Urlaubstagen. Diese strukturellen Barrieren werden ihrerseits verstärkt durch rigider werdende Arbeitsmarktbedingungen. Auch Einstellungen der Bevölkerung können eine gezielte Hilfesuche bei Depression erschweren: Anders als die Schizophrenie wird die Depression im Alltagsverständnis nicht als psychische Krankheit aufgefasst, so dass nach Angermeyer und anderen (1999) als bevorzugte Hilfsquellen das Laiensystem, der Hausarzt und die Selbsthilfegruppe vor dem Psychiater genannt werden. Insbesondere dürfte hieraus für betroffene Männer eine spezifische Angst vor sozialer Stigmatisierung resultieren, zumal Depressionen als typisch weiblich gelten.

Männliches Gesundheits- und Krankheitsverhalten wird darüber hinaus über den Lebensstil von der Schichtzugehörigkeit beeinflusst: Krankheitssymptome werden von Angehörigen unterer sozialer Schichten später identifiziert, wobei psychische Störungen eher auf organische Ursachen zurückgeführt werden. In der unteren Unterschicht ist zudem das alte Härtesyndrom von Männlichkeit noch besonders ausgeprägt, so Hollstein 1999.

Zusammenfassend drängt sich der Verdacht auf, dass die subjektiven und objektiven Kosten für Schäden und Defizite traditioneller Männlichkeit inzwischen höher liegen als deren Nutzen.

Literatur bei der Verfasserin

Während traditionelle Weiblichkeit Hilfesuchverhalten fördert, behindert traditionelle Männlichkeit die Logik von Hilfebedarf und Hilfesuche. In empirischen Studien zeigt sich konsistent, dass Männer seltener über physische, psychische und speziell depressive Symptome berichten als Frauen und dass sie generell eine bessere subjektive Gesundheit angeben

„Geschlecht“ als soziale Kategorie wird vernachlässigt

Methodische Fehler in der Forschung verzerren bedeutsame Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf der sozialen Ebene / Eine typologische Beschreibung

Von Hadwig Reinerth

Die Sozialpsychiatrie hat grundlegende Reformen in der psychiatrischen Versorgung bewirkt, um die sozialen Faktoren bei Entstehung, Verlauf und Ausprägung psychischer Erkrankungen zu berücksichtigen. Dabei hat sie jedoch bisher das Geschlecht als soziale Kategorie vernachlässigt, so dass eine geschlechterdifferenzierende Sichtweise in der Versorgung noch weitgehend fehlt. Dies steht eigentlich im Widerspruch zur sozialpsychiatrischen Betrachtungsweise und führt zu theoretisch wie praktisch bedeutsamen Wahrnehmungsverzerrungen, die im nachfolgenden Beitrag typologisch beschrieben werden.

Im vergangen Vierteljahrhundert wurde die psychiatrische Versorgung in Deutschland grundlegend umgestaltet, nachdem die wegweisende Psychiatrie-Enquête unter anderem auf die Unzumutbarkeit von Langzeitaufhalten in Großkrankenhäusern hingewiesen hatte. Um eine Hospitalisierung auch bei chronischer Erkrankung möglichst zu vermeiden, entstanden flankierende Versorgungseinrichtungen mit therapeutischen Angeboten und beschützenden Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten. Durch diese ‚Normalisierung‘ der Lebenswelten für psychisch erkrankte Menschen konnte die Sozialpsychiatrie erfreulicherweise viele lebenswichtige Verbesserungen erreichen, doch wurde dabei die soziale Bedeutung von Geschlechtsunterschieden generell außer acht gelassen. Dies zeigt sich besonders an den in Forschungsberichten dokumentierten Modellprojekten, kann aber auch in der Praxis zu folgenschweren Fehleinschätzungen und -planungen führen.

Soziales Miteinander als Beitrag zur Milieuthherapie

Die sozialpsychiatrischen Reformen setzten nach Finzen und

Schädle-Deiniger (1975) an den „elenden menschenunwürdigen Umständen“ an, unter denen nach Aussage der Psychiatrie-Enquête noch im Jahr 1975 viele psychiatrische Patienten oft jahrzehntelang zwangsweise in Anstalten verwahrt wurden. Dagegen wurde das Konzept der Enthospitalisierung - und damit zur Normalisierung der Lebenswelten - entwickelt und in diesem Zusammenhang auch die in den Krankenhäusern vorherrschende rigide Geschlechtertrennung aufgehoben oder gelockert. Das soziale Miteinander von Männern und Frauen innerhalb wie außerhalb klinischer Einrichtungen galt als Beitrag zur Milieuthherapie, und diese damals naheliegende Einschätzung hat anscheinend dazu geführt, dass die sonst so fortschrittliche Sozialpsychiatrie dem Thema geschlechterdifferenzierender Ansätze bis heute so viel Widerstand entgegenbringt.

Unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse meist unberücksichtigt

So blieben unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse von Männern und Frauen in den Reformkonzepten meist unberücksichtigt - und weitgehend auch unbekannt, denn auch die zahlreichen Studien zur Erforschung der Auswirkungen des sozialpsychiatrischen Reformprogramms auf die psychische Gesundheit und die Lebensqualität haben generell das Geschlecht als sozial wichtige Kategorie ignoriert. Derartige methodische Fehler, durch die möglicherweise bedeutsame Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf der sozialen Ebene verschwinden oder nur verzerrt erscheinen, werden wissenschaftlich als ‚gender bias‘ bezeichnet.

Die deutsch-kanadische Soziologin Margrit Eichler hat eine Typologie solcher Methodenfehler entwickelt,

um den Sexismus in der Forschung zu erkennen und möglichst zu vermeiden (1998). Leider lassen sich die von ihr gefundenen Typen des gender bias nur zu leicht in sozialpsychiatrischen Studien älteren und neueren Datums wiederfinden, was den Aussagewert ihrer Ergebnisse doch erheblich einschränkt. Hierfür einige Beispiele aus Forschung und Praxis, in denen auch die Gefahr irriger, möglicherweise gefährlicher Schlussfolgerungen deutlich wird. Dabei können die nachfolgenden Kategorien den Blick für Sexismus im Alltag wie in der Wissenschaft schärfen, auch wenn die Sachverhalte so vielschichtig sind, dass im Einzelfall mehr als ein einziger Typus zu wiederzuerkennen ist. In der Realität überschneiden sich die Kategorien und treten auch zu mehreren als (unheilvolle) Kombination auf.

Geschlecht als sozial wichtige Variable oft ignoriert

Am häufigsten ist in der Forschung immer noch die Geschlechterinsensibilität zu beobachten, nämlich das Ignorieren von Geschlecht als sozial wichtiger Variable. „Anstatt Geschlechterunterschiede oder -gemeinsamkeiten zu untersuchen, wird ein Thema generalistisch behandelt, mögliche Geschlechtsdifferenzen werden nicht beachtet. Gerade in der medizinischen Forschung ist dies nicht nur ungenau, sondern kann mitunter gesundheits- oder sogar lebensgefährliche Folgen haben“, so Eichler 1998.

Dies ist auch typisch für die Begleitforschung zum sozialpsychiatrischen Reformprogramm: die Geschlechterverteilung wird lediglich in der Beschreibung der Stichprobe beziehungsweise der untersuchten Gruppe erwähnt und in Zahlen festgehalten. Nach der

Hadwig Reinerth,
Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin
M.P.H., Gesundheitsamt Hannover

Durch die ‚Normalisierung‘ der Lebenswelten für psychisch erkrankte Menschen konnte die Sozialpsychiatrie erfreulicherweise viele lebenswichtige Verbesserungen erreichen, doch wurde dabei die soziale Bedeutung von Geschlechtsunterschieden generell außer acht gelassen

Dies ist typisch für die Begleitforschung zum sozialpsychiatrischen Reformprogramm: die Geschlechterverteilung wird lediglich in der Beschreibung der Stichprobe beziehungsweise der untersuchten Gruppe erwähnt und in Zahlen festgehalten. Nach der Feststellung, inwieweit diese Verteilung der Gesamtbevölkerung entspricht oder nicht, kommt die Kategorie Geschlecht meist nicht mehr vor

Feststellung, inwieweit diese Verteilung der Gesamtbevölkerung entspricht oder nicht, kommt die Kategorie Geschlecht meist nicht mehr vor. Über Männer und Frauen in der sozialpsychiatrischen Versorgung kann eine solche Forschung so gut wie keine Informationen liefern. Sie ermittelt sozusagen geschlechterneutral. Die sinnvolle geschlechterdifferenzierende Interpretation von Daten wie Alter, Diagnosen, Lebensumstände wird dadurch vereitelt. Außerdem kann so leicht übersehen werden, dass eine untersuchte Gruppe oder Stichprobe vielleicht nur ein Geschlecht repräsentiert. Dadurch kommt es zu Überverallgemeinerung, nämlich zu allgemein gehaltenen Aussagen, die auf Daten über nur ein Geschlecht basieren

Meist wird nur von ‚Patienten‘ gesprochen

So ist in mehreren Veröffentlichungen zu Forschungsergebnissen über ‚Unterstütztes Wohnen‘ das Überwiegen von Männern in den untersuchten Wohneinheiten dokumentiert. Dennoch wird dieser Sachverhalt in der Ergebnisbewertung schlicht übergangen, anstatt die Frage anzuschließen, ob Frauen andere Formen beschützten Wohnens bevorzugen und brauchen. Weil in anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen oft die Frauen in der Überzahl sind, kommt auch der entgegengesetzte Fall vor. Dennoch wird auch da meist nur von ‚Patienten‘ gesprochen. Auch die Variante ‚PatientInnen‘, mit großem I geschrieben, löst das Problem nicht, obwohl diese Schreibweise sicher Problembewusstsein beweisen will. Als kabarettreifes sprachliches Highlight mag die Erfindung eines statistischen Durchschnittsgeschlechts gelten, aber der tatsächliche Gehalt von Forschungsergebnissen wird dadurch eher verdunkelt.

Die meisten Medikamente auf ihre Wirkung bei Frauen nicht erforscht

Überverallgemeinerung ist häufig auf Androzentrismus, nämlich die Anwendung einer einseitig männlichen Sicht zurückzuführen. Diese Perspektive ist in den patriarchalischen Strukturen des Gesundheitswesens noch so weit verbreitet, dass sie mitunter auch unab-

sichtlich als vermeintliche Selbstverständlichkeit übernommen wird. So wird erst seit wenigen Jahren problematisiert, dass die meisten Medikamente in ihrer Wirkung auf Frauen nicht erforscht sind, weil es einfacher scheint, nur männliche Probanden in die klinische Testphase einzubeziehen. Andererseits erhalten Frauen häufiger Arzneimittel, speziell Psychopharmaka verschrieben als Männer, und die psychiatrische Versorgung ist derzeit ohne Langzeitmedikation nicht denkbar.

Verheiratete Frauen häufiger krank

Beim Familialismus wird der Begriff Familie als kleinste analytische Kategorie auch in den Fällen verwendet, in denen die Individuen innerhalb einer Familie von Handlungserwartungen unterschiedlich betroffen sind. So ist etwa die Ehe für Männer und Frauen gesundheitlich unterschiedlich zu bewerten: Während im allgemeinen Alleinlebende ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben, gibt es eine Ausnahme bei psychiatrischen Erkrankungen: an ihnen leiden häufiger verheiratete als unverheiratete Frauen. Für Männer gilt das aber nicht.

Scheinbar intakte familiäre Strukturen kaschieren oder legitimieren sogar nur zu oft direkte oder indirekte Gewalt gegenüber Frauen. Möglicherweise sind gerade psychisch kranke Frauen diesem Risiko besonders stark ausgesetzt. Auch die milieuthérapeutisch gegenüber der früheren Geschlechtertrennung sozusagen verordnete Geschlechtermischung in sozialpsychiatrischen Einrichtungen ist im Lichte dieser Gefahr zu hinterfragen. Eine neuere Untersuchung von Enders-Drägässer und Sellach aus dem Jahr 1998 in der stationären Psychiatrie ergab, dass den Patientinnen auf gemischten Stationen Rückzugsmöglichkeiten fehlen und sie einen stärkeren Schutz ihrer Intimsphäre vor den Männern auf der Station wünschen.

Doppelter Bewertungsmaßstab

Allerdings kann auch die Vernachlässigung von Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern zu fehlerhaften Einschätzungen

führen. Vor allem moralisch gilt häufig ein doppelter Bewertungsmaßstab. Das heißt, Für die gleichen Charakteristika, Geschehnisse oder Ergebnisse werden verschiedene Maßstäbe angewandt. Häufiger Partnerwechsel ist sicher problematisch und riskant für Klientinnen und Klienten, aber wird ein solches Verhalten nicht Frauen immer stärker angelastet als Männern? In der ambulanten Begleitung psychisch erkrankter Frauen kann dabei das zusätzliche Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft eine Rolle spielen – doch dies frauentypische Risiko wird mittlerweile wahrscheinlich weit übertroffen vor der beiden Geschlechtern drohenden Gefahr einer HIV-Infektion durch unbedachte Sexualkontakte.

Die Überbetonung von Geschlechtsunterschieden unter Vernachlässigung von Geschlechterüberschneidungen wird als Geschlechterdichotomie bezeichnet. Sie kann beispielsweise dazu führen, dass gleiche Verhaltensweisen je nach Geschlecht als krankhaft beziehungsweise normal eingeschätzt werden. Von Geschlechtsverklärung wird gesprochen, wenn empirische Unterschiede zu normativen überhöht werden. Weil etwa Frauen häufiger Haushaltstätigkeiten ausführen, wird ihnen das nicht selten als ‚naturegegebene‘ Aufgabe zugeschrieben. Dies kann in der sozialpsychischen Versorgung möglicherweise die Vernachlässigung der Bemühungen um berufliche Rehabilitation nach sich ziehen.

Literatur:

- Eichler, M. (1998): Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung, in: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): "Frauen und Gesundheit(en)" in Wissenschaft, Praxis und Politik, Bern: Verlag Hans Huber, S. 34 ff.
- Enders-Drägässer, U. & Sellach, B. (Hg) (1998): Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht. Lage:Jacobs
- Finzen, A. & Schädlé-Deininger, H. (1979): "Unter elenden, menschenunwürdigen Umständen" – Die Psychiatrie-Enquête. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 25, Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag
- Kruse, G. (1992): Praxisratgeber Sozialpsychiatrie, Stuttgart: Fischer
- Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, mehrere Bände, Stuttgart.

Besonderes Augenmerk auf Frauen-Perspektive

In Verbindung mit psychiatrischen Störungsbildern erhalten familiäre Probleme eine besondere Brisanz

Von Malu Laderer und Ragnhild Neunhöffer

Im Jahr 1992 wurde in Stuttgart von Mitarbeiterinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste und anderen Kolleginnen der Arbeitskreis „Frauen und Psychiatrie“ initiiert. Ziel war, die fachliche Kompetenz in frauenspezifischer Beratung weiterzuentwickeln und sich gegenseitig als Kolleginnen, in der sozialpsychiatrischen Arbeit zu unterstützen.

Im Rahmen des zehnjährigen Jubiläums der Sozialpsychiatrischen Dienste hatte der Arbeitskreis in seinem Gründungsjahr Polina Hilsenbeck vom Münchner Frauentherapiezentrum als ReferentIn zum Thema: „Frau und Psychiatrie“ eingeladen. Sie zeigte die Notwendigkeit auf, die Situation der Frauen und ihre Probleme vor einem gesellschaftlichen Hintergrund zu sehen und in der Konsequenz, spezifische Beratungskonzepte zu entwickeln.

Ein Bild der Lebenssituation von Klientinnen

Um ein genaueres Bild von der Lebenssituation und den Bedürfnissen unserer Klientinnen zu erhalten, entschieden wir uns im Jahr 1993, die jährliche Datenerhebung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Stuttgart nach geschlechtsspezifischen Unterschieden auszuwerten. Die Untersuchung und die damit verbundenen Diskussionen haben uns angeleitet, uns intensiv mit frauenspezifischen Problemsituationen auseinander zu setzen, die in der Verbindung mit psychiatrischen Störungsbildern eine besondere Brisanz erhalten: finanzielle und psychische Abhängigkeit vom Partner, Verantwortung für Kinder, Loslassen und Neuorientierung nach der Kinderphase sowie Auseinandersetzung mit dem Älterwerden. Das Thema, das uns in den folgenden Jahren am meisten

beschäftigte, war schon in der Untersuchung anvisiert worden: sexuelle Gewalterfahrung und ihre Folgen. Wir fragten uns, warum wir diesen Bereich so lange vernachlässigt hatten.

Sexuelle Gewalt und die Folgen

In Fallbesprechungen kristallisierte sich immer wieder heraus, wie viele Klientinnen von sexualisierter Gewalt traumatisiert sind – sowohl durch Übergriffe in der Kindheit oder Jugend als auch in Erwachsenen-Beziehungen. Einige Lebensläufe zeigten eine psychische Erkrankung als Überlebensstrategie. Daneben beschäftigten wir uns mit frauenspezifischen Störungsbildern, wie selbstverletzendem Verhalten, Essstörungen und Suchtverhalten. Von Vorteil war, dass im Arbeitskreis auch Vertreterinnen von frauenspezifischen Diensten assoziiert sind, die über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Beratung bezüglich dieser Störungen verfügen.

Ein weiteres vernachlässigtes Thema sind die Kinder psychisch kranker Eltern. Bis jetzt haben sie wenig Beachtung gefunden. Es ist jedoch klar, dass Kinder in ihrer Abhängigkeit von den Eltern einen spezifischen Unterstützungsbedarf haben. Dass dies nicht nur ein Randproblem ist, zeigte eine Befragung unter den Sozialpsychiatrischen Diensten aus dem Jahre 1998. Demnach leben etwa sechs Prozent unserer Klientinnen mit minderjährigen Kindern. Dies betrifft ganz überwiegend psychisch kranke Mütter. Siehe hierzu auch den Beitrag von Neunhöffer in der Kerbe 3/2000.

War es auf der einen Seite wichtig, die Kinder überhaupt wahrzunehmen, mussten auf der anderen

Seite ebenso die Nöte der Mütter gesehen werden, mit ihrer Erziehungsverantwortung und mit ihren Schuldgefühlen, keine ‚gute Mutter‘ zu sein umzugehen. Derzeit arbeiten wir daran, dass minderjährige Kinder in unsere jährliche Dokumentation aufgenommen werden und damit mehr Beachtung finden.

Kinder psychisch kranker Eltern brauchen Aufmerksamkeit

Wir sind dabei, spezifische Angebote für die Angehörigenarbeit mit Kindern und für die Mütter zu überlegen. Dazu gehören Informations- und Gesprächsgruppen für Mütter, ein Stammtisch für Alleinerziehende, mehrtägige Freizeit mit Kindern und betreutes Wohnen für Mütter mit Kindern.

Immer wieder wurde die Frage von frauenspezifischen Angeboten in den Diensten diskutiert. Sind sie sinnvoll und wenn ja, in welcher Art? Im Laufe der Jahre zeigte sich, dass regelmäßige zwanglose Treffen es den Frauen ermöglichen, über ihre Themen zu sprechen. In den Aktionen zum Internationalen Frauentag setzten sich Klientinnen und Mitarbeiterinnen gemeinsam für Fraueninteressen ein. Besonders beliebt waren die gemeinsamen Frauenfeste.

Arbeitskreis hat sich zu einem Forum entwickelt

Neben den thematischen Schwerpunkten hat sich der Arbeitskreis zu einem Forum entwickelt, in dem Kolleginnen aus frauenspezifischen Diensten und allgemeinen Diensten, die mit psychisch kranken Menschen zu tun haben, zusammenkommen. Dadurch entstand ein großer Informationspool der verschiedenen Hilfeangebote für Frauen in Stuttgart. Dies ermöglicht es uns, ganzheitlichere und differenziertere Hilfestellungen für die betroffenen Frauen anzubieten. Als wesentliches Ergebnis der Arbeit im Arbeitskreis bleibt festzuhalten, dass es uns gelungen ist, spezifische Frauenthemen in unsere Beratungstätigkeit aufzunehmen und auch in die allgemeine sozialpsychiatrische Diskussion einzubringen.

Malu Laderer, Diplom-Psychologin, Sozialpsychiatrischer Dienst Stuttgart-Birkach

Ragnhild Neunhöffer, Diplom-Politologin, Sozialarbeiterin, Sozialpsychiatrischer Dienst Bad Cannstatt

Der Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie ist ein Zusammenschluss von Fachfrauen, die in unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten in Stuttgart und der näheren Umgebung mit psychiatrieerfahrenen Frauen arbeiten

Wir möchten mit unseren Präventions-, Beratungs- und Nachsorgekonzepten diese Lebensrealitäten von Frauen berücksichtigen und in die Beratung einbeziehen, um ihre krankheitsfördernden Anteile und den gesellschaftlichen Hintergrund bewusst zu machen

Frauenspezifische Perspektive als Qualitätsmerkmal

Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie Stuttgart setzt sich für erweitertes Beratungs- und Therapieangebot ein / Statut aus dem Jahr 1999

Der Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie ist ein Zusammenschluss von Fachfrauen, die in unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten in Stuttgart und der näheren Umgebung mit psychiatrieerfahrenen Frauen arbeiten. Die Dienste, Einrichtungen und Projekte können sowohl ausschließlich für Frauen als auch für Männer und Frauen zuständig sein. Der Kreis tagt sechs mal pro Jahr abwechselnd bei den beteiligten Diensten und Einrichtungen.

Die Situation von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft bedarf geschlechtsspezifischer Betrachtung in der psychosozialen Arbeit, weil Männer und Frauen in der Regel mit sehr unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Vorgaben und Bedingungen aufwachsen und leben.

Psychische Erkrankungen von Frauen stehen häufig in Zusammenhang mit ihrer geschlechtsspezifischen Rolle und Sozialisierung, insbesondere mit:

- Traumatisierenden Erfahrungen durch sexualisierte Gewalt sowie körperliche Schläge und Unterdrückung
- Allgegenwärtige offene und subtile Abwertung und Demütigung
- Schuldzuweisung durch die Gesellschaft für sämtliche Probleme im privaten Bereich und ihre anerzogene Bereitschaft, diese anzunehmen
- Ökonomische Abhängigkeit und erhöhte Armutsrate
- Psychiatrisierung von rollenuntypischem Verhalten beziehungsweise ‚Nicht-Funktionieren‘.
- Abgeleitete Identität, sich definieren als ‚Frau von‘ oder ‚Frau ohne‘.

Wir möchten mit unseren Präventions-, Beratungs- und Nachsorgekonzepten diese Lebensrealitäten von Frauen berücksichtigen und in die Beratung einbeziehen, um ihre krankheitsfördernden Anteile und den gesellschaftlichen Hintergrund bewusst zu machen und dadurch mehr selbstbestimmtes Verhalten zu ermöglichen.

Die wichtigsten Ziele der Zusammenarbeit sind, die frauenspezifische Beratungskompetenz zu verbessern, das Beratungs- und Therapieange-

bot für psychiatrieerfahrenen Frauen zu erweitern und Einfluss zu nehmen, dass die frauenspezifische Perspektive als Qualitätsmerkmal in den Diensten und Einrichtungen der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung vertreten ist.

Diesen Zielen dienen folgende Inhalte der Zusammenarbeit:

- Schärfung der Wahrnehmung der Lebensbedingungen von Frauen allgemein und von psychiatrieerfahrenen Frauen insbesondere und ihrer Folgen für unsere Klientinnen
- Kooperation und Vernetzung mit Diensten und Einrichtungen, die frauenspezifische Angebote machen. Dazu dienen gemeinsame Informations- und Kooperationstreffen, bei denen auch ein persönliches Kennenlernen der Kolleginnen möglich und gewünscht ist
- Regelmäßige Information und Austausch über Konzepte und Arbeitsweisen, frauenspezifische Angebote in einzelnen Einrichtungen sowie Aspekte und Ansätze in der Arbeit, Fallbesprechungen sowie Termine, Tagungen, Untersuchungen
- Kontinuierliche Arbeit an Fachthemen
- Entwicklung und Umsetzung von Ideen zur Verbesserung und Förderung der Situation von Klientinnen und Mitarbeiterinnen in sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen
- Einbringen und Vertreten von Frauenthemen und spezifisch weiblichen Interessen in den psychosozialen Gremien
- Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Frauen und Psychiatrie in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit
- Kollegiale Beratung und Unterstützung
- Erfahrungsaustausch und Unterstützung von Mitarbeiterinnen aus gemischten Teams und aus Frauentams

„Wir kämpfen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung“

Ein Interview mit Elisabeth Muschik, Psychotherapeutin und Geschäftsführerin der Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit ‚pro mente wien‘

Aufgezeichnet von Jürgen Bombosch

Die Arbeit der österreichischen Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit ‚pro mente wien‘ orientiert sich stark am „Kunden“ und legt bei ihren Angeboten besonderen Wert auf die sozialen Umstände der Klienten. Sie wird – nicht zuletzt aufgrund ihrer Unterstützung durch viele Ehrenamtliche – zunehmend auch in der bundesdeutschen Psychiatrie-Szene wahrgenommen.

Frau Muschik, wir möchten den Leserinnen und Lesern der Kerbe gerne näher bringen, welchen Aufgaben sich die Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit – pro mente wien widmet. Bitte sagen Sie uns, seit wann es die Gesellschaft gibt und wie es zur Initiative und Gründung kam.

pro mente wien wurde 1965 als gemeinnütziger Verein gegründet. Initiator war der engagierte Universitäts-Dozent Dr. Raoul Schindler, der damals Leiter der Abteilung 7 im Psychiatrischen Krankenhaus ‚Baumgartner Höhe‘ war. Einigen Kolleginnen und Kollegen in Deutschland ist diese Einrichtung auch als ‚Steinhof‘ bekannt. Schindler und den anderen Gründungsmitgliedern ging es primär darum, insbesondere die langzeithospitalisierten Patienten, die zum Teil jahrzehntelange stationäre Aufenthalte hinter sich hatten und nur noch über geringe bis gar keine sozialen Kontakte mehr verfügten, auf dem Weg in ein außerstationäres Leben zu begleiten und ihnen psychosoziale Unterstützung für eine neue Selbstständigkeit zu geben.

Von Anfang an waren engagierte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesem Projekt beteiligt, die bis Anfang der 90er-Jahre ‚Pflegschaftshelfer‘ hießen und die Klienten in Entmündi-

gungsverfahren und beim Pflge-schaftsbericht unterstützten. Zwischen diesen heutigen Sozialbegleiterinnen und Sozialbegleitern und den psychiatrischen Klienten entwickelten sich zum Teil intensive Beziehungen, die bei einigen tatsächlich bis heute bestehen. Die durchschnittliche gemeinsame Beziehung zwischen Klient und Sozialbegleiter dauert zwischen 10 und 15 Jahren.

Welche Ziele hat pro mente wien?

Die Ziele des Vereins lassen sich in fünf Punkten zusammenfassen:

- Wir wollen in der Gesellschaft Verständnis wecken für psychisch erkrankte Menschen und ihnen ihr aus der Krankheit erwachsenes psychosoziales Leiden durch Information, Beratung, persönliche Begleitung und Schulung erleichtern
- Wir kämpfen gemeinsam mit den Betroffenen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung
- Wir helfen psychisch erkrankten und sozial beeinträchtigten Menschen bei der Reintegration in die Gesellschaft und setzen uns daher insbesondere in den zentralen Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit ein
- pro mente Wien begleitet im Leben und ins Leben
- Wir bieten individuelle Begleitung und Unterstützung vor Ort und geben zum Beispiel auch Hilfestellung bei behördlichen Problemen.

Wo lagen die vergangenen und wo liegen die aktuellen Schwerpunkte der Arbeit?

Von Anfang an haben wir den Schwerpunkt unserer Arbeit in der

„Zur-Verfügung-Stellung“ eines kontinuierlichen, verlässlichen und regelmäßigen Kontakt- und Beziehungsangebotes durch geschulte ehrenamtlich tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesetzt. Und dies stets vor dem Hintergrund eines drohenden oder bereits erfolgten gesellschaftlichen Ausschlusses der betroffenen Menschen. Die Erweiterung unserer Angebote erfolgte inzwischen in folgenden Bereichen:

- Beschäftigung: Seit 1979 gibt es das Patientencafé ‚KOMM24‘ (Kommunikations-Zentrum am Pavillon 24). KOMM24 ist ein von Psychiatrie-Erfahrenen geführtes Kaffeehaus auf dem Gelände des Otto-Wagner-Spitals in Wien unter der organisatorischen Leitung von pro mente wien
- Arbeit : Seit 1995 existiert das in Trägerschaft von pro mente wien geführte Kaffeerestaurant MAX im Zentrum von Wien. Dieses sozialökonomische Projekt bietet 18 Langzeit psychisch erkrankten Menschen eine Arbeitsmöglichkeit für die Dauer von einem Jahr in den Bereichen Küche und Service. Danach findet eine Weitervermittlung statt. Noch in diesem Jahr wird der Betrieb um einen Cateringbereich erweitert, in dem weitere 12 ‚Transitkräfte‘ Arbeit finden werden.
- Wohnen: Seit Herbst 2000 bestehen sechs teilbetreute Wohngemeinschaften, zu denen in diesem Jahr teilbetreutes Einzelwohnen hinzukommt.

Wie ist die Organisation aufgebaut und mit welchen Partnern arbeitet pro mente wien zusammen?

Pro mente wien ist ein gemeinnütziger Verein mit Vorstand und

Elisabeth Muschik, „pro mente wien“; Mitglied von „pro mente Austria“, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit, Stubenring 2/4a, A-1010 Wien; Tel.: 01/51315-30 oder -31, Fax: -350

Das Interview arrangierte Kerbe-Redaktionsmitglied Jürgen Bombosch auf schriftlichem Wege zwischen Wien und Düsseldorf. Gemeinsam mit Elisabeth Muschik plant er für 2002 ein österreichisch-deutsches Tagungsprojekt in Wien

Wir wollen in der Gesellschaft Verständnis wecken für psychisch erkrankte Menschen und ihnen ihr aus der Krankheit erwachsenes psychosoziales Leiden durch Information, Beratung, persönliche Begleitung und Schulung erleichtern

Mitgliedern. Obmann ist Universitäts-Professor Dr. Karl Danten-dorfer. Der Verein beschäftigt 36 hauptamtliche- und 65 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie 45 Praktikantinnen und Praktikanten.

Unsere Kooperationspartner sind:

- Das Sozialamt der Gemeinde Wien
- Der Arbeitsmarktservice und das Bundessozialamt
- Die Einrichtungen der institutionellen und außerinstitutionellen sozialpsychiatrischen Versorgung in Wien
- Die Sozialeinrichtungen der Gemeinde Wien
- Die Behindertenverbände in Wien
- Die ‚Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter‘ HPE-Österreich.

Ist für Ihre Institution die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen als ‚Triolog‘ in die Konzeptions- und Zielplanung möglich oder bereits selbstverständliche Grundhaltung?

Die Einbeziehung von psychisch Betroffenen in unsere konzeptuelle Arbeit wird zunehmend möglich. Der regelmäßige Austausch und die Zusammenarbeit mit psychisch- und sozial beeinträchtigten Menschen war seit Bestehen von pro mente wien selbstverständlich. So wurden und werden beispielsweise alle Gruppenangebote unter Mitarbeit von psychisch Betroffenen geplant und umgesetzt. Derzeit haben wir ein Projekt zum Aufbau einer Interessenvertretung psychisch erkrankter Menschen bei der ‚Behindertenmilliarde‘, das sind Mittel der Österreichischen Bundesregierung, eingereicht. pro mente wien war federführend beteiligt bei der Einführung des „Wiener Trialogs“, gemeinsam mit der Österreichischen Angehörigenbewegung HPE und Fachleuten sozialpsychiatrischer Einrichtungen in Wien.

Wo liegen die aktuellen Probleme Ihrer Arbeit?

Wir müssen uns laufend auf die Veränderungen in der Gesellschaft einstellen, wie beispielsweise die Zunahme psychischer Störungen in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit. Hier gilt es immer wieder neu, multifaktorielle gesamtgesellschaftliche Gegebenheiten hinsichtlich unserer Arbeit zu berücksichtigen. Wir halten darüber hinaus gesellschaftspolitische Aufklärungsarbeit und entsprechende ‚Feldarbeit‘ sowohl im Sinne der Prävention als auch zur Bekämpfung der Diskriminierung von Menschen mit psychosozialen Einschränkungen für dringend erforderlich

Arbeitsthemen der Zukunft sind für uns auf jeden Fall:

- Die Arbeit mit alten Menschen mit psychischen Störungen, die derzeit nicht zu unserer Zielgruppe gehören

- Psychisch beeinträchtigte und leidende Menschen auf Grund von Heimatlosigkeit und Sprachlosigkeit
- Die Arbeit mit Menschen, die psychosozial verelenden oder sich in dieser Gefahr befinden.

Welche Perspektiven hat sich Ihr Team für die nächsten Jahre vorgenommen?

Es ist unser Ziel, die Ansprechadresse für psychische und soziale Gesundheit in Wien zu werden - mit entsprechenden Lösungs- und Hilfsangeboten in diesen Bereichen; ausgerichtet auf eine zufriedenstellende Bewältigung des Lebens. Wir möchten den Menschen gerne bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote in ausreichendem Maße zur Verfügung stellen. Dies bedeutet, Angebote nahe am Klienten zu planen und ihn so weit als möglich in die Planung einzubeziehen.

Unabhängig, parteilich, unbürokratisch und offen

Patientenvertrauenspersonen sind in den Niederlanden in einer Stiftung organisiert / Interview mit Dr. Harry Manders

Aufgezeichnet von Jürgen Bombosch

Die ‚Stiftung Patientenvertrauensperson‘ (‚Stichting Patientenvertrouwenpersoon‘ / ‚the Patients‘ Advocate Foundation‘) mit Sitz im niederländischen Utrecht ist seit 1982 auf dem gesamten Gebiet der Niederlande tätig. Die 56 dezentral tätigen Patientenvertrauenspersonen, allesamt Profis aus den Bereichen Psychologie, Sozialwissenschaft, Sozialarbeit und Sozialpädagogik, haben den Auftrag, psychiatrische Klienten bei der Durchsetzung ihrer Rechte in psychiatrischen Institutionen zu unterstützen. Darüber hinaus stehen sie als Berater - inzwischen auch zunehmend in ambulanten Bereichen - zur Verfügung. Etwa 20 Prozent der Patientenvertrauenspersonen, deren anwaltschaftliche Funktion in der englischen Übersetzung besonders gut deutlich wird, sind selbst Psychiatrie-Erfahrene. Damit wird eine effektive und effiziente Vertretung für psychiatrische Klienten möglich. Alle Mitarbeiter haben nach einem systematischen Auswahlverfahren und einer intensiven vierwöchigen Schulung zunächst ein halbes Jahr einen Mentor oder eine Mentorin an ihrer Seite. Diese Mentoren bleiben auch darüber hinaus Ansprechpartner. Die jetzige Probezeit von zwei Monaten soll zukünftig ein Jahr betragen.

Herr Dr. Manders, welche Aufgaben hat die ‚Stiftung Patientenvertrauensperson‘ (PVP) in den Niederlanden und welche Rolle spielt sie in psychiatrischen Versorgungssystem des Landes?

Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, wurde im Laufe der 70er-Jahre auch in den Niederlanden durch kritische psychiatrisch Tätige deutlich gemacht, dass die Rechtsstellung psychiatrischer Patienten sehr zu wünschen übrig ließ. Auch brachten damals bereits Patienten und ehemalige Patienten psychiatrischer Krankenhäuser die Missstände und Erniedrigungen an die Öffentlichkeit, die ihnen durch psychiatrische Behandlung widerfahren war. Auch Angehörige, Studenten, psychiatrisches Pflegepersonal sowie Rechtsanwälte lehnten sich bereits damals gegen das gängige, überwiegend stationär geprägte, psychiatrische Versorgungssystem auf. Folge war, dass einige psychiatrische Krankenhäuser die Initiative ergriffen, einen ‚Ombudsmann‘ einzustellen. Dessen Hauptaufgabe war es, Patienten dabei behilflich zu sein, Lösungen für ihre Beschwerden über die psychiatrische Behandlungspraxis zu finden.

Da die Arbeitsweise, Position und Akzeptanz dieser Ombudsleute höchst unterschiedlich war, entwickelte sich in den Niederlanden daraus die Idee einer einheitlichen Aufgabenstellung für dieses Unterstützungssystem der Psychiatrie-Erfahrenen, die schließlich durch eine interdisziplinär besetzte Kommission - in Kooperation mit der niederländischen Regierung - 1980 eine Konzeption vorlegte. Vorgesprochen wurde, in allen psychiatrischen Krankenhäusern der Niederlande eine Patientenvertrauensperson einzustellen, die nicht der Krankenhausleitung unterstellt sein sollte und somit unabhängig agieren konnte. Nach einer Modellphase wurde schließlich 1981 die PVP als unabhängige Stiftung gegründet. Die Evaluation bis 1986 ergab, trotz aller Anfangsschwierigkeiten, eine eindeutig positive Beurteilung durch alle Beteiligten. Seit 1994 ist die Einstellung einer PVP für Krankenhäuser obligatorisch. Die Zuständigkeiten wurden nun gesetzlich verankert. Die Satzung der

Stiftung PVP legt fest, dass die Vertreter Patienten, die in Einrichtungen der geistigen Gesundheitsfürsorge behandelt werden, zu beraten und ihnen bei der Ausübung ihrer Rechte beizustehen hat.

Nach welcher ‚Philosophie‘ handelt eine Patientenvertrauensperson?

Unsere Arbeit basiert auf vier Eckpfeilern, die die Eigenart der PVP charakterisieren:

- **Unabhängigkeit.** Da eine PVP nicht der Krankenhausleitung unterstellt ist, dem Krankenhaus daher auch keine Rechenschaft schuldig ist, kann sie ihre Arbeit in relativ großer Freiheit ausüben
- **Parteilichkeit.** Die PVP ist parteiisch und tritt eindeutig für die Interessen der Psychiatrie-Betroffenen ein. Die Wünsche des Patienten sind maßgebend für die PVP. Der Klient entscheidet, ob und was die PVP unternehmen soll, wieweit sie sich dabei engagieren- und damit aufhören soll
- **Unbürokratisch.** Der Zugang zu einer PVP ist völlig unbürokratisch. Einerseits können Psychiatrie-Betroffene die PVP aufsuchen. Andererseits können sich die Vertreter frei im Krankenhaus bewegen und besuchen auch unkonventionell und ohne Voranmeldung Stationen und Abteilungen
- **Offenheit.** Die PVP nimmt jede Beschwerde ernst, selbst wenn Therapeuten dazu neigen sollten, eine Beschwerde dem Krankheitsbild des Patienten zuzuschreiben. Die PVP kann sich auch nicht eigenmächtig weigern, einer Beschwerde nachzugehen. Falls die Zusammenarbeit aus Sicht des Psychiatrie-Betroffenen nicht zufrieden stellend ist, kann eine Beschwerde über die PVP selbst erfolgen. Dafür steht ein unabhängiger Beschwerde-ausschuss zur Verfügung.

Wie können wir uns die Arbeitsweise einer PVP vorstellen? Können Beschwerden aus der ambulanten Psychiatrie an eine Vertrauensperson herangetragen werden?

Die Praxis des Beschwerdemanagements ist durch drei Punkte gekennzeichnet:

- **Beratung.** Einen großen Teil ihrer Arbeitszeit verwendet eine PVP darauf, die individuellen Probleme, Beschwerden und Fragen von Klienten einer Lösung zuzuführen. Dies kann auch bedeuten, dass der um Rat bittende Klient nach einer Beratung selber mit der entsprechenden Konfliktpartei verhandelt, ohne dass die PVP anwesend sein muss. Manchmal geht es auch nur darum, dass die Vertrauensperson einem Klienten dabei behilflich ist, eine Fragestellung eindeutig auf den Punkt zu bringen und zu formulieren. Manche Klienten sind auch damit zufrieden, mit einer PVP ein vertrauliches Gespräch führen zu können, und dass eine PVP ihnen ausführliche Aufmerksamkeit geschenkt hat
- **Beschwerdevermittlung.** Sobald sich die PVP aktiv mit einer Beschwerde oder Frage befasst, sprechen wir vom Prozess der Beschwerdevermittlung. So kann beispielsweise ein Gespräch zu dritt stattfinden, bei dem die PVP besonders darauf achtet, das Machtgefälle zwischen Klienten und psychiatrischen Mitarbeitenden auszugleichen, damit das Gespräch eine Unterredung gleichberechtigter Parteien wird. Dabei ist es keinesfalls die Aufgabe der PVP, ein unparteiisches Urteil zu fällen. Die PVP tritt immer einseitig für den Standpunkt einer Konfliktpartei ein, nämlich der des Klienten
- **Signalisierungsauftrag.** Neben ihrem Auftrag der Beratung und Beschwerdevermittlung hat die PVP die Aufgabe der Signalisierung. Dies bedeutet, dass die PVP auch ohne einen Auftrag durch Klienten auf strukturelle und organisatorische Missstände hinweisen muss, sobald Patientenrechte beeinträchtigt sind. So kann es beispielsweise geschehen, dass eine PVP regelmäßig mit Beschwerden von Klienten über rechtswidrige freiheitsentziehende Maßnahmen konfrontiert wird. Dies wird dann durch die

Das Interview mit dem Geschäftsführer der Stiftung Patientenvertrauensperson, Dr. Harry Manders, führte Kerbe-Redaktionsmitglied Jürgen Bomboch im niederländischen Utrecht

Dr. Harry Manders, Geschäftsführer der Stiftung Patientenvertrauensperson, Utrecht, Niederlande

Die PVP unterhält vielerlei Kontakte zu anderen Gruppen und Verbänden in den Niederlanden, die sich ebenfalls mit der Wahrung der Rechte von Klienten befassen und sich für deren Interessen einsetzen

PVP als ein ‚Signal‘ an die Krankenhausleitung weitergeleitet. Die PVP hat danach allerdings nicht den weitergehenden Auftrag, über Lösungsmöglichkeiten nachzudenken beziehungsweise die Verantwortung für eine entsprechende Lösung zu übernehmen. Dies würde nämlich die unabhängige Position der Patientenvertrauensperson an ihrem jeweiligen Standort gefährden. Sollte die Krankenhausleitung den Missstand nicht beseitigen, kann sich die PVP an den Staatsanwalt wenden.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die PVP einem Klienten hilft, eine offizielle Klage einzureichen, wenn alle anderen Wege nicht zum Ziel führen - und, natürlich, wenn der Klient dies wünscht. In diesem Falle entspricht die Funktion in etwa der eines Rechtsanwaltes. Zur Frage der Betreuung in ambulanten psychiatrischen Bereichen kann ich sagen, dass hier aktuell ein weiteres Beratungssystem durch die PVP im Aufbau ist. Allerdings können sich auch jetzt schon alle Bürgerinnen und Bürger, die Beschwerden vorzubringen haben, an die Geschäftsstelle in Utrecht wenden. Primär sind die Patientenvertrauenspersonen auch bis heute noch für die 68 psychiatrischen Krankenhäuser und die 44 psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in den Niederlanden zuständig.

Gibt es eine Art Verhaltens-Codex, den eine Vertrauensperson unbedingt einhalten muss?

Für das Verhalten einer Patientenvertrauensperson gibt es von der Stiftung festgelegte Regeln, die beschreiben, welche Haltung eine PVP in unterschiedlichen Situationen gegenüber Klienten, im Krankenhaus Mitarbeitenden oder anderen Personen einnehmen soll. Dabei handelt es sich beispielsweise um folgende Verhaltensregeln:

Eine PVP soll auf jeden Fall eine Beschwerde in Worte fassen, wenn ein Klient nicht dazu in der Lage ist und sich die Situation, in der sich dieser Klient befindet, der PVP unannehmbar erscheint.

Bei der Beschwerdevermittlung geht die PVP immer nach den Interessen und Wertmaßstäben des Klienten vor. Die eigene Meinung der PVP bleibt dabei solange wie möglich im Hintergrund. Allerdings darf die PVP einen Klienten über die Aussicht auf Realisierbarkeit einer geplanten Aktion informieren.

Eine Beschwerde wird von einer PVP nur dann behandelt, wenn dies der Klient will. Sollte ein Angehöriger oder ein anderer (dritter) Beschwerdeführer sein, greift die PVP diese Beschwerde nur dann auf, wenn sich der Klient den Ausführungen oder Begründungen dieser Beschwerde Dritter anschließt und sich diese zu Eigen machen will. Beschwerden eines Klienten gegen einen anderen Klienten werden von der PVP nicht behandelt. Die PVP vertritt generell einen unabhängigen Standpunkt vom Träger der psychiatrischen Einrichtung. Zur Krankenhausleitung und allen anderen psychiatrischen Mitarbeitenden der jeweiligen Institution unterhält die PVP sachliche Beziehungen.

Die bereits oben erwähnte unabhängige Beschwerdekommision zur Entgegennahme von Beschwerden über Patientenvertrauenspersonen prüft diese Beschwerden insbesondere auf Grund der für die PVP verbindlichen Verhaltensregeln.

Welche politischen Aufgabenstellungen hat die Stiftung ?

Die PVP unterhält vielerlei Kontakte zu anderen Gruppen und Verbänden in den Niederlanden, die sich ebenfalls mit der Wahrung der Rechte von Klienten befassen und sich für deren Interessen einsetzen. Insbesondere mit den örtlichen Patientenräten der Krankenhäuser und den in der Region tätigen Rechtsanwälten. Die PVP tritt beispielsweise auch als Berater eines Patientenrates auf. Dabei ist die Unterscheidung wichtig, dass ein Patientenrat die kollektiven Interessen aller Patienten einer Einrichtung vertritt. Die PVP hingegen primär, wie schon des Öfteren geschildert, die Interessen einzelner Klienten. So gibt es in allen Landgerichtsbezirken der Nieder-

lande einen Bereitschaftsdienst für Zwangseinweisungen im Rahmen des Unterbringungsgesetzes. Die dem Bereitschaftsdienst angeschlossenen Rechtsanwälte leisten Personen juristischen Beistand, die unfreiwillig in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden sollen bzw. wenn die Verlängerung unfreiwilliger Unterbringung ansteht.

Des Weiteren beschäftigt sich die nationale Stiftung PVP auch mit neuen Gesetzesvorhaben der niederländischen Psychiatrie, vertritt dabei ihren Standpunkt und entsprechende Eingaben. Hinzu kommt die Vertretung aller Angelegenheiten der PVP in den einschlägigen politischen und psychosozialen Gremien.

Wie finanziert sich die PVP und welche Kosten entstehen für den intensiven personellen Einsatz?

Aktuell verfügt die PVP über ein Budget von rund sieben Millionen Mark, die primär über die Tagespflegesätze der Krankenhäuser finanziert werden. Etwa 80 Prozent dieses Budgets werden für Personalkosten aufgewendet. Die Inanspruchnahme einer PVP ist für die Klienten kostenfrei.

Welche Möglichkeiten haben die Patientenvertrauenspersonen selbst, ihre Arbeit zu reflektieren?

Sowohl in den Regionen wie auch in der nationalen Geschäftsstelle in Utrecht gibt es Unterstützungsangebote für die PVP durch Einzel- und Gruppengespräche sowie verschiedenste Fortbildungsmaßnahmen im Rahmen des Teams oder mit externer Supervision. Dabei ist es ein Problem, dass die Kolleginnen und Kollegen in ländlichen Regionen wesentlich mehr auf sich allein gestellt sind als in Städten wie beispielsweise Amsterdam, wo Teambesprechungen der dortigen Patientenvertrauenspersonen viel leichter und spontaner zu organisieren sind. Mein Kollege und ich, wir sind beide Geschäftsführer der gesamten Stiftung PVP, besuchen darüber hinaus auch regelmäßig unsere Kolleginnen und Kollegen im ganzen Lande.

Aktuell verfügt die PVP über ein Budget von rund sieben Millionen Mark, die primär über die Tagespflegesätze der Krankenhäuser finanziert werden. Etwa 80 Prozent dieses Budgets werden für Personalkosten aufgewendet

„Wir machen Nutzerbeteiligung“

Erfahrungen in der PPO-Werkstatt ‚Offener Treff‘ in Wetzlar: auf reges Interesse folgt herbe Enttäuschung

Von Wolfgang Muy und Knuth Stamer

Der Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe und der Fachverband Psychiatrie in der Caritas (PiC) haben Anfang 2000 die Weiterentwicklung des Qualitätsentwicklungskonzepts Pro Psychiatrie Qualität (PPO) in einer zweiten Projektphase in Auftrag gegeben. Derzeit sind bundesweit acht Regionalgruppen damit befasst, unterschiedliche Themenschwerpunkte zu bearbeiten innerhalb einer umfassenden Qualitätskonzeption für die gemeindepsychiatrische Versorgung. Im Frühjahr 2002 soll das Qualitäts-handbuch in neuer Fassung vorliegen. Im Folgenden ein Werkstattbericht über das Regionalprojekt Wetzlar, in dem der Frage nachgegangen wird, wie ein Konzept der Nutzerbeteiligung in einem gemeindepsychiatrischen Hilfesystem gestaltet werden kann.

Klientenbefragungen, Beteiligung von Betroffenen und dialogisches Arbeiten sind in aller Munde. Die Frage stellt sich aber: sind unsere bisherigen Wege die richtigen? Wo fängt Nutzerbeteiligung an und wo darf sie nicht aufhören? Das gemeindepsychiatrische Zentrum Haus Sandkorn in Wetzlar arbeitet im Pro Psychiatrie Qualität-Projekt an einer Konzeption zur Nutzerbeteiligung. Wir analysieren seit einem Jahr die Erfahrungen mit Nutzerbeteiligung und testeten neue Wege.

Es lohnt sich, den manchmal frustrierenden Weg zu betreten

Als Fazit kann gezogen werden: Es lohnt sich, den manchmal frustrierenden und holprigen Weg zu betreten. Allerdings erweisen sich unsere Art von „Profi-Versammlungen“ und unsere „professionelle Sprache“ als große Hürde. Die Vorbereitungsgespräche und -diskussionen für eine geplante Triologveranstaltung bewirkte, dass sich Angehörige und Betroffene

mit mehr Mut äußerten und einbrachten. Das vorrangige Ziel besteht darin, eine Kultur der Nutzerbeteiligung zu schaffen.

Nutzerbeteiligung muss im sozialpsychiatrischen Bereich über den persönlichen Kontakt aufgebaut werden. Es sind nicht die offiziellen Runden, die formalen Gremien wie Wohnerversammlung, Heim- oder Tagesstättensprecher, die einen entscheidenden Schritt in Richtung umfassender Nutzerbeteiligung bewirken. Vielmehr sollten Mitarbeiter verinnerlichen: „Haben wir dazu schon die Meinung der Betroffenen gehört? Wie könnten wir vorgehen, um diese zu erfahren?“ Das kostet Zeit, das hat Grenzen. Dennoch sind es Schritte in die richtige Richtung. Sie müssen den individuellen Gegebenheiten der Einrichtungen angepasst werden, dem Rechnung tragen, wie weit der Gesamtprozess der Nutzerbeteiligung in der Einrichtung etabliert ist.

Wie kann ein solches Bewusstsein gefördert werden? Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die langjährige Beteiligung und Unterstützung von dialogischen Veranstaltungen (hier Psychoseseminar) und die sozialpsychiatrischen Fortbildungen für Mitarbeiter ein positiver Nährboden für die veränderte Haltung zur Nutzerbeteiligung war. Mitarbeitern fällt es nicht immer leicht, dieses Feld zu ‚beackern‘.

Nutzerbeteiligung: ein Praxisbeispiel

Im „Offenen Treff“ wurde eine Befragung mit dem Ziel realisiert, sich mit der Treff-Konzeption zu beschäftigen und mehr über Wünsche und Ideen der Einzelnen zu erfahren. Während der Befragungsaktion und auch noch da-

nach war im Treff eine größere Bereitschaft zum Austausch über Meinungen zum Treff spürbar. Der Fragebogen hatte offenbar zum Nach- und Mitdenken angeregt und Potenziale der Klienten freigelegt, auch über das bloße Ausfüllen des Fragebogens hinaus. Das Ziel war damit eigentlich erreicht.

Ein Mitarbeitertreffen, zu dem die Klienten eingeladen worden waren, um den Dialog weiterzuführen, enttäuschte aber: Niemand kam. Zugleich machte uns dies auch nachdenklich. Hatten wir die falsche Methode gewählt, Besucher an „ihrem“ Treff zu beteiligen? Arbeitskreis-schematisches Sozialarbeiterdenken hatte eine Abfuhr bekommen - eine Anregung, diese und hochkultivierten Rituale generell zu hinterfragen. Bei der Einbeziehung von Klienten in die Arbeit fehlte offenbar Fantasie und die Einfühlung in deren Wünsche und Bedürfnisse. Sicher gibt es weitere Erklärungen für dieses Erlebnis: Auch die Besucher haben im Fragebogen schnell ein Kreuz gemacht und ihre Bereitschaft zum Aktiv-Werden signalisiert. Die Umsetzung dagegen war unbequem. Auch das ist Realität im Alltag mit Klienten und lässt die Frage aufkommen, inwieweit Nutzer eigentlich beteiligt werden wollen.

Der Anfang aber hat gezeigt, dass den Klienten durch alltägliche Begegnungen Möglichkeiten zum unbefangenen Austausch und Einbeziehung in die Arbeit gegeben werden konnten, die auch genutzt wurden. Herausforderung für den Profi bedeutet hier, nicht nur für die Dauer eines Arbeitskreistreffens offene Ohren und gespitzte Bleistifte für Nutzerbeteiligung zu haben. Es ist ein langer, aber lohnenswerter Weg, eine Kultur der Nutzerbeteiligung in der Einrichtung zu schaffen und zu fördern. Dabei sind Enttäuschungen genau und richtig zu analysieren, um Hürden individuell im Blick auf die Einrichtung abzubauen. Es ist aber ein Weg, der Visionen und Hoffnungen ermöglicht. Es ist ein Weg, den wir als Profis wagen können, denn er ist reif und hat uns verändert. Ein ausführlicher Bericht ist im zukünftigen Handbuch von PPO nachzulesen.

Wolfgang Muy, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Supervisor, Leiter Zentrum Haus Sandkorn

Knuth Stamer Diplom-Sozialpädagoge, Mitarbeiter der PSKB und Offener Treff Stephanuswerk - Haus Sandkorn Obertorstr.8-12, 35578 Wetzlar, Tel: 06441-94520

Patient und Familie auf dem gleichen Wissensstand

Gerade für Angehörige ist die Psychoedukation wichtig, um die Negativsymptomatik aushalten zu können / Ein Leserbrief zur Kerbe 3/2001

Von Eva Straub

Vorab einen Dank an die Redaktion, die sich des Themas Psychoedukation angenommen hat. Die Qualität der Beiträge ist unbestritten. Ich wünschte mir aber gerade die Nummer zu diesem Thema von den Beiträgen her ausgewogener. Autoren dieses Heftes sind Professionelle und eine Psychiatrie-Erfahrenere. Offenbar sind der Redaktion die Erfahrungen der Angehörigen zu dem Thema Psychoedukation nicht interessant genug. Selbst im Editorial kommt das Wort Angehörige oder Familie nicht vor. Es geht dort, um nur ein Beispiel zu nennen, ausschließlich um „Kommunikation zwischen den Professionellen und Betroffenen/Patienten....“.

Ich will nicht bestreiten, dass das nach wie vor ein schmerzliches Thema für die Betroffenen, vielleicht für beide Seiten ist, aber da gibt es doch noch die Kommunikation innerhalb der Familien und die auch nicht gerade optimale Kommunikation zwischen Angehörigen und Professionellen. Hier aber geht es mir um die Familienatmosphäre. Für mehr als 50 Prozent aller psychisch kranken Menschen, das sind diejenigen, die in der Familie betreut werden, ist eine von Missverständnissen, Argwohn, übertriebener Vorsicht, gegenseitigen Verletzungen geprägte Atmosphäre eine Katastrophe. Und das nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für jedes Familienmitglied.

Psychoedukation kann helfen, Spannungen in Familien abzubauen

Psychoedukation kann helfen, diese Spannungen abzubauen, die auch auf mangelndem Wissen beruhen, zumal im normalen Behandlungs-Alltag nur „Informations-Brosamen“ an Angehörige abfallen. Stressgeladene Kommunikation tagein-tageaus in der Fa-

milie zermürbt den Gesündesten. Für einen sensiblen, vulnerablen Menschen ist das Gift. Nur, wie ändert man das, und wie lernt man damit umzugehen? Mit bloßem „Sich-Zusammen-Nehmen“ ist bei einem, aus langem Krankheitsverlauf datierenden Spannungsverhältnis nichts zu machen, wobei der Schaden für das familiäre Einvernehmen besonders heftig ist, da zu der Zeit vor Ausbruch der Krankheit diese als solche gar noch nicht bekannt war und auch von Fachleuten nicht erkannt wurde. Die Verhaltensmuster sind eingefahren und ein Zurück zu der Harmonie vor der Erkrankung ist sehr schwer zu erreichen. Es ist eben nichts mehr, wie es war! Wenn in einer solchen Situation an einer bifokalen Psychoedukation oder besser Psychoinformation teilgenommen werden kann, ist das unter Umständen das Aha-Erlebnis für alle. Das Klima wird entspannter, und gegenseitiges Verständnis nimmt zu. (Bei dem Namen Psychoedukation gibt es Empfindlichkeiten, aber das lateinische Wörterbuch nennt für ‚educere‘ herausziehen, herausführen, mitnehmen).

Das nahe Umfeld des Patienten muss informiert und motiviert sein

Heute ist es wohl kein Geheimnis mehr, dass alle ärztliche Kunst, alle psychotherapeutischen und psychosozialen Anstrengungen allein nicht auf Dauer erfolgreich sein können, wenn das nahe Umfeld des Patienten nicht mitmacht, nicht informiert und nicht motiviert ist. Wie soll ein sensibler Mensch, der Stabilität und Verlässlichkeit braucht, damit fertig werden, wenn die Therapeuten „Hüh“ und die Angehörigen „Hott“ sagen? Wo bleibt der Erfolg, wenn der Patient in der Familie, kaum dass er wieder da ist, Kritik und

Überforderung ausgesetzt ist? Angehörige gehen zuerst einmal mit ihrem Verständnis von somatischen Krankheiten an das psychische heran. Da fällt dann schon `mal das fatale „Na, reiß Dich mal zusammen, dann geht's schon wieder!“ Woher aber sollen Familien wissen, dass solch ein Verhalten nicht motivierend, wie bei einem faulen Schüler, sondern krankheitsverstärkend wirkt? Niemand wird als Naturtalent im Umgang mit psychisch kranken Menschen geboren. Angehörige machen aus Unwissenheit so manch einen Fehler, der nicht folgenlos bleibt, der aber bei genügend Information gleich von Anfang an hätte vermieden werden können.

Angehörige wollen aber auch keine Co-Therapeuten sein

Niemand wird bestreiten wollen, dass die nicht psychisch kranken Familienmitglieder nicht auch betroffen wären, dass sie nicht auch leiden würden - vielleicht sogar mehr als die Betroffenen selbst - dass sie nicht auch Hilfe und Informationen bräuchten. Angehörige müssen lernen, was die Krankheit in dem Patienten verändert, wie er mit seiner Umwelt und wie die Umwelt mit ihm kommunizieren kann, wie man mit ihm umgehen sollte, ohne eine Belastung zu sein, wie man Nähe und Distanz richtig dosiert. Man bezeichnet heute hier und da die Angehörigen als „Co-Therapeuten“. Das haben wir Angehörigen bei allem guten Willen, aktiv mitzuhelfen, nun auch nicht gewollt. Wir wollen dem psychisch kranken Familienmitglied gefühlsmäßig eng verbunden bleiben, wir wollen seine Familie bleiben und nicht unser ganzes Handeln nach Therapiegrundsätzen ausbalancieren.

Es ist immer von Krankheitseinsicht und Compliance der Patienten die Rede. Was ist mit der Krankheitseinsicht und der Compliance der Angehörigen? Weiß denn jemand, wie viel Kraft es kostet und wie weh es tut, zu akzeptieren, dass das Familienmitglied psychisch krank ist? Wer da so tut, als mache es uns Spaß, die Gedanken ständig um psychische Krankheit kreisen zu lassen, der tut uns Unrecht. Wer beschreibt die inneren Kämpfe, ob man dem Betroffenen zureden soll, seine Medikamente zu nehmen oder besser doch nicht. Vielleicht homöopathische Mittel? Vielleicht Naturheilkundemittel? Wer kennt schon den Schmerz und die Scham in dem Augenblick, in dem man den Patienten in die Psychiatrie bringen muss. Ja, muss! Aus Liebe muss! Man kann es einfach nicht mehr mit ansehen, wie der Mensch, den man gern hat, langsam zu Grunde geht, so meint man. Welcher Professionelle kann sich die Zweifel vorstellen, die an einem Angehörigen nagen, ob diese Therapie, diese Reha oder ob diese Wohnsituation das Beste für den Betroffenen ist?

Negativsymptomatik lässt manche Familien scheitern

Mit all diesen Sorgen und Ängsten allein gelassen zu sein, macht nervös, raubt den Schlaf, macht aggressiv - alles Stimmungen, die dem psychisch Kranken nicht verborgen bleiben und ihm Stress verursachen. Und schließlich, auch Angehörige brauchen eine neue Einstellung zum familiären Umgang miteinander, sie brauchen so etwas wie eine dickere Haut, um alles, was an Unverständlichem, an Vorwürfen, an unrichtigen Beschuldigungen, an Aggressivem über sie kommt, nicht eindringen zu lassen. Sie brauchen unendlich viel Kraft, wenn trotz liebevollem Bemühen von dem Betroffenen keine Reaktion zurückkommt, wenn über Jahre keine persönliche gefühlsmäßige Beziehung aufgebaut werden kann und Gespräche fast nicht möglich sind. Die Negativsymptomatik ist vielleicht das Schwerste, was Angehörige aushalten müssen und an der so manch ein Familienzusammenleben scheitert. Für das alles und für die ganz normalen Krankheits-

informationen kann Psychoedukation den Angehörigen äußerst hilfreich sein. Die besondere Wirksamkeit sehe ich in der „Bifokalität“, in der Tatsache, dass der Patient und die Familie auf dem gleichen objektiven Wissensstand sind.

Viele Angehörige stehen vor ausweglosen Situationen

Für mich persönlich ergab sich auch eine Entlastung aus der Tatsache, dass wir Angehörigen mit dem Therapeuten unter uns waren und ich so auch Fragen stellen konnte, die ich aus Sorge, den psychisch Kranken zu verletzen oder ihm die Hoffnung zu rauben, nicht hätte stellen mögen. Noch gar nicht erwähnt habe ich die Familien, die heute nicht und wohl nie in den Genuss von Psychoedukation oder sonstiger professioneller Hilfe kommen, die aber die Mehrheit unserer Rat suchenden Besucher und Anrufer in den Angehörigenprechstunden sind. Es sind die Familien, in denen ein schwer psychisch kranker Mensch lebt, der weder einen Arzt an sich heranlässt noch stationäre Hilfe annimmt. Gerade diese Familien sind total verunsichert und wissen nicht, wie sie mit der ausweglosen Situation umgehen sollen. Für diese Angehörigen wäre eine Psychoedukation geradezu überlebensnotwendig. Die Familien zerbrechen und meistens bleibt die Frau des Hauses mit dem Betroffenen allein zurück, ausgelaugt und selber behandlungsbedürftig - aber ohne Psychoedukation oder Vergleichbares. Vielleicht wären auch diese Familien zu erhalten und ein Teil der Last von den Schultern der Pflegenden zu nehmen, wenn es eine ambulante Psychoedukation gäbe.

Ambulante Psychoedukation erreicht nur einen Teil der Patienten

Unverständlich Weise werden diese Programme bisher nur an Kliniken und in Institutsambulanzen angeboten, das heißt nur für den Teil der Patienten, der stationär behandelt wird. Im ambulanten Setting sind die Kassen nicht bereit, die Maßnahme als kassenärztliche Leistung aufzunehmen. Und dabei ist gerade für die Familien, die ihre psychisch kran-

ken Angehörigen zu Hause betreuen, ob mit Krankheitseinsicht oder ohne, Wissen und Entlastung besonders wichtig. Völlig unverständlich ist diese Tatsache auch aus finanziellen Gründen. Mit weniger Rückfällen, mit weniger und kürzeren Krankenhausaufenthalten ist viel mehr Geld gespart als in einem einmaligen achtstündigen Zyklus Psychoedukation ausgegeben würde. Ich kritisiere, dass wieder nur die momentanen Kosten gesehen werden, nicht aber die große Ersparnis über einen langen Zeitraum. Ganz abgesehen von dem menschlichen Leid, das immer wiederkehrende Schübe mit sich bringt und abgesehen von dem täglichen Stress, den ein angespanntes durch Missverständnisse und gegenseitige Schuldzuweisungen geprägtes Familienleben verursacht. Von Lebensqualität kann da in manchen Familien nicht mehr die Rede sein. Das muss nicht passieren!

Psychoedukation ist das, was wir Angehörigen seit Jahren fordern:

- Einbeziehung, Information
- Möglichkeit gemeinsamer Krankheitsbewältigung
- Ermutigung zur Selbsthilfe
- Stärkung des Selbstbewusstseins von Patienten und Angehörigen
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Die Erfolge lassen sich an Zahlen ablesen. Die vermehrte Lebensqualität und wiedergewonnene Zuversicht der Familien sind mehr als Zahlen. Psychoedukation mit Psychoseseminar zu vergleichen, fällt mir schwer. Sie ist eine rationale, über den Verstand gehende Information, ein Bewusstmachen der veränderten Situation und Einübung von Verhaltensweisen. Daher ist für mich die Tatsache der Profi-Dominanz nichts Nachtteiliges. Während im Psychoseseminar das Gefühl Vorrang hat und das Markenzeichen dieser Gesprächskreise der partnerschaftliche Dialog ist. Hier geht es nicht um Wissensvermittlung mit informativem Charakter, sondern um Erfahrungsaustausch und emotionale Verarbeitung von Erfahrungen, wozu auch Schuldgefühle gehören. Psychoedukation und Psychoseseminar sind wichtig, jedes zu seiner Zeit.

Psychoedukation kann helfen, diese Spannungen abzubauen, die auch auf mangelndem Wissen beruhen, zumal im normalen Behandlungs-Alltag nur „Informations-Brosamen“ an Angehörige abfallen. Stressgeladene Kommunikation tag-ein-tagaus in der Familie zermürbt den Gesündesten. Für einen sensiblen, vulnerablen Menschen ist das Gift

Mit bloßem „Sich-Zusammen-Nehmen“ ist bei einem, aus langem Krankheitsverlauf datierenden Spannungsverhältnis nichts zu machen, wobei der Schaden für das familiäre Einvernehmen besonders heftig ist, da zu der Zeit vor Ausbruch der Krankheit diese als solche gar noch nicht bekannt war und auch von Fachleuten nicht erkannt wurde

Menschenfalle Psychiatrie

Die bedrückende Anstalts-Geschichte der Vera Stein

Obwohl sachlich erzählt, wird man bei Vera Steins Buch „Menschenfalle Psychiatrie“ fast von der Kälte beziehungsweise der unterlassenen Hilfeleistung vor allem der Ärzte ‚erschlagen‘. Dabei erfährt man, was alles in deutschen Kliniken und nicht nur in psychiatrischen Anstalten möglich ist, wenn man einmal als psychisch kranker Mensch abgestempelt wurde. Vor allem die Behandlung mit Unmengen von Psychopharmaka wirkten sich verheerend für das zukünftige Leben der Autorin aus.

Insbesondere den Psychopharmaka verdankt Vera Stein, dass sie heute 42-jährig im Rollstuhl sitzt und keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen kann. Als Kleinkind durfte sie auf Grund einer Kinderlähmung nicht mit entsprechenden Medikamenten behandelt werden. So versuchte man etwa in der Jugendpsychiatrie ihren Widerstand gegen das Eingesperrt-Sein durch hohe Dosen von Psychopharmaka und Fixierungen im Isolierzimmer zu brechen. Bei einer erneuten Einweisung in die Psychiatrie, wird sie sogar an einen Stuhl und an eine Heizung gefesselt. Zeugnis einer Menschenverachtung, die ihresgleichen sucht.

Man fragt sich, wie eine Jugendliche eine solche Behandlung ohne schwere seelische Schäden überstehen kann. In verschiedenen Kliniken werden ihre massiven körperlichen Beschwerden immer zuerst seelischen Symptomen zugeordnet. Und die Ärzte bleiben stur bei ihrer Diagnose, obwohl eigentlich erkennbar sein müsste, dass sie wohl kaum simuliert, wenn sie nicht mehr laufen, ihren Kopf kaum halten oder eine Zeit lang nicht mehr schreiben kann.

Obwohl sie über mehrere Jahre ihre Sprache verliert, schafft Vera Stein die Ausbildung zur Technischen Zeichnerin, so dass sie eine Zeit lang diesen Beruf ausüben kann. Vera Stein prozessiert. Sie möchte voll rehabilitiert werden und Ärzte und Kliniken zur Rechenschaft ziehen. Gelingt es ihr, ihr Recht zu erstreiten, fassen vielleicht auch andere Psychiatriegeschädigte Mut, gegen unzumutbare Zustände in der Psychiatrie, Fehldiagnosen und Medikamente zu protestieren. Vielleicht fänden sich dann auch mehr Gutachter, die bereit wären, berechnete Klagen und Ansprüche gegen ihre Kollegen und für die Patienten

Beatrix Brunelle

Das 190-seitige Buch erschien im Karl F. Haug Verlag, Heidelberg, 2000.

Systemisch-sozialpsychiatrische Weiterbildung der GFO

Ein neuer Kurs der berufsbegleitenden zweieinhalb Jahre dauernden Weiterbildung „Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie / Sozialpsychiatrie“ beginnt im Dezember 2001. Das vor über zehn Jahren entwickelte Konzept wird in diesem Jahr erstmals von der GFO angeboten.

Ziel dieser Weiterbildung ist die Förderung der methodisch-fachlichen und persönlichen Handlungskompetenzen in den Feldern der Psychiatrie / Sozialpsychiatrie. Damit verbunden ist die Erarbeitung einer systemisch fundierten sozialpsychiatrischen Arbeitshaltung und spezifischer Vorgehensweisen, die darauf ausgerichtet sind, die eigene Handlungskompetenz für die vielfältigen Situationen des sozialpsychiatrischen Alltags zu erweitern.

Zielgruppe sind in Sozialpädagogen, Pflegekräfte, Ergotherapeuten, Psychologen und (Heil-)Erzieher, die in sozialpsychiatrischen Einrichtungen arbeiten oder in ihrem spezifischen Arbeitskontext mit Menschen mit psychischen Störungen zu tun haben. Die Weiterbildung umfasst acht Seminarwochen und sieben Tage für regionale Studiengruppen. Innerhalb der Kurswochen werden neben der Wissens- und Informationsvermittlung Fragen und Fallsituationen aus der Arbeit der Teilnehmenden reflektiert. Anmeldung und Ausschreibung bei: GFO Fortbildungsdozentur Nord, Postfach 2404, 48011 Münster, Fax: 0251-2709-398, Telefon 0251-2709-396.

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, e-Mail: info@beb-ev.de

Redaktion:

Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart; Helmuth Beutel, Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Gudrun Mahler, Nürnberg; Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Andreas Wagner (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart; Wolfram Keppler (Redakteur), Stuttgart

Redaktionsadresse:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, e-Mail: info@beb-ev.de

Verlag:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte DM 39,60 (= DM 26,80 plus 12,80 Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-66, Fax -76. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 18 vom 1. Januar 2001

Druck:

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Förderlicher Umgang mit Belastungen

9. – 15. Februar 2002
Waldfischbach

Sechstägiges Seminar „Seelische Gesundheit“ zum Thema „Förderlicher Umgang mit Stressbelastungen, Persönliche Weiterentwicklung“ in der Bildungsstätte Maria Rosenberg bei Kaiserslautern. Angebote für alle Altersgruppen. Inhalte: Gesprächsgruppen auf Basis der klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers, Entspannung und Gesunderhaltung, Themengruppen. Ziele: Verminderung von Alltagsstress, Hilfe bei Schicksalsschlägen, Vorbereitung auf künftige Belastungen. Leitung: Psychotherapeut Professor Dr. Reinhard Tausch und Team.
Information und Anmeldung: Sybille Jatzko, Görzbornstraße 3, 67706 Krickenbach, Telefon 06307 / 993006, Fax 993007

Fachtagung Sucht in der Psychiatrie

22. – 24. November
2001, Jena

Unter dem Titel „Zwischen den Stühlen – Sucht in der Psychiatrie“ veranstalten Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und Fachhochschule Jena eine Fachtagung in Jena. Im Mittelpunkt steht die Versorgungssituation mehrfachgeschädigter abhängigkeitskranker Menschen, die unter häufigem Wechsel zwischen den Systemen Suchtkrankenhilfe und psychiatrische Versorgung leiden. Neben Referaten von namhaften Experten werden auch expertengeleitete Arbeitsgruppen zur vertieften Auseinandersetzung angeboten.
Information: DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Telefon 0221 / 511002, Fax 529903, E-Mail: dgsp@netcologne.de

„Dass Leib und Seele zusammengehören“

7. – 8. Dezember 2001
Bad Boll

Körpererfahrung und psychische Erkrankung. Tagung für Angehörige psychisch erkrankter Menschen in der Evangelischen Akademie Bad Boll, in Zusammenarbeit mit dem Diakonischen Werk Württemberg
Kontaktadresse: Susanne Buchwald; Evangelische Akademie Bad Boll, 73087 Bad Boll, Telefon 07164 / 79 211, Fax: 07164 / 79 1209, susanne.buchwald@ev-akademie-boll.de

23. – 27. Februar
2002, Berlin

Gentherapie statt Psychotherapie?

14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung unter dem Thema „Gentherapie statt Psychotherapie – (K)ein Abschied vom Sozialen?“. Auf dem Kongress soll das Verhältnis zu Genforschung, Biotechnologie und somatischer Medizin bestimmt werden. Möglichkeiten und Grenzen der Gen Diagnostik und Gentherapie sowie der Biotechnologie werden vorgestellt.

Informationen und Anmeldung: DGTV, Postfach 1343, 72003 Tübingen, Telefon 07071 / 943494, Fax 07071 / 943435, E-Mail: dgvt@dgvt.de

Psychiatrische Krankenhausbehandlung

30. November – 1.
Dezember 2001, Bonn

Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen sollen als Kompetenzzentren im Gemeindepsychiatrischen Verbund wirksam werden, fordert die „Aktion Psychisch Kranke“. Auf der Tagung „Perspektiven psychiatrischer Krankenhausbehandlung“ werden innovative Behandlungskonzepte und -strukturen diskutiert.
Information und Anmeldung: Aktion Psychisch Kranke, Brunsgasse 4–6, 53117 Bonn, Telefon 0228 / 676740, Fax 676742, E-mail: apk-bonn@netcologne.de

Organisationsdynamik und Persönlichkeit

11. – 18. Januar 2002

Gruppenanalytisch fundiertes Qualifizierungsprogramm in vier Kursen in zwei bis drei Jahren sowie 25 Sitzungen Supervision vor Ort. Nächste Einstiegsmöglichkeit im Januar 2001. Leitung: Friederike Bracht und Team.

Information und Anmeldung: Steiner Fortbildungsprogramme, Bayerischer Mütterdienst der Evangelisch-Lutherischen Kirche, Deutenbacher Straße 1, 90547 Stein, Telefon 0911 / 6806-142, Fax: -177, eMail: ringer@muetterdienst.de

