

Psychotherapie zwischen Anpassung und Verelendung

Grubitzsch, Siegfried

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Grubitzsch, S. (1987). Psychotherapie zwischen Anpassung und Verelendung. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 11(2/3), 53-66. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-265996>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

PSYCHOTHERAPIE ZWISCHEN ANPASSUNG UND VERELENUNG

SIEGFRIED GRUBITZSCH

Um ein mögliches Mißverständnis gleich vorab auszuräumen: Selbstverständlich gibt es nicht die Therapie, wie die Überschrift dieses Beitrages suggeriert. Dessen ungeachtet benutze ich diese Verallgemeinerung, weil es mir um eine Tendenzanalyse der psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungsstrategien sowie -konzepte geht.

Kürzlich hat GRAWE (1986) festgestellt: "Die Entwicklung immer neuer Therapiemethoden hat sich verlangsamt und kommt allmählich zum Stillstand. Nun muß sich die Therapieforschung ändern ... Wir müssen wissen: Was geschieht in der Therapiesituation tatsächlich?" (S. 43) Das ist ein ehrenwertes Anliegen. Aber es bleibt beschränkt auf die Innenseite der Psychotherapie.¹ Mir geht es indes im folgenden um die Außenseite dieser Innenseite - genauer um jenen Punkt, an dem sich Therapeut und möglicher Klient erstmals kontaktieren. Meine These vorab: Die Psychotherapie in ihren verschiedensten Varianten spiegelt vor, dem Klienten durch und in enthierarchisierter Form (partnerschaftliches Setting) psychosoziale Hilfe leisten zu wollen. Tatsächlich produziert sie in diesem Anliegen jedoch psychosoziales Elend. Noch pointierter: Sie macht mögliche Klientinnen/Klienten zu randständigen Ballastexistenzen und führt sie dadurch der psychosozialen Verelendung, ja Vernichtung zu. Wodurch? Weil sich ihr Normalitäts-/Krankheitsdenken gewandelt hat und an seine Stelle das Konzept der 'Therapienormalität' getreten ist. Gewünscht und behandelt wird ein Klient um so eher, je mehr er "... in seinem Kommunikationsverhalten als 'angenehmer Patient' für eine Therapietechnik gilt" (FLICKENSCHILD 1984, S. 94). Bemerkenswert an diesem Zitat scheint mir vor allem eines. Es ist mehr als 15 Jahre her, daß die Kontroverse zwischen medizinischem und sozialwissenschaftlichem Krankheitsmodell in der Psychotherapie tendenziell zugunsten von letzterem geführt wurde. Dies mit dem kritischen Argument: Es soll nicht der einzelne

¹ Ebenso wie der durchaus kritische Artikel im Spiegel Nr. 7, 1982 von möglichen Schäden psychotherapeutischer Behandlung berichtet.

Therapeut selbstherrlich über Gesundheit oder Krankheit entscheiden und so die Betroffenen in unkontrollierbare Abhängigkeiten bringen, indem "... die beobachtbaren psychischen Auffälligkeiten ... als symptomatische Begleiterscheinungen einer zugrunde liegenden, wenn auch im einzelnen häufig unbekannt somatischen Krankheitsbedingung verstanden werden" (BASTINE 1984, S. 49). Dies kennzeichnet m e d i z i n i s c h - o r g a n i s c h e s Modelldenken. Die daraus resultierende therapeutische Behandlung unter beinahe vollständiger Isolierung in einer "totalen Institution" setzt KEUPP (nach BASTINE 1984, S. 51) mit sozialer Kontrolle gleich. "Der Patient wird zwar emotional entlastet, aber gleichzeitig auch in seinem Gefühl von Hilflosigkeit, der Abhängigkeit und der Inkompetenz in der Bewältigung von alltäglichen Problemen bestärkt" (a.a.O.). Das s o z i a l w i s s e n s c h a f t l i c h e Modelldenken stattdessen weist hin auf die gesellschaftliche Produziertheit psychischer Andersartigkeit und Anormalität. In ihm geht es in erster Linie darum, "... die psychischen u n d sozialen Anteile an der Entstehung und Veränderung psychischer Störungen ..." (a.a.O.) herauszustellen. Andersartigkeit im Verhalten und Erleben wird als Abweichung von der s o z i a l e n Norm betrachtet. Die Einbeziehung sozialer bzw. sozioökonomischer Faktoren in das Verursachungsdenken psychischer Krankheit war zunächst perspektiventrächtig, weil sie zu vermeiden half, was das medizinische Modell begünstigte: nämlich eine fast vollständige soziale Isolierung und persönliche Abhängigkeit von behandelnden Ärzten/Psychiatern/Psychologen. Konzepte der Behandlung im sozialen Feld, wie sie beispielsweise die Gemeindepsychologie entwickelte, erhielten deshalb mehr und mehr Vorrang.²

Eben dieses sozialwissenschaftlich orientierte Reformdenken mußte sich jedoch alsbald den Vorwurf gefallen lassen, daß es letztlich einer verstärkten, wissenschaftlich verbrämten Sozialkontrolle Vorschub leistet (GRUBITZSCH 1979; HELLERICH 1985; WAMBACH 1983; WURM 1977/78). Diese Kritik wurde schließlich aufgegriffen und scheinbar positiv gewendet, indem aus selbstkritischer Einsicht kooperative Settings bzw. partnerschaftliche Problemlösungen stärker in den Psychotherapien berücksichtigt wurden (FIEDLER 1981). Die Patientenselbstverantwortung wurde gefördert.³ Damit wandelt sich einseitige therapeutische Abhängigkeit

2 Daß es mittlerweile erweiterte Modellansätze zur Erklärung psychischer Krankheit gibt, wie z.B. das "biopsychosoziale Modell" von ENGEL (1979), sei hier der Vollständigkeit halber wenigstens angesprochen. Im vorliegenden Zusammenhang führen diese Überlegungen allerdings nicht weiter voran.

3 HELLERICH (1985) weicht angesichts dieser Entwicklung von seiner kritischen Einschätzung nicht ab: "Selbstkontrollen sind jedoch nichts anderes als informelle Sozialkontrollen, die als Vehikel dienen, politische Kontrollstrukturen

in ein kooperatives Miteinander und wird aus der Individualisierung im medizinischen Modelldenken, wonach der Einzelne für seinen Zustand verantwortlich ist, eine sozialisierte Krankheit. Die soziale Gemeinschaft übernimmt bis in die Versorgungsstrukturen hinein die Verantwortung für den erkrankten Klienten. So scheint es zumindest. Schiebt man diese Nebelwolken allerdings beiseite, zeigt sich, daß mit dem sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodell einerseits und dem kooperativen Setting andererseits die Individualisierung psychischer Krankheit tatsächlich nicht aufgehoben, sondern lediglich verlagert und gerade dadurch noch folgenreicher geworden ist für die Betroffenen, als sie je war. Was uns schrittweise entgegenkommt, ist ein neues Normalitätsdenken:

Schritt (1): Sozialreformer distanzieren sich vom medizinischen Modell

So kritisiert BELSCHNER (1976): "Indem (beim medizinischen Modell, S.G.) nur auf innere Vorgänge geachtet wird, setzt der Therapeut seine bzw. die von ihm akzeptierte Verhaltensnorm bevorzugt als verbindlichen Maßstab normalen, gesunden Verhaltens ein. Therapie dient dann der Erhaltung des sozialen status quo. Unter dem Deckmantel der Aussage, der Patient sei auf dem Weg zur 'Selbstverwirklichung' und 'Selbstbestimmung' wird er an die herrschenden Standards angepaßt" (S. 40). Abhängigkeit und selbstherrliche Analytikerdiagnosen werden zurückgewiesen.

Schritt (2): Krankheit wird zum 'normalen Ereignis' gemacht

Statt dem medizinischen wird das sozialwissenschaftliche Modell zur Analyse und Bewertung von Verhalten und Bewußtsein gewählt, wonach Andersartigkeit im Verhalten als Abweichung von der sozialen Norm betrachtet wird. Nach dem Motto: Abweichung von der sozialen Norm kommt im besten Hause vor oder - um BELSCHNERS Formulierung zu benutzen: "Da sich in keiner Gruppe alle Mitglieder der Norm konform verhalten, ist das Auftreten abweichenden Verhaltens ein normales Ereignis" (a.a.O., S. 55). Ein Ereignis, das jedermann/jedermann treffen kann.

Ereignis? Was ist schon ein Ereignis? Geburt, Unfall, Eheschließung sind Einheiten statistischer Massen. Da gibt es Ereignisräume, sichere und unmögliche Ereignisse etc.

"Wird ein stetiges Merkmal betrachtet, wie die Körpergröße oder die Schlafdauer, dann können wir uns die Ereignisse (Meßergebnisse) als Punkte auf der reellen Zahlenachse vorstellen" (SACHS 1969, S. 28). Wo bleibt da die Person, der Träger der Ereignisse? Sie verschwindet aus dem Auge; wird nicht mehr gebraucht. Das Sub-

mit dem Zauber der Selbstkontrolle der Freiwilligkeit umzusetzen. Über den Prozeß der Selbstkontrolle erfolgt eine Anbindung an die gesellschaftlichen Disziplinierungs- und Normalisierungsinstanzen" (S. 141).

jekt interessiert nur noch, insoweit es Ereignis ist; wird auf dieses reduziert. Das persönliche Drama wird dadurch ausgeklammert und verharmlost. In dieser und durch diese Verharmlosung wird psychisches Leid verfügbar und kontrollierbar gemacht, weil die Verantwortlichkeiten nach außen an die soziale Gemeinschaft verlagert werden.

Schritt (3): Therapie als sozialer Sachzwang

Wo ein Verhalten abweicht, ist sein Träger nicht schuld. Weshalb SPECK (1984) wohl vom "Schüler mit Verhaltensstörungen" und nicht vom verhaltensgestörten Schüler spricht. Sozialisationsinstanzen haben versagt. Ihr Versäumnis gilt es nachzuholen. Der Träger hat sich zu fügen.

"Die Beurteilung eines Verhaltens als abweichend hat Konsequenzen (!) für den Träger (!) dieses Verhaltens. Die Mitglieder der Bezugsgruppe nehmen an, daß die Praktiken, die in der Familie, Schule usw. angewendet werden, um das Verhalten zu formen, nicht ausreichen und Maßnahmen der sozialen Kontrolle (!) (Erziehungsberatung, Psychotherapie, Nervenlinik, Strafanstalt) eingesetzt werden müssen" (BELSCHNER 1976, S. 56). Mit diesen Feststellungen ist die Auflösung individuellen Verhaltens in gesellschaftliches R e g e l v e r h a l t e n vollzogen.

Ein Ereignis, vor dem sich ebensowenig jemand schützen kann wie vor einem Verkehrsunfall - ein Ereignis, einem sozial erzeugten Schnupfen vergleichbar, von dem jedermann jederzeit, besonders in gesellschaftlichen Krisenzeiten, schuldlos befallen werden kann, wird der Therapie übereignet. Im Netz der psychosozialen Versorgung wird es zum Nicht-Ereignis umfunktioniert.

Die sich sozialwissenschaftlich gebärdende Psychotherapie definiert mit dem Hinweis auf die sozialen Gruppennormen, die sie als gegebene, nicht aber zu hinterfragende behandelt, w i e sich jemand zu verhalten h a t, warum sich ein konkretes Subjekt verhält, definiert sie weg. Die normbezogene Beschreibung und Behandlung von Verhalten ist der Anfangspunkt nicht der Heilung, sondern der Entsubjektivierung und gesellschaftlichen Kontrolle.

Mit der Verantwortungsübernahme störenden Verhaltens durch die soziale Gemeinschaft stellt das gesellschaftlich organisierte Therapieangebot eine Geste der s o z i a l e n E n t s c h u l d i g u n g dar. Die psychische Krankheit ist nun einmal eingetreten - was soll's. Das ist reparabel. Gesellschaftlich werden Experten bereitgestellt, das soziale Leid der Betroffenen zu lindern. CARUSO (1978, S. 56) bringt dies exakt auf den Punkt, wenn er schreibt: "Noch vor Jahrzehnten durfte man wundersam sein und sich merkwürdig benehmen, ohne gleich eingesperrt zu werden. Jetzt aber darf niemand nach seiner eigenen Art 'verkommen': das ist ein Prinzip des Wohlfahrtsstaates." Dennoch: Geholfen wird nur dem Dankbaren; demjenigen/derjenigen, der/die mithilft, aus der Be-

handlung einen Erfolg werden zu lassen; geholfen wird dem "angenehmen Patienten". Die (eigentliche) psychische Krankheit/Konfliktlage entschwindet darüber aus dem Blick. An ihrer Statt gerät die **T h e r a p i e n o r m a l i t ä t** in Form der Normierungsfähigkeit und Normierungswilligkeit ins Visier. Anders formuliert: Die Psychotherapie setzt bereits voraus, was sie eigentlich erst herstellen will - die Therapienormalität. Behandelt wird (nur), wessen Behandlung Erfolg verspricht und der den Aufwand lohnt.⁴ Die Psychoanalytiker therapieren keine Klienten, die wegen eines psychotischen Schubs in der Psychiatrie behandelt wurden; eine Lehranalyse machen darf nur, wer ausreichend über Ich-Stärke verfügt etc. Psychoanalytische Psychotherapien verlangen "... vom Patienten Introspektionsfähigkeit und die Motivation, sich kritisch mit der eigenen Person und Lebensgeschichte auseinanderzusetzen. Diese Besinnung auf sich selbst wird nicht nur durch neurotische Abwehrreaktionen gebremst, sondern verlangt auch eine Lebenshaltung, die weiten Bevölkerungskreisen fremd ist" (FLICKENSCHILD 1984, S. 25). Und an anderer Stelle ihrer Studie ist nachzulesen, daß die psychotherapeutische Arbeit dann sinnvoll ist, wenn sich über "gesunde Ich-Anteile" eine Zusammenarbeit herstellen läßt. Gewünscht wird jener Patient, der bei GOLDSTEIN (1971) oder Blaser (1977; zit.n. FLICKENSCHILD 1984, S. 47) als der Therapie-Homunculus beschrieben wird und den 'Namen' "YAVIS" trägt. "YAVIS" steht für young, attractiv, verbal, intelligent, successful. Der YAVIS-Patient gehört der Mittel- oder Oberschicht an, ist therapiemotiviert und aufgeschlossen für psychologische Überlegungen. Er ist im Beruf erfolgreich und hat symptomübergreifende Therapieerwartungen" (FLICKENSCHILD 1984, S. 47). Aus dieser Sicht ist die Therapie letztlich nicht für den Menschen da, sondern der Mensch für die Therapie. Womit er zugleich zum Therapie- **R i s i k o** geworden ist. Sie 'versagt' oder gilt als nicht effektiv, wenn die Klienten nicht geeignet erscheinen.

Welche Krankenkasse beispielsweise zahlt schon gern eine Heroin-, Alkohol- oder Raucher-Entwöhnungsbehandlung, wenn sich deren Erfolg nach einer Untersuchung von Hunt et al. (1971) in Form einer "negativ beschleunigten Kurve" darstellt: d.h., die therapiebedingte Abstinenz sinkt mit zunehmendem zeitlichen Abstand nach Therapieschluß (vgl. Vergessenskurve von Ebbinghaus, nach PÜTZ 1980, S. 11 f). Das heißt, auch von Kostenträgerseite aus kommen bereits im Vorfeld sogenannte nichttherapeutische Selektionsvorgänge zum Tragen - nach HEIGL (1972) "nicht-ärztliche Indikation" genannt. Dahinein gehören beispielsweise "... Fi-

4 Typisch für diese Haltung ist die intern in den Landesversicherungsanstalten geäußerte Überlegung, Psychotherapie bei Aids-Kranken nicht finanzieren zu wollen (mündl. Mitteilung).

finanzierungsentscheidungen von Krankenkassen und regionale Möglichkeiten psychotherapeutischer Versorgung" (FLICKENSCHILD 1984, S. 43). Dort, wo es um die subjektive Seite von Bereitschaft, sich einer Therapie zu unterziehen, geht, werden gerade aus Erfolgshunger heraus immer wieder Versuche unternommen, Therapieunwilligkeit umzupolen oder aus dem Stratifikationsprozeß auszuklammern. So berichtet POTZ (1980, S. 104): "Die Untersuchungen von Brengelmann et al. (1976) belegen, daß positive Motivation hoch negativ (bis -.69) mit Rauchhäufigkeit korreliert und als erstrangiger Faktor für den Therapieerfolg angesehen werden kann. Demnach wäre Therapieunwilligkeit zu ignorieren und durch positive Motivation zu ersetzen. Dieses Ziel entspricht den bekannten verhaltenstherapeutischen Behandlungsprinzipien." Systematischer Aufbau von positiver Motivation erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges. Das kennzeichnet verhaltenstherapeutisches Denken. Denn nach den Ursachen des Rauchens wird schon gar nicht mehr gefragt. Es ist halt gegeben, und nun geht es lediglich um die kostengünstigste Behandlung der Risikopersonen. Schon allein von daher ist die Frage nach dem Erklärungsmodell, ob medizinisch, sozialwissenschaftlich oder biopsychosoziales Erklärungsmodell (ENGEL 1979), randständig. Die Ursachenfrage wird allgemein sekundär, wie verschiedentlich nachzulesen: "In der Praxis kann man nämlich Krankheiten klassifizieren, ohne daß man vorher genau festlegen müßte, was Krankheit überhaupt ist" (KENDALL 1978, S. 19). Eben deshalb brauchen wir auch keine neuen Krankheitsmodelle, sondern "booster treatments", wie sie Stojilković (1969; zit.n. POTZ 1980, S. 15) nennt. Das sind sogenannte Stabilisierungsmaßnahmen, die die Therapiemotivation beim Einzelnen anheben helfen (sollen). Der **F r e i w i l l i g e** "... mit positiver und entschlossener Zuwendung zur Therapie" wird gewünscht, ja ist "unbedingte Voraussetzung" (POTZ 1980, S. 16). Und wenn dies nicht gegeben ist, wird die Zuwendung notfalls hergestellt. Erst wenn dieses Hilfsangebot gescheitert ist, darf man nach eigener Fassung verkommen.

Eine Reihe von Autoren unterstellen, daß die Bereitschaft und Fähigkeit zur Therapie gegeben ist, wenn ein ausreichender Leidensdruck (POTZ 1980, S. 105) besteht. Akuter Leidensdruck motiviere die Patienten, "... in die Therapie zu kommen, Kosten und Mühen auf sich zu nehmen und Techniken zur Veränderung anzueignen (Steller 1977). Dieser Autor ... bemüht sich um eine sorgfältige Klärung des Konzepts 'Leidensdruck', indem er fünf Variablen der Kliententherapie beschreibt:

- 'Leidensdruck' und 'Unzufriedenheit'
- 'Änderungswunsch' und 'Hilfewunsch'
- 'Erfolgserwartung'.

Steller (1977, S. 69 ff)⁵ definiert die Variable 'Leidensdruck' ausschließlich zur Kennzeichnung "eines emotionalen Zustandes der Selbstunzufriedenheit, des Bedrückt-Seins aufgrund von Insuffizienzerlebnissen, deren Quelle in der eigenen Persönlichkeit gesehen wird" (POTZ 1980, S. 106). Und SPITZNAGEL & SCHMIDT-ATZERT (1985) setzen den Begriff 'Leidensdruck' gleich mit dem Wunsch, sich zu äußern (sog. Bereitschaft zur Selbstenthüllung). Fest steht, wie auch immer begrifflich gefaßt, daß mit den ersten Kontakten zwischen Therapeut und potentielltem Klient sowohl die Therapiebedürftigkeit wie die Therapieeignung ermittelt wird (vgl. FLICKENSCHILD 1984, S. 23). Daß die Frage nach der Therapieeignung elementar für Therapeut und Krankenkassen (Kostenfaktor) ist, läßt eine Studie von Ingeborg VOLGER (1984, in JÜTTEMANN) erkennen. Sie bleibt nicht bei der Frage nach dem Leidensdruck von Klienten stehen, sondern sucht nach wissenschaftlich-therapeutisch abgesicherten Kriterien der Therapieeignung. Am Beispiel von Psychosomatikern unterscheidet sie in einer Clusteranalyse zwischen drei Klientengruppen. Wobei sie beispielsweise über die erste schreibt:

"Entsprechend erwarten sie (die 1. Patientengruppe, S.G.) eine Veränderung ihres Krankheitszustandes von technischen, organorientierten Maßnahmen und sind persönlich nicht motiviert, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen.

Bei dieser Klientengruppe, die keines der Kriterien der Therapieeignung erfüllt, scheint eine Indikation zur Psychotherapie nicht vorzuliegen. Vielmehr sollten eher körperorientierte Therapieverfahren in Betracht gezogen werden. (...) Die Prognose der Therapieeignung eines Patienten scheint gerade unter dem Aspekt möglicher schädigender Einflüsse der jeweiligen Therapieform zum Schutze der psychischen Stabilität des Patienten eine notwendige und in diesem Sinne klientenzentrierte Maßnahme zu sein, die Anlaß zu einer kritischen Reflektion der professionellen Konstruktion psychosomatischer Störungen und zur Entwicklung differentieller Behandlungsmethoden geben sollte." (S. 188)

Damit ist eine Diskussionsrichtung angesprochen, die unter dem Etikett "Indikation" (Aussage über geeignete Behandlungsmaßnahmen) und "Prognose" (Einschätzung des Krankheitsverlaufes) firmiert. Der Therapeut fragt sich, ob der hilfesuchende Patient für s e i n e Therapie geeignet ist und ob die therapeutische Behandlung ein erfolgreiches Ende nehmen wird.

Konkret begegnet uns dieser Sachverhalt der Therapieeignung u.a. im Zusammenhang mit der Einrichtung sozialtherapeutischer Knäste, die der Resozialisierung Strafgefangener dienen sollen (ursprünglich im Maßregelgesetz StGB § 65 geplant, existiert bislang lediglich die sogenannte Vollzugslösung § 9 StVollzG).

⁵ Gemeint ist hier das Buch von M. STELLER: Sozialtherapie statt Strafvollzug. Psychologische Probleme bei der Behandlung von Delinquenten. Köln 1977.

Einweisungsvoraussetzungen bzw. Eignungs- und Indikationsklauseln bestimmen darüber, wer für die in der sozialtherapeutischen Anstalt angebotenen Resozialisierungsmaßnahmen geeignet erscheint:

- Chronische Rückfalltäter mit schweren Persönlichkeitsstörungen
- Sexualstraftäter nur dann, "... wenn nach Zustand des Täters die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen einer ärztlich geleiteten sozialtherapeutischen Anstalt seiner Resozialisierung angezeigt sind (§ 65 (1), StGB)
- Jugendliche Täter, bei denen die Gefahr der Entwicklung zum Hangtäter besteht (ohne Rücksicht auf Eignung und Persönlichkeit; jedoch nur, wenn sie bestimmte formelle Kriterien erfüllen)
- Psychiatrie-Knast-Insassen, soweit sie in einer Therapie ansprechbar scheinen.

Die Rekrutierung der Insassen der sozialtherapeutischen Anstalt gliedert sich in mehrere Schritte sukzessiver Selektion. Dabei sind die einzelnen Schritte in den unterschiedlichen Anstalten nicht immer klar voneinander abgegrenzt. Sie stellen eher eine analytische Trennung dar, die einer funktionalen Betrachtungsweise des Rekrutierungsvorganges entspringen. Es können unter diesen Voraussetzungen folgende Schritte unterschieden werden:

1. Selektion der Gefangenenpopulation durch sogenannte Auswahlanstalten der Länder, Vollzugsanstalten und/oder Eigenantrag einzelner Gefangener
2. Selektion durch sozialtherapeutische Anstalten nach Aktenlage oder Inaugenscheinnahme des Gefangenen im Regelvollzug
3. Selektion durch die sozialtherapeutische Anstalt nach eingehender testpsychologischer Begutachtung und Exploration in der sozialtherapeutischen Anstalt
4. Selektion durch die sozialtherapeutische Anstalt nach der Probezeit von drei Monaten
5. Selektion durch die sozialtherapeutische Anstalt in Form der Rückverlegung zu einem späteren Zeitpunkt
(vgl. Bundeszusammenschluß 1973, S. 87 ff; Bundeszusammenschluß 1977, S. 220 ff).

Mit jedem dieser Selektionsschritte wird die Grenze zur Abweichlerpopulation deutlicher abgesteckt, werden diejenigen, bei denen die therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Besserung und Wiedereingliederung in den Augen der Behandler vermutlich nicht oder nicht mehr fruchten, **a u s s o r t i e r t** und zurückverwiesen in den Regelvollzug.

Mit der Rückverlegung sind für den Gefangenen indirekt Konsequenzen verbunden. Diese wird - so DOLDE (1980) - im Regelvollzug "überwiegend als Verneinung seiner Behandlungsfähigkeit interpretiert" (DOLDE 1980, S. 83). Da die meisten Bundesländer bei der Neuaufnahme eines Häftlings in den Strafvollzug eine Differenzierung vornehmen, verstärkt sich dieser Eindruck. "Die Behandlungsbedürftigkeit liegt vor allem bei den Gefangenen vor, denen die Einweisungskommission keine günstige Prognose stellen konnte und die entsprechend dem Vollstreckungsplan ... im geschlossenen Vollzug untergebracht werden. Für den Gefangenen bedeutet dies, daß man ihm offiziell keine großen Resozialisierungschancen beimißt. Wird diesem Gefangenen nun auch noch durch die Rückverlegung aus der Sozialtherapie mangelnde Behandlungsfähigkeit bescheinigt, so besteht die Gefahr, daß er sich durch diese 'Stigmatisierung' in der Rolle des 'unverbesserlichen Kriminellen' bestärkt sieht" (DOLDE 1980, S. 83). Und dies alles nur aufgrund waghalsiger und wissenschaftlich kaum tragbarer Indikationsentscheidungen. GRAWE (1982) bestreitet, ob überhaupt "... in der Psychodiagnostik Indikationsaussagen mit einer festen Zuordnung von Störungen zu bestimmten Behandlungsmethoden möglich ..." sind (nach FLICKENSCHILD 1984, S. 43). Dazu nämlich sei der Anteil subjektiver Auswahlkriterien viel zu groß. Die Folgen davon sind Entscheidungen zu Lasten der Klienten.

Bei der selektiven oder prognostischen Indikation etwa wählt der Therapeut "... unter den therapiewilligen Patienten diejenigen aus, die für eine bestimmte Methode geeignet erscheinen. Das heißt, der Patient wird an eine vorgegebene Methode angepaßt ... Bei einer Patientenauswahl nach prognostischen Kriterien aus einer bestehenden Patientenpopulation werden zwar die geeignet erscheinenden Patienten einer adäquaten Behandlung zugeführt, doch die anderen fallen aus dem psychotherapeutischen Versorgungsnetz heraus" (FLICKENSCHILD 1984, S. 44). Zum Indikationsproblem hat Leuzinger (1981) u.a. eine Untersuchung vorgelegt. Die kognitiven Prozesse von Indikationsstellungen seien so geartet, daß "... die Indikation für ein analytisches Verfahren nicht in der Diagnose begründet ist, sondern in der Präferenz des Untersuchers für diese Methode. 54% der Beurteiler hatten ihre Entscheidung bereits nach 8 Minuten Erstgespräch getroffen. Alle weiteren Gesprächsinformationen änderten nichts mehr an der Indikationsstellung, so daß angenommen werden kann, daß differenzierte diagnostische Überlegungen nicht in die Indikation miteinfließen. Die Beurteilung der Patienten wurde hauptsächlich durch Sympathie oder Antipathie des Therapeuten und seiner Einschätzung der gesunden Ich-Anteile des Patienten bestimmt" (Leuzinger nach FLICKENSCHILD 1984, S. 45). Auch GRAUPE stellt fest (1978), daß die prognoseorientierte Auswahl von Klienten um so strikter ist, je höher das Ansehen eines therapeutischen Institutes

ist. In diesem Fall sei entsprechend auch die Ablehnungsquote um so höher. Aus dem bisher Gesagten läßt sich resümieren: Therapieeignung besitzt nicht, (a) wer nicht will/dem Leidensdruck fehlt, und (b) für den eine Indikationsstellung nicht möglich scheint/ist, weil Therapiemethode und Persönlichkeitsmerkmale vermeintlich oder tatsächlich nicht korrespondieren.

Was aber mit solchen Personen, die nicht gewillt bzw. nicht geeignet sind für die Therapie? Eine Frage, die sich auch PÖTZ (1980) stellt: "Kritisch ist nun anzumerken, daß das bisher Gesagte nur für den Klienten gilt, der bereits in der Therapiesituation sich befindet. Wie aber verhält es sich mit dem sog. Nichtmotivierten, der normalerweise erst gar nicht in diese Situation gerät?" Im Anschluß an SLACK (1960) gibt es auch dafür einen Weg: die sogenannte "Experimentator-Versuchsperson-Therapie":

"Dieses Modell beschreibt, wie der systematische Motivationsaufbau ohne einen für die Therapie ungünstigen Zwang erreicht werden kann. Der angezielte Klient wird für ein Mitarbeiterverhältnis angestellt und auch dafür honoriert. Die Tätigkeit, die er dort ausführen muß, ist so beschaffen, daß sie ihn motiviert, gewisse Veränderungen bei sich selbst vorzunehmen. Bisher wurde ermittelt, daß bei diesem Vorgehen die Selbstexploration des Klienten während des Mitarbeiterverhältnisses ohne die Anwesenheit des Therapeuten zunahm und sich der 'Leidensdruck' entwickelte" (PÖTZ 1980, S. 127).⁶

V. MAYDELL wechselt die Vorzeichen aus und spricht gar von "Freudensdruck", der geschaffen würde. Gleich welche Terminologie für diesen Sachverhalt - aus institutionellen oder finanziellen Gründen wird nach der Methode von SLACK nicht immer verfahren werden können, was dann?

"Bisher wurden sogenannte 'Nichtmotivierte' aus dem Behandlungsprozeß unerwünscht ausgesondert" - von vornherein (PÖTZ 1980, S. 16). Beispielhaft dafür ein Zitat von FLICKENSCHILD (1984): "Zur Patientengruppe der 'unergiebigsten Patienten' zählen vor allem psychosomatische Patienten, deren Lebenserfahrung eine psychoanalytische Konfliktverarbeitung völlig fremd ist und die durch eine strenge analytische Interviewtechnik überfordert und ausgegrenzt werden" (S. 28).

Inzwischen geht man mehr und mehr dazu über, Therapiemotivationsprogramme zu entwickeln bzw. Normalisierungswilligkeit vorauszusetzen. Schließlich will man ja nichts unversucht lassen. Dadurch allerdings wird der Erfolg oder Nichterfolg einer Therapie letztlich dem Leidenden Subjekt zugeschrieben.

⁶ Daß dies unter anderem Gesichtswinkel auch als "Kundenproduktion" interpretiert werden kann, dürfte einsichtig sein.

Fehlende Normalisierungswilligkeit gerade auch nach Hilfestellung durch Experten wird zum Anhaltspunkt dafür, daß jemand wirklich krank sei - ihm nicht mehr zu helfen sei. Eine Schuldzuschreibung, wie wir sie aus anderen Diagnosen bereits kennen:

- die fehlende Einsicht eines Schizophrenen in seinen Geisteszustand wird als Beweis für seine Krankheit gesehen,
- eine Person, die keinen Leidensdruck verspürt, durch die sich jedoch die Menschen ihrer Umgebung gestört fühlen, gilt als unsensibel/unsozial und deshalb als nicht therapierbar (z.B. Psychopathen).

"Setzt sich der Patient wider Erwarten gegen die Behandlungsmethoden zur Wehr, verschlimmert er seine Situation, da auch dies als ein Symptom der Gestörtheit interpretiert wird" (BASTINE 1984, S. 51). Der Drogenabhängige wird in den Normalvollzug zurückgeschickt, alle sogenannten Vergünstigungen entfallen - Selbstmord ist nicht ausgeschlossen/selten. Der Anti-Schüler, der ständige Störenfried - man schiebt ihn ab in die Sonderschule, oder läßt ihn dort verkommen. Der Schüler, der im Raucherentwöhnungsprogramm in der Schule seinen Therapie-Vertrag bricht, wird von der Teilnahme an der gemeinsam organisierten Schulfete ausgeschlossen (päd. extra, Jan./Febr. 1986).

Der jugendliche Hangtäter kommt zurück in den Knast, wo er zum chronischen Kriminellen wird; der Arbeitslose, der sich nicht (wieder) in den kapitalistisch formbestimmten Arbeitsprozeß hineinbegeben will, wird "fallen gelassen".

A l l g e m e i n e r : Die Ursache von Krankheit wird am Sozialen gesehen, aber wer sich dem "sozialen Entschuldigungsangebot" der Gesellschaft in Form der Therapie entzieht, sie nicht annimmt, der wird geächtet, zum "Unmenschen", zur "sozialen Ballastexistenz", zum Gesellschaftsunfähigen. - Wohlgemerkt: zum S e l b s t verschuldeten. Denn wer eine Therapie ablehnt, wer das Heilsangebot nicht annimmt, der muß die volle Verantwortung für s e i n e Entscheidung tragen (vgl. PUTZ 1980, S. 15). Wir hätten dir ja gern geholfen, aber wer sich nicht helfen lassen will, dem ist halt nicht zu helfen. Wird dies das neue R e s t r i s i k o von therapeutisch und beratend tätigen Psychologen? Eine stets fest einzukalkulierende Zahl psychosozialer Vernichtungsfälle? Nicht einmal einklagbare 'Kunstfehler', denn Schuld hat der Klient.

Wird uns also in nicht allzu ferner Zukunft nicht nur die Statistik der jährlichen Verkehrstoten, der Krebskranken, der Drogentoten, sondern auch die der therapiebedingten Verelendungs- und Vernichtungsfälle vorgehalten?

Die neue Berufsordnung für Psychologen (sie ist am 1.4.86 in Kraft getreten) thematisiert in ihrem Absatz "Besondere Sorgfaltspflicht des heilkundlich tä-

tigen Psychologen" dieses Problem der Nicht-Zulassung zur Therapie jedenfalls nicht - w o h l das der vorzeitigen Beendigung einer Behandlung:

"III. 6. Besondere Sorgfaltspflicht des heilkundlich tätigen Psychologen

(1) Erkennt ein Psychologe, daß eine Fortsetzung der heilkundlichen Behandlung zu keiner weiteren Gesundung oder sogar zu einer Gesundheitsgefährdung des Patienten führen kann, hat er die Behandlung abzubauen.

(2) Will ein heilkundlich tätiger Psychologe eine Behandlung vorzeitig beenden und kann dadurch eine Gesundheitsgefährdung des Patienten eintreten, so hat er im Rahmen seiner Möglichkeiten zu gewährleisten, daß eine Fortbehandlung sichergestellt ist."

Wo bleibt die Verantwortung, wenn eine Therapie gar nicht erst begonnen wird?

Zusammenfassung:

Mit der Hereinnahme der Eigenverantwortung/Therapiewilligkeit in Verbindung mit dem sozialwissenschaftlichen Erklärungsmodell psychischer Krankheit in die therapeutische Praxis klammern die Psychologen faktisch das aus, was sie in reformerischer Absicht unter großem Getöse einst in die therapeutische Behandlung hineinholen zu müssen glauben - ihre psychosoziale Verantwortung. Das sozialwissenschaftliche Krankheitsmodell in Verbindung mit den objektiven psychosozialen Versorgungsstrukturen suggeriert Hilfe, die die Veränderung der krankmachenden Lebensumstände mit einbezieht. Tatsächlich hilft sie nur denen, die die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse und die in diesen konstituierten Normen und normierenden Hilfsangebote akzeptieren - die anderen grenzt sie aus.

LITERATUR:

- BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Band 1. Stuttgart 1984
- BERUFSORDNUNG für Psychologen. Berufsverband Deutscher Psychologen e.V. 1986. In: Report psychologie, Nr. 1, 1986, 9 ff
- BELSCHNER, W., u.a.: Verhaltenstherapie in Erziehung und Unterricht. Stuttgart 1976 (4. Aufl.)
- CARUSO, I.A.: Krankmachender Krankheitsbegriff. Psychologie und Gesellschaftskritik Nr. 5, 1978, 47 ff
- DOLDE, G.: Untersuchungen zur Sozialtherapie und Wirksamkeit der Behandlung in der sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigsburg, Sitz Hohenasperg. In: BUNDES-ZUSAMMENSCHLUSS für Straffälligenhilfe (Hrsg.): Sozialtherapie als kriminalpolitische Aufgabe. Bonn 1981, 96-110
- ENGEL, G.L.: Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells - Eine Herausforderung der Biomedizin. In: KEUPP, H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung. München 1979, 63-85

- FIEDLER, P.A. & H. KONZ: Partnerschaftliche Problemlösung und Kooperation in Psychotherapien. In: FIEDLER, P.A. (Hrsg.): Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Weinheim 1981
- FLICKENSCHILD, C.: Determinanten der Therapiestratifikation. Katamnestiche Untersuchung zum klinischen Erstinterview. Gießen 1984
- GRAUPE, S.R.: Tiefenpsychologisch orientierte Therapiemethoden. In: SCHMIDT, L.R. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Stuttgart 1978
- GRAWE, K.: Indikation in der Psychotherapie. In: BASTINE, R.; P.A. FIEDLER u.a. (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim 1982
- GRAWE, K.: Wirkungen von Psychotherapie. Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Heidelberg 1986
- GRUBITZSCH, S.: Sozialkontrollreure im Reform-Look. Zum Menschenbild im sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodell. In: Psychosoziale Versorgung - Dienst am Menschen oder soziale Kontrolle. Oldenburg 1980
- HEIGL, F.: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen 1972
- HELLERICH, G.: homo therapeuticus. Bonn 1985
- KENDELL, R.E.: Die Diagnose in der Psychiatrie. Stuttgart 1978
- LEUZINGER, M.: Kognitive Prozesse bei der Indikationsstellung. In: BAUMANN, U.: Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung. München 1981
- MAYDELL, E.v.: Psychotherapie im Strafvollzug seit 1945. Darstellung und kritische Würdigung empirischer Berichte aus verschiedenen europäischen Ländern. Unveröff. Hausarbeit zur Dipl.-Prüfung für Psychologen. Kiel 1973
- POTZ, A.: Therapiemotivation und Selbstkontrolle. Frankfurt/M. 1980
- SACHS, L.: Statistische Auswertungsmethoden. Berlin 1969 (2. Aufl.)
- SLACK, Ch.W.: Experimenter - subject psychotherapy. Mental Hygiene 1960, 44, 238-256
- SPECK, O.: Verhaltensstörungen, Psychopathologie und Erziehung. Berlin 1984 (2. Aufl.)
- SPITZNAGEL, A. & L. SCHMIDT-ATZERT: Leidensdruck und Preisgabe persönlicher Informationen. In: Kongreß für Angewandte Psychologie, 12, 1983, hrsg. v. F.J. Hehl. Bonn 1985, 94-102
- STOJILKOVIC, S.: Conditioned Aversion Treatment of Alcoholics. Quart.J. Alcohol 1969, 30, 900-904
- VOLGER, I.: Diagnostik der Therapieeignung bei psychosomatisch erkrankten Patienten. In: G. JOTTEMANN (Hrsg.): Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik. Göttingen 1984, 169-189
- WAMBACH, M. (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Frankfurt/M. 1983
- WURM, W.: Psychotherapie als soziale Kontrolle. Band I und II. Hamburg 1977

Siegfried Grubitzsch
Bürgerbuschweg 47
2900 Oldenburg 1