

REFLEXIVE INKLUSION ANSTATT SYSTEMATISCHER AUSGRENZUNG SOZIALPSYCHIATRISCHER PATIENT:INNEN IM ANGEBOT DER NIEDERGELASSENEN PSYCHOTHERAPIE EIN AUTOETHNOGRAFISCHER BEITRAG

Johanna MUCKENHUBER *^a
^aFH JOANNEUM, Graz, Österreich

* Corresponding Author: Johanna Muckenhuber, johanna.muckenhuber@fh-joanneum.at

Abstract. In Einrichtungen der Sozialpsychiatrie zeigen sich häufig Schwierigkeiten in der Vermittlung einer längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung. Diese Versorgungslücke für psychisch Kranke Menschen ist einerseits generell in einem Mangel finanzierter und damit leistbarer Plätze begründet, andererseits zeigen sich jedoch Ausschlussmechanismen und Ausgrenzung von Patient:innengruppen entlang von Linien der Differenz. In der Vergabe von Psychotherapieplätzen finden Prozesse der Exklusion statt. Darüber hinaus besteht auch in psychotherapeutischen und psychoanalytischen Prozessen die Gefahr einer Wiederholung und Re-Inszenierung von Erfahrungen der Ausgrenzung und des Nicht-Verstanden-Werdens. Dies kann dazu führen, dass sich erlebte Missachtung vertieft oder ein Abbruch der Therapie erfolgt und kann besonders für Patient:innen mit einem sozialpsychiatrischen Erkrankungsbild ein großes Problem darstellen. Daher ist eine systematische Berücksichtigung der sozialen Herkunft der Patient:innen in den psychodynamischen Prozessen in der Therapie notwendig um konstruktiv-heilende therapeutische Erfahrungen zu ermöglichen.

Keywords: Psychotherapie, Exklusionsmechanismen, systematische Berücksichtigung der sozialen Herkunft.

1 EINLEITUNG

Psychisches Leid betrifft Personen aller Bevölkerungsschichten, Personen mit unterschiedlichem sozio-ökonomischen und kulturellem Hintergrund und Bildungsgrad. In Einrichtungen der Sozialpsychiatrie im intramuralen Kontext von Krankenhäusern sowie in der ambulanten Betreuung in Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen zeigen sich häufig Schwierigkeiten in der Vermittlung einer längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung. Diese Versorgungslücke für psychisch Kranke Menschen ist einerseits generell in einem Mangel finanzierter und damit leistbarer Plätze begründet. Andererseits zeigen sich jedoch

Ausschlussmechanismen und Ausgrenzung von Patient:innengruppen entlang von Linien der Differenz. In der Literatur wird berichtet, dass Psychotherapeut:innen bevorzugt Therapieplätze an Personen vergeben die Ihnen gleichen, in ihrer Hautfarbe, ihrer Muttersprache, ihrem Bildungsgrad [1]. Dies bedeutet jedoch, dass bereits auf dieser Ebene der Vergabe von Psychotherapieplätzen unmittelbar Prozesse der Exklusion stattfinden. Auch in psychotherapeutischen und psychoanalytischen Prozessen besteht die Gefahr einer Wiederholung und Re-Inszenierung von Erfahrungen der Ausgrenzung, des Nicht-Verstanden-Werdens und manchmal von rassistischen Erfahrungen [2, 3]. Hinzu kommt, dass in Psychotherapie und Psychoanalyse sozio-ökonomische Bedingungen der Lebenswelt der Patient:innen häufig keine oder zu wenig Beachtung finden [4, 2], wenn also rassistische Erfahrungen oder erlebter Ausschluss aufgrund des Geschlechts, des Bildungsgrades, des Alters oder des Herkunftslandes ausschließlich oder in erster Linie als innerpsychisches Problem analysiert und bearbeitet werden, wenn dabei gesellschaftliche Bedingungen und Wirkmechanismen zu wenig Beachtung finden. Dies kann dazu führen, dass sich erlebte Missachtung vertieft, führt in manchen Fällen zu einem Abbruch der Therapie und kann für Patient:innen mit einem sozialpsychiatrischen Erkrankungsbild ein großes Problem darstellen. Das **Ziel** des eigenreichten Beitrages ist es, die oben beschriebenen Mechanismen zu beschreiben und zu analysieren. Dabei steht die **Auseinandersetzung mit der zentralen Frage** im Zentrum:

Wie können die oben beschriebenen Exklusionsmechanismen in der psychotherapeutischen Praxis erkannt, in der in ihrer Psychodynamik zum Thema gemacht und so in die konstruktive Bearbeitung der eigenen Geschichte einbezogen werden?

2 METHODEN

Die Autorin bearbeitet das Thema mit der sozialwissenschaftlichen **Methode** der Autoethnographie [5] und mit den psychoanalytisch – intersubjektiven Methoden der Analyse von Übertragung und Gegenübertragung und der Analyse von Aktualisierungen innerpsychischer Widerstände im therapeutischen Raum [6]. Sie bezieht sich dabei auf Fälle aus ihrer psychotherapeutischen Praxis. Die kritisch-autoethnographische Analyse ist geprägt von ihrer inhärent interdisziplinären Perspektive als psychoanalytisch orientierte Psychotherapeutin und Soziologin mit Forschungs- Lehrtätigkeit im Kontext der Sozialarbeitsforschung.

3 ERGEBNISSE

Anhand der Verknüpfung der autoethnographisch-psychodynamischen Analyse mit Paradigmata der partizipativen Forschung [7] wird beleuchtet und diskutiert, wie die Wiederholung von Ausgrenzung und Erfahrungen der Missachtung der eigenen Sinnstrukturen im sozialpsychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext verringert werden können. Dies wird im Folgenden anhand einer Fallvignette diskutiert. Frau S. sucht die Psychotherapeutin aufgrund suizidaler Tendenzen und ausgeprägter psychosomatischer Beschwerden, aufgrund derer sie kaum einer Arbeitstätigkeit nachgehen kann auf. In der ersten Zeit der Psychotherapie fühlt sich Frau S. häufig von der Therapeutin nicht verstanden, Bindungsängste stehen im Vordergrund und verhindern vorerst den Aufbau einer Halt-gebenden therapeutischen Beziehung. Erst nach einer längeren Phase, in der Frau S. viele Stunden ausfallen lässt, was von der Therapeutin unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten zum Thema gemacht wird, kann sich ein stabiles Arbeitsbündnis etablieren. Frau S. wuchs mit einer Mutter auf, die Frau S. aufgrund ihres Alkoholismus phasenweise stark vernachlässigte. Für die Therapeutin ist in der ersten Phase der Therapie in erster Linie ihr empathisches Verständnis für die Geschichte von Frau S. spürbar. Die körperlichen Symptome von Frau S. und auch ihre suizidalen Tendenzen bessern sich jedoch erst, als der Therapeutin bewusst wird, dass Frau S. auch der Therapeutin gegenüber starke Scham für ihre Herkunft und ihre Mutter verspürt. Offene Gespräche darüber werden möglich, nachdem diese Scham zum Thema gemacht wird und der Patient sich mit – nicht trotz – ihrer Herkunft angenommen fühlt. In der darauffolgenden Phase der Therapie wird deutlich, dass Frau S. ihrer Mutter gegenüber Schuldgefühle hat, da sie vermeint, ihrer Mutter zu sehr zur Last gefallen zu sein und damit zu deren Alkoholismus beigetragen zu haben. Erst das therapeutische Verständnis der zugrundeliegenden Psychodynamik mit den Mechanismen der Übertragung welche in Frau S. Schuldgefühle der Therapeutin gegenüber – ihr zur Last zu fallen – hervorrufen; das Verständnis der durch Gegenübertragung ausgelösten Gefühle der Hilflosigkeit der Therapeutin - nicht ausreichend gut für Frau S. da-sein zu können -, ermöglichen der Therapeutin eine Thematisierung dieser schwierigen Gefühle und damit einhergehend eine weitere Vertiefung der therapeutischen Beziehung. Dies leitet in Folge eine entscheidende Verbesserung der Symptomatik ein.

Schwieriger gestaltet sich der Verlauf der Therapie mit Herrn N. Er kommt zur Therapeutin, da er als Auflage für den Bezug des Rehabilitationsgeldes eine psychotherapeutische Behandlung vorweisen muss. Herr N. ist es zu diesem Zeitpunkt schon seit einigen Jahren nicht möglich zu arbeiten. Er verlässt nur selten das Haus und möchte seine Situation nicht von sich aus verändern. Er kann sich über einen längeren Zeitraum hinweg nicht vorstellen, dass ihm eine Psychotherapie etwas bringen könnte und dass ihn die Psychotherapeutin,

eine aus seiner Perspektive junge Akademikerin, verstehen könnte. Er drückt das sehr direkt aus:

„Sie können sich doch überhaupt nicht vorstellen, wie es mir geht. Sie haben eine Arbeit, die sie gerne machen, hier in diesem schönen Zimmer, sie verdienen viel Geld, sie haben doch alles, einfach alles. [...] Wissen Sie überhaupt, welche Arbeit ich bekommen kann? Harte Arbeit, sehr harte Arbeit, wenig Geld und mein Rücken wird kaputt. Der ist ja schon kaputt.“

In der Psychodynamik der therapeutischen Beziehung ist für die Therapeutin eine Reflexion ihres Umgangs mit ihrer eigenen privilegierten Position notwendig. Erst das Bewusstwerden ihrer latenten Schuldgefühle dem Patienten gegenüber aufgrund ihrer Positionen im sozialen Gefüge, aber auch ihres Ärgers über seine anklagende Haltung ihr gegenüber ermöglicht es der Therapeutin den Patienten in ihrer Haltung mit all seinen Ambivalenzen anzunehmen und ihn mit seinem Ärger gegen schlechte Arbeitsbedingungen, seinen chronischen psychiatrischen Leiden aber auch den Aspekten seines sekundären Krankheitsgewinns ganzheitlich wahrzunehmen. In diesem Fall kann ein konstruktiver therapeutischer Prozess erst beginnen, nachdem es der Therapeutin in Folge der Bewusstwerdung ihrer eigenen Ambivalenzen und schwierigen Gefühle gelingt, dem Patienten zu vermitteln, dass ihr die Belastungen seiner Lebensumstände bewusst sind, indem in der Therapie ein Dialog über seine schwierigen Gefühle der Therapeutin und vielen Menschen mit angenehmeren Lebensumständen gegenüber beginnt und indem als Aspekt der therapeutischen Allianz ein gemeinsames Verständnis von akzeptablen, aber auch nicht annehmbaren Arbeitsbedingungen entwickelt werden kann. Nachdem sich der Patient auf dieser Basis mit seinen Bedürfnissen und Sorgen ernst genommen und verstanden fühlt, kann in Psychotherapie die Arbeit an einer Erweiterung seiner Handlungsspielräume beginnen und er beginnt freier zu überlegen, ob und unter welchen Umständen er sich eine Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit vorstellen könnte.

Als zentrales Ergebnis wird daher zur Diskussion gestellt, dass Scham und Schuldgefühle [8] in einer Kollusion der Psychodynamik zwischen Patient:innen und Psychotherapeut:innen als wesentliches Hindernis in psychotherapeutischen Prozessen benannt und damit der bewussten Reflexion und Bearbeitung zugänglich gemacht werden müssen, um Therapieabbrüche zu verhindern und nachhaltige therapeutische Verbesserung der Symptomatik und des Wohlbefindens zu ermöglichen. Werden diese Gefühle nicht systematisch einer therapeutischen Reflexion unterzogen kann dies bei sozialpsychiatrischen Patient:innen überproportional oft die Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses verhindern und in Folge zu Therapieabbrüchen führen.

4 CONCLUSIO

Die dargestellte Analyse zeigt, dass in der Psychotherapie ein tiefgehendes Verständnis für die Bedeutung der sozialen Herkunft der Patient:innen und für die damit einhergehenden Gefühlskonstellationen wie Scham- und Schuld notwendig ist, um einen konstruktiven Verlauf der Therapie zu ermöglichen und um eine Wiederholung von Erfahrungen des Nicht-verstanden-werdens mit darauf folgenden komplexen Mechanismen der Exklusion zu vermeiden.

Es wäre daher notwendig die Bedeutung der sozialen Herkunft der Patient:innen und die Möglichkeiten der konstruktiven therapeutischen Arbeit mit diesem Verständnis in die psychotherapeutischen Curricula und Weiterbildungen aufzunehmen.

5 LITERATUR

- [1] Sophinette Becker. Leidenschaftlich analytisch. Texte zu Sexualität, Geschlecht und Psychoanalyse. Psychosozial Verlag. Gießen, 2021
- [2] Anne Springer, Alf Gerlach & Anne-Marie Schlösser. Macht und Ohnmacht. Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial Verlag. Gießen, 2005
- [3] Martina Tißberger. Dark Continents und das UnBehagen in der weißen Kultur: Rassismus, Gender und Psychoanalyse aus einer Critical Whiteness-Perspektive. Unrast Verlag, 2013
- [4] Angelika Grubner. Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus. Eine Streitschrift. Mandelbaum: Kritik & Utopie. Wien, 2017
- [5] Renata Behrendt & David Kreitz. Autobiografisches Schreiben in Bildungskontexten. Konzepte und Methoden. utb, 2021
- [6] Donna Orange, George E. Atwood & Robert Stolorow. Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Brandes Apsel Verlag. Frankfurt a.M., 2001
- [7] H. Von Unger. „Partizipative Forschung. Eine Einführung in die Forschungspraxis.“ Springer VS. Wiesbaden, 2014
- [8] R. Kühn, M. Raub & M. Titze. „Scham – Ein menschliches Gefühl. Kulturelle, psychologische und philosophische Perspektiven.“ Westdeutscher Verlag. Opladen, 1997