Marianne Springer-Kremser und Nikolaus Thierry[1]

DAS SPANNUNGSFELD ZWISCHEN PSYCHOTHERAPEUTISCHER TECHNIK UND SOZIALEM ENGAGEMENT

1. EINLEITUNG

Das Interesse an dem Thema hängt zweifellos mit der eigenen beruflichen Sozialisation zusammen. Als Assistentin an der damaligen „Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie“ unter der Leitung von Prof. Dr. Hans Strotzka war dessen sozialpsychiatrisches Engagement, realisiert z.B. in der sozialpsychiatrischen Feldstudie „Kleinburg“ (vgl. Strotzka 1969), prägend. In dieser interdisziplinären Studie wurden PatientInnen eines Arztes für Allgemeinmedizin in einer Kleinstadt hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen psychischer Morbidität, Psychotherapie-Bedarf und sozialen Faktoren (u.a. Arbeitslosigkeit, soziale Mobilität, etc.) untersucht. Prof. Fritz Redlich von der Yale University weist in seinem Vorwort auf die sozialmedizinische Bedeutung dieser Untersuchung hin (vgl. Redlich 1969). Vor diesem Hintergrund war auch Strotzkas „zentrifugale“ Institutspolitik zu verstehen, welche uns AssistentInnen Kooperationen mit sozialen Einrichtungen wie z.B. der Bewährungshilfe nahe brachte und uns zur Mitarbeit an sozial- und gesundheitspolitischen Fragen motivierte. So wurde zum Beispiel an mich, gemeinsam mit der Medizinsoziologin der Klinik, Elisabeth Jandl-Jager, als flankierende Maßnahme zur Fristenlösung, d.h., der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs die in Österreich 1975 in Kraft getreten ist, die Verbesserung der Familien-Beratungseinrichtungen delegiert.

Die psychotherapeutischen Aktivitäten in der ebenfalls von Prof. Strotzka initiierten österreichweit innovativen Einrichtung „Psychosomatische Frauenambulanz“, die inzwischen als Liaison- und Konsiliareinrichtung der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie in den Frauenkliniken der medizinischen Universität bestens integriert ist, „zwingen“ immer wieder zur Vernetzung dieser psychotherapeutischer Aktivitäten mit sozialer Beratung. Meine langjährige Mitgliedschaft im Governing Council und als Konsulentin des Medical Advisory Board der Internationalen Familienplanungsgesellschaft (IPPF), einer NGO, lehrte mich die vielen Facetten eines sozialpolitischen Engagements.

2. IM SPANNUNGSFELD WIRKSAME KRÄFTE

Welches sind die im Spannungsfeld zwischen psychotherapeutischer Technik und sozialem Engagement wirksamen Kräfte?

[1] Zur hier wiedergegebenen Schriftfassung des Tagungsbeitrags von Frau Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser hat Herr Univ.-Ass. Dr. Nikolaus Thierry maßgeblich beigetragen.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 36–46

Welche Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme von Psychotherapie?

Dazu zählen jedenfalls die Gesetzeslage, sozioökonomische Faktoren, das öffentliche Gesundheitswesen und die Überweiser in die Psychotherapie.

Und welche Faktoren beeinflussen das therapeutische Setting?

Das sind die Art und Qualität des Erstinterviews, vor allem auch die Inhalte und der Ort, an dem die Psychotherapie stattfindet. Ob zum Beispiel in einer privaten Praxis, einer Klinik, einer Einrichtung des Gesundheitswesens oder im Gefängnis. Das sind weiters die psychotherapeutischen Techniken und Elemente, wozu auch die Dominanz bestimmter Techniken gehört, weiters die Fragen von Übertragung und Gegenübertragung. Darüber hinaus ist das individuelle Wertesystem der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten, inklusive der Sozialisation im jeweiligen Quellenberuf, eine wichtige Kraft. Die Sozialisation im medizinischen Bereich z.B. ist eine völlig andere als die Sozialisation in einer Akademie für Sozialarbeit. Schließlich spielen Geschichte und Tradition der jeweiligen psychotherapeutischen Schule und Methode eine zentrale Rolle.

2.1 Die Inanspruchnahme von Psychotherapie beeinflussende Faktoren

2.1.1 Die Gesetzeslage

Die Tatsache der Implementierung des Psychotherapiegesetzes in Österreich im Jahr 1990, die Teil-Refundierung der Kosten für Psychotherapie durch die Krankenkassen ab 1991 und dann die Restriktion der Refundierung dieser Kosten 1995, haben natürlich ihre Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie gehabt.

Ein Vergleich der demographischen Daten aller PatientInnen, mit welchen in den Jahren 1990, 1991, 1994 und 1996 an der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie in Wien ein psychotherapeutisch/psychiatrisch diagnostisches Erstinterview durchgeführt wurde (vgl. Springer-Kremser/Eder/Jandl-Jager/Hager 2002), zeigt, dass es messbare Einflüsse dieser gesetzlichen Maßnahmen auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie gibt: Einen direkten Einfluss über die finanzielle Entlastung und einen indirekten Einfluss über den Wegfall der – leider immer noch vorkommenden – Stigmatisierung von PatientInnen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, als „Psychiatrische PatientInnen“.

2.1.2 Fragen der Prävention als Herausforderung an ein soziales Engagement von PsychotherapeutInnen

Ich verstehe meinen Beitrag hier auch als eine Hommage an Professor Strotzka, der die Themen der sekundären und tertiären Prävention sehr wichtig nahm (vgl. Strotzka 1994): den Bildungsstand, den Zugang zu Information (z.B. Kontrazeption) als sekundäre Prävention und die Themen der tertiären Prävention (z.B. die gesellschaftliche Beeinflussung von Krankheitsverläufen).

Als Beispiel zur Frage des Umgangs mit Opfern traumatischer Lebensereignisse sei ein

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 36–46

Artikel in einer österreichischen Tageszeitung angeführt. Im Spätherbst 2007 erschien in der Wiener Zeitung, die nach wie vor die offizielle Zeitung der Republik Österreich ist, ein Artikel des Rechtsbeistandes – der Autor ist entgegen der fälschlichen Angabe in der Zeitung kein Rechtsanwalt – des bekannten Holocaust-Leugners David Irving, in welchem dieser verteidigt wurde. Es war sehr wichtig, dass sich dazu PsychiaterInnen mit psychoanalytisch-psychotherapeutischem Hintergrund zu Wort gemeldet und festgehalten haben, dass die Negierung des Traumas eine weitere Traumatisierung bedeutet. Dass für die Bearbeitung des Traumas, soweit dies den so schrecklich Traumatisierten überhaupt möglich ist, die soziale Anerkennung des Traumas etwas ganz wichtiges ist (vgl. Bohleber 2002). Der psychiatrisch/psychoanalytisch fundierten Kritik schlossen sich die Leitung des Archivs des Österreichischen Widerstandes, ProfessorInnen der Medizinischen Universität Wien und andere an.

Der adäquate Umgang mit psychischen Folgen von Traumata ist ein wichtiges Thema in der Psychotherapie: Monate bis Jahre nach der Traumatisierung können auch noch Erstmanifestationen psychischen Leidens als Folge des Traumas auftreten und nicht nur unmittelbar danach. Derzeit ist psychische Unterstützung der Opfer von Katastrophen vor Ort „state of the art“. Das ist gut so – aber leider ist es oft damit getan. Aber wie ist der Umgang des Gesundheitssystems mit Jahre später sich manifestierenden psychischen Leiden und Symptomen die klar in ursächlichem Zusammenhang mit der Traumatisierung stehen? Anträge auf Refundierung von Kosten für Psychotherapie müssten dieses berücksichtigen. Ein Beispiel dazu: Es gibt einen Menschen, über dessen Schicksal ein Buch geschrieben und ein Film gedreht wurde. Er wurde als zweijähriges Kind mit der Familie aus dem Krakauer Ghetto in das Vernichtungslager Auschwitz deportiert, seine Mutter und seine kleine Schwester wurden gleich in die Gaskammer geschickt, der kleine Knabe kam mit dem Vater nach Buchenwald und überlebte die Gräuel der nationalsozialistischen Herrschaft unter Bedingungen, die in dem verfilmten Buch von Bruno Apitz „Nackt unter Wölfen“ geschildert sind. Um Refundierung für Psychotherapie zu erhalten, musste die Wiedergutmachungsstelle in Trier die Therapie für diesen Menschen bewilligen. Es wurden Gutachten eingeholt, Professor Hippius, damals Ordinarius für Psychiatrie in München, hielt in seinem Gutachten fest, dass „selbstverständlich die Tatsache, mit Mitte Dreißig unter massiven Angstzuständen zu leiden absolut nichts damit zu tun hat, dass diese Person vom zweiten bis fünften Lebensjahr teils versteckt und so weiter in einem KZ überlebt hat.“ Ein Befund, der Unwissenheit oder Antisemitismus entlarvt, vielleicht auch beides.

2.1.3 Der/die ÜberweiserIn in die Psychotherapie

Stern (1977) fand bei der Untersuchung von 40 „Community mental health centers“ in den USA keine signifikante Korrelation zwischen Bildungsstand und Aufnahme der PatientInnen in psychotherapeutische Behandlung, sehr wohl aber hinsichtlich des Typus von psychotherapeutischer Behandlung, also des Settings: PatientInnen mit niedriger Schulbildung waren deutlich häufiger in gruppentherapeutischen Settings zu finden.

Eine Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) aus dem Jahr 1997 (Schaffenberger et al 1997) erfasste den Bildungsstand, Beschäftigung und Einkommen von KlientInnen niedergelassener PsychotherapeutInnen. Auf Basis dieser wohl etwas vagen Methode kamen die AutorInnen zu dem Schluss, dass die KlientInnen, die in den

Genuss von Psychotherapie kommen, eine höhere Schulbildung, einen höheren Status in ihrer Berufstätigkeit und ein höheres Einkommen haben als die Durchschnittsbevölkerung in Österreich.

Neuere Untersuchungen aus dem anglosächsischen Bereich sind hier anzufügen:

Self et al (2005) fanden heraus, dass sich der sozioökonomische Status der PatientInnen lediglich in ihrer Bereitschaft und Fähigkeit, sich auf die Therapie einzulassen (psychotherapy compliance), differenzierend auswirkt, und auch das nur in der Eingangsphase zwischen dem ersten und vierten Sitzungstermin; danach, also nach der vierten Sitzung, und wenn die PatientInnen die Therapie beenden, gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen jenen mit eher niedrigem sozioökonomischen Status und anderen. Das bedeutet, dass mehr Bemühungen notwendig sind, um PatientInnen mit niedrigem sozialen Status in einer Therapie zu halten.

Mit unserem eigenen Projekt „Kontextorientierte Psychotherapie-Planung“ konnten wir zeigen, dass derartige Bemühungen sehr wohl erfolgreich sein können: die Familie mit einzubeziehen oder parallel zur Einzeltherapie des besonders betroffenen Familienmitgliedes eine Familientherapie bei einem/r nicht in die Einzeltherapie involvierten Therapeuten/in anzubieten (vgl. Fischer-Kern et al 2004, 235-238).

PsychoanalytikerInnen haben sich schon vor längerer Zeit Gedanken darüber gemacht und vorgeschlagen, in das Management dieser PatientInnen die Konzepte der Ich-Stärke oder – um das moderner auszudrücken – Resilience Faktoren einzubeziehen (vgl. Altman 1993; Minuchin 1995) und vor allem die Gegenübertragung zu reflektieren (vgl. Javier/Herron 2002).

Es geht also einerseits um die Diskussion des Überweisungsprozederes und andererseits um die Akzeptanz von Psychotherapie in einem zweiten Schritt.

In der Untersuchung von Saxon et al (2007) konnte auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der PatientInnen und der Empfehlung des Interviewers an sie gefunden werden, sich in kognitive Verhaltenstherapie oder psychoanalytische Psychotherapie zu begeben – im Unterschied zu anderen Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten und auch aus Europa (vgl. Cremerius 1975; Faller 1997).

Natürlich sind die Unterschiede auch in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen zu suchen und auch in anderen Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung.

Da es keine kontrollierten Studien darüber gibt, ist allerdings schon zu fragen, inwieweit nicht auch stereotype Annahmen darüber im Spiel sind, welche Art von Personen eher von Psychotherapie profitieren können, wie z.B. die Mittelklasse oder Personen mit mittlerer oder höhere Erziehung oder Frauen oder Personen unter 50 Jahren. Hier ist noch Forschung notwendig.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 36–46

3. DAS SETTING BEEINFLUSSENDE FAKTOREN

3.1. Art und Qualität des diagnostischen Erstinterviews

Was sind die Erfordernisse einer psychotherapeutischen Diagnostik? Das Ergebnis des Erstinterviews ist eine Diagnose, mitunter auch eine tentative oder vorläufige Diagnose, und eine darauf beruhende Indikationsstellung zu einer Psychotherapie. Diese Indikationsstellung muss eine Antwort auf die Frage geben, welches psychotherapeutische Setting für eine bestimmte Person in einer bestimmten Situation adäquat ist. Das bedeutet auch eine Verpflichtung, sich über unterschiedliche therapeutische Settings kundig zu machen – auch über solche, in denen man selbst nicht ausgebildet und tätig ist.

Psychosoziale Umweltvariablen schließen das Budget mit ein, das einer Person, einer bestimmten Gruppe von Menschen, einer Wohngemeinschaft zur Verfügung steht.

Das ist ein essentielles Thema. Als Mitglied der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien fällt mir auf, dass bei Untersuchungen zur Lebensqualität z.B. von an Krebs Erkrankten – unter Mitwirkung von PsychotherapeutInnen – das zur Verfügung stehende Budget, keine Rolle spielt. Zur Diagnose „Depression“ gibt es Untersuchungen aus den späten 1990er-Jahren, die zeigen, dass Gewalt-Erfahrungen von Frauen – besonders mit Gewalt im sozialen Nahraum, physischer und sexueller Gewalt – klar mit mittelschwerer bis schwerer Depression korreliert (vgl. Martinez et al 2004). Das heißt, in der Anamnese muss die Frage nach möglichen Erfahrungen mit Gewalt gestellt werden.

Ein Thema, das auch das soziale Engagement berührt, ist der Behandlungskontrakt mit den PatientInnen:

Mit manchen PatientInnen scheint es erforderlich, vor Beginn der Psychotherapie einen Kontrakt zu schließen, z.B. mit PatientInnen mit Anorexia nervosa, oder mit jenen mit soziopathischen Neigungen, mit einem leichtfertigen Umgang mit der Wahrhaftigkeit oder einer Neigung zu Triebdurchbrüchen (die in der Regel krankheitsbedingt sind).

Die Inhalte des Kontraktes beziehen sich bei Anorexia nervosa auf die Notwendigkeit einer Kontrolle des körperlichen Zustandes (regelmäßige Gewichtskontrollen, internistische Befunde, ev. Lungenröntgen). Weiters ist es erforderlich, PatientInnen über die Erreichbarkeit von Einrichtungen, die rund um die Uhr verfügbar sind, zu informieren (Suiziddrohungen).

Ein weiterer, das Setting beeinflussender Faktor ist der Ort, an dem die Psychotherapie stattfindet: Praxis, Klinik, Gefängnis, Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens etc. Im Gefängnis haben wir ein interessantes Beispiel aus London: Dr. Leslie Sohn analysiert in Dartmoor im Rahmen eines Projektes Mörder und ist in keiner Weise verpflichtet, der Gefängnisleitung irgendwelche Mitteilungen über Inhalte seiner Therapie zu machen, mit Ausnahme von Lebensgefahr.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 36–46

4. DIE THERAPEUTISCHEN TECHNIKEN UND ELEMENTE

Als Psychoanalytikerin werde ich mich im Folgenden auf die therapeutischen Elemente konzentrieren

4.1 Die therapeutischen Elemente

In der Psychoanalyse und in der psychoanalytischen Psychotherapie versteht man darunter:

A) Technische Neutralität (Abstinenz), Übertragung-Gegenübertragung und Widerstand

Die Abstinenz verlangt von TherapeutInnen zweierlei:

1. Impulse und Gefühle gleich welcher Art zunächst einmal zu zügeln und daraufhin zu prüfen, inwieweit sie aus der eigenen Konflikthaftigkeit erwachsen oder Indikatoren für unbewusste Prozesse im Patienten bzw. in der Patientin sind.

2. Alles was man sieht, sagt und tut, daraufhin zu erforschen, ob es im Interesse des Patienten/der Patientin gesagt oder getan wird bzw. aus eigener Konflikthaftigkeit heraus, oder um eigene Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Erforschung der eigenen Impulse, vor allem die Versagung unbedachter Spontaneität, verschafft am ehesten Klarheit über deren unbewusste Quellen (vgl. Cremerius 1984).

Ein Beispiel dazu: Ein Patient beginnt die Montagssitzung mit dem Satz: „Meine Frau kann nicht sprechen." Auf die Nachfrage des Therapeuten, berichtet der Patient, dass seine Frau am Wochenende plötzlich „irgendwie komisch", wie verwirrt, gewesen sei und nicht sprechen konnte. Ein ärztlicher Freund, der angerufen wurde, versuchte zu beruhigen und meinte, das werde wohl „hysterisch" sein. Ein telefonisch befragter Psychotherapeut riet abzuwarten und nach dem Wochenende einen Arzt zu konsultieren. Nach diesen Informationen durch den Patienten wurde sofort die Therapie abgebrochen und ihm dringend geraten, seine Frau so rasch wie möglich an die neurologische Klinik zu fahren. Es hatte sich um einen Verschluss der Arterie Cerebri media gehandelt (der glimpflich verlief).

Wenn man die Prinzipien der technischen Neutralität verletzt, muss man wissen wann, warum und wie man es tut. Nur dann kann man entweder etwas wieder zurücknehmen oder dem/der Patienten/in die Aktivität begründen und erklären.

B) Übertragung-Gegenübertragung

Welche sind nun die Übertragungs- und Gegenübertragungsfallen, vor denen uns das Einhalten der Cremerius'schen Forderung nach technischer Neutralität ein wenig schützen können? Es sind dies: Schamgefühle, Neid, Wut, Identifikationswünsche- und -ängste. Es ist nicht nur so, dass die PatientInnen sich mit TherapeutInnen, die sie als erfolgreich oder was auch immer erleben, identifizieren, es gibt auch durchaus auf Seiten der TherapeutInnen die Versuchung, sich mit „interessanten", PatientInnen zu identifizieren. Es gibt „gemeinsame" narziss-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 36–46

tische Höhenflüge von PatientIn und TherapeutIn, die eine unglaubliche Falle darstellen und soziale Unterschiede überdecken helfen – fälschlicherweise. Die Selbstbezüge im Reagieren auf andere können zu einem total realitätsfernen Umgang mit sozialen Problemen motivieren, auf Seiten der PatientInnen und der TherapeutInnen. Mein Beispiel dazu ist eine Patientin, die sicher intellektuell sehr gut begabt ist, der man wünscht, endlich einen guten Job zu haben, der ihrer Qualifikation entspricht, die aber andererseits von ihrer psychischen Struktur her nichts als für sich gut genug empfindet.

C) Widerstand

Fallen im Zusammenhang mit Widerstand sind: Wissensdefizite auf Seiten der TherapeutInnen können irrtümlich zu Widerstandsdeutungen führen. Die Wissensdefizite beziehen sich auf historisches, sozialpolitisches, gesellschaftliches, medizinisches Wissen. Ein Beispiel ist die Therapie mit alten PatientInnen. Komorbidität ist im Alter häufig. Aber Komorbidität bedeutet nicht zwingend nur Depressivität. Depression ist pathologische Trauer, d.h. eine krankhafte Reaktion auf einen Verlust. Das Alter ist durch viele Verluste geprägt: PartnerIn, Jugend, Gesundheit, motorische Beweglichkeit, gesellschaftliches Eingebettet-Sein und so weiter. Aber es gibt trotzdem unterschiedliche Möglichkeiten, damit umzugehen, und eine gewisse physiologische Traurigkeit ist klar abzugrenzen von Depressivität im Alter. Weiters sind geschlechtsgebundene Faktoren zu beachten: die Diagnose „Depression“ wird bei Frauen ca. zweimal so oft gestellt, wie bei Männern (vgl. Springer-Kremser et al 2006).

Im Spätherbst 2007 erschien eine Publikation, in welcher nachgewiesen wird, dass in 25% aller Fälle von als depressiv diagnostizierten PatientInnen, die Diagnose „Depression“ fälschlich gestellt wird. Die PatientInnen sollten zum Trauern aufgefordert werden, die Trauerarbeit eventuell psychotherapeutisch begleitet werden. Die Rolle der pharmazeutischen Industrie bei dieser Diagnostik ist nicht zu unterschätzen (vgl. Horvitz 2007).

5. DAS INDIVIDUELLE WERTSYSTEM DER PSYCHOTHERAPEUTIN/DES PSYCHOTHERAPEUTEN

Werte entstehen durch Identifikation und Imitation in der frühen Kindheit, sie mögen im Laufe der Zeit einem Wandel unterliegen. Inhalte und die Weitergabe von Werten sind kulturabhängig, sie sind beispielsweise durch die berufliche Sozialisation der PsychotherapeutInnen beeinflusst.

Häufig bestehen Interessenskonflikte zwischen individuellen Werten und jenen der Institution, in welcher PsychotherapeutInnen arbeiten. Im österreichischen Psychotherapiegesetz ist eine sehr rigide Schweigepflicht festgehalten. PsychotherapeutInnen, die in einem Gefängnis arbeiten, haben eine unglaublich heikle Gratwanderung durchzuführen, wie sie mit ihrem Wissen, auch mit ihrer Emotionalität umgehen und wie sie mit diesem „conflict of interest“ – sie sind einerseits der Institution verpflichtet, sie werden bezahlt von der Institution, auch wenn sie von Außerhalb hineingerufen werden; andererseits sind sie auch die AnwältInnen im weitesten Sinn der PatientInnen.

Für TherapeutInnen gilt ganz besonders die Notwendigkeit, auf die Diskrepanzen im eigenen Wertesystem zu achten. Welches ist mein vorgegebenes Wertesystem und lebe ich eigentlich entsprechend diesem? Oder lebe ich eigentlich ganz anders? Denn nur wenn man Widersprüche im eigenen Wertsystem erkennen kann, kann man es auch bei den PatientInnen.

6. GESCHICHTE UND TRADITION DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SCHULE – AM BEISPIEL DER PSYCHOANALYSE

Die Psychoanalyse hatte bzw. hat eine Geschichte der Isolation und Ächtung aus gesellschaftspolitischen, religiösen und rassischen Gründen. Von den ÄrztInnen wurde Sigmund Freud ja sehr willkommen geheißen, solange er als Neurophysiologe arbeitete. In der Arbeit „Die Schätze im Keller. Unbekannte Arbeiten von S. Freud“ konnte der Autor, Gerhard Fichtner vom Institut für Geschichte der Medizin in Berlin, nachweisen, wie national und auch international anerkannt Sigmund Freud war, bevor er sich mit der Dynamik des Unbewussten beschäftigt hat (vgl. Fichtner 1987). Als Psychoanalytiker hat Freud die Ärzte entmachtet. Die Patientin Elisabeth von R. sagte: „Jetzt hören Sie mir zu“ …. und Freud hörte zu. Das heißt, die Macht in vielen psychoanalytischen Therapien haben die PatientInnen und nicht die ÄrztInnen im weißen Mantel. Das war sicher einer der Gründe, neben den bekannten religiösen und rassischen Gründen, warum die Psychoanalyse geächtet wurde.

PsychoanalytikerInnen wurden in totalitären Systemen verfolgt. Freuds Schriften wurden bei der Bücherverbrennung 1933 in die Flammen geworfen. In Lateinamerika z.B. Chile und Argentinien, mussten viele PsychoanalytikerInnen in andere Länder wie Spanien und Mexiko fliehen. Davon lesen und lernen wir in der psychoanalytischen Ausbildung: von Ausgrenzung, Verfolgung. Das Fazit ist die Cremerius’sche Definition von Abstinenz: Das Bemühen um maximale Klarheit über das eigene Wertesystem hilft im Umgang mit gesellschaftspolitischen Problemen der PatientInnen. Wissen um gesellschaftspolitische und juristische Gegebenheiten im Umgang mit bestimmten PatientInnenpopulationen ist grundsätzlich wichtig für PsychotherapeutInnen, so zum Beispiel im Umgang mit Transsexuellen oder PatientInnen mit sexuellem Dysmorphismus. Dieses Wissen ist von zentraler Bedeutung für das Management der Psychotherapie mit diesen PatientInnen, und die Therapie ist ein Teil des Managements.

Ein weiteres Thema ist die Frage des Stellung-Beziehens zu inhaltlichen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Fragen. Beispiel: Die Beschreibungen der ICD-10-Klassifikation „sexuelle Devianz“ zeugen vom nach wie vor bestehenden Bemühen, Homosexualität zu pathologisieren (vgl. Dilling et al 2000).

Ein zweites Beispiel: Als PsychotherapeutInnen – welcher Schule und Methode auch immer wir uns zugehörig fühlen – sollten wir uns doch vor der Ideologie eines völlig positivistischen Forschungszuganges hüten. Denn diesen positivistischen Forschungszugang kennen wir aus vielen Untersuchungen mit einem wissenschaftlich fragwürdigem Design zur Genüge: Randomized Controlled Trial (RCT): drei Wochen kognitive Verhaltenstherapie versus Gabe einer psychotropen Substanz (z.B. Antidepressivum). So kann man Psycho-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 36–46

therapieeffektivität und -effizienz nicht erforschen. Aber dieser Ideologie – und um Ideologie handelt es sich hier – haben wir ja etwas entgegenzusetzen: Hier muss man Stellung beziehen.

Aktiv werden bei Gefahr in Verzug. Und diese Gefahr in Verzug kann sich sowohl auf eine intrapsychische Gefahr (z.B. psychotischer Zusammenbruch) oder, wie im Beispiel zur technischen Neutralität beschrieben, auf Lebensgefahr beziehen.

6.1 Beispiele des gesellschaftspolitischen Engagements der frühen PsychoanalytikerInnen

Die Ärztinnen Anni Reich und Marie Frischauf waren sehr aktiv in Fragen der Kontrazeption, haben in der ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts über das Thema „Ist Abtreibung schädlich?“ publiziert – damals gab es nur illegale Schwangerschaftsabbrüche.

Die „Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik“ hat Themen wie Menstruation, Pubertät und vor allem auch Sexualaufklärung – Nacktheit und Erziehung: wie geht man damit um? – aufgegriffen. Das waren ganz konkrete Themen und damals war ja das Umfeld von PatientIn und TherapeutIn sehr viel kleiner. Die PatientInnen haben das auch gelesen, wussten also um Wertesystem und politische Einstellung der AnalytikerInnen. Und noch ein Wort zu diesem Mythos, dass die Psychoanalyse von Anfang an nur etwas für die Reichen gewesen sei: Freud hat zum Beispiel den russischen Patienten, der als „Wolfsmann“ bekannt wurde und andere PatientInnen privat finanziell unterstützt.

Zum Abschluss sei Sigmund Freud aus „Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen“ (1906) zitiert: „…was notwendig ist, kann nicht unter meiner ärztlichen Würde sein, und es ist notwendig, einem Ehepaare, das an die Einschränkung der Kinderzeugung denkt, mit ärztlichem Rate beizustehen, auch in der Therapie. Wenn man nicht einen Teil oder beide der Neurose aussetzen will. Es lässt sich nicht bestreiten, dass ‚malthusianische Vorkehrungen‘ irgendeinmal in einer Ehe zur Notwendigkeit werden, und theoretisch wäre es eine der fühlbarsten Befreiungen vom Naturzwang dem unser Geschlecht unterworfen ist, wenn es gelänge, den verantwortlichen Akt der Kinderzeugung zu einer willkürlichen und beabsichtigten Handlung zu erheben und ihn von der Verquickung mit der notwendigen Befreiung eines natürlichen Bedürfnisses loszulösen“ (Freud 1898/1906, 507).

Malthus war ein berühmter englischer Arzt, der sich mit Fragen der Familienplanung beschäftigte.

BIBLIOGRAPHIE

Altman, Neil (1993), Psychoanalysis and the urban poor, in: Psychoanalytic Dialogues Vol. 3, 29-49.

Bohleber, Werner (2000), Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse, in: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, Heft 9/10, 797-839.

Cremerius, Johannes (1975), Schichtspezifische Schwierigkeiten bei der Anwendung der Psychoanalyse, in: Münchner Medizinische Wochenschrift Heft 117, 1229-1232.

Cremerius, Johannes (1984), Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der Psychosomatischen Technik, Band II, Stuttgart.

Dilling, Horst, Werner *Mombour* und Martin H. *Schmidt* (Hg., 2000), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Genf, WHO.

Faller, Hermann, Rudolph F. *Wagner,* Heiner *Vogel,* Ute *Inselmann,* Kornelia *Koepsell,* Heinz *Weiss* und Hermann *Lang* (1997), Die Klientel einer psychotherapeutischen Poliklinik im Spiegel der Basisdokumentation, Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie [The Advancement of Neurology and Psychiatry] 65, 313-322.

Fichtner, Gerhard (1987), Unbekannte Arbeiten von Freud – Schätze im Keller, in: Medizinhistorisches Journal, Heft 22, 246-262.

Fischer-Kern, Melitta, Katharina *Leithner,* Eva *Hilger,* Henriette *Löffler-Stastka* und Peter *Schuster* (2004), Context-Oriented Model Development in Psychotherapy Planning (COMEPP): a useful adjunct to diagnosis and therapy of severe personality disorders, Acta Psychiatrica Scandinavica, 235-238.

Freud, Sigmund (1898,1906), Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, Gesammelte Werke Band I, Frankfurt, 507.

Horwitz, Allan V. and Jerome C. *Wakefield* (2007), The Loss of Sadness: How Psychiatry Transferred Normal Sorrow into Depressive Disorders, Oxford.

Javier, Rafael and William G. *Herron* (2002), Psychoanalysis and the disenfranchised: Countertransference issues, in: Psychoanalytic Psychology Vol. 19, 149-166.

Martinez, Manuela, M. Isabel *Garcia-Linares* and Maria A. *Pico-Alfonso* (2004), Women Victims of Domestic Violence, Consequences for Their Health and the Role of the Health System, in: Renate *Klein* and Bernhard *Wallner* (Ed.), Gender, Conflict, and Violence, 127-155.

Minuchin, Salvador (1995), Psychoanalytic therapies and the low socioeconomic population (Reprint of 1968 first publication), in: Judd *Marmor* (Ed.), Modern Psychoanalysis: New Directions and Perspectives, New Brunswick, 532-550.

Reich, Annie (1928), Zur Frage der Sexualaufklärung, in: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik, Heft 23.

Reich, Anni und Marie *Frischauf* (1930), Ist Abtreibung schädlich? in: Schriften der Sozialistischen Gesellschaft für Sexualberatung und Sexualforschung in Wien Nr. 2, Wien.

Saxon, David, Gearoid *Fitzgerald,* Simon *Houghton,* Francesca *Lemme,* Carol *Saul,* Sharon *Warden* and Tom *Ricketts* (2007), Psychotherapy Provision, socioeconomic deprivation, and the inverse care law, Psychotherapy Research, September 2007, 17(5), 515-521.

Schaffenberger, Eva, Waltraud *Glatz,* Wilhelm *Frank* und Ingrid *Rosian* (1997), Ambulante Psychotherapie in Österreich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien.

Self, Roland, Paula *Oates,* Tia *Pinnock-Hamilton* and Chris *Leach* (2005), The relationship between social deprivation and unilateral termination (attrition) from psychotherapy at various stages of the health care pathway, in: Psychology and Psychotherapy: Theory. Research and Practice, 78, 95-111.

Springer-Kremser, Marianne, Anselm *Eder,* Elisabeth *Jandl-Jager* und Isabella *Hager* (2002), Can legislation provide a better match between demand and supply in psychotherapy, in: Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, Vol. 37, 492-500.

Springer-Kremser, Marianne, Melitta *Fischer-Kern,* Katharina *Leithner-Dziubas* und Henriette *Löffler-Stastka* (2006), Depressionsbehandlung – was brauchen Frauen?, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 52, 161-171.

Stern, Springer, Maxine (1977), Social class in the mental health center, in: Psychiatric Quarterly 49, 62-71.

Strotzka, Hans (1969), Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie, Wien.

Strotzka, Hans ([3]1994), Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch, Wien.