Gesprengter Rahmen?

Gedanken über praktische Bedingungen und damit verbundene ethische Fragen

Regina Halmer-Stein

Jemand, der ein Bild betrachtet, mag die Bildkomposition als erstes auf sich wirken lassen. Der Bilderrahmen aber, als Teil eines Ganzen hat seine Wirkfaktoren, wenngleich er vom Betrachter vielleicht nicht bewußt wahrgenommen wird. Er beeinflußt die Wahrnehmung und ergänzt Aussage und Wirkung des Bildes. Ein und dasselbe Gemälde, unterschiedlich gerahmt vermag somit die Wirkung und Aussage der Bildkomposition zu verändern.

Der Rahmen, innerhalb dessen therapeutische Prozesse stattfinden, mag somit bezüglich der therapeutischen Inhalte genauso wirkungsvoll und aussagekräftig sein, wie der eines Gemäldes.

Über diese Rahmenbedingungen für die Durchführung einer Therapie, sowie über die damit zusammenhängenden ethischen Fragen möchte ich im Folgenden sprechen und sie auch anschließend zur Diskussion stellen.

Lassen Sie mich kurz erzählen, was mich dazu veranlaßte, mich mit diesem Thema intensiver zu beschäftigen.

Lehrerinnen der basalen Förderklassen haben die Möglichkeit über das Expertenteam des Vereins für basale Förderung, dem ich angehöre, Therapeuten zwecks einer Konsultation anzufordern. So lernte ich ein schwerbehindertes 6-jähriges blindes Mädchen, das ich im weiteren Ela nennen werde, kennen. Ich sollte Ela besuchen, um zu beurteilen, ob Musiktherapie sinnvoll sei. Als ich in die Klasse kam, fiel mir Ela aus folgenden Gründen sofort ins Auge: Sie bewegte sich trotz ihrer Sinnesbehinderung sehr sicher im Klassenraum, wendete sich sofort mir zu und wirkte ungewöhnlich wenig scheu. Sie begann sehr schnell ihre lautlichen Äußerungen an meine Stimmlage anzupassen und manche meiner stimmlichen Angebote zu imitieren. Sie ließ sich nicht gerne anfassen, nahm mich aber, wo sie mich erwischen konnte und zog oder schob mich durch die 2 Klassenzimmer, auch hinaus auf den Gang, bis in den Toilettenraum. Dort ließ sie sich nieder und begann zu lautieren, mit einem Reifen am genoppten Fliesenboden scharrende Geräusche zu erzeugen und war sichtlich froh, vielleicht sogar lustvoll berührt über jede Imitation meinerseits. Auf viele Veränderungen und neue Impulse, die ich anbot reagierte sie nicht, manchmal unterbrach sie jedoch ihr Tun um zu lauschen.

Die Lehrerinnen erzählten mir, daß Ela gerne auf den Toiletten singe, allerdings nicht in Zusammenhang mit der üblicherweise auf einer Toilette ausgeübten Tätigkeit. Die Akustik

dort ist wirklich atemberaubend. Es folgten dann auch im Laufe unserer Therapiestunden einige sehr beeindruckende Improvisationen in den Toiletten.

Nach diesem ersten Eindruck hatte ich mich recht schnell dazu entschlossen Ela zu übernehmen, allerdings mit einem etwas ungewöhnlichen Setting. Zwei Therapieeinheiten, d.h. 90 min, 14-tägig in der ihr gewohnten Umgebung. Dies bedeutete, daß Störungen vorprogrammiert waren, daß die Lehrerinnen unweigerlich mitbekamen, was innerhalb der Therapiestunden passierte und auch phasenweise andere Kinder im selben Raum anwesend waren. Ganz zu schweigen von Lautsprecherdurchsagen, Besuchern, die durchmarschierten, usw.

Nun stellte sich für mich in dieser Anfangsphase immer wieder die Frage nach dem **Ort**: Warum bleibe ich in den Klassenräumen und warum gehe ich mit ihr nicht in ein Zimmer, in dem wir ungestört wären und auch mehr musiktherapeutisches Material zur Verfügung hätten. Was bedeutet es Musiktherapie im Toilettenraum zu machen? Müßte ich nicht versuchen, sie davon abzuhalten, die Klassenzimmer zu verlassen?

Zeit: Ist es nicht doch zu schwierig über 14 Tage hinweg den Kontakt aufrechtzuerhalten, ist sie in der Lage 90 Minuten „durchzuhalten?“

Ethik: wie sehr lasse ich mich von den anderen Kindern ablenken? Es geschah z.B., daß ein anderes anwesendes Kind auf meine gesungenen oder getrommelten Phrasen reagierte, nicht aber Ela.

Wie sehr lasse ich mich in meinem Tun von anwesenden Lehrerinnen beeinflussen? Im Laufe der Auseinandersetzung mit dem Thema der gleichzeitigen Anwesenheit anderer habe ich herausgefunden, daß es primär von meiner Fähigkeit abhängt, mich ganz auf die Therapie einlassen zu können.

Inwieweit haben Lehrerinnen und Klassenkolleginnen die Möglichkeit vertrauliches Therapiematerial mitzubekommen? Manchen mag diese Frage gerade bei Kindern einer basalen Förderklasse vielleicht überspitzt erscheinen, aber ich bin fest davon überzeugt, daß man sein ethisches Handeln generell bei allen Menschen hinterfragen muß und nicht erst ab einer bestimmten Entwicklungsstufe oder ab einem bestimmten Intelligenzquotienten!

In der 4. Stunde ändert sich zum ersten mal etwas in unserer Beziehung. Die Klasse war im Garten, Ela und ich hatten alle Räume alleine zur Verfügung. Ela ging in den anderen Raum, so daß ich keinen Blickkontakt mehr mit ihr hatte. Dieses mal folgte ich ihr nicht. Es entwickelte sich in dieser räumlichen Entfernung ein nonverbales Gespräch zwischen Gitarre und Stimme (ich) und Elas Spielzeugwecker. In dieser Situation des Nichtsehens, des Angewiesenseins auf die reine Empfindung, wurde in mir das Gegenübertragungsgefühl der Einsamkeit und Sehnsucht nach Beziehung deutlich. Ich gab diesem Gefühl einen musikalischen Ausdruck, indem ich sehnsüchtige Melodien zu einer mittelalterlichen Harmonik sang. Während ich sang und Gitarre spielte, spürte ich, wie sie gebannt meiner Musik lauschte. Als ich nach ca. 5 min das Stück beendete, schepperte sie kurz auffordernd mit ihrem Wecker. Ich spielte und sang wieder auf ähnliche Art und Weise. Als ich wiederum aufhörte, sagte sie „singen“. Meine Musik wurde daraufhin immer rhythmischer und weniger melancholisch, wenngleich die mittelalterliche Harmonik beibehalten wurde. Dieses höchst intensive Beziehungsspiel wurde nach ca. einer halben Stunde abgebrochen, da die Lehrerinnen mit den anderen Kindern aus dem Garten zurückkehrten. Ich fühlte mich nach dieser Therapiesitzung zufrieden, aber zutiefst erschöpft von der Intensität unserer Begegnung.

Dieser intensive Kontakt war nur in der räumlichen Entfernung möglich, da Ela bei räumlicher Nähe besitzergreifend und aggressiv agierte, oder aber sich zurückzog. Einen Kontakt zuzulassen war scheinbar nur bei gleichzeitiger räumlicher Entfernung möglich. Die

Unterscheidung zwischen ich und du, was sich im folgenden Jahr als Hauptziel herauskristallisierte, war in der Entfernung leichter möglich.

Welch ein Glück, daß ich mich dazu entschlossen hatte in den Räumlichkeiten der basalen Klasse zu bleiben.

Dieser Therapiebeginn listet einige der Themen auf, mit denen ich mich im Folgenden nun detaillierter beschäftigen werde.

Zwei der praktischen Abkommen, nämlich Ort und Zeit möchte ich an den Anfang stellen.

• **Ort**

Wie selbstverständlich gehen wohl die meisten TherapeutInnen davon aus, daß Therapie in einem dafür vorgesehenen Raum, der mit entsprechendem Material ausgestattet ist und in dem TherapeutIn und KlientIn von Störungen unbehelligt sind, stattfinden soll. Größe und Helligkeit des Raumes und vielleicht in unserem Fall auch das Wissen, daß niemand anderer durch die eventuell entstehende Lautstärke gestört wird, mag dabei für die TherapeutIn durchaus auch eine Rolle spielen.

Dennoch kann es trotz der Existenz eines solchen Therapieraumes sinnvoll sein, die Therapie (vielleicht solange es notwendig ist) an einem anderen Platz abzuhalten.

Im Fall von Ela beschloß ich anfangs in den Gruppenräumen zu bleiben, da der Hin- und Rückweg einen großen Teil der Therapiezeit in Anspruch genommen hätte und ich es für eine Überforderung hielt, daß sie sich an einen neuen Menschen und einen neuen Raum gewöhnen sollte. Nach einem halben Jahr Musiktherapie wechselte Ela von der basalen Klasse in die S-Klasse. Zwei mal versuchte ich mit ihr in einen Musikraum zu gehen, was sich aber als äußerst schwierig erwies. Daraufhin setzten wir unsere Therapiesitzungen im Klassenzimmer fort, während die anderen Kinder Religion haben. Selbstverständlich werden wir nach wie vor manchmal gestört, dennoch denke ich, daß diese Lösung besser ist und ich bezweifle, daß wir unsere Therapiestunden je im Musikzimmer abhalten werden. Die Fallgeschichte von Ela zeigt also Gründe dafür auf, Therapiesitzungen in der für die Klientin gewohnten Umgebung abzuhalten. Weiters kann es z.B. für phobische oder paranoid schizophrene PatientInnen unmöglich sein woanders, als in einer sicheren Umgebung, wie z.B. zu Hause eine Therapie zumindest zu beginnen.

Die folgende Fallgeschichte schildert den Weg einer Therapie, die im Netzbett begann und im Therapiezimmer endete und des sich zeitlich parallel dazu entwickelnden Arbeitsbündnisses.

Erste Fragestellungen zum Thema Therapieort ergaben sich für mich vor 15 Jahren in der Arbeit mit einem jungen Mann, der in einem Extrakammerl am Psychiatrischen Krankenhaus im Netzbett lebte. Er war einer meiner ersten Patienten, nachdem ich meine Ausbildung beendet hatte. In meinem anfänglichen Idealismus war mir sofort klar, daß ich mit diesem jungen Mann, ich werde ihn Peter nennen, in einem eigens dafür vorgesehenen kleinen Zimmer Therapie machen werde. Nach ersten Kontakten am Netzbett beschloß ich, daß ab nun in jenem Zimmer, das am anderen Ende der Station war, unsere Therapie stattfinden sollte. Peter wurde angezogen, was sich als ziemlich zeitaufwendig herausstellte, in einen Rollstuhl gesetzt, da er nicht laufen konnte und kaum, daß ich begonnen hatte, wollte er wieder zurück. Auf dem Rückweg riß er mir – so schnell konnte ich gar nicht schauen – ein Bündel Haare aus, rutschte vom Rollstuhl und zerriß sein Gewand. Was war passiert? Ich hatte das Setting bestimmt, ohne es mit ihm zuvor abzuklären. Der Therapieort sollte das Therapiezimmer sein. Ich glaubte fest, ihm etwas Gutes zu tun, wenn er endlich aus seinem Netzbett und dem Einzelzimmer – das ja in Wirklichkeit eine Isolierzelle war, herausgeholt würde. Vielleicht trieben mich auch anfängliche Illusionen und Allmachtsphantasien zu der Überzeugung, daß dies der richtige Ort sei. Erst eineinhalb Jahre später war er bereit dazu

die 3x in der Woche stattfindenden Musiktherapiestunden zu je 30 min in jenem Therapiezimmer stattfinden zu lassen.

Das Netzbett war sein zu Hause und alles außerhalb war zwar interessant, aber gleichzeitig wurde Peter von Ängsten, die ich nicht wahrgenommen hatte, überschwemmt. Die auf unseren mißlungenen Ausflug folgenden Musiktherapiestunden fanden also bei versperrtem, später nur mehr geschlossenem Netzbett statt. Als das Bett halb geöffnet werden konnte, brachte ich einmal ein kleines Instrument mit und reichte es in sein Bett. Sofort flog dies durch das - Gott sei Dank geöffnete - Fenster. Ich hatte in seinen Raum hineingegriffen. Wieder hatte ich gehandelt mich seines Einverständnisses zu versichern. Nachdem unsere Therapiestunden bei halb geöffnetem Bett relativ unproblematisch möglich waren, wurde Peter in den Bettensaal verlegt und nach und nach konnte das Bett ganz geöffnet sein. Auch hier stellte sich ab und zu die Frage nach der Verschwiegenheit, da manches Mal andere Patienten im Bettensaal anwesend waren. Bald darauf saß Peter am Bettrand, verlangte vor der Therapiestunde angezogen zu werden, half dabei auch mit und nach eineinhalb Jahren Arbeit fanden unsere Sitzungen in dem von Anfang an vorgesehenen Therapiezimmer statt. Peter konnte immer noch schwer seine Grenzen wahrnehmen und sich auf Unsicherheiten einlassen. So bestand er z.B. immer darauf am Rollstuhl festgebunden zu werden, obwohl er mit Leichtigkeit herausrutschen konnte, sowie, er auch versperrte Netzbetten ohne Schlüssel öffnen konnte, was ich aber erst viel später erfuhr. Die Regel, die ich aufstellte, um ihm bei der Wahrnehmung seiner Grenzen zu helfen, war zu Beginn unserer Therapiestunden im Therapiezimmer, daß die Therapiestunde beendet ist, sobald er anfängt sein Gewand zu zerreißen. Er akzeptierte diese Regel und das war somit unser erstes Arbeitsbündnis. Der nächste Schritt bestand darin das Abschiedsritual, anstatt des Gewandzerreißen als Beendigungssignal einzuführen. Manchmal bestanden die Therapiestunden nur aus dem Bekleidungsritual und der Fahrt in das Zimmer, aber gegen Ende der Therapie - nach circa 3 Jahren also - konnte er, wenn es ihm zuviel wurde, das Abschiedsritual verlangen, anstatt sein Gewand zu zerreißen. Meistens dauerten die Therapiesitzungen auch die vorgesehenen 30 min.

Peter lehrte mich einerseits, daß das Setting - auch im stationären Rahmen - nur mit dem Patienten beschlossen werden kann und andererseits, daß die Rahmenbedingungen mit dem Fortschreiten des therapeutischen Prozesses variiert werden können und dies auch oft notwendig ist.

In diesem Therapieprozeß mußte ich also stetig hinterfragen, ob das von mir als Ziel angestrebte Setting auch das für den Patienten ideale Setting ist. Gibt es so etwas wie ein generell anzustrebendes Setting, oder begibt man sich auf die Suche nach dem idealen Setting mit der Illusion eine Gewißheit zu erlangen, daß zumindest der Rahmen des eigenen Tuns „richtig“ ist?

• Häufigkeit

Die Frequenz der Therapiesitzungen pro Woche läßt sich an folgenden Faktoren festmachen: abgesehen von äußeren Umständen, wie Finanzierung, zeitlicher Aufwand und Therapiemethode, sind sich die meisten Schulen darin einig, daß bei Klienten mit frühen Beziehungsstörungen eine höhere Frequenz angesagt ist, da in diesen Fällen die Fähigkeiten eine Beziehung über den Zeitraum von einer oder gar zwei Wochen aufrechtzuerhalten, kaum vorhanden ist.

So wird in Deutschland von den Sozialversicherungsträgern z.B. für Kinderanalysen das Regelsetting von 2 Std. /Woche und 1 mal 14-tägig ein Elterngespräch vorgesehen.

Ein überlegenswertes Phänomen ist, daß Patienten, die man häufiger sieht einen intensiveren Eindruck im Therapeuten hinterlassen, was wiederum bedeutet, daß in der inneren Welt des Therapeuten unbewußte Prozesse zwischen Therapeut und Patient angeregt werden, und schließlich geht es ja um das Arbeiten mit dem Unbewußten auch in der Musiktherapie.

Wie z.B. könnte es ein Kind wagen, sich seinen beängstigenden chaotischen inneren Welten zu nähern, wenn es nicht mit all dem Furchtbaren in einer therapeutischen Beziehung gehalten wird, welche eine ausreichend lange und kontinuierliche Zeit andauert und durch

Therapiesitzungen mit geringen zeitlichen Abständen das Aufrechterhalten dieser Beziehung sichert.

Um nochmals auf die erste Fallgeschichte zurückzukommen, so war sicherlich der zeitliche Rahmen mit Ela zu Beginn unglücklich gewählt, aber in meiner Realität wäre eine wöchentlich stattfindende Therapiesitzung nicht möglich gewesen.

Der Rahmen, der das therapeutische Geschehen begleitet läßt sich untergliedern in

- die praktischen Abkommen, wie Ort, Zeit, Einzel- oder Gruppentherapie und gegebenenfalls Bezahlung,
- das Behandlungsbündnis, das zwischen TherapeutIn und KlientIn abgeschlossen ist, um die therapeutische Arbeit wirksam durchzuführen.
- die zugrundeliegenden ethischen Fragen.

Das definierte und konstante Setting stellt den Rahmen für den therapeutischen Prozeß dar. Dennoch sind diese Rahmenbedingungen nicht nur schlichte Realität, sondern ein haltendes und grenzensetzendes Notwendikum; die Aufarbeitung des Umgangs von TherapeutIn und PatientIn mit eben diesen Rahmenbedingungen ist ein wesentlicher Faktor im therapeutischen Prozeß.

Paul Janssen schreibt: „Das Setting ist der Behälter, der die symbiotische Beziehung zwischen Analytiker und Patient verkörpert. Stellt der Patient das Setting in Frage, so ist dies der erste Schritt zur Überwindung der Symbiose.“ Das würde bedeuten, daß anhand des gewählten Settings Hinweise auf die therapeutische Beziehung gegeben werden, sowie daß sich an Modifikationen der Rahmenbedingungen Veränderungen in der therapeutischen Beziehung ablesen lassen. Das heißt die primäre Wahl, auftauchende Infragestellungen und eventuelle Veränderungen, sind nicht nur organisatorischer Art, sondern beeinflussen direkt die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozeß oder werden durch den therapeutischen Prozeß notwendig, wie dies in der Fallgeschichte von Peter deutlich wurde. Diese sogenannten praktischen Arrangements spielen aber auch zwangsläufig eine Rolle bei der Übertragung. Ein Beispiel dazu: eine PatientIn sagt, daß sie sich die 2 mal wöchentlich stattfindenden Therapiestunden nicht mehr leisten kann und daher nur einmal in der Woche kommen möchte. Dies kann der Realität entsprechen und es ist sicherlich nicht im Sinne der Therapie die KlientIn finanziell zu ruinieren. Andererseits kann es aber auch bedeuten, daß die KlientIn im Widerstand ist und das Gefühl hat zu viel zu bezahlen – auch im übertragenen Sinne. In diesem Fall wäre die Äußerung als Bestandteil der Übertragung zu verstehen und dementsprechend zu bearbeiten. Es gibt unterschiedliche Meinungen darüber, ob das Behandlungsbündnis, das auch Teil der Objektbeziehungen ist von der Übertragung abzutrennen ist, da es immer zugleich bewußte und unbewußte Aspekte beinhaltet. Es kann und sollte sich idealer Weise im Verlauf der Behandlung entwickeln und in jedem Stadium, in dem eine Entscheidung über die Behandlungsform getroffen werden muß, ist die Fähigkeit ein Behandlungsbündnis einzugehen, zu beurteilen.

Die Aufgabe der TherapeutIn besteht jedenfalls darin

- für die Aufrechterhaltung des Behandlungsrahmens zu sorgen,
- ein Behandlungsbündnis einzugehen, das eine angemessene Atmosphäre bietet, in der sich der Patient sicher und aufgehoben fühlt, selbst wenn es zu einer schweren Regression gekommen ist und
- innerhalb dessen sich der therapeutische Prozeß vollziehen kann.

Rycroft: „Die Fähigkeit des Analytikers hängt nicht nur davon ab, mit welchem Geschick er „richtige“ Deutungen zu geben vermag, sondern auch, wie befähigt er ist, ein stetiges Interesse an seinen Patienten und den Beziehungen zu ihnen aufrechtzuerhalten.“ Das ist genau der Punkt, der auch das Behandlungsbündnis trifft.

Das schwierige Thema, die Bezahlung, habe ich bisher ausgeklammert, nicht zuletzt, da der Großteil unserer Berufsgruppe von Institutionen bezahlt wird.

- **Bezahlung:**

Es gibt auch Psychoanalytiker, die keine Bezahlung vom Patienten verlangen und es ist unwahrscheinlich, daß diese Therapeuten schlechter arbeiten, als ihre Kollegen, die eine Bezahlung von ihren Patienten verlangen.

Dennoch erscheint mir ein Gedanke, den ich in Büchern von Françoise Dolto gelesen habe als durchaus überlegenswert. Frau Dolto war Kinderanalytikerin und verlangte von ihren Therapiekindern eine symbolische Bezahlung mit der Begründung, daß die Kinder die Therapie auch wollen müssen und somit diese symbolische Bezahlung, z.B. in Form eines Bildes, einer Briefmarke, eines Steines oder ähnlichem, zu leisten haben. Wenn die Kinder ihre „Bezahlung“ vergessen, wird das wie ich vorher erklärt habe als Widerstandsphänomen behandelt. Bis jetzt habe ich noch nicht herausgefunden, ob diese Bezahlungsregelung bei jedem Kind angewendet wurde und somit eine übliche Vorgangsweise darstellt, die entsprechend überprüft ist. Manchmal spricht Frau Dolto auch davon, Geld als symbolische Bezahlung anzunehmen, wobei es nicht mehr als ein Drittel des Taschengeldes des Kindes ausmachen sollte. Mir persönlich würde es schwer fallen Geld anzunehmen, da Geld mehr der Realität, als der Welt der Symbole verhaftet ist. Ich selbst habe erst bei 2 Therapiekindern diese Überlegungen in meine Arbeit mit einbezogen. In erstem Fall war ich zu unsicher um diesem Thema beharrlicher nachzugehen, aber bezüglich des zweiten Kindes möchte ich kurz erläutern, was mich dazu bewog dieses Thema in die Therapie aufzunehmen.

Dieses 8-jährige Mädchen kommt gerne in die Therapiestunden. Sie bestimmte über mich, teilte mich immer wieder ein eine Schülerin zu sein, die alles tun mußte, was sie sagte. Sämtliche therapeutischen Interventionen ließen sie scheinbar unberührt. Der Gedanke, daß sie mich offensichtlich als Unterstützung nicht sehen und somit auch in therapeutischen Sinne nicht benutzen konnte, ließ mich das Thema der symbolischen Bezahlung ansprechen. Ich erklärte ihr nochmals, was meine Aufgabe sei, daß ich wüßte warum Eltern und Ärztin sie zu mir schicken, daß ich für die Zeit, die ich mit ihr verbringe bezahlt werde, aber daß ich nicht wüßte, was sie von der Zeit mit mir erwartete. Ihre Antwort: auswendig gelernte Phrasen, die ihre gleich zu Beginn der Therapie verschwundene Symptomatik betraf. Daraufhin angesprochen meinte sie, daß sie zu mir käme, damit die Symptome nicht wiederkämen.

Obwohl sie mit der Abmachung eine symbolische Bezahlung zu leisten einverstanden war, hat sie seither diese Bezahlung regelmäßig vergessen. Unsere Therapiesituation hat sich allerdings seither trotzdem, oder gerade deshalb grundlegend verändert. Wir spielen gemeinsam, was bis dahin kaum möglich war, sie nimmt mich vermehrt als eigenständige Person wahr und sie nimmt immer mehr Spielanregungen von mir auf. Über den Weg des Themas der symbolischen Bezahlung konnte ich ihr offensichtlich vermitteln, daß ich ihren Wunsch zu kommen ernst nehme, und daß sie um Veränderungen zu erwirken, selbst etwas tun müsse. Gleichzeitig gab ich ihr ein Mittel in die Hand, das ihr klarmachte, daß sie die Möglichkeit hat selbst zu bestimmen, wieviel sie gibt und was sie auch als Gegenleistung erhält.

Obwohl ich natürlich zu Beginn unserer Therapiesitzungen das Thema der Zielsetzung und Methode usw. besprochen habe, war es für dieses Kind offensichtlich notwendig ein „legitimes“ Mittel zu haben, sich selbst für oder gegen meine therapeutischen Interventionen entscheiden zu können. In den Stunden, in denen sie nicht, daran gedacht hat etwas mitzubringen, klären wir zu Beginn, warum sie es vergessen hat und was sie heute von mir möchte. Der offensichtliche Widerstand gegen Themen, wie Nichts tun wollen, was jemand von ihr will, oder jemanden um etwas bitten zu müssen, oder selbst ein Stück Verantwortung für sich übernehmen zu müssen, wird wie oben erklärt angesprochen. In den darauffolgenden Spielsituationen bin ich dann hauptsächlich Ideengeber, Handwerker, Helfer, also jemand, der Alternativen aufzeigt und weniger deutend oder analysierend ist.

Die symbolische Bezahlung ist meiner Meinung nach insbesondere dann zu erwägen, wenn Motivation und Eigenverantwortlichkeit auszuloten und anzuregen sind.

Da dieses Thema für mich auch noch Neuland ist, kann ich keine genaueren Erfahrungswerte darüber berichten.

Ich komme nun zu den kurz schon erwähnten **ethischen Richtlinien und Fragestellungen**, oder wie es mir besser gefällt: dem angemessenen therapeutischen Verhalten.

Für unsere Berufsgruppe existieren noch keine festgelegten ethischen Richtlinien, wenngleich sich doch jede Kollegin – aus ihrer eigenen Verantwortung heraus – gewissen Normen verpflichtet fühlt

Nachdem ich auch als Psychotherapeutin in der freien Praxis tätig bin, sehe ich mich den ethischen Richtlinien dieser Berufsgruppe verpflichtet. Darin steht – ich zitiere:

Solche den Behandlungsvertrag im engeren Sinne betreffende Verpflichtungen und Rechte sind insbesondere

3. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen und der Patienten auf strikte Wahrung der Freiwilligkeit der psychotherapeutischen Behandlung (keine Behandlung ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten).

Wir alle wissen, daß dies sowohl im institutionellen Rahmen, wie auch in der Kinder- und Jugendlichkeitstherapie nicht immer eingehalten werden kann.

Gerade die Gruppe der Kinder und Jugendlichen entscheidet sich ja selten freiwillig aufgrund eines Leidensdrucks für die Therapie. Meist werden sie geschickt, da die direkte Umgebung sie als für therapiebedürftig erklärt. Es muß aber klar sein, daß die Zustimmung der Eltern allein aus ethischer Sicht nicht ausreicht. Die symbolische Bezahlung könnte in diesem Zusammenhang ein wichtiger Indikator sein.

Laut UN-Konvention über die Rechte des Kindes kann das Recht des Kindes auf freie Meinungsbildung, Meinungsäußerung, Gedankenfreiheit und Privatsphäre nicht ignoriert werden. Dies berührt die Zustimmung zu bzw. die Verweigerung von einer psychotherapeutischen Behandlung, ebenso, wie wenn Kinder gegen den Willen der Eltern eine Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen.

- Dolto meinte, daß man Kinder ab einem Alter von 8 Jahren in Behandlung nehmen kann, wenn dieses für sich selbst einsteht und daher sich eigenverantwortlich für oder gegen eine Therapie entscheiden kann. Bedingung dafür ist, daß es erkennt, daß es um sein Leiden geht, von dem es sich befreien möchte. Die Eltern müssen auch für sich getrennt entscheiden, ob sie einer Therapie oder Unterstützung bedürfen. Selbstverständlich werden auf Wunsch des Kindes Gespräche mit den Eltern geführt.

Andere TherapeutInnen meinen, daß bei Kindern bis zu 16 Jahren die Eltern über die Therapie informiert werden und eine Begleitung erhalten sollen. Ob Eltern und Kinder von ein und derselben TherapeutIn, oder von getrennten Personen betreut werden sollen, ist abhängig von der Identität der TherapeutIn, der Familienstruktur oder auch realen Umständen. Ich denke, daß die Art der Störung auch ein Faktor ist, diesen Punkt genauestens zu überlegen. Viele Institutionen, die Kindertherapien anbieten, bieten für die Elterngespräche eine andere KollegIn an.

Der Umgang mit einem doppelten Arbeitsbündnis, das die TherapeutIn sowohl mit den Eltern als auch mit dem Kind abzuschließen hat, stellt sich oft als recht schwierig heraus.

Daraus folgen

- **Der Identifikationskonflikt und das doppelte Arbeitsbündnis**

Für mich ist es unzweifelhaft, daß ich mich als TherapeutIn nicht als Beauftragter der Eltern fühlen darf, wenngleich es mir bewußt ist, daß ich nur mit Hilfe der Eltern und

keinesfalls gegen sie mit einem Kind Therapie machen kann. Daher ist das Behandlungsbündnis auch mit den Eltern absolut notwendig. Solch ein doppeltes Arbeitsbündnis ist auch oft mit Institutionen notwendig, wenn z.B. die PatientInnen zu Therapiesitzungen geschickt werden müssen – z.B., weil diejenigen PatientInnen einfach nicht in der Lage sind selbst den Termin ihrer Sitzungen wahrnehmen zu können. Die Handhabung dieses doppelten Arbeitsbündnisses ist oft eine Gratwanderung, während der die Loyalität der TherapeutIn mit der KlientIn und der Identifikation mit deren Zielen wohl auch manchmal ins Wanken geraten könnte, nämlich insbesondere dann, wenn die TherapeutIn des Kindes gleichzeitig die Beratung der Eltern übernimmt, oder auf andere Art verschiedene Funktionen inne hat.

Im anderen Fall ist eine Zusammenarbeit zwischen den KollegInnen oder einer Institution und der TherapeutIn sinnvoll. Dies betrifft natürlich auch die Zusammenarbeit von KollegInnen, die gemeinsam KlientInnen jeweils in einer Gruppen- bzw. Einzeltherapie betreuen.

Dabei könnte eine strenge ethische Auslegung eine Verletzung der **Verschwiegenheitspflicht** sehen.

Ich zitiere diesen Passus wieder aus den ethischen Richtlinien der Psychotherapeutinnen: Die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientin oder des Patienten auf den umfassenden Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patientin oder des Patienten, insbesondere auch auf die uneingeschränkte Geheimhaltung jener der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten anvertrauten Geheimnisse; diese Verschwiegenheitspflicht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ihrer allfälligen Hilfspersonen und Supervisoren stehen auch über allfälligen Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege; auch eine Entbindung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufsstandes von ihrer Verschwiegenheitspflicht durch die Patientin oder den Patienten selbst ist nicht möglich.

Die Auskunftspflicht gegenüber einer gesetzlichen Vertreterin oder einem gesetzlichen Vertreter gemäß §14/4 Psychotherapiegesetz besteht allenfalls in bezug auf jene bei der Aufzeichnungspflicht bereits angeführten Punkte (das sind: Zeitpunkt des Beginns und der Beendigung, Zeitpunkt und Dauer der einzelnen Behandlungsstunden, Honorierung und sonstige Bedingungen des Behandlungsvertrages mit der Patientin oder gesetzlichen Vertreterin getroffenen Vereinbarungen)– die in der Behandlung der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten anvertrauten Geheimnisse bleiben auch gegenüber der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter absolut geschützt.

Es heißt also abzuwägen zwischen der ethischen Richtlinie der Verschwiegenheit und kompetentem Arbeiten, d.h. so, wie es im Dienste der PatientInnen sinnvoll erscheint.

Zurückkommend auf meine erste Falldarstellung von Ela stellt sich für mich die Frage, was für eine Rolle die Betreuerinnen in der basalen Förderklasse einnehmen, oder auch die Klassenkolleginnen. Mit den Betreuerinnen besteht hier eine Zusammenarbeit, wie in einem Team, indem gegenseitiges Interesse und Wertschätzen der Arbeit zu einem gemeinsamen Ziel für die Klientinnen führen soll. D.h.

Schwierig und vielleicht auch ethisch problematisch wird es, wenn die gegenseitige Wertschätzung der jeweiligen Arbeit und das Interesse am Verstehen dessen, was der andere tut, nicht gegeben sind. Dieser Punkt führt mich wiederum zu einem besonders wichtigen Thema des Umgangs mit dem Setting im institutionellen Rahmen:

Der Umgang mit dem Setting wird auch mitbestimmt durch die **persönliche und berufliche Identität** der TherapeutIn. Das gegenseitige Nicht-Anerkennen ist ein besonderes Problem in der Teamarbeit. Es muß jedem einzelnen aus der Therapeutinnengruppe möglich sein nach seiner persönlichen und beruflichen Identität zu handeln. Diese Identität repräsentiert sich

natürlich nicht nur in den therapeutischen Interaktionen mit den PatientInnen, sondern auch in den Interaktionen im Team.

Nur über die kontinuierliche Auseinandersetzung mit Grundannahmen, Rahmenbedingungen, therapeutischem Behandlungsbündnis, Verständnis der Prozesse bleibt ein institutioneller Zusammenhalt bestehen, der die therapeutische Atmosphäre schafft, in der sich die PatientInnen gehalten fühlen kann

Auch bei aller individuellen Spielbreite im therapeutischen Umgang.

Zum Thema der **Entbindung** der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufsstandes von ihrer **Verschwiegenheitspflicht** durch die Patientin oder den Patienten, welche ja laut Ethikkodex nicht möglich ist, möchte ich Ihnen noch ein ganz kurzes Beispiel erzählen:

Ein Kind hat mich, die Kasette, die es während der Therapiestunde aufgenommen hatte, mitnehmen zu dürfen um sie seinem Vater vorspielen zu können. Nachdem wir lange besprochen und geklärt haben, was es bedeuten kann, daß möglicherweise der Vater nicht in der erwünschten Weise reagieren könnte, erlaubte ich ihm die Kasette mitzunehmen. Was mit der Kasette weiter passierte ist, nicht weiter von Belang, es passierte nichts; allerdings dauerte es sehr lange, bis dieses Kind mir wieder vertraute, daß ich seinem Vater nichts über die Therapieinhalte erzählen würde. Ich hatte ihm erlaubt Therapiematerial, d.h. anvertraute Geheimnisse (die ich aber nicht als solche interpretiert hatte) aus dem geschützten Rahmen zu entfernen. Er selbst tat dies auch oft in nahezu masochistischer Art und Weise. Mit der Bitte die Kasette mitnehmen zu dürfen hat er mir die Verantwortung für sein masochistisches Handeln übertragen. Meine Erlaubnis dazu hat er somit dahingehend interpretiert, daß ich ihn nicht vor dieser Handlungsweise bewahre und vielleicht sogar, daß es nicht notwendig wäre sich selbst vor dieser Art von Enttäuschungen und Verletzungen zu schützen. Ich ließ es zu, daß die Verschwiegenheit gebrochen wurde. Erst als dieses Kind die Kasette auf mein Drängen hin wieder mitbrachte, war er selbst auch vermehrt dazu fähig Eigenverantwortung zu übernehmen.

Abschließend möchte ich Ihnen noch ein Zitat von Gfellner, nach Renate Chiba, vorlesen: Ethik muß, wenn wir sie richtig verstehen, immer wieder alles auch in Frage stellen können. Wo sie erstarrt, wird sie zur Alltags- und Gebrauchsmoral degradiert, zu einem festen Schema, von gesellschaftlich „richtigen“ Verhaltensweisen, zum „gesicherten“ Besitz. Denn Ethik kann – und das ist das sozusagen unmoralische an ihr – nie absolute Sicherheit und Gewissensruhe bieten; ihre Eigenheit und Aufgabe ist es geradezu Menschen zu verunsichern und ihn zu zwingen, sein Verhältnis zu den Mitmenschen immer wieder von vorne und von neuem zu überdenken.

Um mit Janssen zu schließen, wollen wir hoffen, daß viele PatientInnen und KlientInnen Ihr und mein gewähltes Setting in Frage stellen werden.

Ich hoffe, daß ich Sie nun genug verunsichert habe, um sie dazu zu motivieren die angesprochenen Themen immer wieder von vorne und von neuem zu überdenken.

Literatur:

Dolto, Françoise; (1985) Praxis der Kinderanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta

Dolto, F.; (1989) Fallstudien zur Kinderanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta

Dolto, F.; (1995) Das Unbewusste und das Schicksal des Kindes. Stuttgart: Klett-Cotta

Eliacheff, C.; (1998) Das Kind, das eine Katze sein wollte. München: dtv

Heinemann, E.; Grof, J.de; (Hrsg.) (1997) Psychoanalyse und geistige Behinderung. Mainz:

Matthias-Grünewald-Verlag

Janssen, Paul L.; (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta

Lotz, W.; Koch, U.; Stahl, B. (Hrsg). (1994) Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Hans Huber
Sandler, J.; Dare, Ch.; Holder, A.; (1996) Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta
Fitzthum, E.; Oberegelsbacher, D.; Storz, D.; (Hrsg) (1997) Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Wien: Edition Praesens
Yalom, I. (1999) Die Liebe und ihr Henker. München: Goldmann

Autorin:

Regina Halmer-Stein, Embelgasse 27, 1050 Wien
01-548 58 18; regina.halmer@innonet.at