

Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung
Jahrgang 22, Heft 2/2021

Inhalt

Editorial	2
<i>Georg Fiedeler:</i>	
Partnerschaftsgewalt gegen Männer	3
<i>Agnes Nocon:</i>	
Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen in Ostbayern	15
<i>Rudolf Sanders:</i>	
Emotionsregulierung in nahen Beziehungen und ihre Veränderung durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit in der Arbeit mit Paaren	39
Buchbesprechungen	60
Impressum	75

Editorial

Der Lockdown während der Corona-Pandemie wurde notwendig, um unsere Gesundheit vor den Folgen einer lebensbedrohlichen Krankheit zu schützen. Die körperliche Gesundheit stand im Vordergrund. Bei solchen Maßnahmen wird leicht übersehen, dass wir weit mehr sind als nur ein Körper. Wir haben einen Körper, aber wir sind Leib. So ist die Art der Zwischenleiblichkeit als Psychoimmunologie wesentlich für unsere physische Gesundheit. Häusliche Gewalt bedeutet, permanent auf der Hut sein zu müssen, um sich vor Angriffen verbaler oder körperlicher Art zu schützen. Der Ort, wo man zu Hause ist, wo man jemanden hat, mit dem man die Sorgen und Nöte, aber auch die Freuden des Lebens teilt, wo man Kindern ein Nest bietet, in dem sie sich entwickeln können, wird zu einem Ort der Anspannung. Es ist wie Gehen auf dünnem Eis – man muss dauernd damit rechnen, einzubrechen. Und dieser Stress macht krank!

Enge zu Hause wurde durch den Lockdown noch viel bedrohlicher, weil es kaum Ausweichmöglichkeiten gab. Meist sind Frauen und Kinder im Blick, wenn es um häusliche Gewalt geht. Männer werden stereotyp als Täter identifiziert. Häufig trifft das zu, aber es gibt eine nicht zu unterschätzende Zahl von Männern, die ihrerseits Opfer häuslicher Gewalt durch ihre Frauen werden. Diesem Thema widmet sich Georg Fiedeler in seinem Beitrag *Partnerschaftsgewalt gegen Männer*.

Wie schaffen es Menschen mit psychosozialen Problemen eigentlich zu den entsprechenden Hilfsangeboten? Am Beispiel einer Studie aus Ostbayern wurden im Rahmen eines studentischen Forschungsprojektes 24 Erwachsene befragt. Dabei wurde festgestellt, dass niederschwellige und kostenlose Angebote kaum bekannt sind und stattdessen Internetsuchmaschinen die Suche nach Anlaufstellen bestimmen. Daraus lässt sich schließen: Für die Betroffenen gibt es keine transparenten Beurteilungsmöglichkeiten für die gefundenen Ergebnisse. Deshalb plädiert Agnes Nocon in ihrem Aufsatz *Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen in Ostbayern* dafür, dass, neben einer besseren Ausstattung, Angebote zur Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit begleitet werden von Maßnahmen der Gesundheitskompetenz.

Paare, die in eine Beratung kommen und nach ihrem Ziel gefragt werden, sprechen häufig explizit davon, Kommunikation und Miteinander verbessern zu wollen oder einfach davon, dass sie sich auseinandergelebt haben und nicht weiterwissen. Sie spüren, dass ihr Miteinander ihnen nicht guttut, dass ihre Kinder darunter leiden, aber sie wissen nicht, wie sie dies verändern können. In seinem Aufsatz *Emotionsregulierung in nahen Beziehungen und ihre Veränderung durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit in der Arbeit mit Paaren* verortet Rudolf Sanders die Ursachen dieses Leids in Quellen traumatischer Kindheitserfahrungen. Indem diese dechiffriert werden und ein Erfahrungsraum für

Selbstwirksamkeit hinsichtlich der intimen Bedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und Zuwendung angeboten wird, kann ein Paar, statt einer Trennung oder Scheidung, Lösungen zweiter Ordnung generieren. Ein wichtiger Schlüssel dabei ist die Entwicklung des Einzelnen zu sozialbezogener Autonomie im Angesicht des anderen.

Christine Kröger & Rudolf Sanders

Partnerschaftsgewalt gegen Männer¹

Georg Fiedeler

Das Thema Partnerschaftsgewalt gegen Männer findet nur selten Eingang in den öffentlichen Diskurs. Obwohl es unstrittig ist, dass auch Männer von Gewalt durch ihre Partnerin oder ihren Partner betroffen sind, richtet sich die Aufmerksamkeit fast ausschließlich auf von Gewalt betroffene Frauen. Männer werden in der sozialen Rollenzuschreibung zumeist auf die Rolle der Täter festgelegt. Das gilt für Gewalt in außerhäuslichen Kontexten ebenso wie für Partnerschaftsgewalt. Dass hier auch Männer zu Opfern und Frauen zu Täterinnen werden, wird gegenwärtig noch immer tabuisiert und steht im Widerspruch zu den vorherrschenden Geschlechterrollenklišees. Wesentliche Aspekte, die für Vorstellungen von Männlichkeit stehen, wie Stärke, Kontrolle und Durchsetzungsfähigkeit, lassen Erfahrungen von Schwäche und Opfersein nicht zu. Dieser Widerspruch von Opferrolle und vorherrschenden Männlichkeitskonstrukten erschwert es betroffenen Männern, über ihre Gewalterfahrungen zu sprechen, und ist überdies ein Erklärungsansatz dafür, dass Männer als Opfer von Partnerschaftsgewalt in der Gesellschaft kaum wahrgenommen werden.

1. Männliche Opfererfahrungen und Männlichkeitskonstruktionen

Die Unvereinbarkeit von Opfersein und männlichen Identitätskonstruktionen bezieht sich nicht nur auf Gewalterfahrungen in der Partnerschaft, sie betrifft sämtliche Gewalterfahrungen von Männern, die ihnen durch andere Personen zugefügt werden. Der Geschlechterforscher Hans Joachim Lenz (2001, S. 362) spricht in diesem Zusammenhang von einem „kulturellen Paradox“: „Entweder ist jemand ein Opfer oder er ist ein Mann.“ Entsprechend hoch ist die Hürde für Männer, sich mit ihren verletzlichen Anteilen zu zeigen bzw. sie überhaupt erst wahrzunehmen. Zum Opfer geworden zu sein, steht nicht nur im Widerspruch zu gesellschaftlichen Rollenerwartungen, sondern auch zum Selbstbild vieler Männer. „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ – das ist ein Leitsatz, der viele männliche Kindheiten durchzogen hat und der sich nicht selten in der Erfahrungswelt von erwachsenen Männern manifestiert, indem Verletzungen erst gar nicht wahrgenommen werden.

¹ Erstveröffentlichung in: Melanie Büttner (Hrsg.), Handbuch häusliche Gewalt, Schattauer Verlag, Stuttgart 2020

Anders verhält es sich mit der Zuschreibung von Täterschaft, die nicht mit stereotypen Vorstellungen von Männlichkeit(en) zu kollidieren scheint. Im Gegenteil: Gewalttätiges Verhalten wird gleichsam automatisch mit Männern und Männlichkeit assoziiert, was mitunter dazu führt, dass »männlich und Tätersein gleichgesetzt werden« (Lenz 2004, S. 12). Das ist auch gegenwärtig noch in vielen Fachtexten und Broschüren zum Thema häusliche Gewalt zu sehen. Männern wird auf diese Weise qua Geschlecht Gewalttätigkeit zugeschrieben. Welche Effekte das möglicherweise für von Partnerschaftsgewalt betroffene Männer hat, wird von Carol Hagemann-White (2006, S. 120) treffend beschrieben: „Wer von vornherein zur Tätergruppe gerechnet wird, kann sich schwerlich als Opfer wahrnehmbar äußern.“ Hier wird das Dilemma deutlich, in dem sich Männer befinden, wenn sie von Gewalt betroffen sind: Ein fehlendes soziales Rollenscript für männliche Opfer und die soziale Zuschreibung von Täterschaft führen dazu, dass weder die Gesellschaft noch (in vielen Fällen) die Männer selbst ihre Gewaltbetroffenheit wahrnehmen. Männer können sich dann „schwerlich als Opfer“ zeigen und werden als solche auch nicht sichtbar – was letztlich zu einer Verfestigung und Reproduktion starrer Rollenmuster führt, anstatt diese zu erweitern in Richtung einer Vielfalt von Männlichkeiten, in denen auch verletzte Anteile einen Platz haben.

2. Allgemeine Gewaltbetroffenheit von Männern

Die Prävalenz gewalttätigen Verhaltens kann nur bedingt als Erklärungsgrundlage für diese Zuschreibungen herangezogen werden. Männer stellen zwar die größte Gruppe der Gewalttäter dar – im Jahr 2018 machten Männer einen Anteil von 85,7 % aller Tatverdächtigen in der Kategorie Gewaltkriminalität der polizeilichen Kriminalstatistik aus –, zugleich bilden Männer aber auch die größte Opfergruppe (70,3 %), wenn sämtliche Gewaltkontexte und -formen berücksichtigt werden (BKA 2019a). Von den meisten Gewalttaten sind Männer im Verhältnis zu Frauen signifikant häufiger betroffen, vor allem durch andere Männer. In der gesellschaftlichen Wahrnehmung bildet sich das hohe Maß an Gewaltbetroffenheit von Männern nicht angemessen ab. Männliche Opfererfahrungen bleiben aus dem kollektiven Bewusstsein ausgeblendet. Lenz (2001, S. 373) spricht von einem Verschwinden der „männliche[n] Verletzbarkeit hinter zugeschriebenen Rollenklischees“.

Diese Dynamik bildet auch den Hintergrund für die Wahrnehmung von Partnerschaftsgewalt gegen Männer und wirkt sich auf das subjektive Erleben der Betroffenen aus. Für diese ist die Schwelle besonders hoch, sich jemandem anzuvertrauen. Männer, die in intimen Beziehungen Gewalt erfahren, zeigen sich mit ihren Verletzungen in der Regel nicht – weil sie sich schämen, aus Angst vor Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung oder weil sie die Gewalterfahrung normalisieren und in ihrem Erleben nicht als Gewalt realisieren. Forschungsergebnisse

aus einer repräsentativen Befragung zu Partnerschaftsgewalt in Niedersachsen belegen, dass ca. 75 % der von Partnerschaftsgewalt betroffenen Männer mit keiner anderen Person über die Gewalterfahrung sprachen. Bei den Frauen vertrauten sich immerhin über 54 % mindestens einer anderen Person damit an (Pfeiffer & Seifert 2014).

3. Forschungsgeschichte und wissenschaftliche Diskussion um Partnerschaftsgewalt gegen Männer

Auch in der wissenschaftlichen Diskussion spielt das Thema Partnerschaftsgewalt gegen Männer eine eher untergeordnete Rolle. Es gibt keine verlässlichen Zahlen zur Prävalenz; vorliegende empirische Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen je nach Methode, Forschungssetting und Fragestellung. Zudem ist das Thema aufgeladen durch kontroverse Diskussionen. Die Autoren der Pilotstudie *Gewalt gegen Männer* sehen „[e]in auffälliges Wahrnehmungs-, Diskussions- und Forschungstabu auf der einen und de[n] Versuch einer politischen Skandalisierung und eines Aufrechnens mit häuslicher Gewalt gegen Frauen auf der anderen Seite“ (BMFSFJ 2004, S. 219).

Bis Anfang der 1970er Jahre war Gewalt in Partnerschaften weder Gegenstand systematischer wissenschaftlicher Forschung noch ein Thema der öffentlichen Auseinandersetzung. Erst durch die Initiative sozialer Bewegungen, vor allem der Frauen- und der Kinderschutzbewegung, erlangte das Thema im Laufe der 1970er und 1980er Jahre zunehmend Beachtung und konnte unter dem Slogan „Das Private ist politisch“ aus dem gesellschaftlichen Tabubereich geholt und sichtbar werden. Im Fokus stand dabei die Gewalt von Männern gegen Frauen, die aus feministischer Sicht ursächlich auf ungleiche Machtverhältnisse und patriarchale Herrschaftsstrukturen zurückgeführt wurde. Seit dieser Zeit wird aus einer feministischen Perspektive zu Gewalt im Geschlechterverhältnis geforscht, wobei sich die Auseinandersetzung lange Zeit auf Männergewalt gegen Frauen beschränkte und Männer als Opfer eben so wenig wie Frauen als Täterinnen thematisiert wurden. Inzwischen finden auch die Gewaltbetroffenheit von Männern, die (Mit)Betroffenheit von Kindern und auch Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen und die Auseinandersetzung mit Frauen als Täterinnen Eingang in den wissenschaftlichen Diskurs feministisch orientierter Forschung (vgl. Kavemann 2000, 2009; Ohms 2008; Schröttle 2010).

Eine weitere Forschungstradition wurde durch die US-amerikanische Familien- und Konfliktforschung begründet (Straus et al. 1980), die ebenfalls seit den 1970er Jahren Gewalt in bestehenden Paarbeziehungen im Zusammenhang mit Konfliktsituationen mittels zahlreicher groß angelegter repräsentativer Studien untersuchte. Diese Untersuchungen wurden mit dem Instrument der Conflict Tactics Scales (CTS) durchgeführt und ergaben regelmäßig bei beiden Geschlechtern eine

ungefähre Gleichbetroffenheit von körperlicher Gewalt in Paarkontexten, ohne dabei Aussagen zur Schwere der Gewalthandlungen, zu Verletzungsfolgen und zum Entstehungskontext zu machen. Diese Studien zeigten zum ersten Mal, »dass auch Männern in erheblichem Umfang körperliche Gewalt durch ihre Partnerinnen widerfährt« (BMFSFJ 2004, S. 215). Allerdings unterließen sie es, in der Auswertung eine ausreichende Differenzierung der Gewalthandlungen vorzunehmen, sodass in der Summe ein wütendes Wegschubsen ebenso viel zählte wie ein schwerer gewalttätiger Übergriff mit gravierenden Verletzungsfolgen. Außerdem beschränkten sich die Untersuchungen auf körperliche Gewalt in bestehenden Partnerschaften, Gewalt durch Ex-Partner und Ex-Partnerinnen sowie andere Gewaltformen, wie sexualisierte Gewalt, fanden keine Berücksichtigung.

Die Forschungsergebnisse lösten teilweise hoch emotional geführte kontroverse Debatten über die jeweilige Gewaltbetroffenheit der Geschlechter im Kontext häuslicher Gewalt aus, die sich bis in die jüngere Zeit hinziehen (vgl. Gloor & Meier 2003; Kavemann 2009; Schröttle 2010). Im Fokus standen fachliche Auseinandersetzungen um die Aussagekraft der CTS-basierten Studien; zentraler Kritikpunkt war, dass das Instrument zwar spontanes Konfliktverhalten erheben kann, aber nicht systematisches Gewalt- und Kontrollverhalten erfasst. Außerdem kam und kommt es immer wieder (vgl. Hollstein 2018) zu einer politisch-ideologischen Instrumentalisierung der Forschungsergebnisse, die sich gegen die Errungenschaften der Frauenbewegung und den Feminismus richtet. Es begann ein Gegeneinander-Aufrechnen und eine polarisierende Auseinandersetzung um die Frage, welches Geschlecht häufiger bzw. schwerer von häuslicher Gewalt betroffen ist, die bis heute andauert. Diese Polarisierungen, deren Positionen von der Forderung der Abschaffung der Frauenhäuser (Amendt 2009) auf der einen bis zur Behauptung, häusliche Gewalt sei so gut wie immer Männergewalt, auf der anderen Seite reichen, werfen einen langen Schatten auf das Thema und tragen mit dazu bei, dass Männer als Opfer von Partnerschaftsgewalt Gefahr laufen, (geschlechter-)politisch zwischen die Fronten zu geraten.

4. Prävalenz und Erscheinungsformen

Gendersensible empirische Forschung, in die „die Erfahrungen und Perspektiven von Frauen und Männern ebenso wie die Erkenntnisse der Frauen- und Männer- und Genderforschung gleichberechtigt eingehen“ (BMFSFJ 2004, S. 217), könnte zu einer Versachlichung der Diskussion beitragen. Denn anders als zu Gewalt gegen Frauen (Schröttle & Müller 2004) liegen „zu Gewalt gegenüber Männern in Partnerschaften [...] für Deutschland bislang keine aussagekräftigen vergleichbaren repräsentativen Daten aus bundesweiten Opferbefragungen vor“ (Schröttle 2017, S. 3). Obwohl seit vielen Jahren immer wieder auf

diese Forschungslücke hingewiesen wurde, gibt es zur Gewaltbetroffenheit von Männern keine repräsentative nationale Prävalenzstudie.

Erste Anhaltspunkte für Vorkommen, Erscheinungsformen und Folgen von Gewalt gegen Männer gibt eine im Auftrag des BMFSFJ durchgeführte nicht repräsentative Pilotstudie (BMFSFJ 2004), in der sich auch Aussagen zur Gewaltbetroffenheit von Männern in Partnerschaften finden. Demnach gab etwa jeder vierte Mann an, körperliche Gewalt in der aktuellen oder vergangenen Partnerschaft erlebt zu haben. Eine vergleichende Auswertung mit der repräsentativen Studie zu Gewalt gegen Frauen ergab, „dass Männer etwa gleich häufig wie Frauen mindestens einmal eine körperliche aggressive Handlung durch eine/n Beziehungspartner/in erlebt haben, dass sie aber selten von schwerer, bedrohlicher und wiederholter Gewalt betroffen waren“ (Schröttle 2017, S. 3). Die Pilotstudie zeigt, dass Männer in Partnerschaften jede Form von Gewalt erleben, wobei psychische Gewalt (41 %), insbesondere soziale und finanzielle Kontrolle (39 %) häufiger angegeben wurde als körperliche Gewalt (27 %) und sexualisierte Gewalt nur einen geringen Anteil (4,7 %) ausmachte (BMFSFJ 2004, S. 212). An die Polizei hatte sich kein einziger Mann dieser Stichprobe gewendet.

Bei den angezeigten Straftaten ergibt sich ein anderes Bild. Die polizeiliche Kriminalstatistik, die nur das Hellfeld der angezeigten Straftaten abbildet und daher nur einen kleinen Ausschnitt der tatsächlich stattgefundenen Gewalthandlungen zeigt, weist für 2018 insgesamt 26 362 männliche Opfer aus, die von Partnerschaftsgewalt betroffen waren, was einem Anteil von 18,7 % der erfassten 140 755 Opfer von vollendeten und versuchten Delikten im Kontext Partnerschaftsgewalt entspricht. Hier machen Körperverletzungsdelikte mit 22 301 Fällen den größten Deliktbereich aus, gefolgt von Bedrohung, Stalking, Nötigung in 3719 Fällen. Bei vollendeten Tötungsdelikten wurden insgesamt 142 Opfer erfasst, davon waren 118 weiblich (83,1 %) und 24 männlich (16,9 %) (BKA 2019b).

Während in der Pilotstudie psychische Gewalt am häufigsten berichtet wurde, bildet sich das in der polizeilichen Kriminalstatistik nicht ab. Hier werden ganz überwiegend Körperverletzungsdelikte zur Anzeige gebracht. Von allen Deliktarten, die die Statistik ausweist (Mord und Totschlag, Körperverletzungen, sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung, Bedrohung, Stalking, Nötigung, Freiheitsberaubung, Zuhälterei und Zwangsprostitution) waren Frauen signifikant häufiger als Männer betroffen. Auch bei den Tatverdächtigen bildet sich dieses Verhältnis – in umgekehrter Weise – ab, hier handelte es sich in 79,9 % der Fälle um männliche und in 20,1 % um weibliche Personen. Die Hellfeldstatistik macht aber auch deutlich, dass es eine nicht unerhebliche Zahl an männlichen Betroffenen – und weiblichen Tatverdächtigen – gibt, die bei quantitativen Betrachtungen häufig keine explizite Erwähnung finden und daher auch nicht sichtbar werden.

Die Dunkelziffer dürfte um ein Vielfaches höher sein. Das Verhältnis der Opferzahl bei körperlicher Gewalt in Paarbeziehungen zwischen Hell- und Dunkelfeld liegt nach Einschätzung des Landeskriminalamts Niedersachsen bei ca. 1 zu 9. Das geht aus einer repräsentativen Dunkelfeldstudie zu Sicherheit und Kriminalität in Niedersachsen hervor, in die eine Sonderbefragung zu Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen integriert wurde (Pfeiffer & Seifert 2014). Diese Studie beinhaltet Aussagen über das Ausmaß unterschiedlicher Schweregrade und Erscheinungsformen von Partnerschaftsgewalt bezogen auf einen 12-monatigen Referenzzeitraum. Gefragt wurde nach psychischen Gewalthandlungen (lächerlich gemacht, gedemütigt, seelisch verletzt, gedroht anzugreifen, mit Waffe bedroht) und körperlichen Gewalthandlungen (geschubst, getreten, geohrfeigt, gekratzt, etwas geworfen, verprügelt oder zusammengeschlagen, mit einer Waffe verletzt, zu sexuellen Handlungen gezwungen), die jeweils zwei Schweregraden zugeordnet wurden. Im Ergebnis findet sich ein Anteil von 6,1 % der befragten Männer (und 9,4 % der Frauen), die im Verlauf des Referenzzeitraums der Studie (im Jahr 2012) mindestens einmal von Partnerschaftsgewalt betroffen waren, psychische und körperliche Gewalthandlungen zusammengekommen. Von allen Opfern von Partnerschaftsgewalt machen Männer hier einen Anteil von 39,4 % aus. Bei einer Differenzierung von Verletzungen und Schweregrad der Gewalt verringert sich der Anteil männlicher Opfer im Verhältnis zu weiblichen Opfern proportional, je massiver die Gewalthandlung ist und je schwerer die Verletzungsfolgen sind. Bei den Opfern sehr schwerer körperlicher Gewalt beträgt der Anteil der Männer im Geschlechterverhältnis noch 20 % (0,2 % aller befragten Männer). Insgesamt waren 2,6 % der befragten Männer von körperlicher Gewalt betroffen. Von allen männlichen Opfern trugen 26,7 % Verletzungen davon, 28 % wurden mehrfach viktimisiert.

Diese Untersuchung bestätigt, was sich schon in der Pilotstudie und der Hellfeldstatistik abzeichnete: Männer erleben alle Formen von Gewalt in Paarbeziehungen, dabei öfter psychische als körperliche Gewalt, sie sind seltener als Frauen von schwerer und sexualisierter Gewalt betroffen und bringen psychische Gewalt nur selten zur Anzeige. Obwohl Männer die geringere Anzahl der Opfer stellen, so machen sie doch zahlenmäßig eine bedeutsame Größe aus. Entsprechend kommt die Studie zu dem Schluss, „dass die Ausübung körperlicher Gewalt in Paarbeziehungen – sowohl gegen Frauen als auch gegen Männer – ein quantitativ relevantes Phänomen ist“ (Pfeiffer & Seifert 2014, S. 34).

Auch in der Beratungspraxis berichten männliche Opfer von häuslicher Gewalt von vielfältigen Formen physischer, psychischer, sozialer, ökonomischer und sexualisierter Gewalterfahrungen. Das Spektrum umfasst Schlagen, Treten, Kratzen, Beißen, Wegstoßen, mit Messer bedrohen oder verletzen, an den Haaren reißen oder mit kochendem Wasser verbrühen. Gegenstände wie Flaschen, Kerzenleuchter, Teller oder Stühle werden geworfen, persönliche Dinge werden absichtlich

zerstört. Oft kommen Drohungen, Beschimpfungen und Einschüchterungsversuche vor. Kontakte werden verboten, Geld wird entzogen. Es gibt auch sexuelle Übergriffe. Viele Männer berichten, dass sie kontrolliert oder in Räume eingeschlossen werden oder auch davon, dass sie nach einer Trennung gestalkt werden: durch persönliche Belästigungen zu Hause oder am Arbeitsplatz, durch Telefonanrufe, SMS, Briefe und E-Mails, durch Auflauern und Verfolgung in der Öffentlichkeit. Auch wird mit Kindesentzug gedroht oder der Zugang zu Kindern verwehrt. Dabei ist die Gewalt nicht auf „spontanes Konfliktverhalten“ (Gloor & Meier 2003) beschränkt, auch das systematische Ausüben von Macht, Gewalt und Kontrolle wird berichtet, vor allem wenn ausgeprägte Machtunterschiede und Abhängigkeitsverhältnisse bestehen.

Eine interne Auswertung des Männerbüros Hannover aus den Jahren 2007 bis 2011 ergab bei etwa 20 % (119) der Fälle (582) einen Einsatz von Gegenständen bzw. Waffen, darunter befanden sich neben Rasierklingen und Scheren, 41 Messer und eine Schusswaffe. Einige Klienten tragen schwere körperliche Verletzungen davon, darunter Schnitt- und Stichwunden, Knochenbrüche und irreversible Schädigungen. Andere weisen Schürf-, Kratz-, Biss- und Platzwunden sowie Prellungen und Hämatome auf. Auch von thermischen Verletzungen durch kochende Flüssigkeiten, Bügeleisen oder Zigarettenglut wird immer wieder berichtet (Fiedeler 2012).

Doch die körperlichen Verletzungen werden von Männern im Beratungskontext nur selten thematisiert, und wenn, dann eher bagatellisiert. Andauernde entwertende verbale Angriffe und die damit in Zusammenhang stehenden seelischen Verletzungen werden subjektiv häufig als schlimmer empfunden. Es sind die unsichtbaren und wiederholten Verletzungen, die die tieferen Wunden hinterlassen. Darauf weist auch Hagemann-White (2006, S. 122) hin: „Die alltägliche Gewalt entfaltet ihre Zerstörung zum größten Teil durch Wiederholung, Fortsetzung, Dauer und Wiederkehr der ‚kleinen‘ Verletzungen.“

5. Risikofaktoren

Bis heute fehlen verlässliche Studien, die Aufschluss darüber geben, was das Risiko für Männer erhöht, in einer Partnerschaft Gewalt zu erfahren. Aus der Beratungspraxis lassen sich aber bestimmte Merkmale beobachten, die einen entsprechenden Zusammenhang nahelegen. Viele dieser Merkmale werden in ähnlicher Weise auch bei gewaltbetroffenen Frauen beschrieben – wenngleich geschlechtsbedingte qualitative Unterschiede zu berücksichtigen sind. So erhöhen z. B. Gewalterfahrungen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter die Vulnerabilität und können in der Konsequenz zu erlernter Hilflosigkeit oder erlernten Mustern der Gewalttoleranz bzw. eigener Gewaltausübung als Mittel der Konfliktaustragung führen. Je weniger selbstfürsorgliche Anteile und Abgrenzungskompetenzen vorhanden sind, desto eher sind Männer gefährdet, in einer Partnerschaft Gewalt zu erfahren. Auch eigene

psychische Erkrankungen und die Wahl psychisch erkrankter Partnerinnen oder Partnern erhöhen das Risiko von Männern, Gewalt zu erfahren. Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen, Medikamente) bei einem oder beiden Partnern, ausgeprägte Machtunterschiede und Statusunterlegenheit, ökonomische und emotionale Abhängigkeiten, soziale Isolation und ein fehlendes oder unzureichendes soziales Netz sind weitere Risikofaktoren, die in der Beratungspraxis sichtbar werden. Dazu kommen belastende Ereignisse wie Trennungssituationen oder andere Krisen und damit einhergehende akute Stressreaktionen. Schließlich tragen geschlechtsspezifische Aspekte, wie das Fehlen eines sozialen Rollenscripts für männliche Opfer, die gesellschaftliche Tabuisierung männlicher Gewaltbetroffenheit, die Stigmatisierung und Ausgrenzung von Betroffenen sowie unzureichende ambulante und stationäre psychosoziale Versorgungsstrukturen für Männer, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind, zu einem erhöhten Risiko bei, im Gewaltkreislauf zu verbleiben und erneut Gewalt zu erfahren – teilweise mit erheblichen Verletzungsfolgen.

6. Schlussbemerkung

Trotz vielfältiger Hinweise auf die Prävalenz von Partnerschaftsgewalt gegen Männer bleibt das Thema nach wie vor weitgehend aus der öffentlichen Wahrnehmung ausgeblendet. Männer als Betroffene finden häufig keine explizite Erwähnung, wie exemplarisch an einer Hintergrundmeldung des Bundesfamilienministeriums anlässlich der Veröffentlichung statistischer Zahlen zur Partnerschaftsgewalt für das Jahr 2018 zu sehen ist, wo ausschließlich Zahlen von weiblichen Betroffenen präsentiert und Männer nur als Täter benannt werden (BMFSFJ 2019). Kommt es zu einer Thematisierung männlicher Betroffener, wird das Geschehen nicht selten bagatellisiert, indem Prävalenzzahlen heruntergerechnet oder lediglich von „Einzelfällen“ gesprochen wird (vgl. BIG 2019; LHH 2014). Darüber hinaus finden sich regelmäßig, wie anfangs schon erwähnt, polarisierende Gleichsetzungen von Männern mit Tätern und Frauen mit Opfern (vgl. LHH 2014).

Derartige Zuschreibungen machen es für männliche Betroffene außerordentlich schwer, über ihr Erleben zu sprechen und Unterstützung zu suchen. Sie tragen darüber hinaus zu einer Aufrechterhaltung von traditionellen Geschlechterklischees bei und führen in der Konsequenz dazu, dass männliche Opfer (und weibliche Täterinnen) nicht angemessen wahrgenommen werden, was sich auch in den psychosozialen Versorgungsstrukturen abbildet. Für von häuslicher Gewalt betroffene Männer gibt es bundesweit nur vereinzelt spezialisierte Beratungsangebote, und auch Zufluchtwohnungen existieren in nur sehr begrenzter Anzahl.

Eine positive Veränderung in der Wahrnehmung und Versorgung männlicher Betroffener von Partnerschaftsgewalt kann nur gelingen, wenn die beschriebenen geschlechterpolarisierenden Sichtweisen

überwunden werden. Auf die „Notwendigkeit der Entpolarisierung von Täterschaft, Opferwerdung und Geschlecht im Gender- und Gewaltdiskurs“ (Schrötle 2010, S. 142) wurde schon vor vielen Jahren verschiedentlich hingewiesen (vgl. BMFSFJ 2004; Hagemann-White 2005; Kavemann 2009; Lenz 2006). Das Thema hat seitdem nichts an Aktualität eingebüßt. In der Umsetzung würde das bedeuten anzuerkennen, dass auch Männer von Partnerschaftsgewalt betroffen sind und entsprechende Unterstützungsangebote für sie bereitzustellen, ohne dass das zu Lasten von Frauenunterstützungsangeboten ginge. Dazu gehört ein Ernstnehmen und Würdigen männlicher Opfererfahrungen, ohne sie zu bagatellisieren oder gegen die weiblichen aufzurechnen – und umgekehrt. Dazu gehört auch, die qualitativen Unterschiede im Erleben von Gewalt zwischen den Geschlechtern zu würdigen und weiter zu erforschen. Nicht zuletzt gehört dazu, die Gewaltbetroffenheit von Männern sichtbar zu machen und auch zu benennen. Dann würde Partnerschaftsgewalt gegen Männer nicht nur als ein „quantitativ relevantes Phänomen“ (Pfeiffer & Seifert 2014), sondern auch als ein gesellschaftlich relevantes Problem wahrnehmbar werden. Und das bildet eine Voraussetzung dafür, dass es betroffenen Männern möglich wird, über ihre erlittenen Verletzungen zu sprechen. Überdies wäre das ein großer Schritt auf dem Weg einer Solidarisierung der Geschlechter gegen Gewalt.

Zusammenfassung

Das Thema Partnerschaftsgewalt gegen Männer findet nur selten Eingang in den öffentlichen Diskurs. Obwohl es unstrittig ist, dass auch Männer von Gewalt durch ihre Partnerin oder ihren Partner betroffen sind, richtet sich die Aufmerksamkeit fast ausschließlich auf von Gewalt betroffene Frauen. Männer werden in der sozialen Rollenzuschreibung zumeist auf die Rolle der Täter festgelegt. Das gilt für Gewalt in außerhäuslichen Kontexten ebenso wie für Partnerschaftsgewalt. Obwohl Männer die geringere Anzahl der Opfer stellen, so machen sie doch zahlenmäßig eine bedeutsame Größe aus. Die Gewaltbetroffenheit von Männern wird durch Kriminalstatistiken sichtbar gemacht und als solche benannt. Deutlich wird, dass Partnerschaftsgewalt gegen Männer nicht nur ein quantitativ relevantes Phänomen ist, sondern auch ein gesellschaftlich relevantes Problem.

Schlüsselwörter: Partnerschaftsgewalt gegen Männer, häusliche Gewalt, Emanzipation

Abstract

The topic of intimate partner violence against men rarely finds its way into the public discourse. Although it is undisputed that men are also affected by violence by their partner, attention is almost exclusively directed towards women affected by violence. In the social role ascription, men are mostly determined to the role of the perpetrator. This applies to violence outside the home as well as violence in partnerships. Although men make the smaller number of victims,

they are numerically significant. The extent to which men are affected by violence is made visible through crime statistics and identified as such. It becomes clear that intimate partner violence against men is not only a quantitatively relevant phenomenon, but also a socially relevant problem.

Keywords: intimate partner violence against men, domestic violence, emancipation

Literatur

- Amendt, G (2009). Warum das Frauenhaus abgeschafft werden muss. Welt Online 16. 06. 2009. www.welt.de/politik/article3936899/WarumdasFrauenhausabgeschafftwerdenmuss.html (Zugriff am 30. 04. 2020).
- BIG – Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen (2019). Was ist häusliche Gewalt? www.bigberlin.info/node/228 (Zugriff am 30. 04. 2020).
- BMFSFJ (Hrsg.) (2004). Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Ergebnisse der Pilotstudie im Auftrag des BMFSFJ. Berlin: Eigendruck. www.bmfsfj.de/blob/84590/a3184b9f324b6ccc05bdfc83ac03951e/studie-gewaltmaennerlangfassungdata.pdf (Zugriff am 30. 04. 2020).
- BMFSFJ (2019). Hintergrundmeldung vom 25. 11. 2019. Frauen vor Gewalt schützen. Häusliche Gewalt. www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauenvorgewaltschuetzen/haeuslichegewalt/haeuslichegewalt/80642 (Zugriff am 30. 04. 2020).
- BKA – Bundeskriminalamt (2019a). Polizeiliche Kriminalstatistik-Kompakt 2018. Band Gewaltkriminalität, Version 1.0. Wiesbaden: Eigendruck. www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2018/pks-2018KompaktGewaltkriminalitaet.html (Zugriff am 30. 04. 2020).
- BKA – Bundeskriminalamt (2019b). Partnerschaftsgewalt I. Kriminalstatistische Auswertung 2018. Wiesbaden: Eigendruck. www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2018.html (Zugriff am 30. 04. 2020).
- Fiedeler, G (2012). Auswertung der Jahresberichte 2007 bis 2011 des Arbeitsbereichs Beratung männlicher Opfer Häuslicher Gewalt. Männerbüro Hannover e. V. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Gloor, D, Meier, H (2003). Gewaltbetroffene Männer – wissenschaftliche und gesellschaftlich-politische Einblicke in eine Debatte. Die Praxis des Familienrechts; 3: 526–547.
- Hagemann-White, C (2005). Brückenschläge zwischen den Geschlechtern und den Generationen in einer gespaltenen Gewaltdiskussion. Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien; 1/2 (23): 3-8.
- Hagemann-White, C (2006). Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gewalt gegen Frauen und Männer. In: Heitmeyer, W, Schröttle, M (Hrsg.) Gewalt. Beschreibungen, Analysen, Prävention. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 117–123.
- Hollstein, W (2018). Feminismus verliert Bezug zur Wirklichkeit. Baseler Zeitung Online vom 23. 08. 2018 www.bazonline.ch/leben/gesellschaft/feminismusverliertbezugzurwirklichkeit/story/16480789 (Zugriff am 30. 04. 2020).
- Kavemann, B (2000). Kinder und häusliche Gewalt. Kinder misshandelter Mütter. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung; 2(3): 106–120.

- Kavemann, B (2009). Täterinnen – die Gewaltausübung von Frauen im privaten Raum im Kontext der feministischen Diskussion über Gewalt im Geschlechterverhältnis. NK – Neue Kriminalpolitik; 2: 46–50.
- LHH – Landeshauptstadt Hannover (2014). Qualitätsstandards der Hilfe und Unterstützung für die einzelnen Familienmitglieder bei Häuslicher Gewalt/Partnerschaftsgewalt. Hannover: Referat für Gleichstellung. www.hannover.de/content/download/558916/12837601/file/Qualit%C3%A4tsstandards.pdf (Zugriff am 30. 04. 2020).
- Lenz, HJ (2001). Mann versus Opfer? Kritische Männerforschung zwischen der Verstrickung in herrschende Verhältnisse und einer neuen Erkenntnisperspektive. In: Bausteine Männer (Hrsg.). Kritische Männerforschung. Neue Ansätze in der Geschlechtertheorie. Argument-Sonderband Neue Folge AS 246. Hamburg: Argument Verlag; 359–396.
- Lenz, HJ (2004). Männer als Opfer von Gewalt. Aus Politik und Zeitgeschichte B5253/2004: 10–18.
- Lenz, HJ (2006). Gewalt gegen Männer als neues Thema in Forschung und Gesellschaft. In: Heitmeyer, W, Schröttle, M (Hrsg.). Gewalt. Beschreibung, Analysen, Prävention. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; S. 98–116.
- Ohms, C (2008). Das Fremde in mir. Gewaltdynamiken in Liebesbeziehungen zwischen Frauen. Bielefeld: Transcript.
- Pfeiffer, H, Seifert, S (2014). Bericht zu Gewalterfahrungen in Partnerschaften in Niedersachsen im Jahr 2012. Sonderauswertung des Moduls 5 der Befragung zu Sicherheit und Kriminalität in Niedersachsen. Hannover: Landeskriminalamt Niedersachsen. www.lka.polizeinds.de/download/73499/Sonderbericht_Gewalterfahrungen_in_Paarbeziehungen_2014.pdf (Zugriff am 30. 04. 2020).
- Schröttle, M, Müller, U (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Berlin: Eigendruck. <https://www.bmfsfj.de/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassungstudiefrauenteilinsdata.pdf> (Zugriff am 30. 04. 2020).
- Schröttle, M (2010). Kritische Anmerkungen zur These der Gendersymmetrie bei Gewalt in Partnerschaften. In: Gender, Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft; 1, 2. Jg.: 133–151.
- Schröttle, M (2017). Gewalt in Partnerschaften. Expertise für den Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. www.gleichstellungsbericht.de/kontext/controllers/document.php/35.b/6/895b92.pdf (Zugriff am 30. 04. 2020).
- Straus, M, Gelles, R, Steinmetz, S (1980). Behind closed doors: Violence in the American Family. New York: Anchor Press.

Georg Fiedeler, Sozialpsychologe (M.A.) und Systemischer Therapeut, leitet den Arbeitsbereich „Beratung männlicher Opfer Häuslicher Gewalt“ im Männerbüro Hannover e.V. und die Fachberatungsstelle „Anstoß – gegen sexualisierte Gewalt an Jungen und männlichen Jugendlichen“ in Hannover. Männerbüro Hannover e. V., Ilse-ter-Meer-Weg 7, 30449 Hannover
www.maennerbuero-hannover.de
georg.fiedeler@maennerbuero-hannover.de

Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen in Ostbayern

Agnes Nocon

1. Einleitung

In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al. 2014). Bezogen auf die gesamte Lebenszeit erhöht sich der Prozentsatz auf 45 % der Menschen (Meyer et al. 2000), und auch Kinder und Jugendliche weisen psychische Probleme in ähnlicher Größenordnung wie die Erwachsenen auf (Robert Koch-Institut 2008). Dabei gibt es Hinweise darauf, dass die Prävalenz psychischer Störungen in städtischer Umgebung höher ist als auf dem Land (Gruebner et al. 2017; Lecic-Tosevski 2019). Eine besonders dramatische Konsequenz psychischer Störungen sind Suizide. Schätzungsweise 65%-90% der Suizide werden durch psychische Störungen verursacht (Krug 2002). Bei einem Vergleich von Suizidraten innerhalb Europas 2008 belegte Deutschland nach Bulgarien und Tschechien den 3. Platz. Obwohl der Trend in den vergangenen Jahren rückläufig war, liegt in Bayern die Suizidrate seit 1990 etwas über dem Bundesdurchschnitt, mit den höchsten Suizidraten in Niederbayern (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2019). Es stellt sich vor dem Hintergrund der Betroffenenanzahlen die Frage, wie gut die Versorgung von Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Problemen gerade im ländlichen Raum ist.

Für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker besteht ein gravierendes Defizit an empirischen Ergebnissen der Versorgungsforschung. Vereinzelt Berichten zufolge scheint zumindest in Teilbereichen der psychotherapeutischen Versorgung eine eindeutige Unterversorgung zu bestehen. Der Gesundheitsreport Bayern (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2011b) veröffentlicht beispielsweise ein Verhältnis von Einwohner:innen- und Psychotherapeut:innenzahlen, die auf eine mögliche Unterversorgung hinweisen. Während in München-Stadt ein:e Psychotherapeut:in je 1.230 Einwohner:innen zur Verfügung steht, sind die entsprechenden Zahlen in Deggendorf 6.336, Straubing 6.970, Dingolfing-Landau 9.082, Cham 9.906, Rottal-Inn (Landkreis) 14.782 und Freyung-Grafenau (Landkreis) 15.972. Bei Prävalenzraten von 30% in der Bevölkerung stünde damit beispielsweise in Deggendorf ein:e vertragsärztliche:r ambulante:r Psychotherapeut:in je 2000 Fällen/Patient:innen zur Verfügung, im Landkreis Freyung-Grafenau je 5000 Fällen. Es fehlen zwar regional belastbare Untersuchungen der realen Versorgung, aber Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als die Hälfte aller Betroffenen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung und Therapiemotivation nicht versorgt wird (Vogel und Wasem 2004; Brandstetter et al. 2017;

Alonso et al. 2018). Die Gründe dafür sind unterschiedlich, einer davon ist möglicherweise ein begrenzter Informationsstand (Schulz et al. 2011). Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten werden auch zwischen Stadt und Land berichtet (Dahlberg et al. 2007; Kirby et al. 2019), mit höherem Inanspruchnahmeverhalten in der Stadt, ohne dass dieser Unterschied durch höhere Erkrankungsraten in der städtischen Bevölkerung vollständig erklärt wird. Dieser Trend potenziert sich noch, wenn Menschen betrachtet werden, die nach Deutschland migriert sind. Laut Berichten des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2011a) sind die Versorgungsstrukturen für Migrant:innen unzureichend: Sprachprobleme und kulturell bedingte Verständigungsschwierigkeiten erschweren die Inanspruchnahme, qualifizierte Dolmetscher:innen sind selten, die Kosten für ihre Dienstleistung werden von den Kassen nicht übernommen, und informelle Netzwerke zur Versorgung von Migrant:innen, wie sie in Großstädten zum Teil existieren, fehlen auf dem Land. Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus ist der Zugang zur psychiatrischen Versorgung häufig verwehrt.

In einer Pilotstudie soll deshalb untersucht werden, wie Betroffene und deren Angehörige nach Hilfsangeboten im psychosozialen Bereich suchen. Die Untersuchung wird als studentisches Forschungsprojekt durchgeführt und soll in einem ersten Schritt Hinweise auf den Informationsstand und die Suchstrategien unter Erwachsenen in Ostbayern liefern.

Die Studie widmet sich insbesondere drei Fragen:

- Welche psychosozialen Hilfsangebote kennen Befragte in der Region?
- Auf welche Weise suchen Betroffene in Ostbayern nach psychosozialen Hilfeangeboten?
- Welche Hindernisse sehen Menschen bei der Suche?

2. Methoden

Im Wintersemester 2019/20 wurde an der Technischen Hochschule Deggendorf eine Lehrveranstaltung angeboten, deren Ziel es war, Informationen zu unterschiedlichen psychischen Störungsbildern und zu Möglichkeiten zur Erkennung und Behandlung zu vermitteln. Teilnehmer:innen waren Studierende der Wirtschaftsinformatik, Medientechnik und Betriebswirtschaft. Als studentisches Forschungsprojekt führten die Studierenden in diesem Rahmen in ihrem eigenen Umfeld eine leitfadengestützte Befragung zum Hilfesuchverhalten in der Region durch.

Jede:r Student:in hatte dabei die Aufgabe, eine Gelegenheitsstichprobe von vier erwachsenen Personen aus dem eigenen Bekanntenkreis zu befragen und deren Antworten und den Verlauf der Befragung schriftlich zu dokumentieren. Die Personen sollten unterschiedlichen Alters und in Ostbayern wohnhaft sein. An der Durchführung nahmen acht Student:innen teil. Eine Studentin erhob Daten von sechs Personen. Sieben führten die Befragung in Form eines Gesprächs durch, ein Student digital über einen Messengerdienst (Proband:innen-Nummer [PbNr] 35-38).

Der Leitfaden umfasste demographische Angaben sowie die folgenden drei Gruppen von Fragen:

- Kennen Sie psychosoziale Hilfsangebote in Ihrer Region? Wissen Sie, an welche Fachkräfte oder Stellen Sie sich bei psychischen Problemen wenden können? Falls ja: Welche Hilfsangebote kennen Sie?
- Haben Sie selbst schon einmal nach psychosozialen Hilfsangeboten [z.B. Beratung, Therapie oder ähnliche] gesucht? Falls ja: Wie haben Sie danach gesucht? Was haben Sie gefunden? Würden Sie inzwischen etwas anders machen? Falls nein: Wen würden Sie bei Bedarf nach Informationen fragen? Wüssten Sie, wie Sie an Informationen kommen? Wo würden Sie danach suchen?
- Haben Sie eine Vermutung, wie viele Personen in Ihrem Umkreis (einschließlich Ihnen selbst) psychosoziale Probleme haben, bei denen sie professionelle Hilfe brauchen würden? Wie viele davon erhalten professionelle Hilfe? Woran liegt es Ihrer Meinung nach, wenn Betroffene in Ihrem Umkreis keine Hilfe bekommen?

Von ursprünglich 38 kontaktierten Personen stimmten 34 der Befragung zu. 10 der Befragten wohnten nicht in Ostbayern und wurden aus der Datenauswertung ausgeschlossen. Die Antworten der Befragten wurden tabellarisch zusammengefasst.

3. Ergebnisse

Von den eingeschlossenen N=24 Befragten stammten 8 aus Deggen-dorf, je 2 aus Regensburg, Graß und Landshut, und jeweils eine/r aus den Orten Passau, Landau, Langenbach, Eberstall, Hohenthann, Plattling, Hohenwarth, Bad Kötzting, Stephansposching, Dingolfing und Deuerling. 54% der Stichprobe waren männlich. Die Teilnehmer:innen waren 18 bis 67 Jahre alt, mit einem Altersmedian von 26 Jahren. Bei etwa der Hälfte der Befragten handelt es sich um Student:innen (N=13), ansonsten sind vor allem Berufsgruppen aus Industrie und Handwerk vertreten. Zwei der Befragten sind im Gesundheitsbereich tätig, eine ist pädagogische Fachkraft.

(1) Kennen Befragte psychosoziale Hilfsangebote in der Region?

Tabelle 1 stellt die Antworten der Befragten auf die erste Frage dar: „Kennen Sie psychosoziale Hilfsangebote in der Region? Wissen Sie, an welche Fachkräfte oder Stellen Sie sich bei psychischen Problemen wenden können? Falls ja: Welche Hilfsangebote kennen Sie?“. Acht Teilnehmer:innen (33%) geben an, keine Hilfsangebote in der Region zu kennen (PbNr 6, 3, 4, 32, 23, 1, 37, 17). Nur eine Person hatte bereits einmal nach Hilfsangeboten gesucht. Zwei unter diesen Teilnehmer:innen geben an, eine vage Idee zu haben, an wen sie sich wenden könnten. Eine der Antworten („Seelenklempner“) benutzt eine umgangssprachliche, eher geringschätzige Bezeichnung für Psycholog:innen und Psychiater:innen. Eine andere Antwort („Vertrauensdozent“) vermutet eine Funktionsbezeichnung an der Hochschule als Ansprechpartner:in, die es offiziell nicht gibt. All diese Antworten können so bewertet werden, dass die Befragten kein oder sehr vages Wissen auf dem Gebiet haben und auch keine klare Vorstellung, an wen sie sich bei Bedarf wenden könnten.

(Tabelle 1 finden Sie im Anhang, auf den Seiten 28-31)

Die übrigen 16 Teilnehmer:innen haben mäßige bis sehr gute Kenntnisse bzgl. regionalen Hilfsangeboten oder zumindest Fachkräften im Allgemeinen, die Hilfe anbieten können. Als mäßig gut wird die Antwort eines Teilnehmers bewertet (PbNr 19), der ausschließlich seinen Hausarzt als Anlaufstelle aufzählt. Hausärzt:innen sind in vielen Fällen eine gute Anlaufstelle bei psychosozialen Problemen, obwohl sie nicht auf diese spezialisiert sind. Sie sind in der Lage, eine Reihe von psychischen Störungen zu erkennen, und können bei Bedarf Patient:innen an entsprechende Stellen weitervermitteln. 15 Teilnehmer:innen geben eine Reihe von Fachkräften und Kliniken im psychosozialen Bereich an. Eine herausragende Rolle spielen dabei die Bezirkskliniken Mainkofen und Landshut, die von 8 Befragten genannt werden. Niedrigschwellige Beratungsangebote, d.h. Beratungsstellen von Caritas, Diakonie, Rotem Kreuz, oder anderer Anbieter wie Universitäten und Hochschulen, sowie Telefon- oder Online-Beratung, wurden von 8 Befragten aufgezählt (PbNr 31, 16, 21, 22, 7, 35, 20, 38).

Die meisten (67%) derjenigen, die korrekt Fachkräfte im psychosozialen Bereich angeben, suchten selbst bereits einmal nach Hilfsangeboten. Unter denen, die noch nie nach Hilfsangeboten gesucht hatten, aber eine Anlaufstelle kennen (PbNr 14, 24, 31, 2, 7), nennen die meisten nur die Kliniken Mainkofen oder Landshut (Tabelle 1).

(2) Auf welche Weise suchen Betroffene in Ostbayern nach psychosozialen Hilfsangeboten?

Elf Personen suchten bisher schon einmal nach Hilfsangeboten (Tabelle 2). Fast alle (10 von 11) nutzten das Internet für die Recherche. Eine Person begann zusätzlich über ihre:n Hausarzt/ärztin (PbNr 16), eine Person über den/die Hausarzt/ärztin allein (PbNr 18).

(Tabelle 2 finden Sie im Anhang auf den Seiten 32-35)

Obwohl im Leitfaden nicht direkt danach gefragt wurde, kann man den Antworten entnehmen oder daraus vermuten, dass die meisten Befragten nach Hilfsangeboten suchten, weil sie selbst betroffen waren. Die Antwort: „Habe ich irgendwelche Selbsttests gefunden, die überhaupt nicht helfen“ kann einen Hinweis beinhalten, dass es ein Bedürfnis nach Hilfe gab. Die Person nahm allerdings nach eigener Auskunft nie Hilfe in Anspruch und wusste auch nicht, wohin sie sich wenden sollte (PbNr 32). Möglicherweise suchte auch die Teilnehmerin PbNr 5 nach Hilfe („bin aber nie zu einer Stelle hin“). Acht Personen geben in ihren Antworten zu erkennen, dass sie aktiv Hilfe gesucht und in Anspruch genommen hatten. Die Hälfte erhielt von ihrer/m Erstbehandler:in Hinweise auf Hilfestellen (PbNr 16, 18, 15, 38), die andere Hälfte der Befragten suchte selbständig Fachpersonal auf (PbNr 22, 35, 36, 20, 38). Nur eine Person gab an, allein für ein Schulprojekt recherchiert zu haben.

Tabelle 2 gibt auch die Überlegungen der Befragten zu möglichen Suchstrategien wider. Demnach würden die meisten, die bisher noch nie nach psychosozialen Angeboten gesucht hatten, online recherchieren oder sich an ihre/n Hausärztin/arzt wenden. Deutlich seltener wurden Antworten gegeben, dass man sich an Familie, Freunde oder Bekannte wenden würde. Nur eine Person (PbNr 19, Alter 67) gab außer der Vermutung, bei der/m Hausärztin/arzt an der richtigen Stelle zu sein, keine weiteren Überlegungen an.

(3) Welche Hindernisse sehen Befragte auf der Suche nach solchen Angeboten?

Die meisten Befragten vermuten, dass mehr Personen in ihrem Umfeld psychosoziale Probleme haben, als tatsächlich Hilfe in Anspruch nehmen (Tabelle 3). Als mögliche Gründe für fehlende Hilfe vermuten 12 Proband:innen mangelnde Einsicht oder Wahrnehmung (PbNr 6, 3, 4, 32, 19, 14, 24, 31, 16, 7, 35, 38), 6 nennen Scham oder Angst (PbNr 32, 17, 5, 16, 21, 38), 4 unzureichende Versorgung (PbNr 37, 22, 15, 36) und 2 fehlendes Wissen über Hilfsmöglichkeiten (PbNr 21, 36).

(Tabelle 3 finden Sie im Anhang auf den Seiten 36-38)

4. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit trägt den Kenntnisstand und die Überlegungen zur psychosozialen Versorgung in einer Gelegenheitsstichprobe von Erwachsenen in Ostbayern zusammen. Die meisten Befragten kennen Fachstellen, die bei Bedarf für die Behandlung psychischer Probleme in Anspruch genommen werden können oder zumindest an entsprechende Stellen verweisen könnten. Der Grund für den guten Einblick ist in den meisten Fällen möglicherweise die Tatsache, dass die Befragten selbst schon einmal wegen eigener psychischer Probleme nach Hilfe suchten.

Eine prominente Rolle in der Wahrnehmung von Hilfsangeboten spielen die großen Kliniken der Region und die Hausärzt:innen. Sie sind als Anlaufstellen vielen der Befragten bekannt, und vor allem denen, die sich noch nie mit dem Thema beschäftigt hatten. Das ist insofern ein erfreuliches Ergebnis, als Hausärzt:innen die Möglichkeit haben, Patienten an passende Stellen zu verweisen. Andererseits zeigt sich in der Versorgungsforschung seit Jahren, dass in Allgemeinarztpraxen psychische Störungen häufig nicht erkannt werden (Kroenke et al. 2007; Norton et al. 2018). Als Gründe dafür werden knappe zeitliche Ressourcen und mangelndes Training oder mangelnde Fortbildung in diesem Bereich diskutiert (Lakkis und Mahmassani 2015). In einer Metaanalyse von 118 Studien berichten Mitchell et al. (Mitchell et al. 2009), dass lediglich 47% an depressiven Diagnosen korrekt identifiziert werden, und dass umgekehrt eine beträchtliche Zahl an falsch positiven Fällen diagnostiziert werden, die unter Umständen antidepressive Medikation erhalten, ohne sie zu brauchen. Bei Menschen aus anderen Kulturkreisen verschlechtert sich die Rate korrekt diagnostizierter Störungen weiter (Jirovsky et al. 2018), was sowohl an Sprachbarrieren als auch an kulturell unterschiedlicher Darstellung von Symptomen liegen kann. Die Rate korrekter Diagnosen erhöht sich bei schwerer Symptomatik, und kann durch wiederholte Konsultationen und Zuhilfenahme von Screeninginstrumenten verbessert werden (Mitchell et al. 2009; Lakkis und Mahmassani 2015), für die allerdings ein Training notwendig ist. Psychiatrische Kliniken sind im Vergleich dazu auf das Erkennen und Behandeln psychischer Störungen spezialisiert, und somit eine geeignetere Anlaufstelle. Sie sind aber in der Regel nicht befugt, Empfehlungen für niedergelassene Therapeut:innen zu geben, und können deshalb bei milden Symptomen oder zu Beginn eines Störungsverlaufs unter Umständen nur wenig unterstützen. Viel wichtiger ist aber in diesem Zusammenhang, dass die Schwelle für Betroffene, sich bei Bedarf an eine psychiatrische Klinik zu wenden, vermutlich sehr hoch ist. Niedrigschwellige Angebote von Fachleuten wie z.B. kostenlose Beratungsstellen von Caritas oder Diakonie wurden in der vorliegenden Befragung vergleichsweise selten genannt, könnten aber dabei helfen, die Lücke zu schließen, die zwischen der Anzahl an Patienten mit psychischen Problemen und denen, die tatsächlich Hilfe erhalten, klafft. Auch die Psychotherapeutenkammer Bayern oder die Kassenärztliche Vereinigung können bei der Suche nach Anlaufstellen unterstützen, sind aber bei Personen, die nicht im Gesundheitswesen tätig sind, unbekannt, und wurden in der untersuchten Gruppe auch nicht genannt.

Fast alle Befragten haben bei Bedarf über das Internet gesucht oder würden darüber suchen, wenn sie Hilfe bräuchten. Wie gut sind aber die Informationen, die mittels verbreiteter Suchmaschinen gefunden werden? Wie gut können Menschen, die nicht im Gesundheitssektor tätig sind, Informationen zu psychosozialen Angeboten beurteilen? Und

welche Schwierigkeiten stellen sich für diejenigen, die nicht Deutschsprachig sind? Die Fachrichtungen, die im psychosozialen Gesundheitssektor vertreten sind, sind für Laien oft schwer zu differenzieren. Psychiater:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, und andere engagierte Berufsgruppen wie Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben unterschiedliche Ausbildungswege und Befugnisse in der Behandlung psychischer Störungen oder Unterstützung bei Problemen. Dazu kommt, dass nicht nur die Berufsbezeichnungen, sondern auch die angebotenen Behandlungsformen (Medikation, Psychoanalytische Behandlung, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie usw.) im Allgemeinen von Laien nicht unterschieden werden. Inwiefern die Techniken, die innerhalb dieser Richtungen zur Anwendung kommen, evidenzbasiert sind und inwiefern man davon ausgehen kann, dass sie wirksam sind, ist für Menschen, die nicht vom Fach sind, kaum zu beurteilen. Mental Health Literacy, Wissen über psychische Störungen, also darüber, welche präventiven Maßnahmen sinnvoll sind, wie sich psychische Störungen entwickeln, und welche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, wird zwar als eine wichtige Strategie zur Gesundheitsförderung diskutiert (Jorm 2012; Jordan und Hoebel 2015) und es zeichnet sich auch ab, dass sich der Wissensstand in der Allgemeinbevölkerung verbessert (Schomerus et al. 2012), das Wissen ist aber in der Bevölkerung immer noch wenig verbreitet (Bonabi et al. 2016; Tay et al. 2018) und Menschen mit psychischen Störungen sind weiterhin stigmatisiert (Schomerus et al. 2012; Happell et al. 2018). Effektive Behandlungen werden als potenziell schädlich beurteilt, während Methoden, für deren Wirksamkeit nicht ausreichend Belege existieren, als hilfreich eingeschätzt werden (Jordan und Hoebel 2015). Bei denjenigen Personen also, die über wenig Vorwissen zu psychischen Störungen oder psychosozialen Problemen verfügen, stellt eine unsystematische Suche über Internet-Suchmaschinen keine adäquate Hilfesuchstrategie dar, weil sowohl Suchmaschinen als auch Bewertungsportale Geschäftsmodelle darstellen, und keine transparente Beurteilung der Suchergebnisse bieten. Für diejenigen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen oder mit dem deutschen Gesundheitssystem nicht vertraut sind, haben selbst die Ergebnisse von Suchmaschinen kaum informativen Wert. Eine Konsequenz unzureichender Hilfesuchstrategien kann sein, dass Menschen mit Bedarf nach professioneller Unterstützung keine oder keine hinreichende Hilfe erhalten (Schulz et al. 2011).

In der vorliegenden Befragung formulierten die Teilnehmer:innen ihre Vorstellungen darüber, warum Personen mit psychischen Problemen keine professionelle Unterstützung suchen oder erhalten. Nur wenige gaben an, dass ihrer Meinung nach die Versorgung unzureichend sei, d.h. in der Regel glauben die Befragten, dass Personen mit psychosozialen Problemen bei Bedarf gut versorgt seien. Die häufigste Vorstel-

lung in der befragten Gruppe war, dass Betroffene zu wenig über mögliche Krankheiten wissen, sich dessen nicht bewusst seien, dass sie Unterstützung brauchen würden und erhalten könnten, und dass psychische Probleme mit einem Tabu belegt seien, das Betroffene daran hindere, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da lediglich die Vorstellung der Befragten erhoben wurde, und nicht die Betroffenen selbst gefragt wurden, warum sie keine Unterstützung suchen, können die Antworten keinen Hinweis auf die tatsächliche Lage geben. Sie sind aber ein Hinweis darauf, dass diese Vorstellungen auch in der Erfahrungswelt der Befragten existieren, und stehen in Einklang mit Forschungsergebnissen, dass bessere Health Literacy und eine positive Einstellung zur psychosozialen Versorgung mit größerem Inanspruchnahmeverhalten zusammenhängen (Bonabi et al. 2016), während Stigmatisierung einen kleinen bis mittleren Effekt darauf hat, dass Betroffene keine Hilfe suchen (Clement et al. 2015). Dabei können sowohl internale Stigmatisierungen eine Rolle spielen, z.B. Scham, weil man dem eigenen Selbstbild nicht entspricht, als auch externale Stigmata, z.B. antizipierte Probleme, wenn bekannt wird, dass man sich in Therapie befindet.

All diese Überlegungen können nur mit größter Vorsicht angestellt werden, und vor dem Hintergrund der methodischen Einschränkungen der vorliegenden Studie. Limitationen der vorliegenden Untersuchung sind das Fehlen einer repräsentativen Stichprobe und die Tatsache, dass Studierende zum Teil den Leitfaden nicht konsistent bearbeitet haben, so dass an manchen Stellen Fragen übersprungen wurden, obwohl keine Antwort darauf gegeben worden war. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität gestatten die vorliegenden Daten keine Rückschlüsse auf vorherrschende Vorstellungen oder Sachverhalte in der Region. Sie bestätigen aber Ergebnisse aus anderen Studien, und weisen darauf hin, dass eventuelle Maßnahmen zur besseren Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit von Maßnahmen zur Erhöhung von Gesundheitskompetenz begleitet werden müssen, wenn das Inanspruchnahmeverhalten verbessert werden soll.

Alle Überlegungen stellen sich mit größerer Bedeutung für die Gruppe der Migrant:innen. Obwohl die vorliegende Untersuchung lediglich einen ersten Einblick in das Hilfesuchverhalten in der Region zum Ziel hatte und keine spezifischen Bedarfe von Migrant:innen in der Region erhoben hat, können die Ergebnisse als Hinweis darauf interpretiert werden, dass Versorgungsstrukturen im psychischen Bereich für Migrant:innen sehr schwer zugänglich sind. Bei Personen, die nicht in der Region aufgewachsen sind, kann man nicht davon ausgehen, dass sie die großen Bezirkskliniken kennen, und noch viel weniger niedrigschwellige Angebote, sofern es überhaupt welche gibt. Jede Inanspruchnahme von Unterstützung wird zudem vor sprachlichen und kulturellen Herausforderungen stehen (Schouler-Ocak 2019). Laut einer nicht-repräsentativen Erhebung der Landeshauptstadt München von 1999 (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und

Lebensmittelsicherheit 2011a) beherrschen nur wenige Ärzt:innen die Sprachen der Hauptherkunftsländer von in Bayern lebenden Migrant:innen. In der Regel bewegen sich diese Fremdsprachenkenntnisse im einstelligen Prozentbereich, während die meisten Ärzt:innen angeben, dass sie über gute Englischkenntnisse verfügen. Unter Angestellten der Arztpraxen sind Kenntnisse der Muttersprachen von Migrant:innen etwas höher. Erhebungen zu Fremdsprachenkenntnissen im ländlichen Bereich fehlen ganz, genauso wie Erhebungen zu Fremdsprachenkenntnissen bei Fachkräften im psychosozialen Bereich, in dem das Gespräch in der Regel das wichtigste Mittel zur Diagnosestellung und v.a. zur Behandlung ist. Hinzu kommt, dass in manchen kulturellen Gruppen Vorstellungen zu Stigmatisierung durch psychische Probleme existieren (z.B. Alkoholstörungen bei Muslimen), die unter Umständen negativer sind als in der Allgemeinbevölkerung und die Wahrnehmung von Problemen und Inanspruchnahme von Unterstützung zusätzlich erschweren. Eine sinnvolle Ergänzung und Erweiterung der vorliegenden Befragung wäre deshalb eine Wiederholung der Untersuchung in einer Gruppe von Migrant:innen, um zu erfahren, welche Unterstützungsangebote diese Gruppe wahrnimmt, und welche Hindernisse sie dabei sieht. Denkbar wäre die Wiederholung als studentisches Forschungsprojekt unter Beteiligung von Studierenden aus dem Ausland, die an der Technischen Hochschule Deggendorf im Bereich der Gesundheitswissenschaften studieren. In diesen Studierenden liegt gerade an der Hochschule ein großes Potenzial für die Erforschung von Bedarfen von Migrant:innen in Ostbayern.

Danksagung: Mein herzlicher Dank gilt allen Student:innen, die an diesem Projekt mitgewirkt haben.

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass in Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit keinerlei Interessenkonflikt besteht.

Zusammenfassung

Eine mögliche Unterversorgung mit psychosozialen Hilfsangeboten in Ostbayern erschwert es Personen mit Hilfebedarf, angemessene Unterstützung zu erhalten. Die vorliegende Studie untersucht, welche Angebote Menschen in Ostbayern kennen, und wie sie nach professioneller Unterstützung im psychosozialen Bereich suchen. Befragt wurden im Rahmen eines studentischen Forschungsprojektes 24 Erwachsene. In dieser Gruppe sind niederschwellige und kostenlose Angebote kaum bekannt, und Internet-suchmaschinen bestimmen die Suche nach Anlaufstellen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Betroffenen keine transparenten Beurteilungsmöglichkeiten für die gefundenen Ergebnisse haben. Wenn die Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit verbessert werden soll, sollte eine bessere Ausstattung begleitet werden von Maßnahmen zur Erhöhung von Gesundheitskompetenz begleitet werden. Diese Aufgabe stellt sich potenziert in der Versorgung von Migrant:innen dar, bei denen Sprachbarrieren und fehlende soziale Netzwerke die Inanspruchnahme zusätzlich erschweren.

Schlüsselwörter: Psychische Gesundheitskompetenz, Erwachsene, Qualitative Daten

Abstract

Potentially insufficient mental health services in Eastern Bavaria makes it difficult for people in need of professional mental health care to get proper support. The present study examines which services people in Eastern Bavaria are aware of, and how they search for professional support in the mental health sector. A student research project collected data on 24 adults. Low-threshold and free-of-charge services were largely unknown in this group, and participants reported that they rely on internet search engines to find appropriate services. As search engines do not provide a transparent evaluation of their results, it might be difficult for people in need to get adequate information on health services. If access to mental health service structures is to be facilitated, measures to improve mental health literacy should accompany any potential improvements considering the infrastructure. This challenge is even bigger in the migrant population, because language barriers and missing social networks impede the access to mental health services even more.

Key words: mental health literacy, adults, qualitative data

Literatur

- Alonso, Jordi/Liu, Zhaorui/Evans-Lacko, Sara/Sadikova, Ekaterina/Sampson, Nancy/Chatterji, Somnath/Abdulmalik, Jibril/Aguiar-Gaxiola, Sergio/Al-Hamzawi, Ali/Andrade, Laura H./Bruffaerts, Ronny/Cardoso, Graça/Cia, Alfredo/Florescu, Silvia/Girolamo, Giovanni de/Gureje, Oye/Haro, Josep M./He, Yanling/Jonge, Peter de/Karam, Elie G./Kawakami, Norito/Kovess-Masfety, Viviane/Lee, Sing/Levinson, Daphna/Medina-Mora, Maria Elena/Navarro-Mateu, Fernando/Pennell, Beth-Ellen/Piazza, Marina/Posada-Villa, José/Have, Margreet ten/Zarkov, Zahari/Kessler, Ronald C./Thornicroft, Graham (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety* 35 (3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2011a). *Gesundheit und Migration* Gesundheit und Migration - Bayerischer Bericht - Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4. Erlangen.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2011b). *Gesundheitsreport Bayern - Psychische Gesundheit - Update 2011*. Erlangen.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2019). *Gesundheitsreport Bayern 4/2019 – Update Suizide in Bayern*. Erlangen.
- Bonabi, Herdis/Müller, Mario/Ajdacic-Gross, Vladeta/Eisele, Jochen/Rodgers, Stephanie/Seifritz, Erich/Rössler, Wulf/Rüsch, Nicolas (2016). Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *The Journal of nervous and mental disease* 204 (4), 321–324. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000488>.
- Brandstetter, Susanne/Dodoo-Schittko, Frank/Speerforck, Sven/Apfelbacher, Christian/Grabe, Hans-Jörgen/Jacobi, Frank/Hapke, Ulfert/Schomerus, Georg/Baumeister, Sebastian E. (2017). Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997-1999 and 2009-2012: a repeated cross-sectional study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 52 (8), 1005–1013. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1384-y>.
- Clement, S./Schauman, O./Graham, T./Maggioni, F./Evans-Lacko, S./Bezborodovs, N./Morgan, C./Rüsch, N./Brown, J. S. L./Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of

- quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine* 45 (1), 11–27.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>.
- Dahlberg, Karin/Forsell, Yvonne/Damström-Thakker, Kerstin/Runeson, Bo (2007). Mental health problems and healthcare contacts in an urban and a rural area. Comparisons of two Swedish counties. *Nordic journal of psychiatry* 61 (1), 40–46.
<https://doi.org/10.1080/08039480601129333>.
- Gruebner, Oliver/Rapp, Michael A./Adli, Mazda/Kluge, Ulrike/Galea, Sandro/Heinz, Andreas (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Arzteblatt international* 114 (8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>.
- Happell, Brenda/Platania-Phung, Chris/Bocking, Julia/Scholz, Brett/Horgan, Aine/Manning, Fionnuala/Doody, Rory/Hals, Elisabeth/Granerud, Arild/Lahti, Mari/Pullo, Jarmo/Ellilä, Heikki/Annaliina, Vatulavaan der Vaart, Kornelis Jan/Allon, Jerry/Griffin, Martha/Russell, Siobhan/MacGabhann, Liam/Bjornsson, Einar/Biering, Pall (2018). Nursing Students' Attitudes Towards People Diagnosed with Mental Illness and Mental Health Nursing: An International Project from Europe and Australia. *Issues in mental health nursing* 39 (10), 829–839.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1489921>.
- Jacobi, F./Höfler, M./Strehle, J./Mack, S./Gerschler, A./Scholl, L./Busch, M. A./Maske, U./Hapke, U./Gaebel, W./Maier, W./Wagner, M./Zielasek, J./Wittchen, H-U (2014). Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85 (1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>.
- Jirovsky, Elena/Hoffmann, Kathryn/Mayrhuber, Elisabeth Anne-Sophie/Mechili, Enkeleint Aggelos/Angelaki, Agapi/Sifaki-Pistolla, Dimitra/Petelos, Elena/van den Muijsenbergh, Maria/van Loenen, Tessa/Dückers, Michel/Kolozsvári, László Róbert/Rurik, Imre/Rotar Pavlič, Danica/Sandoval, Diana Castro/Borgioli, Giulia/Pinilla, Maria José Caldés/Ajduković, Dean/Graaf, Pim de/van Ginneken, Nadja/Dowrick, Christopher/Lionis, Christos (2018). Development and evaluation of a web-based capacity building course in the EUR-HUMAN project to support primary health care professionals in the provision of high-quality care for refugees and migrants. *Global health action* 11 (1), 1547080.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1547080>.
- Jordan, Susanne/Hoebel, Jens (2015). Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (9), 942–950.
<https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>.
- Jorm, Anthony F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American psychologist* 67 (3), 231–243.
<https://doi.org/10.1037/a0025957>.
- Kirby, James B./Zuvekas, Samuel H./Borsky, Amanda E./Ngo-Metzger, Quyen (2019). Rural Residents With Mental Health Needs Have Fewer Care Visits Than Urban Counterparts. *Health affairs (Project Hope)* 38 (12), 2057–2060.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00369>.
- Kroenke, Kurt/Spitzer, Robert L./Williams, Janet B. W./Monahan, Patrick O./Löwe, Bernd (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine* 146 (5), 317–325.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>.
- Krug, Etienne G. (Hg.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva.

- Lakkis, Najla A./Mahmassani, Dina M. (2015). Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians. *Postgraduate medicine* 127 (1), 99–106. <https://doi.org/10.1080/00325481.2015.992721>.
- Lecic-Tosevski, Dusica (2019). Is urban living good for mental health? *Current opinion in psychiatry* 32 (3), 204–209. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000489>.
- Meyer, C./Rumpf, H. J./Hapke, U./Dilling, H./John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Der Nervenarzt* 71 (7), 535–542. <https://doi.org/10.1007/s001150050623>.
- Mitchell, Alex J./Vaze, Amol/Rao, Sanjay (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* (London, England) 374 (9690), 609–619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5).
- Norton, J./David, M./Gandubert, C./Bouvier, C./Gutierrez, L-A/Frangeuil, A./Macgregor, A./Oude Engberink, A./Mann, A./Capdevielle, D. (2018). Ability of French General Practitioners to detect common mental disorders identified using the Patient Health Questionnaire: Has this changed with the introduction of gatekeeping and registration with a chosen doctor? *L'Encephale* 44 (1), 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.07.009>.
- Robert Koch-Institut (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2008*.
- Schomerus, G./Schwahn, C./Holzinger, A./Corrigan, P. W./Grabe, H. J./Carta, M. G./Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica* 125 (6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>.
- Schouler-Ocak, Meryam (2019). Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In: Petia Genkova/Andrea Riecken (Hg.). *Handbuch Migration und Erfolg*. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 1–21.
- Schulz, H./Barghaan, D./Koch, U./Harfst, T. (2011). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In: Hans-Ulrich Wittchen/Jürgen Hoyer (Hg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 361–380.
- Tay, Jing Ling/Tay, Yi Fen/Klainin-Yobas, Piyanee (2018). Mental health literacy levels. *Archives of psychiatric nursing* 32 (5), 757–763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>.
- Vogel, H./Wasem, J. (Hg.) (2004). *Gesundheitsökonomische Aspekte in Psychotherapie und psychosozialer Versorgung*. Stuttgart, Schattauer.

Agnes Nocon ist Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin für Verhaltenstherapie, und seit 2018 Professorin für Psychologie und Statistik an der Technischen Hochschule Deggendorf. Sie studierte Psychologie an der Technischen Universität Dresden und Affective Neuroscience an den Universitäten Maastricht und Florenz, promovierte am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München zur Klassifikation von Angststörungen, und erforschte als Akademische Rätin an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt Therapiemöglichkeiten für Traumafolgestörungen. Aktuell konzentriert sich ihre Forschungstätigkeit auf kulturell angepasste Angebote zur Prävention psychischer Störungen und auf Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige helfender Berufe.

Fakultät für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Land-Au 27, 94469 Deg-
gendorf
E-Mail: agnes.nocon@th-deg.de

Anhang zu: Agnes Nocon, Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen in Ostbayern

Tabelle 1: Kenntnis psychosozialer Hilfsangebote

PbNr	Alter	Geschlecht	Wohnort	Beruf	Kennen Sie Hilfsangebote in Ihrer Region?	Sie, an welche Wissen Fachkräfte oder Stellen Sie sich bei psychischen Problemen wenden können? Welche Hilfsangebote kennen Sie?	Schon mal gesucht?	Grund für die Suche
1	52	w	Regensburg	Produktmanagerin	nein	Ich wüsste jetzt auch nicht, an wen ich mich da wenden könnte.	nein	--
23	52	m	Dingolfing	Karosseriebauer	nein	nein	nein	--
32	26	w	Deggendorf	Studentin	Kenne keine, hab mich noch nicht damit	Krankenkasse vielleicht? Sonst gibt es an der Uni immer Vertrauenspersonen, an die man sich wenden kann (Vertrauensdozent)	ja	kA
4	44	w	Hohenthann	Verwaltungsfachangestellte	nein		nein	--
3	21	m	Eberstall	Anlagenführer	nein		nein	--
6	19	w	Deggendorf	Studentin	nein		nein	--

21				24	5	14	19	17	37
26	16	31	24	49	22	21	67	18	25
m	w	w	w	w	m	m	m	m	m
Deggendorf	Deggendorf	Deggendorf	Landau/Isar	Deggendorf	Deggendorf	Deggendorf	Bad Kötzting	Plattling	Regensburg
Student	Studentin	Studentin	Werkarbeiterin	Student	Student	Student	Rentner	Student	Student
ja	ja	kA	Nein, außer...	kA	ja	ja	ja, aber genau wissen, welche Fachkraft für	nein	Genau und im Detail kenne ich keine, aber
Klinikum Mainkofen, ehemalige Hochschulinpsychologin [Name], verschiedene Psychologen im Raum Deggendorf wie das Klinikum Angermühle. Außerdem gibt es eine Selbstmordhotline, die aber nur deutschlandweit geht und nicht regional, soweit ich weiß. Und es gibt Online-Beratungsdienste.	BKH Landshut, Caritas, Psychosomatische Klinik Mainkofen, Kirche	Nummer für Kummer, Bezirksklinikum Mainkofen, Hausarzt	... die Klinik in Mainkofen	Bezirksklinikum Mainkofen, [Befragte/r gibt bei einer anderen Frage an, dass sie/er verschiedene private Psychotherapeuten gefunden habe]	Psychosomatische Klinik Mainkofen	Ich würde bei Problemen mit meinem Hausarzt darüber reden.	Als Fachkräfte und Stellen fallen mir die Selbstmordhotline, bestimmte Ärzte, die sich auf das konzentriert haben, Therapeuten und Seelenklemmer ein	An wen ich mich bei Bedarf wenden müsste, müsste ich aber erst einmal herausfinden.	nein
ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Schulprojekt	kA	--	--	"bin aber nie zu einer ..."	--	durch eine Bekannte in	--	--	--

20	18	36	35	7	15	2	22
25	42	27	27	21	60	32	23
w	w	m	w	m	w	m	w
Stephansposching	Höhenwarth	Graß	Graß	Passau	Landshut	Landshut	Deggendorf
Industrie-kauffrau	Einzelhandelskauffrau	Schüler	MTLA	Student	Pädagogische Fachkraft	Physiotherapeut	Studentin
kA	kA	kA	Ich weiß, dass es den...	ja	ja	Ich kenne das...	ja
[ein Name], Caritas, Schönklinik Roseneck, Klinik Angermühle, Psychotherapeut in Mainkofen, Psychiater, Fachärzte, Telefonseelsorge	[Befragte/r zählt drei Namen auf], Fachkräfte: Psychiater, Nervenärzte, Psychologe, psychologische Psychotherapeut; Stellen: stationäre Behandlung in einer Klinik, Tagesklinik, Ambulante Behandlung, Hausarzt, Telefonseelsorge, Selbsthilfegruppen	Diakonie Betreutes Einzelwohnen, Diakonie Psychiatrie Beratungsstelle [Adresse], medbo Regensburg Ambulanz [zu einer anderen Frage nennt der/die Befragte auch das AVM Regensburg]	sozialpsychiatrischen Dienst gibt. An den würde ich mich wenden. [zu einer anderen Frage nennt der/die Befragte, dass er/sie einen Psychotherapeuten gesucht und gefunden habe]	Caritas, psychologische Beratung an der Universität Passau	Psychologen, Meditationsgruppen, Gesprächsrapport	Bezirkskrankenhaus Landshut, an das ich mich wenden würde.	in der ...straße ist eine Psychotherapeutin. Dann gibt's noch die Alte Kaserne [Klinikum Angermühle], Klinikum Mainkofen, sowie das Rote Kreuz, die auch Gesprächsrapport anbieten. Man kann sich sicher jederzeit bei den großen Kliniken melden, oder man sucht einen privaten Therapeuten. Je nachdem, wie groß bzw. dringend das Problem ist, kann man auch mit dem Roten Kreuz reden. Die können einen normal auch so lange überbrücken, bis man einen richtigen Therapieplatz hat.
ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja
Betroffene/r	Betroffene/r	Anmeldung mit Warteliste	kA	--	durch eine Rehamaßnahme	--	ja, tatsächlich mehrmals. Privat und für Hochschulen

38	26	m	Deuerling	Student	ja	Sozialpsychiatrischer Dienst in Regensburg, psychosoziale Beratungsstellen für Studierende der Hochschulen, Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen in Regensburg	ja	kA
----	----	---	-----------	---------	----	--	----	----

Anmerkungen:

PbNr=Proband:innen-Nummer. MTLA=Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin. BKH=Bezirkskrankenhaus. kA=keine Angabe

Tabelle 2: Suchstrategien und Suchergebnisse

PbNr	Alter	Wie gesucht?	Was gefunden?	Falls nein: Wo würden Sie suchen? Falls ja: Würden Sie inzwischen etwas anders machen?
37	25	--		Ich würde wohl meinen Arzt fragen oder im Internet suchen.
1	52	--		Ich weiß nicht, an wen ich mich da wenden könnte. Ich würde wohl im Internet recherchieren oder vielleicht auch meinen Hausarzt fragen.
23	52	--		Im Internet, oder bei meinem Arzt, der hat da sicher Kontakte zu anderen Ärzten.
32	26	Internet	wenig Infos. Hauptsächlich hab ich irgendwelche Selbsttests gefunden, die überhaupt nicht helfen. Sonst hab ich noch Psychiater in der Nähe gefunden.	Jetzt würde ich zu einer Person gehen, die mich gut kennt und mir helfen lassen. Und dann ggf. zusammen nach einem geeigneten Hilfsangebot suchen.
4	44	--		Ich würde meinen Hausarzt kontaktieren und mir bei ihm weitere Hilfe einholen. Ich würde mich eventuell auch an soziale Einrichtungen, wie z.B. Caritas, wenden.
3	21	--		Ich würde zuerst meinen Hausarzt kontaktieren oder vielleicht auch im Internet recherchieren. Aber meine erste Anlaufstelle wäre mein Hausarzt, der mich dann hoffentlich an einen guten Psychologen verweist.
6	19	--		Zuerst würde ich bei Familie und engen Freunden nachfragen. Dann natürlich auch im Internet recherchieren.

21	16	31	24	5	14	19	17
26	23	23	49		21	67	18
Internet	Hausarzt und Internet	--	--	Internet	--	--	--
Es kamen auch viele Anzeigen von privaten Leuten, vor allem aber auch vom Klinikum Mainkofen.	Der Hausarzt gab eine Liste mit Psychologen und Therapeuten mit und wies zusätzlich auf Therapiemöglichkeiten im BKH in Landshut, und beim Suchen im Internet stieß ich auf eine Reihe von Psychologen und Therapeuten, sowie diverse Artikel zu Depressionen, deren Ursache, Symptome und Krankheitsverlauf			BKH Mainkofen (hab ich aber auch schon vorher gekannt), private Psychotherapeuten (bin aber nie zu einer Stelle hin)			
Nein, ich würde nach wie vor genau so vorgehen.	kA	Ich würde meine Hausärztin fragen, meine Eltern oder enge Freunde.	Wahrscheinlich am ehesten im Internet oder beim Hausarzt fragen.	Ich würde zusätzlich privat mehr Freunde/Bekannte fragen.	Im Internet.	kA	Ich würde im Internet nach Informationen suchen.

20	18	36	35	7	15	2	22
25	42	27	27	21	60	32	23
Internet	Ehemann hat mich zum Arzt gebracht	Internet	Internet	--	Internet und Reha	--	Internet und daneben gewohnt
ich suchte im Internet nach einer Psychotherapeutin, ich bekam recht schnell einen Termin	kA	Anmeldung mit Warte- liste bei AVM Re- gensburg	Psychotherapeut		kA		Ich bin im Internet auf die Namen gestoßen, die ich vorhin genannt habe und konnte mich informieren, was die anbieten. Zum Roten Kreuz kam ich, weil ich daneben gewohnt habe und von den Beratungen erfahren habe.
Ich würde mich viel früher jemandem anvertrauen, denn die Krankheit ist keine Schande und nichts wofür man sich schämen sollte.	kA	kA	Ich würde es nicht anders machen.	Im Internet würde ich mir die nötigen Informationen rausuchen.	kA	Ich würde mich an das Bezirkskrankenhaus Landshut wenden oder auch im Internet nach Hilfsangeboten in der Region Landshut suchen. Ich habe jedoch keinen direkten Kontakt, an den ich mich bei psychosozialen Problemen wenden könnte.	Ich würde wieder googeln. Ich wüsste sonst auch gar nicht, wie man sonst an Informationen kommt, wenn ich ehrlich bin. Man kann sich auch gleich die Bewerbungen anschauen, wenn's welche gibt und sich über die Therapeuten informieren.

38			
26			
Internet		<p>Ich habe nach Psychotherapeuten und Psychiatern im Internet gesucht und dort Vergleichsportale mit Bewertungen gefunden. Außerdem Empfehlungen für Psychotherapeuten aus dem Bekanntenkreis. Von Psychotherapeuten bin ich auf verschiedene Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht worden.</p>	
			KA

Anmerkung:
 kA = keine Angabe

Tabelle 3: Vorstellungen über Gründe für fehlende Inanspruchnahme

PbNr	Wie viele Personen im Umkreis bedürftig?	Wie viele davon erhalten Hilfe?	Vermutete Gründe für fehlende Hilfe bei Betroffenen im Allgemeinen
6	1-2	0	die Störungen sind ihnen nicht wirklich bewusst oder sie wollen es nicht wahrhaben
3	5	1	gestehen sich Probleme nicht ein, wollen keine Hilfe in Anspruch nehmen
4	0	--	die meisten wollen sich ihre Krankheit nicht eingestehen und deshalb keine Hilfe einholen
32	2-3	0	einer hat es sich vorgenommen, aber hat sich noch nicht darum gekümmert. Der andere ist zu schüchtern dafür. Viele wollen es nicht eingestehen und sagen "es gibt kein Angebot". Scham wahrscheinlich auch, können sich nicht öffnen
23	kA	kA	kA
1	0	--	kA
37	ein paar	kA	Wartelisten bei Psychiatern ziemlich lang

22	5		5	dass man oft lange auf Therapieplätze warten muss
21	10		10	trauen sich nicht oder unterschätzen ihre Probleme oder wissen es einfach nicht. Vielleicht befürchten sie auch, dass eine Therapie ein schlechtes Stigma auf sie wirft, befürchten Probleme bei der Arbeit oder scheuen die Kosten durch Therapeuten und Medikamente.
16	9		3	wollen es nicht wahrhaben, haben Angst, um Hilfe zu bitten oder sie anzunehmen. Sie denken, sie werden aus dem Umfeld belächelt.
31	3		1	wissen nicht, dass sie Hilfe bräuchten oder wollen das nicht einsehen
24	4		1	keine Selbsterkennung bei Problemen
5	50%		max. 1% davon	trauen sich nicht, nach Hilfe zu fragen. Psychische Störungen sind leider bis heute noch immer ein Tabuthema.
14	2		1	Persönliche Ignoranz und Stolz
19	2		2	Betroffene, die sich keine Hilfe suchen, können sich ihre Probleme selber nicht eingestehen.
17	1		0	peinlich, sie schämen sich mit jemandem darüber zu reden, weil sie Angst haben, ausgelacht zu werden

38	ein Drittel		20	18	36	35	7	15	2
	davon die Hälfte		kA	15-20%	mehr als die Hälfte	8	kA	5	1
	psychische Krankheiten sind immer noch stark stigmatisiert, haben Angst als schwach betrachtet zu werden, können sich nicht eingestehen, dass sie fremde Hilfe benötigen		vielleicht dass sie gar nichts davon ahnen und es einfach als Stress abtun und als Phase, die schon wieder vorbeigeht	kA	zu geringe Kapazitäten von Beratungsstellen und Therapiepraxen, wenig bzw. unüberschaubare Infos über mögliche Anlaufstellen	Ich glaube, wenn diese Leute Hilfe wollen, würden sie diese sicher bekommen. Schwierigkeit besteht darin zu wissen, ob man selber mit seinen Problemen klar kommt.	den meisten ist nicht klar, dass sie professionelle Hilfe benötigen	zu wenig Beratungsstellen, zu wenig Psychologen, bzw. diese sind überlastet	kA

Anmerkung:
kA = keine Angabe

Emotionsregulierung in nahen Beziehungen und ihre Veränderung durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit in der Arbeit mit Paaren²

Rudolf Sanders

1. Ergebnisoffen? Oder Partei ergreifen und wenn ja wofür?

Stellen Sie sich vor, nicht erst seit gestern, sondern schon seit längerer Zeit haben sie Stress mit Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin; nicht etwa nur kleine Streitigkeiten, ja manchmal arten diese zu Handgreiflichkeiten aus. Da Sie beide „vernünftige“ Menschen sind, haben Sie schon vieles überlegt, wie Sie miteinander wieder ins Reine kommen könnten. Sie haben Beziehungsratgeber gelesen, Freunde gefragt und auch im Internet nach Hilfe gesucht. Vielleicht haben Sie auch Kinder und sehen, wie diese Auseinandersetzungen nicht spurlos an ihnen vorübergehen. Aber zutiefst schämen Sie sich dafür, damit nicht alleine klarzukommen!

Vielleicht haben Sie auch die Idee: „Wir haben uns nichts mehr zu sagen!“ oder „Wir haben uns auseinandergeliebt.“ Wenn das tatsächlich so wäre, würden sie nicht leiden, sondern wie „vernünftige“ Menschen ihre Beziehung beenden, fair und gerecht die Besitztümer teilen und natürlich die Last der Erziehung und Fürsorge der Kinder gleichermaßen auf beide Schultern verteilen. Schauen wir uns um, so dürfte das eher die Ausnahme sein. Die einen gestehen sich den Schmerz der Trennung einer Liebesbeziehung ein und nicht wenige geben sich der Illusion hin, wir schaffen die Trennung in gutem Einvernehmen. Forschungsergebnisse der Auswirkungen von Trennung und Scheidung sowohl für die Betroffenen als auch für die Kinder sprechen eine andere Sprache. Denn: „Eine feste, stabile und glückliche Partnerschaft erweist sich als einer der besten Prädiktoren für Lebenszufriedenheit, Glück, Wohlbefinden und Gesundheit. Umgekehrt ist eine unglückliche Paarbeziehung ein relevanter Risikofaktor für psychische Störungen (Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch)“ (Bodenmann 2016, S.23) oder: „Die Scheidung gehörten neben chronischen destruktiven Partnerschaftskonflikten zu einem der bedeutendsten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen beim Kind und Jugendlichen und stellt eine lebenslange Vulnerabilisierung dar“ (Bodenmann 2016, S.167).

² Erstveröffentlichung in: *Informationsrundschreiben Nr. 237* der DAJEB, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.
www.dajeb.de

Nicht selten, als einen letzten Versuch, das Ruder herumzureißen, raffen Sie sich auf, um in einer Ehe- und Familienberatungsstelle oder Paartherapie Hilfe zu suchen.

So die Ausgangslage vieler Paare, die bei uns in der Beratung landen. Sie sind aufgeregt und voller Anspannung, ihr Adrenalinpiegel ist extrem hoch. Fachlich sprechen wir hier von einer typischen Bindungssituation. Menschen in großer innerer Not suchen nach jemandem „Klügeren“, „Weisen“, der in der Lage ist, mit seiner fachlichen Kompetenz und seiner menschlichen Zugewandtheit Ruhe in der Situation zu behalten, um aus dieser Krise heraus zu helfen. Ist es an solcher Stelle von Seiten der Berater*in eigentlich zu verantworten, von „Ergebnisoffenheit“ oder von „Neutralität“ zu sprechen? Grawe (2000, S.21) weist eindrücklich darauf hin, dass es unsere Aufgabe sei, den Menschen, die sich in einem Zustand der Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung befinden, wieder Hoffnung, das heißt positive Erwartung auf eine Besserung, zu induzieren, ihnen wieder Glauben an eine bessere Zukunft zu vermitteln. Was wäre nun der Anker, um wieder Hoffnung zu vermitteln? Anknüpfen an die im Unbewussten vorhandenen Erinnerungen an die guten Zeiten, an den tiefen Wunsch, doch wieder miteinander ins Reine zu kommen. Deshalb soll im Folgenden *das Dazwischen*, das Band, das zwischen beiden besteht und das zu zerreißen droht, explizit in den Fokus genommen werden; ein Plädoyer, sich als Berater*in für das Verbindende, für ihre Liebe einzusetzen. Warum sie aktuell keinen Zugang dazu haben (Ryba 2018), wo die Ursachen maladaptiver Interaktion und Kommunikation liegen (Roediger 2016) und wie diese durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit (Bandura 1997) verändert werden können, darum soll es nachfolgend gehen.

2. Was treibt Menschen an?

Wenn wir die Gelegenheit haben, die Entwicklung kleiner Kinder zu beobachtenden, so fällt auf, dass sie immer wieder Kontakt zur Mutter bzw. zum Vater suchen, um sich zu vergewissern: Bist du da, wenn ich dich brauche, wenn ich mich vielleicht verletze, wenn ich bei der Lösung eines Problems, etwa mir selber eine Schleife am Schuh zu machen, nicht weiterweiß oder wenn ich einfach zum Ausruhen deine Wärme und Nähe spüren will? Dieses geschieht durch Blickkontakt, durch den Klang der Stimme, die ermutigt und durch Präsenz, die nicht durch einen immer wieder überprüfenden Blick auf die neuesten Nachrichten auf einem Smartphone blockiert wird (Spitzer 2018). Diese Sicherheit, Mutter oder Vater immer als sicheren Hafen zu haben und je älter wir werden auch andere Menschen, brauchen wir für unsere Entwicklung (Becker-Stoll et al. 2018). Die Sicherheit einer zuverlässigen Bindungsbeziehung ermöglicht die Exploration, die Erkundung dieser Welt, um die Potentiale zu entdecken und zu entfalten, die in jedem Menschen stecken.

Diese Sicherheit wird bereits angelegt in den ersten neun Monaten der Schwangerschaft, in denen jeder Mensch die Erfahrung macht, durch eine Nabelschnur sicher verbunden zu sein. Das Eingebundensein in eine berechenbare und zuverlässige Umwelt innerhalb des Mutterleibes speichert sich im Leibgedächtnis als eine tief verankerte Erfahrung ein: Die Verbindung durch die Nabelschnur zur Mutter ermöglicht, täglich mehr ein Stückchen zu wachsen, sich zu entwickeln. Diese Erfahrung ist in uns Menschen stark verleiblicht, weil uns die Verbundenheit zu einem Menschen die Möglichkeit eröffnet hat, uns zu entwickeln, so dass sie auch unser weiteres Leben bestimmt. Die Sicherheit und Exklusivität in der nahen Verbundenheit mit einem Menschen, eingebettet in ein größeres soziales Ganzes, ist auch im Lebenslauf die Voraussetzung, sich entwickeln zu können. Wir brauchen die Bindung an einen Menschen, um immer mehr der Mensch zu werden, der in uns angelegt ist. Dieser Entwicklungsprozess geht bis zum Lebensende und findet seine Vollendung im Tod. Martin Buber, der große jüdische Philosoph, drückt dieses folgendermaßen aus: Am Du zum Ich werden. Deshalb erweist sich eine feste, stabile und glückliche Partnerschaft als eine der besten Prädikatoren für Lebenszufriedenheit, Glück, Wohlbefinden und Gesundheit. Wir können davon ausgehen, dass der Wunsch, dass nahe Beziehungen gelingen, tief verleiblicht ist. Deshalb wünschen sich die meisten Menschen eine glückliche, harmonische und vor allem langfristige Partnerschaft (Bodenmann G. 2016).

3. Wie hindern die Partner sich daran, das zu bekommen, was sie suchen und brauchen?

Ohne dass jemand in der Beratung von dem/der Berater*in ein herzliches Willkommen *spürt* (etwas anders als Fühlen!), sind persönliche Entwicklungsprozesse nicht möglich. Darauf weist die Polyvagal-Theorie hin, die die Funktionen unseres Autonomen Nervensystems (ANS) für die psychische Verfasstheit und deren Erleben von Menschen beschreibt (Porges 2010). Das ANS ist die neuronale Plattform, die allem, was wir erleben, zugrunde liegt. Ob wir uns jemandem zuwenden oder ob wir uns abwenden, alles wird vom ANS gesteuert. In jeder unserer Beziehungen lernt das ANS etwas über die Welt und wird dazu gebracht, Gewohnheiten der Verbundenheit oder der Schutzsuche zu entwickeln. Als **Neurozeption** wird die Reaktion des ANS auf Signale für Sicherheit, Gefahr und Lebensgefahr bezeichnet, die aus dem Körper und aus der Umgebung stammen und die durch die Kontakte zu anderen Menschen hervorgerufen werden. Es handelt sich um ein „Erkennen ohne Gewährsein“ also unterhalb der Bewusstseinsschwelle. **Co-Regulation** heißt das Bedürfnis, das zwingend erfüllt werden muss, um Leben zu erhalten. Wir können hierbei von einem biologischen Imperativ sprechen. Aufgrund der reziproken Regulation unserer autonomen Zustände *spüren* wir, ob wir sicher genug sind, um uns auf Verbundenheit einlassen zu können, um eine vertrauensvolle Beziehung, die

Grundlage jeder befriedigenden Beziehung zwischen Menschen ist, einzugehen. Wird diese nicht *gespürt*, reagiert das ANS mit Kampf, Flucht oder Immobilisation (Dana 2019).

Im Folgenden sollen mögliche Impulse von außen als auch von innen betrachtet werden, die Partner daran hindern, sich gegenseitig Nähe, Geborgenheit, persönliche Weiterentwicklung und Exploration zu ermöglichen. Alle Paare haben bereits diese Erfahrung der Verbundenheit gemacht, sonst hätten sie nicht zueinander gefunden, hätten keine Kinder. Wie jeder Organismus sich entwickelt, so ist auch ein Paarsystem in einem permanenten Wachstumsprozess. Dieser kann so heftig sein, dass er zu Reaktionen von Kampf, Flucht oder Immobilisation führt und der Zugang zur Co-Regulation verloren gegangen scheint. So wird nicht selten die Beziehung beendet, statt den Sinn des Chaos zu ergründen. Dann wird eine Trennung zur „Lösung erster Ordnung“, mit der großen Wahrscheinlichkeit, dass in einer neuen Beziehung alte Muster wiederholt werden und die Betroffenen in gleicher Weise auch die nächste Beziehung gestalten. In einem therapeutischen Prozess dagegen kann es möglich werden, Rahmenbedingungen zu schaffen, in welchem beide solche Entwicklungs- bzw. Reifungsschritte machen, dass sie als Paar „Lösungen zweiter Ordnung“ generieren (Schiepek et al. 2013, Haken 2014). Nach einem solchen Prozess hätten sie als System eine neue Komplexität erreicht. Mit dieser, die mit einer höheren Bewusstheit einhergeht, können sie sich *dann* entscheiden, ihre Beziehung fortzusetzen oder nicht. Falls sie Kinder haben, ist davon auszugehen, dass sie dann ihre Elternschaft verantwortlich gestalten werden. Aber wenn die Sehnsucht nach Verbundenheit so groß ist, warum trennen sich dann Paare überhaupt?

4. Ein hinreichend „stabiles Selbst“ als Fundament einer Beziehung auf Augenhöhe

Die Erfahrungen des zweiten Weltkrieges, wonach auch Frauen verantwortlich ihr Leben in die Hand nehmen konnten, veranlasste die Mütter und Väter des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, die Beziehung zwischen Mann und Frau neu zu regeln. Sie sagten schlicht: *„Männer und Frauen sind gleichberechtigt“* (GG Art. 3 Abs. 2). Diese Aussage im Grundgesetz zu verankern, war allerdings ein harter Kampf der beteiligten Frauen vorausgegangen! Denn die Mehrheit des Parlamentarischen Rates (Männer!) war dagegen. Wo käme man da hin, wenn man das Bürgerliche Gesetzbuch von 1900 umschreiben wolle, das in so vielen Paragraphen das Weib dem Manne unterwirft (Staas 2019)? Die Diskriminierung setzte sich allerdings noch fort. Dem Gesetzgeber gaben sie auf, bis zum 31.3.1953 alle Gesetze zu ändern, die einer Gleichberechtigung im Wege standen. Dieser ließ sich jedoch bis zum Juni 1957 mit der Inkraftsetzung des Gleichberechtigungsgesetzes (BGBl. I 1957, 609) Zeit. Hinsichtlich der Ehe war aber noch nicht die volle Gleichberechtigung zugelassen. Es blieb das Leitbild der

Hausfrauenehe, die Reduzierung der Sphäre der Ehefrau auf Kinder und Küche (Barabas & Erler 2002). Erst 1976, mit dem neu gefassten Scheidungsrecht (§§ 1564 BGB), wird die „Hausfrauenehe endlich zugunsten einer vertraglichen Konstruktion verabschiedet. Wie die Eheleute ihr Zusammenleben organisieren, wer arbeitet oder die Kinder erzieht, können sie nunmehr ohne gesetzliche Zielvorstellungen selbst entscheiden“ (Barabas & Erler 2002, S. 68). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nun nach der Vorherrschaft des Mannes rein rechtlich Partnerschaft möglich wurde. Ein äußeres Gerüst, das alles streng regelte, war weggefallen mit der Konsequenz, dass nun Aufgabenteilung, Berufstätigkeit, Haushalt, Geld, Erziehung der Kinder, Persönlichkeitsentfaltung miteinander verhandelt werden müssen. Aber ein Aushandeln auf Augenhöhe setzt ein Stabiles Selbst voraus.

5. Partnerschaft auf Augenhöhe – eine Herausforderung

5.1. *Instabiles Selbst*

Vor der Frage, was nun ein *Stabiles Selbst* ausmacht, geht es zunächst darum, was überhaupt ein *Instabiles Selbst* kennzeichnet. Denn hierbei handelt es sich um ein erhebliches Hindernis, eine Beziehung auf Augenhöhe führen zu können. Gleichzeitig wird es durch die Beschreibung möglich, die Ursachen für diese mangelnde Kompetenzen zu dechiffrieren und Entwicklungsmöglichkeiten durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit aufzuzeigen.

Einem Menschen mit einem *Instabiles Selbst* mangelt es nach Bandura (1977) an relevanten Erfahrungen der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse. Er hat wenig Fähigkeiten, den eigenen Selbstwert zu spüren, er hat kaum Kontakt zu eigenen Bedürfnissen und Wünschen, wenig Fähigkeit zur Selbstberuhigung, mangelnde Kontrolle über eigene Impulse und Emotionen, wenig Empathie, sich in den andern einfühlen zu können, wenig Fähigkeit, eigene Wünsche um ein gemeinsam Größeres zurückzustellen. Diese Eigenschaften prägen dann das emotionale Binnenklima, als Folge der Art und Weise, wie genau zwei Menschen miteinander umgehen. Sie werden zum zentralen Auslöser für Unzufriedenheit und weitreichendere Störungen in der Beziehung. Statt die Verantwortung für die eigene Unzufriedenheit, das eigene Glück zu übernehmen, wird der Partner dafür verantwortlich gemacht. Aber warum gelingt es zwei erwachsenen Menschen mit „etwas gutem Willen“, vielleicht durch die Orientierung an einigen Kommunikationsregeln, nicht, ihr Miteinander zur Zufriedenheit zu gestalten?

5.2 Das innere Arbeitsmodell

Um diese Kommunikations- und Interaktionsstörungen zu verstehen, gilt es, die ersten drei Lebensjahre eines Menschen, die nach den Bindungsforschern Klaus und Karin Grossmann (2012) als Grundlage für das Gefüge psychischer Sicherheit gelten, in den Blick zu nehmen. Zusammenfassend kamen sie zu dem Ergebnis, dass diese die Grundlage für das Gefüge psychischer Sicherheit bieten. Hier entwickeln Menschen ein „inneres Arbeitsmodell“ bezogen auf das Vertrauen in andere Mitmenschen; die Selbstkontrolle, die ein Zusammenleben mit anderen überhaupt erst möglich macht; die Motivation, Herausforderungen bewältigen zu wollen und die emotionalen Grundlagen für intellektuelles Lernen. Diese Grunderfahrungen führen im Laufe des Lebens zur Entwicklung weiterer Modelle, die als „Schemata“ (Roediger 2016) bezeichnet werden. Diese lassen Menschen im Sinne früherer Beziehungserfahrungen handeln.

Wir unterscheiden zwischen adaptiven und maladaptiven Schemata. So lässt z. B. ein adaptives Schema einen Menschen später in dessen Leben als verantwortlichen, sich seiner selbst bewussten, reifen Erwachsenen planen und handeln. Schemata haben die Eigenschaft, die Wahrnehmung, die Konstruktion der Wirklichkeit, einschließlich der dazugehörigen Gefühle und körperlichen Reaktionen zu bestimmen bzw. zu versklaven (Young & Klosko 2006). Im Licht der Polyvagal-Theorie eröffnet sich die Möglichkeit, traumatisierende Erfahrungen aus einem ganzen anderen Blickpunkt zu sehen, sich nicht mehr als Opfer, sondern als Held*in, die etwas überlebt hat. So hilft diese Theorie der Entschlüsselung bzw. der Mentalisierung neurobiologischer Mechanismen psychischer Störungen (Porges 2010). Dabei wird die Mentalisierung zur Basis menschlichen Wollens und Handelns. Diese Fähigkeit wird in den ersten Lebensjahren angelegt, indem die Handlungen des Säuglings mit emotionalen und sprachlichen Reaktionen begleitet bzw. von ihnen gespiegelt werden. Dadurch entstehen miteinander verbundene Repräsentanzen. Bleibt dieser Lern- bzw. Bahnungsprozess aus, bilden sich nur isolierte Repräsentanzen, es können ihnen keine adäquaten Gefühle oder Begrifflichkeiten zugeordnet werden. Diese werden im limbischen System gespeichert und haben keine Verbindung zum präfrontalen Cortex (Hantke & Görge 2012).

Zwei Studien aus dem Bereich der Ehe- und Partnerschaftsberatung weisen darauf hin, dass es sich insbesondere um das *Wie* der Beziehungsgestaltung handelt, das zu Konflikten führt. Dieses *Wie* des Miteinanders wurde ganz nebenbei - so wie die Grammatik und Syntax einer Muttersprache - im familiären Kontext der Herkunftsfamilie gelernt. Und später, wenn man wieder in einer nahen Beziehung in einer Familie und Partnerschaft lebt, kommt dies völlig ungefragt ich-synton wieder zur Anwendung. Dabei handelt es sich zum einen um eine prospektive Untersuchung von Klann (2002) und zum anderen um die Aus-

wertung einer EMNID Studie von Saßmann & Klann (2004). Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dieser beiden wichtigen empirischen Erhebungen vorgestellt.

Die Problemliste PL (in Hahlweg 2016) erfasst typische Partnerschaftsprobleme bzw. Problemkonstellationen bei Paaren. Die Ratsuchenden bewerten insgesamt 23 Bereiche des Zusammenlebens danach, ob hier Konflikte vorliegen und wie sie damit umgehen. Hervorzuheben ist, dass über einen Zeitraum von fast 25 Jahren keine Änderungen in der Rangreihe der einzelnen Konfliktbereiche festzustellen sind. So sind die Bereiche Zuwendung des Partners (65%), Sexualität (64%), Kommunikation/gemeinsame Gespräche (59%), Forderungen des Partners (57%), fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners (54%) nach wie vor die Hauptthemen, die Paare eine Beratung aufsuchen lassen. Der Bereich „außereheliche Beziehungen“ wird erst an 19. Stelle genannt (Klann 2002, S.98)! Es sind nicht die harten Fakten, wie Haushaltsführung (32%), Berufstätigkeit (29%), Finanzen (19%) oder außereheliche Beziehungen (18%), sondern die implizite, unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegende, Gestaltung der Binnenbeziehung eines Paares, die zu unlösbaren Konflikten und damit zu Unzufriedenheit in der Partnerschaft führt.

5.3 Vom Sinn der Vermeidungsschemata

Wenn nun eine Paarbeziehung, eine Ehe für die meisten Menschen, eine so hohe Bedeutung hat, warum verhalten sie sich dann nicht so, dass sie in dieser Beziehung zufrieden und glücklich sind? Die Ursachen dafür liegen u.a. in den Vermeidungsschemata.

Befragt nach der Atmosphäre in der Herkunftsfamilie, berichten etliche Ratsuchende in der Paarberatung, in vielfältiger Hinsicht durch den erlebten Erziehungsstil belastet zu sein. 49% bezeichneten die Erziehung durch ihre Eltern als sehr streng (im Vergleich zu 18% in der Normalbevölkerung NB), 43% wurden von ihren Eltern nur dann geliebt, wenn sie sich so verhielten, wie ihre Eltern es wollten (13% in der NB) und 33% berichteten davon, dass sie machen konnten, was sie wollten, immer war für ihre Eltern irgendetwas falsch (13% in der NB) (Saßmann & Klann 2002).

Viele Ratsuchende hatten offensichtlich durch frühe Beziehungserfahrungen wenig Gelegenheit, Erfahrungen der Kompetenz hinsichtlich der Umsetzung eigener Bedürfnisse und Wünsche, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit zu machen. Stattdessen waren sie damit beschäftigt, Stress und Angst zu bewältigen. Dass solche früheren Lernerfahrungen Auswirkungen auf das konkrete Gestalten von nahen Beziehungen im Heute haben, liegt auf der Hand. Aus neurowissenschaftlicher Sicht ist der Inhalt des psychischen Apparates individuell konstruiertes Wissen. Von entscheidender Bedeutung für diesen Lernprozess sind die frühen Jahre: „Wie alle lernfähigen Gehirne ist auch das menschliche Gehirn am tiefsten und nachhaltigsten während der Phase der

Hirnentwicklung programmierbar“ (Hüther 2001, S.23). Ein Kind, das viel Angst und Stress erlebt, speichert von Anfang an die Erfahrungen im Umgang mit diesen Zuständen und nutzt diese Erfahrung bis auf weiteres, um das Wohlbefinden zu sichern, so gut es geht.

„Je früher sich diese prägenden Erfahrungen im Umgang mit der Angst in das Gehirn eingraben können, je verformbarer die Verschaltungen des Gehirns also zu dem Zeitpunkt sind, zum dem diese Erfahrungen gemacht werden, desto besser sitzen sie für den Rest des Lebens. Sie sehen dann aus wie angeborene Instinkte, lassen sich auslösen wie angeborene Instinkte, sind aber keine angeborenen Instinkte, sondern in das Gehirn eingegrabene, während der frühen Kindheit gemachte Erfahrungen mit der Bewältigung von Angst und Stress“ (S. 51).

Es ist naheliegend, dass diese frühen Erfahrungen Auswirkungen auf die *aktuelle* gefühlsmäßige und körperliche Befindlichkeit haben, da sie sich im nahen Miteinander einer Partnerschaft wieder aktualisieren. So berichteten in der EMNID-Studie 82% der Ratsuchenden davon, in Gefühlsdingen sehr verletzlich zu sein, 78% meinten, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, 71% sprachen davon, gespannt oder aufgeregt zu sein, 63% hatten den Eindruck, andere nicht zu verstehen und 60% berichteten davon, dass es ihnen schwerfällt, etwas anzufangen; die Unterschiede zu den Normwerten sind hochsignifikant (Saßmann & Klann 2002, S. 94).

So wird das WIE in der Herkunftsfamilie zum Arbeitsmodell für eine nahe Beziehung. Unsicherheit, Angst in den ersten Lebensjahren in nahen Beziehungen führen als „Überlebensstrategie“ zu Vermeidungsschemata (z.B. echte und tiefe Nähe zu meiden). Diese schützen zwar vor weiteren Verletzungen der Grundbedürfnisse, verhindern aber gleichzeitig bedürfnisbefriedigende Erfahrungen. Der Mensch steht sich so selbst im Wege, er hat eine sich selbst-schädigende Betriebsanleitung für das Miteinander in einer nahen Beziehung entwickelt.

Menschen, die in ihrer Herkunftsfamilie vor allem Strategien zum Überleben entwickeln mussten, um keine sexuelle, physische, emotionale Gewalt oder Missbrauch zu erfahren, sind in vielfältiger Weise beeinträchtigt, eine nahe Beziehung wie die einer Partnerschaft oder Ehe zu gestalten. Sie können kaum Kontakt zu eigenen Bedürfnissen und Wünschen entwickeln, haben geringe Fähigkeiten zur Selbstberuhigung, mangelnde Kontrolle über eigene Impulse und Emotionen, wenig Empathie, wenig Fähigkeit, eigene Wünsche um ein gemeinsames Größeres zurückzustellen, wenig Fähigkeit, den eigenen Selbstwert erhöhende Erfahrungen zu machen. Da sie sich als Kind einerseits nach echter Nähe gesehnt haben, sie sich andererseits vor verletzender Nähe schützen mussten, haben sie wenig Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, von echter Nähe und Tiefe sowie davon, Berührung zu schenken und sich schenken zu lassen, wonach sie sich sehnen. Sie schämen sich für das, was ihnen als Kind angetan worden ist. Sie halten eine „gute Kindheit“ hoch und sind völlig blockiert, sich mit dem erfahrenen

Leid, den Traumatisierungen auseinanderzusetzen. Häufig ist es ihnen sogar gelungen, früh gelernte Überlebensmechanismen wie das der *Aufopferung für andere* in caritativen Berufen oder im ehrenamtlichen Engagement z.B. bei der Feuerwehr für andere Menschen zum Segen werden zu lassen. Für eine persönliche Entwicklung und Reifung ist es allerdings wichtig, die Quelle dieses Verhaltens, die erfahrene Vernachlässigung, Kälte und Ablehnung im Elternhaus zu dechiffrieren. Denn diese führte zu der Kognition, wertlos zu sein und zu der Kompensation: ‚Wenn ich mich nur aufopfere, mich selber zurücknehme und den Eltern damit signalisiere, dass ich lieb bin und liebenswert, dann werden sie mir irgendwann die Liebe schenken, die ich verdiene.‘ Wird diese Aufopferung für den Partner in einer Ehe zum Selbstzweck, dann wird Hingabe zu Selbstaufgabe, weil die betreffende Person sich nicht abgrenzen kann.

„Gerade Krisenpaare neigen dazu, die eigenen Eltern zu schonen, wie schrecklich sie in der Kindheit auch gewesen sein mögen. Eher wird der Partner oder die Partnerin mit all der Wut und Verzweiflung konfrontiert, die sich im Inneren angestaut hat. Trotz oder sogar wegen ihrer entsetzlichen Kindheit stehen Menschen, die eine Paartherapie aufsuchen, im Beruf, ziehen ihre Kinder verantwortungsvoll groß und engagieren sich sozial. Zumindest hätte niemand auf Anhieb den Eindruck, hinter einem Paar mit Sexualstörungen, Krisen, einem ‚Friedhofsfrieden‘ oder Trennungsabsichten könnte eine traumatisierte Kindheit stehen“ (Klees 2018, S. 36).

Eine Übersicht über 19 verschiedene maladaptive Schemata, z.B. Emotionale Vernachlässigung, Verletzbarkeit oder Unterwerfung finden sich bei Roediger (2016, S. 86–92). Ebenso wird deutlich gemacht, welches Elternverhalten Ursache dieses Schemas war. Sodann wird plausibel, welche Kognition ein Mensch mit diesen frühen Erfahrungen über sich entwickelt hat und welche maladaptiven Möglichkeiten zur Bewältigung etwa in der Duldung, Vermeidung oder Kompensation gewählt wurden.

Beispiel: Entstehung und Bewältigung des Schemas *Emotionale Vernachlässigung*

Elternverhalten: Kälte und Ablehnung

Kognitionen: Ich bin wertlos, überflüssig. Ich muss alles selbst um, weil mir niemand hilft.

Erduldung: Mangel an Selbstfürsorge, Selbstschutz und Selbstorganisation

Vermeidung: Rückzug, „einsamer Wolf“, Tagträume

Kompensation: Ausbeutung anderer, Promiskuität oder Helfersyndrom, Aufopferung, stark anklammerndes Verhalten

6. Maladaptive Emotionen oder Tun wir eigentlich das, was wir wollen?

Eine der spannendsten Fragen in der Arbeit mit Paaren ist ja die, inwieweit unser Handeln von unserem Wollen abhängt. So wird nicht selten deutlich, dass, wenn die Partner von einem Konflikt erzählen, sie sich gegenseitig völlig unterschiedliche Intentionen unterstellen nach dem Motto: „Ich höre was, das du nicht sagst“ (Pásztor & Gens 2004).

Alltagspsychologisch wird davon ausgegangen, dass unser Selbst unser Handeln steuert. Aber was ist eigentlich unser Selbst? Unterschieden wird zwischen einem *Expliziten Selbst* und einem *Impliziten Selbst*. Das explizite wird in der linken Gehirnhemisphäre verortet. Diese ist zuständig für unserem Bewusstsein zugängliche Prozesse. Sie ist verbal explizit, in der Welt der Objekte und sachlichen Beziehungen zu Hause. Sie ist sequenziell, logisch und analytisch. Dieser Teil unserer Gehirnhemisphäre ist in der Lage, die Vergangenheit und die Zukunft zu vergegenwärtigen. Und vor allen Dingen ist sie langsam. Die Ergänzung dazu ist die rechte Gehirnhemisphäre, die das *Implizite Selbst* repräsentiert. Deren Merkmal zeichnet sich zum einen durch große Schnelligkeit aus. Nach einigen Fahrstunden sind wir etwa in der Lage, ohne uns viele Gedanken zu machen, automatisch den richtigen Gang zu wählen oder in Notsituationen schnell zu bremsen. Dieses geschieht dann nicht bewusst, nonverbal, implizit, prozedural. Diese Gehirnhemisphäre steuert unsere Welt der Subjekte und Affekte. Sie ist holistisch, führt die vielen Informationen, die wir über die verschiedensten Sinneskanäle aufnehmen, zu einer Synthese zusammen und macht eine „Gestalt“ daraus. Es ist die Welt der Gegenwart, des Vollzugs und Handelns (Neumann & Naumann-Lenzen 2017, S. 137-206). Der Großteil der Interaktionen eines Paares läuft in diesem impliziten Modus. Das Problem besteht darin, dass wir zu unserem impliziten Modus keinen bewussten Zugang haben. Haben die Partner in ihrer Herkunftsfamilie adaptive Schemata für das Miteinander gelernt, so werden sie diese implizit auch für ihre Ehe bzw. Partnerschaft nutzen. Das gleiche gilt natürlich auch für maladaptive Schemata, denn sie können sich gar nicht anders verhalten, sie sind in diesen Mustern verklavt und haben einem gegenseitig förderlichen Miteinander abträgliche Persönlichkeitszüge entwickelt. Grawe macht für unsere Fragestellung folgendes deutlich: „Was man mit einem der vielen Fragebögen zur Messung des Selbstwertgefühls erfasst, dürfte den im expliziten Gedächtnis gespeicherten Komponenten des Selbstbildes entsprechen. Dieses explizite Selbstbild muss nicht mit dem impliziten Selbstwertgefühl übereinstimmen, das man aus dem Verhalten und den Emotionen eines Patienten erschließen kann. Das implizite Selbstwertgefühl könnte daher wichtiger dafür sein, was jemand in realen Situationen wirklich tut“ (Grawe 2004, S. 256).

Durch Lernen, konkret durch vielfältige tägliche Erfahrungen, entstehen diese Handlungstendenzen. Dabei versteht sich Lernen als ein

Sammeln von Gedächtnisspuren in der rechten, dem Bewusstsein nicht zugänglichen Gehirnhemisphäre. Der Hippocampus bindet Erlebnisse zu Schemata zusammen und formt langfristige Gedächtnisinhalte im Cortex. Nehmen wir als Beispiel die Notwendigkeit der körperlichen Berührung. Friedrich II. versuchte herauszufinden, welche Sprache Kinder entwickeln würden, wenn sie ohne Ansprache und Zuneigung aufwachsen würden. Alle Kinder starben. Was bedeutet es für ein Kind, das angefasst wird, mal mit Zuneigung, mal aber auch mit körperlicher oder sexueller Gewalt? Es wird früh lernen, sich auf der einen Seite nach Berührung zu sehnen und sich auf der anderen Seite vor Berührung zu schützen. Das kann dann zu einem impliziten, dem Bewusstsein nicht zugänglichen Beziehungsmuster: „Ich hasse dich! Verlass mich nicht!“ führen.

7. Die Bedeutung der impliziten Beziehungsgestaltung für die Emotionsregulierung in nahen Beziehungen und ihre Veränderung

Unter Stresssituationen, die zu jedem Leben, jeder Beziehung dazugehören, greifen Menschen unbewusst auf ihre ersten Bindungserfahrungen im Elternhaus zurück. Diese frühen Erfahrungen prägen einen Menschen hinsichtlich seiner Gestaltung von „nahen Beziehungen“ wie die einer intimen Beziehung! Diese unbewussten Bindungserfahrungen führen zu Mustern in der Gestaltung einer Partnerschaft. Das Dechiffrieren dieser Muster im Rahmen einer Paarberatung dient den Betroffenen selbst im hohen Maße zur Klärung der Frage, in welchem „alten Film“ sie gerade sitzen, welche alten Beziehungsmuster sich im Miteinander immer wieder aktualisieren. Damit wird ihnen das für ihre psychische Gesundheit zu erfüllende Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle in hohem Maße befriedigt. Gleichzeitig wird die Klärung zum Motor, Wege der Bewältigung zu finden und aktiv gehen zu wollen. So können wir folgende Bindungsmuster bei Erwachsenen unterscheiden (Howe 2015, S. 85).

Organisierte Bindungsmuster:

Sichere Bindung

Offener Umgang mit den Bindungsgefühlen Angst, Ärger und Trauer. Erkennen der Bedingungen in Situationen, in denen diese Gefühle auftreten. Fähigkeit, sie durch konstruktive Lösungen zu überwinden.

Unsicher vermeidend

Bindung wird abgewertet, um nicht abhängig zu erscheinen.

Unsicher ambivalent

Bindungen werden zwar sehr hochgeschätzt, ihnen jedoch nicht vertraut.

Desorganisierte Bindungsmuster

Unsicher verstrickt

Enge Beziehungen erzeugen ein Gefühl großer eigener Hilflosigkeit.

Jede Beratungssituation ist immer auch gekennzeichnet von einer impliziten Beziehungsgestaltung. Denn immer dann, wenn hilfsbedürftige Menschen, hier das Paar, sich an einen stärkeren, klügeren, weisen, die Berater*in, wendet, sprechen wir von einer Bindungssituation! Dann wird eine *Willkommenskultur zum Türöffner für gelungene Beratungsprozesse* (Sanders 2020). Eine akzeptierende, wohlwollende Atmosphäre ermöglicht es, zu hören, was *zwischen* den Zeilen gesagt wird, körperliche Reaktionen zu registrieren, um eine Ahnung davon zu bekommen, welche Arbeitsmodelle sich *hinter dem Gesagten* verbergen. Denn es gilt zu beachten, dass ein Schema (Arbeitsmodell) nicht direkt zu beobachten ist, sondern nur als Modus (bedürftiges Kind) in seinem Aktivierungszustand erlebbar wird. Dann kann sich Folgendes ereignen:

„Das Paar berichtete während der ersten Beratungssitzung freundlich-höflich-respektvoll, langsam und bedacht über ihre Gründe, sich Hilfe zu suchen. Je vertrauensvoller sich die Gesprächsatmosphäre gestaltete, desto mehr gaben sie ihre vorsichtige Zurückhaltung auf und vermochten immer besser von Einzelheiten und von ihren Empfindungen zu berichten.“

Häufig hat in Paarbeziehungen derjenige, bei dem es „läutet“, den Eindruck (meist sogar die feste Überzeugung), dass der, der das Klingeln auslöst, der Verursacher sei. Es folgen Streit, Vorwürfe, Feindseligkeiten, Beleidigungen oder andere – für den Partner unbegreifliche – Verhaltensweisen. Paaren in der Krise gelingt es nicht mehr, das zu klären. Einer oder beide verhalten sich wie ein verletztes, wütendes, oder undiszipliniertes Kind. So werden im Verlauf einer Beratung nicht selten spezifische Handlungsweisen bestimmter maladaptiver Schemata, sei es als Überkompensation, Vermeidung oder Erdulden, in aller Deutlichkeit beschrieben.

Im Folgenden wird deutlich, dass ein Partner durch das *Schema der Unterwerfung* in seiner Wahrnehmung und seinem Verhalten seiner Partnerin gegenüber gesteuert wird:

„Meine Oma wohnte im Erdgeschoss und hatte im Sommer immer die Fenster offen und wehe sie bekam mal mit, dass man mal ein unanständiges Wort sagte oder sich mal mit anderen stritt, dann wurde nicht gefragt, wieso das so war, dann hieß es sofort „Ab nach Hause“, da gab es dann Stubenarrest und man kam nicht mehr raus. Das war natürlich sehr unschön, also habe ich dann sehr früh gelernt, brav und folgsam zu sein, damit es keinen Stress gibt.“

„Wenn es dann später in meiner Kindheit, als wir wieder bei den Eltern wohnten und ich zur Hauptschule ging, Situationen gab, die sehr unangenehm waren, dann schluckte ich die Dinge einfach herunter und

versuchte, das irgendwie mit mir selbst abzumachen. Auf jeden Fall habe ich nicht aufgemuckt, sondern habe mich eher untergeordnet. Konflikte habe ich eigentlich eher als bedrohlich empfunden und bin ihnen aus dem Weg gegangen.“

So führen aktive maladaptive Schemata durch die damit einhergehenden Verhaltensweisen, wie etwa der Unterwerfung, zu Ursachen von Störungen der Interaktion und der Kommunikation. Und das macht Stress! Stress hängt nicht davon ab, was objektiv der Fall ist, sondern davon, wie jemand das Ausmaß seiner Kontrolle über die jeweilige Situation erlebt. Nicht die unangenehmen Erfahrungen in einer Beziehung bewirken Stress, sondern das Gefühl, ihnen machtlos ausgeliefert zu sein. Weiß man als Partner nicht, was der andere im nächsten Moment tut, löst das Stress aus. Dieser Stress ist höchst ungesund, denn er führt zu Bluthochdruck, Magengeschwüren, Impotenz, Libidoverlust, Infektionskrankheiten, Verkürzung der Lebensdauer.

8. Selbstwirksamkeit – der Schlüssel zu Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz

Auch Ratten, Affen und andere höhere entwickelte Säugetiere haben das Bedürfnis nach Bindung, nach Kontrolle und Orientierung sowie nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Ein spezifisch menschliches Bedürfnis ist das nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz. So sieht Alfred Adler (1920, 1927) das Streben nach Überwindung eines Minderwertigkeitsgefühls als wichtigste Motivationsquelle des Menschen an. Negative Erfahrungen eines Kindes hinsichtlich seiner Bindungs- und Kontrollbedürfnisse haben einen starken Einfluss auf das sich entwickelnde Selbst und führen dazu, dass dieses negative Kognitionen über sich selbst in Form eines negativen Selbstbildes und eines schlechten Selbstwertgefühls entwickelt, wie es seinen Niederschlag in den maladaptiven Schemata findet. Jemand, der seitens der Eltern Vernachlässigung, Kälte und Ablehnung erfahren hat, wird das Schema *Emotionale Vernachlässigung* generieren. Dadurch entwickelt er in seinem Selbstbild die Kognitionen, wertlos, überflüssig zu sein. In der Bewältigung dieses Schemas vermeidet er vielleicht soziale Kontakte oder in der Kompensation opfert er sich für andere auf und zeigt stark anklammerndes Verhalten (Roediger 2016, S. 86). In seinem Bindungsmuster ist er vielleicht unsicher verstrickt, opfert sich für den anderen scheinbar auf, tut alles, um ihm zu gefallen. Gleichzeitig wird er allerdings emotional nicht satt, macht auf den anderen Partner den Eindruck eines „Fasses ohne Boden“. Sachse (2019) spricht in diesem Fall von dem Modell der doppelten Handlungsregulation. Nach diesem Modell gibt es immer zwei Handlungsebenen: (1) die unbewusste Motiv-Ebene bzw. die Ebene der authentischen Handlungsregulation. So konnte jemand als Überlebensstrategie sich für Mutter oder Vater aufgeopfert haben, ganz im Sinne der Parentifizierung, in der Hoffnung,

dann doch emotionale Zuwendung zu bekommen und einfach angenommen und geliebt zu werden. (2) Die andere Ebene ist die Spiel Ebene oder die Ebene der manipulativen oder intransparenten Handlungsregulation. Zwischen diesen beiden Ebenen liegt die Ebene der dysfunktionalen Schemata, die i.d.R. aus Überlebensstrategien in der Kindheit resultieren. Sie verhindern, dass auf der Spiel Ebene die Beziehungsmotive oder interaktionellen Ziele befriedigt werden. Das bedeutet konkret, dass die Partner*in nie die Wunde heilen oder stillen kann, die in Kindertagen geschlagen wurde. „Menschen mit Beziehungstraumata und traumatischen Erfahrungen psychischer oder sexualisierter Gewalt suchen in der Welt (...) aktiv nach einer guten, idealen Beziehung, die ihnen immer gefehlt hat, in der sie Sicherheit und maximale Achtsamkeit finden ohne Eigeninteresse des anderen. Sie suchen wie ein Kind nach einer Beziehung, in der sie nie verlassen, nie enttäuscht oder gar traumatisiert werden“ (Sasse 2009, S. 190).

Der Schlüssel, diese Wunden zu heilen und vernarben zu lassen, ist zum einen ganz im Sinne des Grundbedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle darin zu finden, im Rahmen der Psychoedukation über die Zusammenhänge und Unterschiede von Schema und Modus zu informieren. Dass das Schema zwar lebenslang bleibt, dass der Modus aber, also die Art und Weise, damit umzugehen, veränderbar ist. So haben Systeme die Eigenschaft, sich selbst zu erhalten (Haken 2014). Dieser Prozess der Selbsterhaltung wird als Autopoiesis bezeichnet. Nicht selten versteckt sich z.B. hinter einem Wutausbruch häufig die Angst, die Partner*in zu verlieren. Lernt der Partner im Rahmen der Beratung, diese Angst zu benennen, setzt sofort eine Veränderung des Systems ein. Ganz plötzlich ist dichte Nähe zu verspüren (Johnson 2009). In Kontakt mit seinen eigenen Gefühlen zu kommen und darüber die Partner*in Anteil haben zu lassen, wäre eine Lösung zweiter Ordnung, die dem Systemerhalt dient. So wird es zur Aufgabe einer Paartherapie, Paaren zu ermöglichen, durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit nicht eine „Lösung erster Ordnung“, also der Trennung vom Partner, anzusteuern, sondern durch Autopoiesis Lösungen zweiter Ordnung, die ein befriedigendes Miteinander ermöglichen, zu generieren (Schiepek et al 2013).

Es gilt also einen Rahmen zu schaffen, in welchem die einzelnen Partner in Anwesenheit des Anderen Neues erleben, sich den Grundbedürfnissen annähern, um Erfahrungen im Sinne dieser machen zu können und damit den anderen als sichere Konstante auf dem eigenen Lebensweg zu erfahren. So heißt die zentrale These zur Veränderung maladaptiver Emotionen: Wenn die Partner *Erfahrungen der Selbstwirksamkeit* machen, sich ihrer Partner*in so mitzuteilen, dass sie dasjenige hinsichtlich ihrer intimen Bedürfnisse an Zuwendung, Aufmerksamkeit, Berührung, Unterstützung bekommen und auch selber geben können, verändert sich die Beziehung zur Zufriedenheit.

9. Erfahrungen ermöglichen

*Erzähl mir etwas, und ich werde es vergessen.
Lass mich zuschauen, und ich werde es erinnern.
Lass es mich selber machen, und ich werde es können.*

Konfuzius (551 v.Chr)

Erfahrungen sind etwas anderes als Wissen, deshalb kann man auch Erfahrungen nicht unterrichten! Sie gehen unter die Haut und ähnliche Erfahrungen werden zu einer *Haltung*.

Menschen zu motivieren, sich auf neue Erfahrungen einzulassen, bedarf einiger wichtiger Rahmenbedingungen. Denn zunächst einmal findet jeder seine Verhaltensweisen normal, er kennt sie ja überhaupt nicht anders, er hat immer so gelebt, so gefühlt und empfunden, sie sind also ich-synton. Erst dadurch, dass diese seinen impliziten Wünschen im Sinne der Grundbedürfnisse psychischer Gesundheit nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, den eigenen Selbstwert erhöhenden Erfahrungen (Grawe 2000) entgegenstehen und sich in der Art seiner Beziehungsgestaltung aktualisieren, entsteht Leid, das motiviert hat, eine Beratung aufzusuchen. Unbestritten bildet die Weise, wie ein Mensch mit körperlichen Belastungen wie Krankheit und Schmerz, sowie mit psychischen Belastungen wie Bedrohung, Herausforderungen, Enttäuschungen und Niederlagen, Beschämung und Ausgrenzung umgeht, den Kern seiner Persönlichkeit. Die Ursache ist darin zu suchen, dass dieser Kern sich sehr früh herausbildet und mit der vorgeburtlichen und nachgeburtlichen Entwicklung des Cortisolsystems zusammenhängt. Allein die therapeutische Allianz zwischen Patienten*in und Therapeut*in und der Glaube, helfen zu können beziehungsweise Hilfe zu erhalten, führt zu einer 30- bis 70-prozentigen schnell einsetzenden Linderung psychischen Leidens. Diese Bindungssituation führt nämlich zu einer massiven Erhöhung des Oxytocinspiegels und eine dadurch erhöhte Ausschüttung von endogenen Opioiden und Serotonin sowie zu einer Senkung des Stresshormonspiegels. Hier liegt vermutlich in Fällen leichter psychischer Störungen, besonders solchen, die nicht mit einer früh-kindlichen Traumatisierung zusammenhängen, der Grund, einen wesentlichen Therapieerfolg herbeizuführen. Die Ursachen und Folgen einer tiefgreifenden Traumatisierung werden hiervon aber nicht berührt! Die entscheidende Herausforderung für uns Berater*innen besteht darin, aufbauend auf diesen wichtigen Prozess der ersten Phase, für eine zweite oft langwierige Phase der Therapie zu motivieren und diese einzuleiten. Denn hier geht es vor allem um ein implizites Umlernen tief eingegrabener Gewohnheiten des Spürens, Fühlens, Denkens und Handelns. Dabei scheint die Neubildung von Nervenzellen in limbischen Strukturen eine wichtige Rolle zu spielen. Lediglich eine Einsicht in die Ursachen der Störung hilft nur sehr wenig. Viel wichtiger ist das fortbestehende Vertrauensverhältnis zwischen

Berater*in und Ratsuchenden und dessen ständige Ermutigung und Richtungsgebung. Da wir Heilung niemals machen können, denn diese ist immer Selbstheilung, können wir mit unserer Profession lediglich dafür einen Rahmen zur Verfügung stellen, in dem die Patient*innen diese Arbeit selber leisten (Roth & Strüber 2017).

Die therapeutische Allianz zeichnet sich durch ein Beziehungsangebot aus, dass man als begrenzte und begrenzende feinfühlig-elterliche Zuwendung beschreiben kann (Grawe 2010, Roediger 2016). Denn vor uns sitzen „verletzte und bedürftige Kinder“, da Paarkonflikte häufig aktualisierte Schemata sind, die auf der Modus-Ebene ausgetragen werden. Dann machen sie hier in der Begegnung mit uns Erfahrungen von Bindung, wenn wir ihnen z.B. anbieten, uns jederzeit eine E-Mail schreiben zu können und gewiss zu sein, dass sie innerhalb von zwei Tagen eine Antwort bekommen; dann entdecken sie die Welt als ein berechenbaren Ort, weil wir das, was wir tun, soweit es möglich ist, erklären; sie machen den eigenen Selbstwert erhöhende Erfahrungen, da wir mit ihnen gemeinsam nach Gelingendem in ihrem Leben suchen und vor allen Dingen auf Positives, das sich gerade im Moment aktuell vor unseren Augen abspielt, wie ein zugewandter wohlwollender Blick dem Partner gegenüber, hinweisen. Wenn dann zu Ende einer Sitzung Worte wie Hoffnung oder Perspektive fallen, die Ratsuchenden irgendwie spüren, dass sie hier zur richtigen Zeit und am richtigen Ort sind, haben sich unsere autonomen Nervensysteme unterhalb der Bewusstseinschwelle getroffen und unser gemeinsames Bedürfnis nach Co-Regulation befriedigt. So entsteht eine Verbundenheit, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Paar und wird zur Grundlage für den therapeutischen Prozess (Grawe 2000, 2004, Porges 2010, Rahm & Meggyesy 2019).

Neben dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses liegt unsere Verantwortung als Therapeut*in auch für die Richtungsgebung in unseren Händen. So ist die subjektive Zufriedenheit mit der Partnerschaft kein Ziel, das man direkt ansteuern könnte, sondern sie ist immer das Resultat von lebendigen Erfahrungen. Und diese hören eigentlich nie auf, bis sie ihre Vollendung im Tod finden. Neben dem aktuellen Leid in der Beziehungsgestaltung bedarf es eines höchst attraktiven Ziels, das den Einzelnen motiviert, sich auf diesen persönlichen Entwicklungsprozess im Angesicht des Partners einzulassen. Ein höchst attraktives Ziel jeden Menschen ist es, sich immer mehr zu dem Menschen zu entwickeln, der in einem angelegt ist (Hüther 2018). Das Besondere dieses Ziels in einer Partnerschaft hat Martin Buber aufgegriffen, wenn er davon spricht: „Am Du zum Ich zu werden“ (Buber). Ganz hilfreich ist dabei die Metapher von einem Windvogel, den jemand an einer Schnur am Strand festhält. Wenn die Schnur losgelassen würde, trudelt der Vogel und stürzt ab. Aber Dank des Bandes kann er über dem Strand im Wind tanzen. Für die Kinder es Paares ist es immer das Beste, wenn

sie zufriedene Eltern erleben, die miteinander lebendig sind, weiterwachsen und blühen.

10. Das stabile Selbst als Ausdruck einer sozial-bezogenen Autonomie

Ein Mensch mit einem hinreichend stabilen Selbst, als Basis einer Beziehung auf Augenhöhe, zeichnet sich vor allem durch eine sozial-bezogene Autonomie aus (Fiedler 2007, S. 399ff.). Mithilfe dieser ist er in der Lage, Realitäten als solche eigenständig wahrzunehmen, persönliche Urteile darüber zu erarbeiten und zu wissen, woran er glaubt. Ferner ist er in der Lage, klar mitzuteilen, was er erlebt und fühlt. Er hat stabile Grundüberzeugungen, die seinem Handeln zugrunde liegen und für die er in der Lage ist, sich gelegentlich kämpferisch einzusetzen. Im Miteinander empfindet er Wertschätzung, Freude und Dankbarkeit und ist in der Lage, das zu benennen und aussprechen. Bezogen auf das Führen einer Ehe, einer exklusiven, intimen Partnerschaft heißt dies, dass er die Fähigkeit besitzt, klar zwischen sich (den eigenen Bedürfnissen) und dem anderen (und dessen separat vorhandenen Bedürfnissen) zu unterscheiden. Er hat eine Sicherheit, auf intuitive und grundlegende Weise unterscheiden zu können, ob bestimmte Gefühle, Gedanken, Ideen, Grundsätze und Handlungsabsichten nur einem selbst zu eigen und nicht von anderen abgeleitet sind. Die Bedürfnisse und Perspektiven des anderen werden als dessen eigene, autonome gewürdigt. Die persönliche Entwicklung des anderen erfüllt ihn mit Freude. Eine derart gestaltete Bindung wird zur Grundlage für Freiheit, um sich zu dem Bild zu entwickeln, das in uns angelegt ist.

Unterschiedliche therapeutische Wege zu diesem Ziel finden sich in *Praxis der Emotionsfokussierten Paartherapie* (Johnson 2009); in *Paare in Bewegung - Körperarbeit in der Partnerschule* (Lissy-Honegger 2015); im Sammelband *Versöhnungsprozesse in der Paartherapie* (von Tiedemann 2017) mit den Beiträgen *Filter-Katalysator-Modell der Gesprächsführung* (Engel & Thurmaier a.a.O. S. 41 - 64), *Ein strukturiertes Vorgehen zur Anleitung von Versöhnungsprozessen in der Paartherapie* (von Tiedemann a.a.O. S. 65 - 204), *Wenn der Versöhnungsprozess stagniert: Zum Umgang mit blockierenden, aus der Kindheit stammenden Erlebens- und Verhaltensmustern* (Wilberts a.a.O. S. 205–240); in *Traumaisensible Paartherapie* (Klees 2018) oder in *Partnerschule – Fokaldiagnostische Kurzzeittherapie im Integrativen Verfahren* (Sanders 2019).

11. Ausblick und Perspektive: bindungsorientiert – haltend – zielorientiert!

Paartherapie hat die Aufgabe, emotionale Blockaden, die in den tiefen Schichten des limbischen Systems (Roth 2019) durch frühe Lebenserfahrungen abgespeichert sind und sich in maladaptiven Emotionen einen Weg nach oben bahnen, in einem gemeinsamen Entwicklungsprozess mit dem Einzelnen im Angesicht der Partner*in zu adaptiven Verhaltensweisen hin zu verändern. Eine zentrale Bedingung dafür ist der Leitgedanke des Aufbaus einer *sozial bezogenen Autonomie* des Einzelnen (Fiedler 2007) im Angesicht des anderen. Diese ermöglicht dann im Miteinander neues Spüren, Fühlen, Denken und Handeln. Ein Schlüssel für diese Entwicklungsprozesse ist das Verstehen der Funktionsweise des ANS, des Autonomen Nervensystems, wie sie durch die Polyvagal-Theorie (Porges 2010) nahegelegt wird. Da ein „Darüber-Reden“ nur die oberen Bereiche des limbischen Systems erreicht, bedarf es eines Rahmens, in dem Paare miteinander Erfahrungen der Selbstwirksamkeit machen und in dem sie das, was sie sich an Nähe, Zuwendung, Geborgenheit wünschen, auch tatsächlich einander zu Verfügung stellen können.

Zusammenfassung

Maladaptive Muster in nahen Beziehungen und deren Emotionen bewirken großes Leid für die Betroffenen. Die Ursachen dieses Leids haben häufig ihre Quellen in traumatischen Kindheitserfahrungen. Diese zu dechiffrieren und einen Erfahrungsraum für Selbstwirksamkeit hinsichtlich der intimen Bedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und Zuwendung anzubieten, ermöglichen einem Paar statt einer Trennung oder Scheidung Lösungen zweiter Ordnung zu generieren. Ein wichtiger Schlüssel dabei ist die Entwicklung des Einzelnen zu Sozial-Bezogenen-Autonomie im Angesicht des Anderen.

Schlüsselwörter: Paartherapie, Partnerschaftsberatung, Schema-Therapie, Selbstwirksamkeit

Abstract

Maladaptive patterns in close relationships and their emotions cause great suffering for those affected. The causes of this suffering often have their sources in traumatic childhood experiences. Deciphering these and offering a space of experience for self-efficacy with regard to the intimate needs for closeness, security and care enable a couple to generate second-order solutions instead of a separation or divorce. An important key here is the development of the individual towards socially related autonomy in the face of the other.

Keywords: couples therapy, partnership counseling, schema therapy, self-efficacy

Literatur

- Adler, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualtherapie*. München: Bergmann.
- Adler, A. (1927). Studie über Minderwertigkeit von Organen. München: Bergmann.
- Bandura A. (1977). Self-Efficacy. *Psychological Review*, 84, 191 -215.
- Barabas F.K. & Erler M. (2002). *Die Familie, Einführung in Soziologie und Recht*. Weinheim u. München: Juventa.

- Becker-Stoll F, Beckh K, Berkic J. (2018). *Bindung - Eine sichere Basis fürs Leben*. Kösel-Verlag, München.
- Bodenmann G. (2016). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie*. Göttingen: Hogrefe
- Buber M. (1983). *Ich und Du*. Heidelberg: Schneider.
- Dana, D. (2019). *Die Polyvagal-Theorie in der Therapie. Den Rhythmus der Regulation nutzen*. Lichtenau: G. P. Probst
- Dorothea Rahm & Szilvia Meggyesy Hrsg. (2019). *Somatische Erfahrungen in der psychotherapeutischen und körpertherapeutischen Traumabehandlung. Wie wird durch heilsame Begegnungsprozesse lernen können, unsere Nervensysteme zu regulieren und uns wieder sicher und aufgehoben zu fühlen. Der Einfluss der Neurobiologie auf unser Sein und Heilen*. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst
- Fiedler P (2007). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Grawe K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann K. & Grossmann K.E. (2012). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hahlweg K. (2016). *FPD Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. 2., neu normierte und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Haken H. (2014). *Synergetik*. Berlin: Springer.
- Hantke, L. & Görge H.J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Howe D. (2015). *Bindung über die Lebensspanne*. Paderborn: Junfermann.
- Hüther G. (2001). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2018): *Würde - Was uns stark macht als Einzelne und als Gesellschaft*. München: Knaus Verlag.
- Johnson, S. M. (2009). *Praxis der Emotionsfokussierten Paartherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Klann, N. (2002). *Institutionelle Beratung - ein erfolgreiches Angebot. Von den Beratungs- und Therapieschulen zur klientenorientierten Intervention*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Klees, K. (2018). *Traumaisensible Paartherapie*. Paderborn: Junfermann S. 36
- Lissy-Honegger, R. (2015): *Paare in Bewegung. Körperarbeit in der Partnerschule*. Masterarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz. <http://www.partnerschule.de/bewegung.pdf>
- Neumann, E., & Naumann-Lenzen, M. (Hrsg.) (2017). *Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie. Eine intersubjektive und verfahrensübergreifende Sicht*. Gießen: Psychosozial.
- Pásztor S. & Gens K-D. (2004). *Ich höre was, das du nicht sagst. Gewaltfreie Kommunikation in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann.
- Porges S.W. (2010). *Die Polyvagal-Theorie - Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation & ihre Entstehung*. Paderborn: Junfermann

- Roediger, E. (2016). *Praxis der Schematherapie, Grundlagen-Anwendungen-Perspektiven*. Stuttgart: Schattauer.
- Roth, G. & Strüber N. (2017). *Wie Gehirn die Seele macht*. Stuttgart: Klett Cotta Verlag.
- Roth, G. (2019): *Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ryba, A. (2018). *Die Rolle unbewusster und vorbewusst - intuitiver Prozess im Coaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachse R. (2019). *Persönlichkeitsstörungen, Leitfaden für die psychologische Psychotherapie. 3. aktualisierte und erweiterte Ausgabe*. Göttingen: Hogrefe
- Sanders R. (2019): Partnerschule - Fokale Kurzzeittherapie für Paare im Integrativen Verfahren. *POLYLOGE Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“* 21. (<https://www.fpi-publikation.de/polyloge/21-2019-sanders-r-partnerschule-fokale-kurzzeittherapie-fuer-paare-im-integrativen-verfahren/>)
- Sanders R. (2020). Willkommenskultur - Der Türöffner für gelungene Beratungsprozesse. *Beratung als Profession. Online Zeitung der DAJEB* Nr.4.
- Sasse U. (2009). *Traumazentrierte Psychotherapie: Kritik, Klinik und Praxis*. Stuttgart Schattauer.
- Saßmann, H. & Klann, N. (2002). *Es ist besser das Schwimmen zu lehren, als Rettungsringe zu verteilen. Beratungsstellen als Seismografen für Veränderungen in der Gesellschaft*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Saßmann, H. & Klann, N. (2004). Wünsche der Ratsuchenden und Erfahrungen von Berater*innen als Orientierung für eine bedarfsgerechte Planung. *Beratung Aktuell*, 151-164.
- Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B., (2013). *Grundlagen systemische Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen*. Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, M. (2018). *Die Smartphone Epidemie. Gefahren für Gesundheit, Bildung und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Staas, C. (2019). Im Glashaus. *DIE ZEIT*, Nr. 20, 9.5.2019. S. 20f.
- von Tiedemann F. Hrsg. (2017). *Versöhnungsprozesse in der Paartherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Wallin David J. (2016). *Bindung und Veränderung in der psychotherapeutischen Beziehung*. Lichtenau: G. P. Probst.
- Young, E.Y. & Klosko, J.N. (2006). *Sein Leben neu erfinden. Wie Sie Lebensfallen meistern*. Paderborn: Junfermann.

Rudolf Sanders; Dr. phil., Dipl. Pädagoge, Integrativer Paartherapeut (EAG/FPI); Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Eheberatung und Paartherapie; Begründer der Partnerschule als Paartherapie im Integrativen Verfahren; Herausgeber der Fachzeitschrift *Beratung Aktuell*, Junfermann Verlag Paderborn; bis zu seiner Pensionierung 2016 25 Jahre Leiter der Katholischen Ehe- und Familienberatungsstelle Hagen& Iserlohn; seit 2016 Beisitzer im Vorstand der DAJEB.

Sauerlandstr. 4, 58706 Menden,
dr.sanders@partnerschule.de
www.partnerschule.eu

Buchbesprechungen

Ulrich Stangier, Schahryar Kananian, Marwan Yehya & Devon E. Hinton

Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung

Manual zur Stärkung von Resilienz und innerer Ausgeglichenheit mit Arbeitsmaterial zum Download

Beltz, Weinheim 2020, 44,95€

Ungefähr die Hälfte aller Geflüchteten in den Erstaufnahmeeinrichtungen leidet unter einer psychischen Störung, die einer Behandlung bedarf. Somit ist das deutsche Gesundheitssystem mit einem erhöhten Behandlungsbedarf konfrontiert. Gleichzeitig bleibt die Inanspruchnahme von psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Versorgung durch Geflüchtete deutlich hinter derjenigen der Allgemeinbevölkerung zurück, denn das Verständnis von professioneller psychologischer Hilfe und psychischer Gesundheit unterscheidet sich deutlich vom westlichen Konzept der Psychologie. Dies ist eine zentrale Barriere hinsichtlich des Aufsuchens psychiatrischer Versorgung. So sind in Afghanistan psychische Störungen wie etwa die Depression kaum geläufig. Darüber hinaus hindern Scham und Angst vor Stigmatisierung, Hilfe anzunehmen. Genau hier setzt das vorliegende, aus der Verhaltenstherapie kulturell adaptierte Manual an. Es geht um die Stärkung von Resilienz und innerer Ausgeglichenheit. Diese kann dann Türöffner sein, weitere Schritte psychotherapeutischer Hilfe anzunehmen.

In diesem Manual werden sowohl ein Informationsdefizit wie auch kulturelle Einflüsse, die eine Barriere bilden können, in der Therapie berücksichtigt. Es werden vereinfachte, diagnostisch übergreifende Störungsmodelle (*Thinking a lot*) vermittelt, um einen ersten Einstieg in die Psychotherapie zu erleichtern. Der Fokus liegt zudem auf der Resilienz und den Ressourcen, so dass der Aspekt der Normalisierung zum Tragen kommt. Dies wirkt bei bestehenden Ängsten und Sorgen einer Stigmatisierung entgegen. Ferner werden Ausdrucksweisen verwendet, die den Betroffenen bekannt sind (*Idioms of Distress*) und es werden kulturell geläufige Metaphern genutzt, um unterschiedliche Informationen zu veranschaulichen.

Die wichtige Rolle von Dolmetscherinnen und Dolmetschern wird ausführlich beschrieben, damit diese nicht eine aktive therapeutische Rolle einnehmen, sondern sich explizit als Dolmetscher vorstellen und auch verstehen. Leibnahe Ansätze, wie das Stretching, Meditation, die Arbeit mit dem Aten und das Erlernen von Skills kommen zum Einsatz.

Alle Arbeitsblätter und Audiodateien stehen online neben Deutsch auf Arabisch und Farsi als Download zur Verfügung. Ergebnisse von Meta-

Analysen weisen darauf hin, dass die *Kulturell adaptierte kognitive Verhaltenstherapie* und die *Narrative Expositionstherapie* die wissenschaftlich am stärksten gestützten Interventionen für erwachsene Geflüchtete sind.

So bietet diese Veröffentlichung eine wirkliche Handreichung für alle Kolleginnen und Kollegen, die geflüchteten Menschen helfen wollen, ihre immensen Belastungen abzubauen und vielleicht eine erste Brücke zu einer weiterführenden Psychotherapie zu ermöglichen.

Dr. Rudolf Sanders

Fred Christmann

Ich bin doch kein Frosch!

Wie Kinder und Jugendliche ihre Ängste überwinden

64 Therapie Karten

Schattauer, Stuttgart 2021, 25,00€

Ängste von Kindern und Jugendlichen sind ein häufiges Thema in der Erziehungsberatung. Aber nicht nur dort, auch Erzieher*innen in Kindertagesstätten oder Vertrauenslehrer*innen werden mit diesem Thema konfrontiert. Die Bilder der Therapiekarten helfen, einen Einstieg über ein Symbol zu bekommen. Denn oft ist es ja schwierig, Ängste zu benennen. So bieten diese Karten eine Fülle an Impulsen für die Auseinandersetzung mit diesen. Inhaltlich decken sie ein großes Spektrum bewährter psychoedukativer Themen und psychologischer Methoden ab. Als Grundidee wird Kindern vermittelt, dass Ängste etwas Positives sind und eher eine Begabung als ein Übel. So gibt es einige Karten, die zeigen, dass man Angst anders benennen, betrachten und damit auch bewerten kann. Gleichzeitig wird Eltern so eine neue Sichtweise vermittelt und sie können stark an der Seite ihrer Kinder sein. Zur Bewältigung der Ängste wird multimodal mit folgenden Bausteinen gearbeitet: Ressourcenaufbau, Entspannungsübungen, imaginative Übungen, Modifikation der Kognitionen, Belohnungen, therapeutische Geschichten, Malen, Psychoedukation und Exposition. Einzelne Störungsbilder wie etwa die Angst vor der Nacht oder vor Träumen, die vor Hunden oder soziale Angst werden spezifisch aufgegriffen.

Auf Grundlage einer akzeptierenden, liebevollen und Sicherheit gebenden Beziehung, wird es möglich, Kindern mithilfe dieses „Werkzeugs“ zu begleiten, sodass sie Erfahrungen machen können, ihre Schwierigkeiten zu bewältigen und somit Resilienz zu entwickeln gegenüber Stress sowie Regenerationsfähigkeit nach schlimmen Ereignissen.

Dr. Rudolf Sanders

Corinna Leibig & Hans Hopf

Bin ich richtig? Pubertäts-Wegweiser für Jugendliche

Fragen, Antworten, Geheimnisse, Übungen und Experteninfos

Mabuse Verlag, Frankfurt a.M. 2019, 19,95€

Wenn über Pubertät im Rahmen einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle gesprochen wird, sind es meistens die Eltern, die dieses Thema ansprechen; nicht selten stöhnend. Da kann es leicht passieren, dass die Jugendlichen selbst, ihr Wachstumsprozess und die damit verbundenen Herausforderungen außer Acht geraten. Hier bietet dieses Buch Kolleginnen und Kollegen Möglichkeiten, die Eltern für die Probleme ihrer Kinder zu sensibilisieren und ihnen dieses direkt als Lektüre für die Kinder zu empfehlen. Denn: Es reicht einfach nicht aus, lediglich darauf hinzuweisen, dass die Jugendlichen es ja auch „schwer haben“. Die zentrale Frage der Pubertät – „Wer bin ich eigentlich?“ und vor allen Dingen „Bin ich richtig?“ – findet sich im Titel. Darum geht es schließlich in der Ablösung vom Elternhaus: die eigene Identität zu finden. Dazu bedarf es fundierter Fachinformationen auf wissenschaftlicher Grundlage! Genau dieses bietet die Veröffentlichung. Die Grundaussage, die sich durch alle angesprochenen Bereiche zieht, ist: Du bist gut und richtig, so wie du bist. Dass nämlich auf einmal der Körper sich fremd anfühlt, die Gefühle verrücktspielen und die Mitmenschen merkwürdig und die Eltern häufig peinlich sind. Genau das zu benennen und zu akzeptieren öffnet die Tür für die vielen Bereiche, die angesprochen werden.

U.a. wird thematisiert: Was tun, wenn man sich in einem Jungen einer Klasse über sich verliebt hat? Wie geht ein Mädchen damit um? Muss sie so lange darauf warten, bis sie angesprochen wird? Nein, mutige Mädchen müssen sich nicht daran halten. - Wie ist das, wenn man bisher noch nicht von einem Jungen angesprochen worden ist? Dann kommt vielleicht der Zweifel, dass etwas an einem nicht stimmen mag. Ist das Gesicht nicht ebenmäßig, sind die Lippen zu schmal oder ist die Nase zu groß? Da gilt es, sich einfach zu sagen: Genauso wie ich bin, bin ich attraktiv. Diese und andere Fragen werden in Übungen gekleidet, um zu trainieren, selbstbewusster zu werden. Oder wie ist es mit der Wut? Wohin damit? Was ist möglich, sein Verhalten und sein Leben zu regulieren? Und wenn man gemobbt wird, was dann?

Im Ratgeberteil besteht die Möglichkeit, sich direkt per E-Mail an Hans Hopf zu wenden, der seit 45 Jahren mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen arbeitet. Er erklärt, wie mögliche Störungsbilder aussehen und wie konkret Hilfe funktionieren kann.

Gut aufbereitet und einladend gestaltet gehört dieses Buch in die Handbibliothek jeder Familien- und Erziehungsberatungsstelle, um es Jugendlichen bzw. ihren Eltern als Lektüre zu empfehlen.

Dr. Rudolf Sanders

Anja Röhl

Das Elend der Verschickungskinder
Kindererholungsheime als Orte der Gewalt
Psychosozial-Verlag, Gießen 2021, 29,90€

Wie ist es möglich, dass ein dunkles Kapitel bundesrepublikanischer Geschichte, nämlich die institutionelle Gewalt in Kindererholungsheimen in den 50er bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts, bisher keine Rolle spielte oder sollte man besser sagen, völlig verdrängt wurde? Als ich dieses Buch in die Hand bekam, fiel mir selber Vieles wieder ein. Als Kind wurde ich in den 50er Jahren wegen einer Lungenentzündung und Untergewicht zweimal für jeweils sechs Wochen in einem solchen Heim „aufgepäpelt“. Ganz klar erinnere ich mich an den Tischnachbarn, der so lange vor seinem Essen sitzen musste, bis er das Erbrochene wieder aufgegessen hatte. Diese Erinnerung war plötzlich wieder völlig präsent, nachdem ich mich durch die schrecklichen Erlebnisberichte durchgearbeitet hatte.

Die Autorin hat sich im August 2019 erstmals an die Öffentlichkeit gewandt und das Thema mit der Ankündigung eines ersten Fachkongresses öffentlich gemacht. Dieses wurde möglich, nachdem *Report Mainz* das Thema aufgegriffen hatte und sich infolgedessen Hunderte von Betroffenen meldeten. Im Nachklang wurden zahllose Interviews mit diesen durchgeführt und veröffentlicht. Es wurden außerdem ein von Betroffenen organisierter Kongress zum Thema durchgeführt und eine *Initiative Verschickungskinder* gegründet.

Aber was ist eigentlich mit „Verschickung“ gemeint? Das war in den 50er-, 60er- und 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts im Gesundheitswesen und in der Kinderheilkunde ein gängiger Begriff für das Verbringen von Kindern in Kindererholungsheimen und Kinderkurkliniken. Der Begriff Verschickung knüpfte an die „Kinderlandverschickung“ unter den Nazis an. Auch wenn sich viele Einrichtungen nach 1945 einen anderen Namen gaben, so blieb das Personal zunächst dasselbe und die Heimbetreiber schlossen sich nach der Auflösung der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) formlos an städtische oder konfessionelle Nachfolgeträger an. Statistisch recherchiert zeigt sich, dass es sich hier um ein Geschäftsmodell handelte und diese Verschickung von Haus- und Schulärzten als Allheilmittel verordnet wurde: etwa zur Vorbereitung auf die Schule, zur Entlastung der Mütter, wenn ein Geschwisterchen kam, bei Scheidung oder damit Eltern sich einen Urlaub leisten konnten. Selbst zur Begleitung eines kranken Kindes wurde empfohlen, ein gesundes Geschwisterkind gleich mitzuschicken – und zwar im vollen Wissen darüber, dass beide im Heim sofort voneinander getrennt würden. Und die Eltern glaubten, diese Maßnahme sei sinnvoll und gut, weil alle es taten. Die rund zwölf Millionen Kinder hatten 24 Millionen Eltern. Und konnte, was 24 Millionen Menschen machten, schlecht sein?

Unfassbar, dass wir es hier nicht mit bedauerlichen Einzelfällen zu tun haben, sondern mit einem System von Gewalt und Erniedrigung (bis zum Tod von Kindern!). All dies wirft ein erschreckendes Bild auf den Umgang mit Kindern, denen angeblich doch nur Gutes getan werden sollte. In den Tausenden von Erinnerungen und berichteten Erlebnissen taucht immer wieder Ähnliche auf: Erinnerungen an Angst und Qualen des Aufessens-Müssens, an fürchterlichste Mehl- und Specksuppen, stundenlanges Sitzen vor dem vollen Teller, Erinnerungen an gewalttätige Einführung, mit dem Zwang, Erbrochenes noch einmal aufessen zu müssen. Erinnerungen an Verbote, auf die Toilette zu gehen, bis zum Einnässen und mit anschließenden Bestrafungen. Erinnerungen an das Wegsperrern in Gitterbetten, Waschräumen, Besenkammern und Kellern. Erinnerungen an Schläge ins Gesicht, an Prügel mit Holzstöcken, an das Lächerlichmachen vor der Gruppe, an Demütigungen, Androhungen, Anbrüllen und Ausschimpfen, an eine strenge, liebe-lose, gefährvolle Behandlung durch „Tanten“ und Kurärzte.

Dies Erinnerungen an Erlebnisse, die die meisten im Alter zwischen drei und elf Jahren hatten, schmerzen zwar. Hilfreich ist jedoch, dass durch das Hochholen eine Befreiung passiert. Am meisten befreit die Erkenntnis, dass andere dasselbe erinnern. Dass einem endlich geglaubt wird und man nicht mehr allein ist mit dem Erlebten. Denn die wenigsten Kinder fanden bei ihren Eltern ein offenes Ohr für die Schrecklichkeiten. Sie waren ja gezwungen worden, Postkarten zu schreiben, die voll des Lobes auf die Tanten, das Essen und die Umgebung waren.

Das Buch zeigt, wie tief das Gift der NS-Gedankenwelt auch in die deutsche Medizin und Kinderpflege eingedrungen war und wie lange es nach 1945 noch wirkte.

Dr. Rudolf Sanders

Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), Bengt Lindström & Monika Eriksson

Salutogenese kennen und verstehen

Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung

Hogrefe, Bern 2019, 39,95€

Aaron Antonovsky stellte vor 40 Jahren eine bahnbrechende Frage: „Wie entsteht eigentlich Gesundheit?“ Das war der wichtige Anstoß, um von der Pathogenese zur Salutogenese zu gelangen. Das bedeutet: Gesundheit und Krankheit werden in einem lebenslangen Bildungsprozess des jeweiligen Menschen und seiner Umwelt verortet. Das Konzept der Salutogenese verstört die überlieferte Rollenaufteilung in Helfende und Hilfsbedürftige und überschreitet damit den engeren Rahmen des Gesundheitssystems und wird zu einem Leitkonzept in den Bildungswissenschaften und in der Sozialen Arbeit. Doch drängt sich

die Frage auf, warum dieser Sichtweite immer noch so wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Vielleicht lässt sich ja mit Krankheit mehr verdienen als mit Gesundheit?

Die vorliegende Veröffentlichung ist ein umfassendes Grundlagenwerk zur Salutogenese. Theorie, Empirie und Praxis werden auf dem gegenwärtigen Wissensstand zusammenfassend dargestellt und neue Entwicklungen aufgezeigt. Autorinnen und Autoren berichten aus unterschiedlichen Praxisfeldern, etwa aus der Geburtshilfe oder über die Bedeutung der Salutogenese in der Sozialen Arbeit und in der Beratungstätigkeit. Daraus erschließt sich grundsätzlich, wie sich eine Salutogenese-Praxis zu schaffen und zu gestalten ist. Der Beitrag zur möglichen Rolle von Salutogenese in der Hochschulbildung ist deshalb besonders wichtig. Im anschließenden Beitrag berichten Studierende, wie sie lernen, salutogen zu arbeiten.

Abgerundet wird das Buch mit einem Kapitel über die Menschen, die hinter dem Konzept stehen. Frauen in Israel, die den Holocaust überlebt hatten: Es war die Außergewöhnlichkeit ihrer Geschichten, ihrer Leistung und ihrer Gesundheitsbiografien, die Aaron Antonovsky erkannte, gewürdigt und zutiefst ernst genommen und sie zum Ausgangspunkt für seine Theorie der Salutogenese gemacht hatte. Damit findet das Buch einen würdigen Schluss.

Dr. Rudolf Sanders

Bettina Disler

Dynamisierung in der Paartherapie

Lustlosigkeit, Entfremdung und Affären systemisch visualisieren

Klett-Cotta, Stuttgart 2019, 28,00€

Viele Paartherapien scheitern daran, dass versucht wird, lediglich verbal einen Zugang zu den Interaktions- und Kommunikationsstörungen des Paares zu finden. Dem widerspricht, dass die Ursachen dieser Störungen häufig in frühen Bindungserfahrungen liegen, die sich zwar im Miteinander aktualisieren, sich aber nur schwer in Worte fassen lassen. Insbesondere in der Gestaltung der gemeinsamen Sexualität, im Umgang mit Themen wie Lustlosigkeit, Entfremdung und Affären führt diese Tatsache für nicht wenige Paare zur Sprachlosigkeit.

Genau um diese Schwierigkeiten zu bewältigen entwickelte Bettina Disler das *Dynamische Grundriss-Modell*, sozusagen eine „Power Map“ für Paare und Therapeuten. Komplexe Situationen werden vereinfacht visualisiert. Sie eignen sich, um zusammenhängende Ereignisse verständlich zu machen und geben damit einen mehrdimensionalen Blick auf lebendige Beziehungssysteme. Das Paar kann zurücktreten und aus einer exzentrischen Position auf das Miteinander schauen. So beginnt jeder einzelne zu verstehen, d.h., sich in die Lage des Gegenübers zu versetzen, zu sich selbst auf Abstand zu gehen und dann noch aus der Vogelperspektive den Umgang miteinander, das WIE, zu betrachten. Gerade in hoch aufgeladenen affektiven Partnerkonflikten

kann dieser Abstand sehr heilsam sein. Man tritt aus der Betriebsblindheit heraus und schaut sich gemeinsam mit dem Therapeuten oder der Therapeutin das System an. Dann wird es möglich, die Intentionen der Protagonisten nachzuvollziehen und Lösungen, an die noch keiner gedacht hat, eröffnen sich.

An den zentralen Themen sexueller Irritationen im Miteinander wird aufgezeigt, wie mit diesem Modell therapeutisch gearbeitet wird und wie eine Verortung im dynamischen Grundriss-Modell stattfindet. Es geht um die zentralen Bereiche sexuelle Lustlosigkeit, ein Zuviel an Empathie für den Partner / die Partnerin, das Abflachen der Beziehung zu einem Nebenprodukt, die Rolle der Eifersucht und die Bedeutung von Affären. Ein Beziehungskompass hilft, Orientierung zu finden; die Bandbreite reicht vom Modell der Monogamie, der absoluten Treue, über das Modell Swinger, dem Treuen-Untreuen oder dem Modell der Polyamorie, in dem einer oder eine nicht genug ist.

Aus meiner langjährigen Arbeit in der Partnerschafts- und Familienberatung weiß ich, wie schwer es vielen Kolleginnen und Kollegen fällt, Sexualität überhaupt zu einem Thema zu machen. Das vorliegende Modell von Bettina Disler hilft allen am paartherapeutischen Prozess Beteiligten, Worte für das Unaussprechbare zu finden und so Schwung bzw. Dynamik in den Prozess zu bringen.

Dr. Rudolf Sanders

Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt (Hrsg.)

Effizienz und Effektivität in der Psychotherapie

Psychosozial-Verlag Gießen 2020, 34,90€

Der Blick auf die Effektivität des Handelns in Psychotherapie und psychosozialer Beratung ist ein höchst spannendes Feld, denn dieser lässt sich nicht lösen von der Wirtschaftlichkeit, also der Effizienz einer Behandlung bzw. therapeutischen Maßnahme. Einen Brand kann man mit Champagner oder mit Wasser löschen. Beides ist effektiv, aber der Champagner ist doch wesentlich teurer und daher nicht effizient.

Eine weitere Herausforderung für alle in diesen Bereichen Tätigen ist die Art und Weise der Diagnostik. Orientiere ich mich streng am DSM-5 oder an der ICD-10, wo standardisierte Verfahren zum Tragen kommen und bestimmte Symptome definierten Diagnosekategorien zugeordnet werden? Aber was mache ich mit den subjektiv wahrgenommenen Symptomen meines Patienten? Was ist mit seinen gelebten Erfahrungen, wenn diese nicht direkt von außen zugänglich sind, sondern mithilfe von Sprache und Bildern, also über mehrdeutige Zeichen, und ich mich fragen muss, welche psychischen Störungen sich hinter den Phänomenen verbergen?

In diesem Buch sind Beiträge versammelt, die nach den Effekten und der Effektivität bzw. dem unübersehbaren Anspruch der akademischen

Psychologie und der evidenzbasierten Medizin fragen, besonders effizient sein zu müssen und anhand festgelegter störungsspezifischer Kriterien die richtige Behandlung festzulegen. Effektivitätsaussagen sind mehr oder weniger reflektiert, sollen aber stets bestätigen, wie nah ein tatsächlich gezieltes Ergebnis an ein ursprünglich angestrebtes herankommen konnte.

Zum Appetit-Machen seien einige Beiträge genannt, so der von Sabine C. Koch, *Effektivität in der Tanz- und Bewegungstherapie*. Hier steht die Frage im Zentrum, wie bedeutsam das grundlegende Embodiment für die menschliche Entwicklung ist, in welcher Beziehung Bewegung und Bedeutung zueinander stehen, wie sich Nonverbales und Verbales zueinander verhalten und welche Implikationen dies für die Psychotherapie hat. Eckhard Roediger erfasst in seinem Bericht, *Wie kann Schematherapie zugleich effektiv und effizient sein*, drei zentrale Elemente dieser dritten Welle der Verhaltenstherapie: Beziehungsgestaltung, Modellbezug und erlebnisaktivierende Techniken. Es stellt sich die Frage, ob solch eine komplexe Therapie nicht langwierig und damit unter Kostenaspekten ineffizient wird. Wolfgang Basler plädiert in seinem Beitrag *Zuerst die Psychodynamik ...* für die dringende Notwendigkeit der Umsetzung eines ganzheitlichen, das heißt biopsychosozialen Krankheitsmodells in der klinischen Praxis, um annähernd ein realitätsgetreues Krankheitsbild erstellen zu können.

Die Herausgeber wollen mit diesem Band einmal mehr die fachliche Diskussion anregen und haben sich mit den Fesseln der effizienzorientierten Bewertung der Psychologie befasst, ganz im Sinne der folgenden Feststellung und abschließender Fragen. Denn Effektivität meint: „Die richtigen Dinge zu tun.“ Effizienz meint: „Die Dinge richtig zu tun“. Aber was sind „richtige Dinge“ in der Psychotherapie? Und wie kann man diese Dinge (sofern man darüber Einigkeit erzielen kann, was „richtig“ überhaupt bedeutet) richtig tun?

Dr. Rudolf Sanders

Roland Kachler

Die Therapie des Inneren Kindes. Konzepte und Methoden für Beratung und Psychotherapie

Klett-Cotta, Stuttgart 2020, 35,00€

Der Begriff des *Inneren Kindes* öffnet als Metapher Ratsuchenden die Tür dafür, dass viele Kommunikations- und Interaktionsstörungen häufig ihre Ursachen in früh gelernten Mustern und/oder Überlebensstrategien aus Kindertagen haben. Roland Kachler weist darauf hin, dass es eigentlich nicht das *eine* Innere Kind gibt, sondern viele innere Kinder. Im Wechsel nutzt er den Begriff der verschiedenen Kind-Ego-States. Die einzelnen Kapitel beginnen mit Grundinformationen, die dann in grundlegende Interventionen überführt und mit Gesprächsbeispielen aus der Inneren-Kind-Arbeit verdeutlicht werden. Meistens gibt es dann

noch Vertiefungen und Weiterführungen zu den Unterthemen. Unter dem Stichwort *Bitte beachten!* wird auf mögliche Fallen hingewiesen, etwas darauf, dass das Konzept des Inneren Kindes ein für Klientinnen und Klienten sehr eingängiges und für Beratung und Therapie sehr hilfreiches Konzept ist. Allerdings dürfen weder Beraterinnen und Berater noch Klientinnen und Klienten das Konzept für die Realität halten. Daraus entstehen manchmal irreführende und nicht mehr heilsame Konsequenzen. Kind-Ego-States sind eben nur neuronale Netzwerke, die anders und leichter verändert werden können, als scheinbar ganz reale innere Kinder!

Integrativ bringt der Autor verschiedene psychotherapeutische Schulen zusammen und nutzt diese, um die biographische Arbeit mit der Lösung von aktuellen Problemen und Störungen zu verbinden. So verweist er etwa auf Eric Berne, der als erster das Konzept der Kind-Ego-States formuliert hat und vielen von uns sicherlich aus seiner Veröffentlichung *Spiele der Erwachsenen: Psychologie der menschlichen Beziehungen* bekannt ist. Er verweist auf Watkins & Watkins, die deutlich machen, dass der Kind-Ego-State eine Bewältigungsreaktion ist. Er nennt die systemischen und hypnosystemischen Ego-State-Ansätze von Gunther Schmidt und schlägt den Bogen zur Schematherapie von Jeffrey Young, wo der Kind-Modus als ein aktuell aktiviert erlebter Zustand mit den dazugehörigen Verhaltenstendenzen beschrieben wird. Und natürlich bezieht er die neurobiologische Forschung ein, die ein Kind-Ego-State als neuronales Netzwerk versteht, von dem Klaus Grawe schon geschrieben hat, dass wir Altes nicht wegmachen können, sondern Neues hinzumachen müssen.

Neben vielem anderen sind für Beraterinnen und Berater in der Partnerschafts-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung sicherlich die Informationen zum bindungsgestörten Kind-Ego-State und dessen Beteiligung an Problemen und Störungen von höchstem Interesse, denn die häufigsten Beziehungsprobleme sind dabei Probleme in der Partnerschaft. Damit zusammenhängend wird Beratung häufig bei einer Ambivalenz bezüglich einer möglichen Trennung, einer beabsichtigten Trennung, bei der Bewältigung der emotionalen Folgen von Trennung oder Scheidung oder bei Schwierigkeiten bei der Partnersuche nachgefragt. Aber auch andere Beziehungsprobleme, wie die zu den eigenen Eltern oder Kindern, meist als Erziehungsprobleme diagnostiziert, gehen oft auf Bindungsstörungen in der Biografie zurück. Diese äußern sich dann im abhängig gebunden Kind-Ego-State in der Angst, verlassen zu werden und dann unterzugehen. Um dies zu vermeiden, wird alles getan, auch wenn man ganz genau weiß, dass das Klammern dem Partner nicht gefällt oder den Kindern schadet. Ja, man ist froh, dass man diese oder überhaupt eine Beziehung hat.

Oder der bindungsunsichere Kind-Ego-State, der Angst vor Nähe und Bindung hat, denn Nähe und Festlegung erzeugen Panik und eine nahe Beziehung wird vermieden. Und wenn man schon eine Beziehung hat,

weiß man nicht, wie lange das gut geht und ob man wirklich geliebt wird. Dahinter stecken eine tiefe Unsicherheit und Ängstlichkeit, geliebt zu werden.

Der trauernd gebundene Kind-Ego-State hat Angst, wieder einen Verlust zu erleben und lässt sich deshalb nicht auf eine feste Beziehung ein. Aber wenn er eine Beziehung hat, dann bindet er den anderen ganz fest an sich.

Wenn also Partner wegen ihrer Ambivalenz-Probleme eine Beratung aufsuchen, sollte nicht vorschnell von einer Trennungsberatung gesprochen werden, sondern diese Ambivalenz als Phänomen an der Oberfläche betrachtet werden. Gerade weil sich im Miteinander dieses Paares das Thema eines einzelnen oder beider aktualisiert, bedarf es einer Zuwendung zu diesem verletzten Inneren Kind. Diese biographischen Quellen für die Ambivalenzen gilt es aufzuarbeiten, sonst besteht die Gefahr, dass sich in einer neuen Partnerschaft auf kurz oder lang dieses Problem wieder aktualisiert.

Roland Kachler hat fast 25 Jahre eine Psychologische Beratungsstelle geleitet, ist seit vielen Jahren in der Fortbildung für Paar- und Familienberater tätig. Das heißt, er weiß, worauf es ankommt. Es sind Lebens- und Beziehungsprobleme, mit denen vorwiegend Beratung aufgesucht wird und hier soll ein einschränkendes, aber auch thematisch und zeitlich begrenztes Erleben bezeichnet werden, das in aller Regel im Zeitraum von etwa 25 Sitzungen bewältigt werden kann. In der Regel sind einzelne Lebensbereiche eingeschränkt, insgesamt aber die psychische Funktionsfähigkeit gut erhalten.

Notker Klann (2013), viele Jahre Geschäftsführer der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung, hat einmal kritisch darauf hingewiesen, dass etwa 70% der Beratungen nach maximal fünf Sitzungen beendet sind. Vielleicht liegt das daran, dass der Blick auf die Inneren Kinder noch nicht geschärft ist. So bietet diese Veröffentlichung die Möglichkeit, frühe Traumatisierungen als Ursache für aktuelle Beziehungsstörungen in den Blick zu nehmen.

Ein echtes Lehrbuch, dem man anmerkt: Dem Autor kommt es darauf an, dass der Leser / die Leserin wirklich für die alltägliche Arbeit mit den Menschen in Psychotherapie und Beratung profitiert.

Klann, Notker (2013): Thema verfehlt? Grundsatzreferate zu 50 Jahre Bundesverband. Beratung Aktuell 14, Nr.3, 29-41.

Dr. Rudolf Sanders

Cornelia Hammer

Im Körper zu Hause sein

Mit Zapchen Somatics zu Leichtigkeit und Wohlbefinden

Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 2020, 2. Aufl., 21,95€

Der Gedanke an Therapie oder Beratung ist für viele Ratsuchende mit Schwere verbunden. Deshalb machen wir es ihnen doch leicht, damit sie das, was sie an Schwere mitbringen, auch wirklich klären und bewältigen können! Ein Schlüssel dazu sind die kindgleichen Formen von Offenheit, Freundlichkeit, Sanftheit aber auch Rohheit der Bewusstheit – eine Art der Präsenz, die vor der Sozialisierung und kulturellen Anpassung liegt und in den ersten Jahren der Kindheit schnell Form annimmt. Schauen wir Kindern zu, so sind sie in der Lage, herum zu hüpfen, alberne Bewegungen und Geräusche zu machen. Auf diese frühesten Formen der Präsenz greift Zapchen zurück und dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, jenseits aller Erziehung wieder nach Hause zu kommen, wieder in seinem Leib anzukommen.

Wenn ich eine Gruppe beginne, dann lasse ich die Teilnehmer*innen vor einer ausführlichen Vorstellungsrunde zunächst den Raum erkunden „wie Kinder es machen würden“: auf die Tische stellen und von dort aus den Raum beobachten, sich die anderen Menschen anschauen, sich auf die Erde legen und alles einmal von unten betrachten und anschließend durch den Raum gehen, sich rütteln und schütteln, Grimassen schneiden, komische Geräusche machen und sich vielleicht mit fremden Menschen Rücken an Rücken stellen und sich so einmal begrüßen (ich mache natürlich mit!). Alles ganz verrückte Sachen, aber hochwirksam. Sofort ist in der Gruppe eine Atmosphäre von Leichtigkeit da und diese setzt sich dann im Laufe des Seminars immer mehr durch. Genau hier setzt dieses Buch an. Eine Fülle von kleinen Übungen hilft, Sicherheit zu erleben, etwa durch den Kontakt zum Boden, um Geerdet-Sein zu spüren; durch Erfahrungen des Raumes, um zu einer Bewusstheit der eigenen Grenzen zu kommen. In einem nächsten Schritt geht es dann etwa durch Summen zu lernen oder besser gesagt zu erfahren, wieder im eigenen Körper zu Hause zu sein. Anschließend ermöglicht die Arbeit mit einem Partner / einer Partnerin im Kontakt der Rücken durch Summen einen gemeinsamen Herzraum zu erleben. Abgeschlossen werden alle Übungen mit einem kleinen Nickerchen, einem Zurückschwingen, damit all diese Erfahrungen sich gut in den Strukturen des Leibes festigen können.

Dieses Buch ist absolut empfehlenswert für alle Kolleginnen und Kollegen, denen bewusst ist, dass Reden alleine nicht reicht.

Dr. Rudolf Sanders

Sabine Trautmann-Voigt & Bernd Voigt

Grammatik der Körpersprache

Ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum Embodiment

Schattauer, Stuttgart 2020, 3., überarb. und erw. Auflage, 58,00 €

Wir Menschen sind Körper-Seele-Geist-Wesen, als Leib, Leibsujet in einem sozialen und ökologischen Umfeld (Petzold, 2009). Das Phänomen, dass psychische Prozesse in den Körper eingebettet sind, wird als Embodiment bezeichnet. Wenn wir Menschen begegnen, interagieren unsere Körper durch unsere Zwischenleiblichkeit, d.h. in einer Sphäre von Wechselwirkungen, die wir nicht oder nur sehr begrenzt bewusst steuern können. Jede nahe Begegnung schreibt sich in den Leib ein, hinterlässt ihre Spuren. Vom Beginn des Lebens an entwickelt der Mensch Beziehungswissen, das in seinen Fundamenten Bewegungswissen darstellt.

Körpersprache zu verstehen heißt im Sinne der Autoren, die Interaktionsanalyse, die Grammatik der Bindung, Beziehung, Konfliktodynamik und Entwicklungsressourcen zu begreifen. Diese Grammatik verortet sich rechts im Kortex, im limbischen System, das unser implizites Selbst, welches dem expliziten immer vorgelagert ist, steuert. Immer wieder hat der Neurobiologe und Philosoph Gerhard Roth darauf hingewiesen, dass die menschliche Sprache sicherlich nicht entstanden ist, um Emotionen, Effekte und Gefühle auszudrücken, denn das Sprachzentrum links im Cortex liegt denkbar weit entfernt von den wesentlichen Effekzentren rechts im limbischen System. Vielleicht ist Sprache deshalb so weit entfernt von den Effekzentren, damit sie den affektiven Bewertungen und Schwankungen nicht so extrem unterliegt, wie fast alles andere. Wenn nämlich emotionale Prozesse das Bewusstsein überschwemmen und dominieren, hat der sprachliche Verstand keine Chance. Ist es nicht genau das, was wir immer wieder in der Partnerschafts- und Familienberatung erleben, wenn sogenannte „hochstrittige Paare“ nur aus ihren Affekten heraus agieren?

Mit dieser 3., aktualisierten Ausgabe ihres Lehr- und Arbeitsbuches zum Embodiment weisen die Autoren nicht nur auf den Bedeutungswandel des Begriffs der Körpersprache hin. Sie verweisen auch auf die Dialektik zwischen Körpersprache und verbaler Kommunikation und arbeiten Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus. Sie zeigen etwa auf, wie es möglich wird, diese Körpersprache bewegungsanalytisch zu lesen. Sie machen in Fallbeispielen deutlich, wie sich etwa emotionale Störungen und Bindungsstörungen im Kindesalter ausdrücken und wie dann eine Therapie mit Kindern mithilfe der Körpersprache möglich wird. Im Praxisteil gibt es eine Fülle an ganz konkreten Anleitungen. So z.B. ein Gesang aus Taizé, der dort in der „Communauté de Taizé“ entstanden ist: *Adoramus Te Domine*. Die implizite Aussage des Tanzes lautet: „Wir sind einander Segen. Ich segne, ich werde gesegnet, ich bin furchtlos, ich habe keine Angst, ich habe keine Waffe.“ Dies wird ausgedrückt durch die Adorante-Haltung. Durch die gemeinsame

Handfassung verbinden sich die einzelnen mit der Gruppe und symbolisch mit der Welt. Der „Fruchtknoten“ (die Verbindung dreier Menschen durch die Verbundenheit ihrer Hände) symbolisiert einen Segen von außen. Durch die abwechselnden Bewegungen zur Mitte und wieder nach außen auf die Kreisperipherie wird leiblich spürbar: „Ich gehe in meine Mitte, verbinde mich mit anderen, werde gesegnet, gehe wieder zurück in die Welt und mache dadurch den Segen fruchtbar.“

Ich arbeite seit nun über 30 Jahren mit Paaren. Ohne einen Blick auf das, was im Leib passiert, und was sich dann wieder in der Interaktion eines Paares vor meinen Augen abspielt, wäre für mich diese Arbeit nicht möglich. So nutze ich sowohl in der Einzelarbeit mit einem Paar, als auch in der Gruppe gerade die Körperarbeit, um ganz neue Erfahrungen zu implementieren, wie sie in dem vorigen Beispiel des Tanzes aus Taizé deutlich wird.

In ihrer Masterarbeit an der Universität Graz im Fachbereich Klinische Pastoraltheologie hat Renate Lissy-Honegger (2015) in einer qualitativen Studie die Wirksamkeit dieser Arbeit mit dem Leib im Rahmen der *Partnerschule als Integrative Paartherapie* nachweisen können. Viele Paare erleben ihre Beziehungssituation als festgefahren. Hier kommen sie in Bewegung, jede und jeder für sich und gemeinsam als Paar. Durch körperliches In-Bewegung-Kommen werden innere Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt. In den körpertherapeutischen Übungen wird ein Rahmen zur Verfügung gestellt, in dem sich die Partner ganz auf der nonverbalen leiblichen Ebene erfahren können. Dabei kommt man mit tief verborgenen Ursachen von Handlungsabläufen und Mustern in Kontakt. Diese körpertherapeutischen Übungen erweitern das Bewegungsrepertoire und fördern damit die Persönlichkeitsentwicklung, die Ratsuchenden gewinnen Bewusstheit über sich selbst und schaffen damit eine Voraussetzung für ein stabiles Selbst und die Fähigkeit, in der Partnerschaft flexibel und souverän zu agieren.

Petzold, Hilarion G. (2009). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, Das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 20/2009. Wien: Facultas Universitätsverlag, 20-33.

Lissy-Honegger, Renate (2015). *Paare in Bewegung. Körperarbeit in der Partnerschule*. Masterarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz. <http://www.partnerschule.de/bewegung.pdf>

Dr. Rudolf Sanders

Carole Aufranc

Sveas Wanderung

Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 2021, 19,95€

Natürlich ein Bilderbuch für Kinder! Bei Lesen fiel mir jedoch sofort auf: Man könnte es auch gut einem Paar zur Hochzeit schenken! Svea und Heiko machen sich auf den Weg und haben die Idee: Dieser Weg liegt ganz klar vor uns – wie immer unzertrennlich. Sie teilen alles: Ich denke, was du denkst, ich esse was du isst und umgekehrt. Aber ganz plötzlich passiert es. Sie verlieren einander aus den Augen, wechseln die Richtung, ohne es zu bemerken. Trauer und Verzweiflung kommen auf. Was ist zu tun? Die Weisheit der Natur in Form einer Kiefer meldet sich und weist auf den Gipfel des Berges. Endlich, als der Winter kommt, macht sich Svea den Weg, ihren eigenen Weg, tapfer durch Schnee und über Wasserfälle. Die Stimmen der Natur aus den Bäumen, die Fische machen ihr Mut, die Hoffnung nicht zu verlieren. Denn alle Mühen werden sich immer lohnen! Im Frühling ist der Gipfel erreicht und, oh Wunder, auf der anderen Seite des Berges kommt Heiko ihr entgegen. So müssen sich manchmal die Wege trennen, um einander wirklich zu finden.

Dr. Rudolf Sanders

Melanie Büttner (Hrsg.)

Handbuch häusliche Gewalt

Schattauer, Stuttgart 2020, 45,00 €

Der Lockdown im Rahmen der Corona Pandemie wurde notwendig, um unsere Gesundheit vor den Folgen einer lebensbedrohlichen Krankheit zu schützen. Die körperliche Gesundheit stand im Vordergrund. Leicht wird aber übersehen, dass wir weit mehr sind als nur ein Körper. Wir haben einen Körper, aber wir sind Leib. So ist die Art der Zwischenleiblichkeit als Psychoimmunologie wesentlich für unsere physische Gesundheit. Häusliche Gewalt bedeutet, permanent auf der Hut sein zu müssen, um sich vor Angriffen verbaler oder körperlicher Art zu schützen. Der Ort, wo man zu Hause ist, wo man jemanden hat, mit dem man die Sorgen und Nöte, aber auch die Freuden des Lebens teilt, wo man Kindern ein Nest bietet, in dem sie sich entwickeln können, wird zu einem Ort der Anspannung. Es ist wie das Gehen auf dünnem Eis: Man muss dauernd damit rechnen, einzubrechen. Und dieser Stress macht krank!

Durch den Lockdown wurde häusliche Enge zu Hause viel bedrohlicher, weil es kaum Ausweichmöglichkeiten gab. Meist sind Frauen und Kinder im Blick, wenn es um häusliche Gewalt geht. Männer werden stereotyp als Täter identifiziert. Dies trifft sicherlich häufig zu, aber es gibt eine nicht zu unterschätzende Zahl von Männern, die ihrerseits Opfer häuslicher Gewalt durch ihre Frauen werden. Das, was sich hinter

verschlossenen Zimmertüren und Fenstern abspielt, wird aus Scham und Angst verschwiegen.

Gerade psychosoziale Beratungsstellen sind wegen ihrer Niederschwelligkeit für viele Betroffene eine erste Anlaufstelle. In einer vertrauensvollen und nicht wertenden Atmosphäre wird es möglich, auch Gewalt in der Familie zum Thema zu machen. Um dieser Aufgabe gewachsen zu sein, bietet das vorliegende Werk mit einer Vielzahl an Artikeln aus jeweils unterschiedlicher Sichtweise eine gute Unterstützung. Denn häusliche Gewalt gilt als eine schwere Menschenrechtsverletzung; so hat es der Europarat 2011 festgelegt. Auch wenn die Gewalt eines Tages ein Ende findet, leiden Betroffene oft noch Jahre oder sogar ein Leben lang an den Folgen. Selbst der, der Gewalt nur miterlebt hat, ist mit den Auswirkungen konfrontiert, auch wenn er nicht direkt Opfer von Übergriffen wird, wie etwa die Kinder, die dabei sind, wenn ein Elternteil vom anderen misshandelt wird. Neben all dem verursacht Gewalt enorme Kosten für unsere Gesellschaft und unser Gesundheitswesen; man denke nur einmal an die Kinder in der Jugendhilfe, die als „Systemsprenger“ bezeichnet werden.

Gerade in der Paar- und Familienberatung gilt es, sehr frühzeitig den ratsuchenden Paaren implizit zu signalisieren, dass auch Gewalt, neben Sexualität und Konsum von Drogen, ein ganz „normales“ Thema in der Beratung sein kann. Eine Unterstützung dafür bietet das Paarinterview zur Beziehungsgeschichte (Saßmann 2010), das für mich zum *Standard* jeder paartherapeutischen Arbeit zu Beginn der zweiten Sitzung gehört. Hier werden diese Themen neben anderen aufgeführt und gefragt, welche Erfahrungen das Paar mit dem Thema Gewalt hat:

Frage 10: Vielfach berichten uns Paare von Streiteskalationen. So kann einer handgreiflich werden oder die Wohnung verlassen. Wie würden Sie einen für Sie eskalierten Streit beschreiben? Wie häufig kommen solche Auseinandersetzungen vor?

Wenn ich als Beraterin oder Berater dieses Thema sehr früh als solches benenne, signalisiere ich, dass ich in der Lage bin, auch an diesen Themen mit einem Paar zu arbeiten. Andernfalls könnten sie sich ggf. schämen, das Thema anzusprechen. Außerdem ist es wichtig, sich fachlich fundiert und selbsterfahrungsorientiert mit dem Thema häuslicher Gewalt auseinanderzusetzen. Denn sollten hier auf Beraterseite „blinke Flecke“ bestehen, würden Klientinnen und Klienten dies unbewusst spüren und ein solches Thema dann eher vermeiden, um die Beraterin bzw. den Berater nicht zu überfordern.

Saßmann, H. (2010). Diagnostik in der Paarberatung: Ein Interview zur Beziehungsgeschichte (PIB). *Beratung Aktuell*, 11, 26-39.

Dr. Rudolf Sanders

Impressum

Die Gegenwart zeichnet sich durch vielfältige gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse aus, die bei Einzelnen, Paaren und Familien zu tiefgreifenden Verunsicherungen und Belastungen führen können. Die daraus entstehenden Verletzungen und Verletzlichkeiten werden in die Beratung hineingetragen, die sich damit in besonderer Weise an der Schnittstelle zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und individuellem Wohlbefinden bewegt

Beratung Aktuell will ein Forum dafür bieten unser Verständnis für gelingende Beratungsprozesse zu erweitern. Es werden erfahrungs- und evidenzbasierte Arbeiten veröffentlicht, die der wissenschaftlichen Weiterentwicklung von Beratungspraxis und -theorie verpflichtet sind. Die Zeitschrift wird von der Idee getragen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse die konkrete Praxis bereichern, aber ebenso praktische Erfahrungen die Weiterentwicklung von Wissenschaft und Forschung anzustoßen vermag.

Zielgruppe:

Die Zeitschrift richtet sich in erster Linie an Beraterinnen und Berater, also an psychosoziale Fachkräfte, die in ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Settings beraterisch-therapeutische Aufgaben wahrnehmen, z.B. in den Bereichen:

- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Erziehungsberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Suchtberatung
- Schuldnerberatung
- Psychotherapie
- Ärztliche Praxis
- Erwachsenenbildung
- Schule
- Seelsorge
- Prophylaxe und Gesundheitsförderung

Herausgeber:

Rudolf Sanders, Dr. Phil., Dipl.-Päd., Ehe- Familien und Lebensberater, Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Ehe- und Paarberatung, Begründer des Verfahrens Partnerschule als Paar- und Sexualberatung Integrativen Verfahren, bis zu seiner Pensionierung 2016 25 Jahre Leiter der katholischen Ehe- und Familienberatungsstelle Hagen & Iserlohn, Mitglied im Vorstand der DAJEB

Sauerland Straße 4, 58706 Menden, Tel.: 02352-973327

E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de

Web: www.partnerschule.eu

Christine Kröger, Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, seit 2011 Professorin an der Hochschule Coburg (Professur für psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit und Klinische Sozialarbeit).

Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Beraterisch-therapeutische Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen, Prävention und Diagnostik

von Beziehungs- und Interaktionsstörungen bei Paaren und in Familien, Evaluation psychosozialer/sozialtherapeutischer Interventionen, Qualitätssicherung in der Beratung.

Hochschule Coburg
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Redaktion:

Dr. Rudolf Sanders, Sauerlandstr. 4, 58706 Menden, Tel.: 02331-788582
E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de, Web: www.partnerschule.de
Dr. Christine Kröger, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Projektleitung:

Heike Carstensen, Junfermann Verlag GmbH, Driburger Str. 24 D, D-33100
Paderborn, Tel.: 05251-13 44 18, Fax: 13 44 44,
E-Mail: carstensen@junfermann.de

Erscheinungsweise/Service:

Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf:
www.active-books.de, einem E-Book-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate E-Books angeboten.

Verantwortlich für www.active-books.de:

Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44,
E-Mail: koester@junfermann.de