

Passt angepasst – gesellschaftliche Diskurse in der Psychotherapie

Sabine Klar und Lika Trinkl (2017)

Störung

(Input Sabine Klar)

Wenn man (v.a. in einer psychiatrischen Einrichtung) als Psychotherapeut_in arbeitet, muss man natürlich Störungsbilder und Diagnosen verstehen und teilweise verwenden – man kann dann aber in der psychotherapeutischen Rolle anders damit umgehen. Der Gebrauch bestimmt die Bedeutung (Wittgenstein: die Bedeutung des Wortes findet sich in seinem Gebrauch). Eine Möglichkeit ist etwa „Störung“ anders zu verstehen – jemand aus der Umgebung stört und ein anderer fühlt sich davon gestört; man ist nicht gestört, sondern wird gestört. Problematisch ist in der Psychotherapie nicht das Störungswissen – i.S. einer Erfahrung mit Menschen, die unter schwer verstehbaren Phänomenen und ungeeigneten Umgebungsbedingungen leiden – sondern die gezielte Fokussierung auf die Behandlung bzw. Elimination der Störung.

Heikel ist das vor allem dann:

- wenn sich die Idee von Psychotherapie als Behandlung mit Machbarkeits- und Leistungsdiskursen vermischt und zu einem methodisch-technoiden Zugang führt,
- wenn nicht von Menschen gelernt und mit Menschen Erfahrung gemacht, sondern anhand von Fachliteratur etwas angelernt wird,
- wenn primär das Individuum behandelt – sozusagen repariert wird und die Umgebungsbedingungen und das Umfeld zu wenig Beachtung finden,
- wenn die Diagnose nicht mehr als Beschreibung von Phänomenen gesehen wird, sondern ontologischen Charakter bekommt,
- wenn mit medizinischen Begriffen und Metaphern in Bereichen operiert wird, die eher anders verstehbar sind.

Problematisch ist aus meiner Sicht v.a. der Anspruch, die Attitüde, die Definitionsmacht, die Neigung zur Verfestigung und Verdinglichung, die Engstirnigkeit im Zusammenhang mit dem (an sich hilfreichen) Störungswissen.

- Wenn ich Spezialistin bin (bzw. glaube, es zu sein, weil ich entsprechende Zertifikate erworben habe), bereits alles weiß und behandeln kann – wie kann ich da offen dafür sein, mich neugierig nach den vielleicht ganz anders gearteten Erfahrungen der Klient_innen erkundigen und von ihnen lernen?
- Welche Rolle spielt dabei die Angstbewältigung, die Angst vor dem Befremdlichen oder vor den anderen Kolleg_innen? (z.B. junge Pth_innen, die sich krampfhaft an Techniken anhalten und „gut“ sein wollen)

- Wir sind an den Grenzen unserer Sicherheiten immer bedroht und brauchen für unser Wohlbefinden ein Opfer, das beruhigt (der „Gestörte“ als Sündenbock – die Bedrohung wird auf ihn übertragen und er stellvertretend vernichtet bzw. repariert).

Problematisch sind Kontexte, wo all das gefüttert wird. In manchen Ausbildungen (Anm.SK: nicht in der ÖAS!) wird dann behauptet, nur das diagnostische Verständnis von „Störung“ sei „das Richtige“, man könne gar nicht anders professionell arbeiten. Institutionen, die in ihrer Existenz zumindest teilweise von Kassengeldern abhängen, legen wenig zahlungskräftigen Klient_innen dann u.U. nahe, sich eine Diagnose geben zu lassen, auch wenn diese nicht wollen.

- Folgen z.B. bei ambulanter Suchttherapie: verstärkter Fokus auf das Thema Sucht, verbunden mit mehr Kontrolle. Man hat wenig Raum, mit Diskrepanzen und Ambivalenzen zu arbeiten. Ähnliches z.B. bei Traumatherapie, Essstörungstherapie, Krebstherapie.
- GAF-Werte: ich muss die Klient_innen u.U. kränker, die Störung schwerer darstellen, damit sie das Geld von der Krankenkasse bekommen.

Fragen für die Teilnehmer innen:

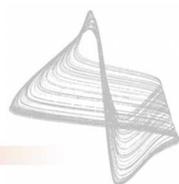
- Was wird durch die Unterscheidung gesund/ krank ermöglicht und was verengt?
- Was sind Diagnosen, welchen Stellenwert haben sie, wofür brauchen wir oder die Klient_innen sie?
- Was hat das für Konsequenzen für den systemischen Ansatz und die, die damit arbeiten (müssen)? Wie können wir dann mit ihnen umgehen?
- Tendieren die therapeutischen Vorgehensweisen unter solchen Bedingungen dazu, objektivistischer, technoider, eindimensionaler, standardisierter und störungsorientierter zu werden, sodass Symptomfreiheit wichtiger wird als z.B. Glück, Selbstbestimmung oder die Beziehung zu anderen und zu sich selbst? Wie lassen sich solche negativen Konsequenzen vermeiden?
- Worum geht es in der Diagnosedebatte in Wirklichkeit, wenn es nicht um Diagnosen selbst geht?
- Gibt es einen sinnvolleren Umgang mit diesem Spannungsfeld, in welchem sich die Diagnosedebatte aufspannt, als ewig in ähnlichen Facetten Altes neu zu diskutieren?
- Gibt es ein "sowohl – als auch", anstelle des immer noch vorherrschenden "entweder – oder" in dieser Diskussion?

Bemerkung einer Teilnehmerin (Frau Tiapal) nach der Veranstaltung:

(Anm. SK: sie ist mit der Veröffentlichung dankenswerterweise einverstanden)

Ich würde gerne noch ein paar Überlegungen und Gedanken loswerden, die mir nach der gestrigen Veranstaltung noch durch den Kopf gingen:

Ich arbeite selbst schon seit über 10 Jahren in der Suchtarbeit als Sozialarbeiterin und nun auch als Therapeutin. Zum Beginn meiner Ausbildung in der ÖAS war ich immer der Ansicht, dass meine Kolleg_innen die besseren Therapeut_innen für Menschen, die ein süchtiges Verhalten aufweisen, sind. Meine Überlegungen dazu waren, dass sie wenig über dieses Thema ins Gespräch mitnehmen und somit offener bleiben können und dem dadurch nicht so große Bedeutung beimessen. Denn eine



Therapie in einer Spezialeinrichtung impliziert ja gleich die Wichtigkeit des Themas und das Muss der Auseinandersetzung.

Ich erlebe aber immer mehr, dass genau dieses Wissen von Klient_innen eingefordert wird. Obwohl es in den Gesprächen kaum bis gar nicht um ihre Sucht geht, sondern um Beziehungen, Schwierigkeiten, Ressourcen usw. – wie in allen systemischen Therapien. Ich erlebe es immer öfter, dass Klient_innen bei uns anfragen, die bereits in Therapie sind – aber der/die Therapeut_in das Thema Sucht nicht besprechen mag, sondern nur die anderen Themen. Dies kann ich nicht nachvollziehen, da für mich der Konsum diverser Substanzen oder Verhaltensweisen ja einen von vielen Lösungsversuchen darstellt. Dies auszuklammern, wäre so als ob man den Menschen getrennt von seinen Lebensumständen betrachten könnte. Und da setzt auch meine Überlegung an. Das Thema Sucht und auch Trauma haben einen gewissen Schrecken erhalten, wo sich Therapeut_innen oft nicht mehr im Stande sehen, dies zu besprechen. Dadurch wird dieses Thema aber auch so groß und nimmt einen hohen Stellenwert bei den Klient_innen ein. Ich frage mich, ob dieser auch so groß wäre, wenn es nicht die mächtige Zuschreibung des Themas im therapeutischen Diskurs gäbe.

Zum Thema Diagnose. Es kommen immer wieder Klient_innen zu mir, die eine Diagnose mitnehmen – meist eine Persönlichkeitsstörung. Die nimmt dann ganz viel Platz im Gespräch ein. Beispiel: eine 18jährige Frau, bei der mit 14a „Borderline“ diagnostiziert wurde. Sie hat sich sogar im Internet einen Mann gesucht, der dieselbe Diagnose hatte, mit der Hoffnung, er könne sie besser verstehen. Es hat nicht lange gehalten und war schmerzhaft für die Klientin. Ich sagte der Klientin, dass ich glaube, dass sie im Laufe der Zeit ihr „Borderline“ irgendwo stehen gelassen und vergessen habe, es wieder mitzunehmen. Sie war darauf so erleichtert. Sie meinte nämlich, die Diagnose passe gar nicht mehr. Die nächsten Stunden verliefen positiver, bis sie eine neue Diagnose haben wollte. Sie war sich nun sicher, ADHS zu haben und ließ sich klinisch-psychologisch sogar austesten. Sie fing auch zwischenzeitlich an, alle Zuschreibungen, die eine Borderline-Klientin aufweisen, zu zeigen. ADHS konnte auch nicht bestätigt werden.

Ich habe mich dann gefragt, ob ich ihr die Diagnose zu schnell weggenommen und nicht erkannt habe, dass diese auch lange Teil ihrer Identität war. Ich denke, dass wir mit der Dekonstruktion von Diagnosen vorsichtig sein müssen bzw. geduldig.

Ich hoffe, ich konnte meine Gedanken verständlich darstellen. Liebe Grüße und danke für die spannenden gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen.

Claudia Tiapal

Bemerkung SK dazu: ich frage mich, wieso etwa Trauma und Sucht für Therapeut_innen so einen Schrecken haben. Ev. weil sie sich inkompetent fühlen, weil man so viel "wissen wo's langgeht" von ihnen verlangt? Ist das Thema mächtig, sollen die Therapeut_innen mächtig sein? Über Macht und Ohnmacht im Zusammenhang mit diesen Themen zu sprechen fände ich jedenfalls interessant. Dass Diagnosen teilweise identitätskonstituierend sind, glaube ich auch. Die Fall Erzählung ist sehr interessant – aber wieso hat die Psychotherapeutin die Diagnose "zu schnellweggenommen"? Aus meiner Sicht hat sie "Borderline" als Phänomen nur externalisiert. Was mit der Klientin passiert ist, gibt Stoff für viele interessante Gespräche mit ihr.

Ein Beispiel für einen Störungsdiskurs in einem Protokoll

Materialien: Ausschnitte aus einem Protokoll einer Studierenden

(Anm.SK: diese hat sich mit der Veröffentlichung einverstanden erklärt; mit meinem Hinweis auf die genannten Diskurse ist keine grundsätzliche Kritik an der stattgefundenen Therapie verbunden.)

2. Nachsorgetermin: Es sind die KE und B. anwesend.



TH: Wir kommen bald zum Ende. Gibt es noch Fragen von dir oder von Ihnen? Irgendetwas was ich vergessen habe zu erwähnen?

KM: Ja (*spricht das Wiegen an, dass B sich nach wie vor täglich wiegt aber eigentlich nicht wiegen will*).

Bemerkung SK: Muss B. das Wiegen wollen? Ich würde sie fragen, wie es mit der Zumutung geht, wollen zu sollen.

TH: ich frage B, wie sie das empfindet. **B meint, dass ihre Mutter Recht hat, dass sie das eigentlich manchmal gar nicht will. Ich merke an, dass mir andere Jugendliche, die in einer ähnlichen Situation wie sie sind, manchmal erzählen, dass beim Wiegen oder Essen jemand mitredet. Irgendwie so wie ein kleiner Giftzwerg oder Dämon, der auf der Schulter sitzt und mitreden möchte. Ich zeichne ihr auf was ich ca. meine und frage sie ob sie damit etwas anfangen kann oder ob es bei ihr ganz anders ist. B überlegt. Ich fahre fort – auf das Bild zeigend – „Und der ist mal lauter mal leiser und der bringt dich dazu, Dinge zu tun oder zu sagen, die du im Augenblick eigentlich grad vielleicht gar nicht tun willst.“**

KM wirft ein: Ja, das merk ich auch beim Essen. Manchmal isst sie, weils ihr schmeckt und sie Hunger hat und mal kämpft sie mit jedem Bissen. **Da hat sie auch diesen Blick.**

TH: Empfindest du das auch so B?

B: Ja.

Wir besprechen, dass sie bis zur nächsten Stunde diesen Giftzwerg zeichnen oder modellieren kann und ihm auch einen Namen geben kann und ihn mitnehmen soll/kann.

Bemerkung SK: Aus meiner Sicht gibt es hier zu wenig Raum für das Erleben von B. Die Metapher mit dem Giftzwerg bewertet einen bestimmten Einfluss in Bs Erleben von vornherein negativ. Ich habe den Eindruck, dass die Fragen von eigenen Hypothesen ausgehen und zu Behauptungen führen. Behandlung (ev. nach einem bestimmten Konzept der Externalisierung) steht im Vordergrund.

Bemerkung Pthin dazu: Negativ ist die Bewertung (des „Giftzwergs“) deshalb, weil B selbst diese "Stimme" belastet findet. Hab mich damals sehr vom Buch "Gemeinsam die Magersucht besiegen" von Janet Treasure inspirieren lassen. B war meine erste Anorexiepatientin und ich fand Lektüre und Supervision sehr hilfreich.

3. Nachsorgetermin mit B.

TH :ich frage sie ob sie dazugekommen ist, den Giftzwerg zu zeichnen oder zu modellieren und sie erzählt mir dass sie noch nicht dazu gekommen ist. Wir machen aus, dass sie ihn das nächste Mal mitbringen kann. Da sie mit keinem Thema/Anliegen kommt lass ich ihr die Wahl ob wir mit dem Giftzwerg anfangen sollen oder mit ihrer Suche. Sie wählt den Giftzwerg.

TH: B., ich habe dazu Dämon bzw. Giftzwerg gesagt. Aber ich weiß nicht, ob dieser Name überhaupt so richtig passt. Was meinst du, wie möchtest du ihn oder es nennen?



Bemerkung SK: Ich finde, dass das Bild hier eine ontologische Qualität bekommt – was wenn diese Externalisierung für B so gar nicht passt? Die Unterstellung, mit keinem Thema zu kommen, hindert an der Frage, wie es B mit dem letzten Gespräch (mit den Eltern) gegangen ist. B spielt mit – wirkt sehr kooperativ, aber was ist mit ihrer widerständigen Seite, die sich zwischendurch auch zeigt?

Bemerkung Pthin dazu: B war bei den Sitzungen im Krankenhaus eher passiv. Erst nach einem halben Jahr begann sie für sich die Stunden zu gestalten. Ich hatte sie oft im Krankenhaus ermuntert ein Anliegen vorzubringen und habe ihr viel Raum für Antworten gegeben. Es brauchte auch ca. 2 Monate bis sie überhaupt mehr als ein paar Worte mit mir sprach. Sie war sehr wütend über ihre Situation (erzwungener stationärer Aufenthalt). Ohne Eltern wirkte sie schüchtern und sehr unsicher (sie war 12 Jahre alt). Durch ihre Wortkargheit kam ich mehr ins (methodische) Tun, spürte auch phasenweise Ungeduld und machte Tempo. Schließlich war sie am Beginn der Behandlung sehr mager (BMI 14), hatte auch ernstzunehmende somatische Beschwerden. Der Druck, den Teufelskreis der anorektischen Symptomatik möglichst bald zu durchbrechen, war schon spürbar.

B (überlegt): Teufelchen.

TH: Gut. Teufelchen. Nun, wie ich dir bereits letztes Mal schon ein wenig erzählt habe, könnte es sein, dass dieses kleine Teufelchen oft bei deinem Tun mitredet, wie siehst du das?

B: ja.

TH: Wie groß ist denn das Teufelchen ca.?

B: So (ca. 20 cm).

Wir besprechen noch ein wenig wie es aussehen könnte.

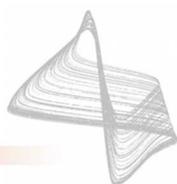
TH: Wo meinst du redet denn das Teufelchen überall mit?

B erzählt, dass es bei den Mahlzeiten, beim Wiegen, beim Gewand einkaufen und beim Betrachten im Spiegel mitredet.

TH: Was sagt das Teufelchen in diesen Situationen?

B erzählt, dass das Teufelchen sagt „iss weniger, sonst ist es morgen wieder mehr“ (auf der Waage). Wenn sie sich in den Spiegel schaut, sagt es „so passt das nicht“, beim Wiegen „das ist zu viel“. Sie erzählt außerdem dass es ihr leichter fällt, mit Freundinnen einkaufen zu gehen, die größere Kleidergrößen haben als sie und dass ihre 4 besten Freundinnen größer und normalgewichtig sind. Auf meine Frage was denn ihre besten Freundinnen zu besten Freundinnen macht, sagt sie, weil sie zuhören, anderen erklären, warum B nicht mehr essen möchte. Weil sie viel lachen und auch in schwierigen Zeiten für sie da sind.

TH: Worauf hat das Teufelchen Einfluss? Was verändert sich dann wenn es das alles sagt? (Wir explorieren gemeinsam was das Teufelchen bei ihr dadurch auslöst: Weniger zu essen, Unzufriedenheit mit sich selbst, Vermeidung von Spiegeln, Traurigkeit, tägliches Wiegen.)



TH: Und worauf, würdest du sagen, hat es gar keinen Einfluss? Wo ist das Teufelchen ganz still?

B erzählt, beim Aufgabe machen, Kämmen, im Unterricht, beim Sport, im Kino.

TH: Das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe, gibt es Bereiche, wo das Teufelchen mitredet – mal lauter, mal leiser – und Bereiche wo es verstummt.

B nickt

TH: Hättest du es manchmal gerne leiser? Dort wo es laut ist?

B: Ja, schon.

Da die Stunde um ist bespreche ich mir ihr, dass sie Dinge ausprobieren soll, vielleicht das Teufelchen einfach ein wenig weiter von sich wegstellen soll, wenn es zu laut mitredet oder etwas anderes. Sie soll es ausprobieren, wenn sie mag, und wir besprechen nächste Stunde was sich dadurch verändert hat.

Bemerkung SK: Der Name „Teufelchen“ friert (genauso wie Giftzwerg) die Bedeutungsgebung ein. Wenn schon mit dieser (von der Therapeutin kommenden) Externalisierung gearbeitet wird, dann würde ich langsamer vorgehen und zuerst explorieren, was dieses angebliche „Teufelchen“ sonst noch alles will (die positiven Motive dahinter klären).

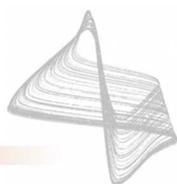
3. Nachsorgetermin mit Kindeseltern (folgt unmittelbar auf das Gespräch mit B)

TH: Wie wäre die Situation noch vor einem Monat ausgegangen, was meinen Sie? (Damit möchte ich darauf hinweisen, dass noch vor einem Monat B sehr weit davon entfernt war, ein Brot zu essen und die KM sehr weit entfernt davon war, zu sagen dass sie es halt bleiben soll.)

KM: Na da hätt sie **uns** gar nichts gegessen.

Bemerkung SK: Es klingt so, als ob die Mutter das Problem der Tochter als ihr eigenes betrachtet. Ich würde beim Auseinanderhalten helfen. Außerdem ist alles auf das Essen fixiert, also auf das unmittelbar sichtbare Symptom.

Bemerkung Pthin: Die Stunden mit den Kindeseltern liefen sehr oft so ab, dass auf Anliegen der Eltern und auf ihre Fragen gezielt eingegangen wurde, sie also mehr Beratungscharakter hatten. Für die KM war es gerade in den ersten beiden Monaten – wo es auch um eine stetige Zunahme ging – entlastend, jemanden zu haben, mit dem sie über Mahlzeiten mit B sprechen konnte. Aufgrund der hohen Belastung, die die KE zu tragen hatten, war es aus meiner Sicht wichtig, auch Unterschiede am Genesungspfad sichtbar zu machen und sie in ihrer Elternrolle zu stärken. Für die KE war es ein großer Schritt, sich nicht mehr mit dem Essen oder Nichtessen erpressen zu lassen. Erste, kritische Muster wurden unterbrochen. Es war für die KE entlastend, Verantwortung des Essens an B abgeben zu können. Mit diesem Schritt begann sich auch der KV mehr einzubringen. Damit gab es bei den Mahlzeiten auch wieder mehr Raum für andere Gespräche. Und die KM konnte sich dadurch besser vom Essensproblem der Tochter distanzieren.



TH: Also, die Unterschiede sind aus meiner Sicht sehr groß zwischen früher und jetzt. Ich erzähle von den Fortschritten, die ich speziell bei B aber auch im Handling der KE mit ihrer Tochter sehe. Beispielsweise lassen sich die KE bei den Mahlzeiten nicht mehr **erpressen**, sie übergeben ihr in einem gewissen Rahmen die Verantwortung für die Essensmengen (es gibt ein Mindestgewicht, das sie nicht unterschreiten darf). Da B nicht einschätzen kann, wie sie ihr Gewicht halten kann, werden die 5 Mahlzeiten als Empfehlung für sie erstellt. Das möchte B auch so.

Bemerkung SK: Trotzdem sucht B nach Eigenständigkeit – aus meiner Sicht ist ihre Widerständigkeit hilfreich (die Therapie könnte ein „braves“ Kind produzieren helfen). B in ihrem sozialen Umfeld und ihrem Innenleben zu verstehen gerät durch die Symptomorientierung ins Hintertreffen. „Erpressen“ spricht von einer aktiven und eher destruktiven Rolle Bs im Geschehen.

Bemerkung Pthin dazu: Die Symptomorientierung ergibt sich aus meiner Sicht aus der Behandlungsdauer. Gerade zu Beginn des stationären Aufenthalts dreht sich zwangsläufig viel um Gewicht, Essen, Dicksein usw.. Da gibt es zunächst kaum Raum für die Bearbeitung anderer Themen.

4. Gespräch mit KE

KV: Mir kommt vor, dass B irgendwie einen Exit aus der Krankheit sucht. Dass sie diese Rolle eigentlich nicht mehr will.

KM: Ja, im Freundeskreis ist sie „die Magersüchtige“ und da kann sie nicht einfach von einem Tag auf den anderen plötzlich nicht mehr magersüchtig sein. Das würden die dann nicht verstehen.

TH: Ist das ein Dilemma, das B selbst geäußert hat?

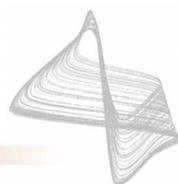
KM: Nein, aber **in den Gesprächen mit mir hört sich das so an.**

TH: Es ist enorm hilfreich, dass sie ihre Tochter **so gut kennen** und Veränderungen mitbekommen. Das ist für den therapeutischen Prozess sehr hilfreich. Ich werde mir diese wichtige Information aufschreiben und das nächste Mal darauf zurückkommen. Wir sind nun schon am Ende der Stunde. Gibt es abschließend noch Fragen?

Bemerkung SK: „So gut kennen“ impliziert, dass das Bild der Eltern über B richtig ist. Die Idee der Mutter über B wird als „wahr“ konnotiert. Außerdem erscheint B wieder sehr aktiv und „strategisch“.

Bemerkung Pthin dazu: Die Wahrnehmung der Eltern war insofern hilfreich, als ich dieses mögliche Dilemma mit B thematisierte und B mir mitteilte, dass genau dies zutraf. Und das Bild, in dem sie den Blick von der Krankheit weg gerichtet hat, hin auf ihren weiteren Lebensweg, half ihr glaub ich, auch insofern, als sie den Fokus nun verstärkt auf andere Themen (familiäre aber v.a. persönliche Entwicklungsthemen) legen konnte.

KE: Ja, wir wollten noch fragen wegen der Waage. Im Urlaub hatte sie keine Waage und jetzt **haben wir gesagt**, dass sie sich nur mehr 1mal pro Woche wiegen **soll**.



TH: ich gehe gerne noch kurz darauf ein. Sagen Sie, ist es für B ein **Ratschlag**, dass sie sich nur einmal wiegen soll, **oder ist das etwas, was Sie bestimmen und ohne wenn und aber vorgeben?** Da kenn ich mich jetzt nicht aus.

KM: Na eigentlich hab ich schon gesagt, jetzt nur einmal in der Woche, aber wenn sie dann wieder anfängt sich mehrmals zu wiegen ...

TH: Aber sie haben sich doch irgendetwas gedacht bei der **Vorgabe?**

KM: Ja, weil sie sehr verändert ist seitdem. Es hat sie im Urlaub überhaupt nicht gestört, dass die Waage nicht mit ist und sie ist einfach fröhlicher, lockerer in der Früh und isst mehr. Sie hat jetzt die Waage sogar von ihrem Zimmer ins Badezimmer gestellt, weil sie sie im Kinderzimmer nicht mehr haben mag.

TH: **Also, eigentlich gute Gründe um an der 1x Woche Regel festzuhalten, was meinen Sie?**

KM: Ja eigentlich schon.

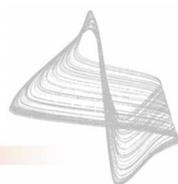
TH: **Besprechen Sie es beide (KE) noch einmal wie Sie vorgehen möchten. Wichtig ist denke ich, ganz klar aufzutreten.** Wenn Sie zu der Übereinstimmung kommen, dass so viele Gründe für 1x pro Woche sprechen, dann sollte B auch wissen, dass Sie das vorgeben. Umgekehrt dort, wo Verhandlungsspielraum besteht und B mitgestalten oder sogar selbst bestimmen kann, sollten Sie das ebenfalls dann auch so kommunizieren.

Bemerkung SK: Bs Erleben kommt hier gar nicht vor – sie wird auch nicht gefragt. Die Therapeutin scheint viel über B zu wissen, die Eltern auch (dabei ist B nicht anwesend – Elterngespräch).

Bemerkung Pthin dazu: Ich glaube, dass hier das Alter des Mädchens mitberücksichtigt gehört. Die Eltern gaben B die Möglichkeit in anderen Bereichen dominant aufzutreten (Umherziehen mit Freunden, Lernzeit, knappe Kleidung etc.). In den heiklen Bereichen Wiegen und Essen, denke ich waren klare Vorgaben der Eltern v.a. in der Gewichtssteigerungsphase wichtig.

Fragen für die Teilnehmer innen:

- Sollte für Psychotherapie bezahlt werden, damit sie ein Job bleibt?
- Wofür wird hier bezahlt?
- Inwiefern bestimmt Geld den Wert des Handelns bzw. soll ihn bestimmen? Ist Psychotherapie mehr wert, wenn sie mehr kostet?; Muss ich mehr verlangen, damit ich auf dem Markt was wert bin?; Will ich mich verkaufen?
- Wie wirken sich finanziell eingeschränkte Lebenslagen auf psychosoziale Probleme aus?
- Wer kann sich Psychotherapie auf dem freien Markt leisten und wer nicht?
- Wie frei kann ich unter den gegebenen Rahmenbedingungen in der Institution arbeiten?
- Wer redet dabei mit, wenn es um die Beurteilung der Qualität meiner therapeutischen Arbeit geht?
- Wie ersetzbar bin ich für die Institution und wie wirkt sich das auf mich und mein therapeutisches Tun aus?



- Wie wirken sich die veränderten Rahmenbedingungen für Psychotherapie in Institutionen auf die Klient_innen aus?
- Welche ökonomischen Diskurse beeinflussen mich und meine Klient_innen im therapeutischen Prozess noch? (z.B.: „Zählen Sie Ihre lebenswerten Eigenschaften auf“; „Was ist es mir wert?“; „Zahlt es sich denn aus?“, „Ich hab so viel investiert“)

