

„Ich versuche, meine Krankheit zu lieben“

Fallbeispiel einer psychotherapeutischen Begleitung eines Aids-Kranken

Von Marlene Bock

An Aids erkrankte und mit HIV infizierte Menschen gehören überwiegend Gruppen an, die auch ohne das zusätzliche Stigma dieser Krankheit von gesellschaftlicher Diskriminierung bedroht sind. Im Rahmen eines Forschungsprojektes über sozialpsychologische Aspekte von Aids am Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen, gefördert vom Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, wurden unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter Ausgrenzungstendenzen der sogenannten Normalbevölkerung im Zusammenhang mit Aids und die Reaktionsweisen der unmittelbar von der Krankheit Betroffenen, ihrer Partner und Angehörigen untersucht. Die psychosoziale Perspektive, die die Dialektik zwischen psychischen und sozialen Prozessen verstehen und analysieren will, führte dazu, daß der metho-

dische Zugang zu den von Aids Betroffenen sowohl ein sozialwissenschaftlicher als auch ein psychotherapeutischer war. Das heißt, daß Forschungsinterviews durch einzelne therapeutische Verlaufsstudien ergänzt wurden. Obwohl Psychotherapie mit vom Tode bedrohten Klienten eine mühsame und belastende Gratwanderung zwischen Aufdecken und Stützen, zwischen Helfen-Wollen und hilflosem Ertragen-Müssen ist, gibt gerade dieser Teil der Arbeit dem Forscher über den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn hinaus das Gefühl, den 'Beforschten' etwas zurückzugeben, ihnen ein wenig Entlastung verschaffen zu können. Das folgende anonymisierte Fallbeispiel zeigt die komplexe Wechselwirkung von somatischen, psychischen und sozialen Einflüssen auf den Umgang eines Betroffenen mit der Krankheit Aids.

Der Kontakt zu Herrn U. kam über den Konsiliardienst einer Klinik zustande. Der zunächst hinzugerufene Psychologe gab die Anfrage nach therapeutischer Begleitung an uns weiter, da ihm bekannt war, daß wir im Rahmen unseres Forschungsprojektes HIV-Patienten betreuen. Mit folgenden Vorabinformationen gingen wir in das Erstgespräch:

Herr U., 28 Jahre alt, homosexuell, weiß seit vier Jahren, daß er HIV-positiv ist, und ist vor einer Woche von einer kleinen westdeutschen Stadt, in der er alleine lebt, mit Atemnot, Verdacht auf Pneumonie und zur Abklärung seines Krankheitsstadiums in die Klinik eingewiesen worden. Der Patient liegt alleine in einem zum Krankenzimmer umfunktionierten Tagesraum; der Konsiliardienst wurde von einem Stationspfleger mit den Worten: „Seien Sie vorsichtig, er ist Aids-krank!“ zu diesem Zimmer geführt. Herr U. hatte bereits vor zwei Jahren an seinem Wohnort eine kurze (vierzehnstündige) Psychotherapie gemacht und jetzt den Wunsch nach psychotherapeutischer Betreuung und Beratung geäußert, da er sehr depressiv ist.

Erstinterview

Wir treffen einen jugenhaft, schwächlich und erschöpft wirkenden Mann an, der mit leiser Stimme, unter schwerem Atmen und häufig mit den Tränen kämpfend von sich erzählt. Seine beiden Hauptthemen, auf die er immer wieder zurückkommt, sind die problematische Beziehung zu seinem acht Jahre älteren Freund, der ebenfalls HIV-positiv ist, und daß er „keine Kraft mehr“ hat. Bis vor einem Vierteljahr, als er eine Schimmelpilz-Allergie bekam, war er symptomfrei. In den letzten

Wochen habe er jedoch immer wieder unter Atemnot unklarer Ursache gelitten und nun das Gefühl, daß es mit ihm körperlich bergab gehe. Er fühle sich ständig schwach und nicht mehr imstande, wie er es geplant hatte, eine Abendschule zu besuchen, um sich beruflich weiterzuqualifizieren. Dazu komme seine psychische Zermürbtheit, die bedingt sei durch jahrelange Versuche, sich aus der Beziehung zu dem Freund zu lösen, der in so vielen Dingen „andere Einstellungen zum Leben“ habe als er und mit dem er über „fast nichts“ reden könne.

Er fühle sich oft sehr allein und habe erst bei seinem letzten Klinikaufenthalt vor ein paar Wochen seinem Vater und einem Patenonkel gesagt, daß er HIV-positiv ist. Seine Mutter dürfe es nicht wissen, da sie in Unkenntnis der Diskriminierungsgefahr, die mit der Krankheit zusammenhänge, „nicht dichthält“, zumal sein Vater große Angst habe, „Ansehen zu verlieren“, wenn im sozialen Umfeld bekannt würde, „daß sein Sohn Aids hat“. Den Vater habe es ohnehin schon geärgert, daß Herr U. den Patenonkel ins Vertrauen zog, obwohl er dies in der Absicht tat, daß der Onkel sich um den Vater kümmern und ihn trösten solle. Der Vater habe allerdings, entgegen seiner Erwartung, die Mitteilung von der Infektion „relativ gefaßt aufgenommen“. Daß er homosexuell ist, hatte Herr U. seiner Familie „schon im 21. Lebensjahr“ mitgeteilt. Er hat noch einen Bruder, dieser wisse noch nichts von seiner Infektion. Innerhalb der Schwulen-Szene seiner Stadt sei es jedoch mittlerweile „rum“, was von ihm selbst inszeniert war, denn „ich finde es besser, mit jemandem zu reden, der es weiß“. Er kenne aber außer seinem Freund keine anderen Betroffenen in der Szene seines Wohnortes.

Als er vor vier Jahren von seiner HIV-Infektion erfuhr – sein Hausarzt hatte ihm, da er ständig erkältet war, zum Test geraten – veranlaßte er seinen Freund, sich ebenfalls testen zu lassen, ging davon aus, daß dieser auch HIV-positiv sei, was sich bestätigte, und knüpfte daran zunächst die Hoffnung, „daß wir beide, beide positiv, enger zusammenrücken“. Als er bald darauf merkte, daß diese 'Gemeinsamkeit' ihre Beziehung nicht festigte und der Freund weiterhin „mit hundertmal mehr Männern schläft als ich“, wurde ihm die Bedeutung seines positiven Testergebnisses erst in aller Deutlichkeit klar. Herr U. ist empört darüber, daß der Freund seine Sexualpartner nicht über die Infektion informiert, „auch da nur auf den eigenen Vorteil bedacht ist und nicht daran denkt, daß sie auch sterben können“, zumal er meist ohne Kondome zu benutzen mit ihnen verkehre.

Für ihn selbst sei die Frage, wer wen infiziert habe, ohne Relevanz, aber sein Freund habe, so erklärt er mit zynischem Lächeln, schon einmal den Verdacht erhoben, daß Herr U. das Virus „von einem Urlaub aus München mitgebracht“ und ihn angesteckt habe. Außerdem sei der Freund „sauer“ auf ihn, weil er in der Szene über sein Positiv-sein gesprochen hat. In der Firma dürfe allerdings niemand davon erfahren, weil sein Freund, der im selben Betrieb arbeitet, fürchte, „daß dann gleich zwei Arbeitsstellen gekündigt“ würden. Das einzig Vorteilhafte, was er in diesem ersten Gespräch über den Freund berichtet, ist, daß dieser „bisher immer kam, wenn ich ihn brauchte“; so erwartet er auch heute seinen Besuch. (Ich habe die Phantasie, daß Herr U., wenn der Freund kommt, als stummer Vorwurf an ihn im Bett liegt und ihm auch ohne Worte zeigt, daß er es ist, der ihn so „schwach“ und krank gemacht hat.)

Ich fühle mich nach dem Erstgespräch angerührt und so verzagt, wie Herr U. auf mich wirkte. Wir beschließen im Team, ihm eine fortlaufende therapeutische Betreuung anzubieten, zumal er signalisierte, daß er bereit ist, zur psychotherapeutischen Betreuung weite Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Vorher soll mit ihm aber erörtert werden, ob er nicht doch an seinem Wohnort seine frühere Therapie wieder aufnehmen möchte, die er einmal mit dem Ziel begonnen hatte, sich aus der Beziehung zu seinem Freund zu lösen und „für andere Menschen zu öffnen“.

Psychosoziale Situation

Der zweiten Stunde geht ein kurzes Gespräch mit dem Stationsarzt voraus, der, obwohl noch nicht alle Untersuchungsergebnisse vorliegen, davon ausgeht, daß Herr U. im Vollbild der Erkrankung ist, zumal er seit zwei Tagen Fieber und eine Entzündung im Mund hat. Zu Beginn des zweiten Gespräches erzählt Herr U. vom Besuch seines Freundes und „wie gut“ er sich nach dem Erstinterview gefühlt habe, bis dann abends der Schüttelfrost, das Fieber und die Entzündung im Mund begannen. Heute wirkt er dennoch weniger depressiv und ist, sogar als er über seinen möglichen Selbstmord redet, „für den Fall, daß das Leiden unerträglich wird“, nicht annähernd so traurig wie im ersten Gespräch. Der Gedanke, durch Selbstmord eine Alternative zum „Dahindämmern an Schläuchen“ zu haben, entlastete ihn. Falls bei ihm in den nächsten Tagen das Vollbild diagnostiziert werde, wolle er zu allererst sein Testament machen, das meiste solle der Freund bekommen; darüber hinaus wolle er sich überlegen, wie es mit ihm weitergehen und wer ihn später wo pflegen solle. Solange er noch mobil sei, wolle er nicht an seinem Wohnort, sondern bei uns psychotherapeutisch betreut werden; die zweistündige Anfahrt mache ihm nichts aus.

Dann bringt er das Gespräch auf Retrovir, das man ihm verordnen will, auf dessen mögliche Behandlungserfolge, den phasenhaften Verlauf der Erkrankung und seine berufliche Situation. Dabei stellt sich heraus, daß sich für ihn im letzten Jahr die Hoffnung auf eine innerbetriebliche Umsetzung und Höherqualifizierung zerschlug und daß dies zeitgleich mit seinem ersten HIV-bedingten Klinikaufenthalt war, worauf ich ihn jedoch nicht aufmerksam

mache. Herr U. ist gelernter Facharbeiter (sein Freund arbeitet in derselben Firma als ungelernete Hilfskraft), und er zeigt neben seiner Enttäuschung, daß man ihn nicht, wie versprochen, befördert hat, auch eine kämpferische, ehrgeizige Seite in Bezug auf seinen Beruf. Gekündigt werden könne ihm wegen seiner sich häufenden Krankenstände nicht, denn er habe sich schon „vorsorglich“ vor einiger Zeit in den Betriebsrat wählen lassen. Was ihn aber kränkt, ist die Streichung seiner überbetrieblichen Zulagen, die er aufgrund besonderer Arbeitsleistungen bekommen hatte. Doch das ist er nicht gewillt hinzunehmen, denn es sei „nicht rechtens“, ihm den Lohn zu kürzen, weil er in der letzten Zeit häufiger krank gewesen sei. Einerseits wirkt er entschlossen, sich in seiner Firma zu „wehren“; andererseits hatte er schon nach seinem letzten Krankenhausaufenthalt überlegt, ob er nicht mit der Arbeit dort ganz aufhören und sich „arbeitslos schreiben“ lassen solle, um dann zur Abend-schule zu gehen und sich auf eine Ganztags-umschulung vorzubereiten, die eventuell vom Arbeitsamt gefördert würde. Daß die Verwirklichung dieses Planes nun aufgrund seines erneuten Krankheitsschubs nicht mehr möglich sei, schmerzt ihn sehr, zumal es bereits sein zweiter Anlauf ist, sich beruflich weiter-zuqualifizieren.

Die Beziehung zu seinem Freund stellt er heute auch in einem anderen Lichte dar. Der Verlauf eines Jahres, das beide gemeinsam in Holland verbrachten (der Freund ist Holländer), der anschließende Beziehungsabbruch, der von Herrn U. ausging, der Wiederbeginn der Beziehung – „Ich hab ihn dann wieder zu mir geholt“ – und ein zweiter mißlungener Versuch der beiden Männer, sich mit einer Gaststätte eine gemeinsame Existenz aufzubauen, zeigen, daß Herr U. der beruflich und sozial Potentere und zumindest in der Alltagsbewältigung dem älteren und von ihm als dominant geschilderten Freund überlegen ist.

Als ich ihn darauf aufmerksam mache, lacht er verlegen; dies sei ihm noch nicht aufgefallen, aber es könne stimmen, zumal er ja immer derjenige gewesen sei, der die Beziehung beendet habe. „Mein Freund wollte mich immer bei sich haben.“ Ihn habe es im Laufe der Jahre zwar zunehmend gestört, vor allem wenn er andere homosexuelle Männer kennengelernt habe, die „viel liebevoller“ mit ihren Partnern umgingen, wie egoistisch sein Freund sei, „der liebt wahrscheinlich nur sich“. Dennoch sei er

selbst für den Freund wohl doch „der wichtigste Mensch“ und Ansprechpartner.

Herr U. reist ein paar Tage nach seiner Entlassung aus der Klinik zur ersten Therapiestunde an, und wir verabreden Einzelgespräche in vierzehntägigen Abständen. In Phasen, in denen es ihm psychisch besonders schlecht geht, kommt er jedoch wöchentlich. Das Setting wird für gelegentliche Paargespräche mit seinem Freund sowie für Familiengespräche mit seinen Eltern und dem Bruder offengehalten, aber er realisiert diese Möglichkeiten nicht, obgleich er öfter darüber spricht. Die Therapie ist mittlerweile im zweiten Jahr, Herr U. arbeitet nicht mehr, ist im Dauerkrankenstand und wartet auf seinen Rentenbescheid.

Biographische Hintergründe

Herr U. ist in einer Arbeiterfamilie mit einem zwei Jahre älteren Bruder aufgewachsen. Sein Vater arbeitete in der Schwerindustrie und ist noch nicht 60jährig wegen orthopädischer Verschleißerscheinungen Frührentner. Seine Mutter ist „schon seit ihrer Jugend“ manisch-depressiv, war mehrfach stationär in der Psychiatrie und liegt in ihren depressiven Phasen seit Jahren immer wieder wochenlang kaum ansprechbar im Bett. Den Bruder beschreibt er als unkompliziert, oberflächlich und wenig belastet durch die chronische Krankheit der Mutter und das daraus resultierende familiäre Klima, als den einzigen „Gesunden“ in der Familie, der sei schon immer abgegrenzt und „ganz anders“ als er gewesen. Herr U. hingegen habe schon als kleiner Junge darunter gelitten, daß sein Vater die Mutter „nicht wirklich versteht und sie wie ein Kind behandelt... wenn er mehr Verständnis hätte, könnte ihr Leben viel schöner sein, aber der macht ihr immer nur Vorschriften und Vorhaltungen“.

Ein traumatisches Erlebnis in seiner Kindheit, auf das Herr U. immer wieder bitterlich weinend zurückkommt, ist der „plötzliche Tod“ eines älteren allein lebenden Nachbarn, an den er sich eng angeschlossen hatte. Diesen väterlichen Freund und dessen Schäferhund habe er geliebt, dort habe er sich geborgen gefühlt. Er habe gegen den Widerstand seiner Eltern viel Zeit „mit dem Mann“, dessen Namen er niemals nennt, und „dem Hund“ verbracht. „Da war ich glücklich“, sagt er. Daß es ihm nach

dem Tod des Mannes nicht gelang, die Tötung des Hundes zu verhindern – er hatte den Hund zu sich nehmen wollen, was seine Eltern verhinderten – steht für ihn symbolhaft für seine 'Unfähigkeit', für Wehrlose und Schwache erfolgreich zu kämpfen und für seine eigene Wehrlosigkeit und Schwäche. Diese Episode ist für ihn eine paradigmatische, mit tiefen Schuldgefühlen verbundene Niederlage. Zu dieser Zeit war er neun Jahre alt.

In der Pubertät gelang es ihm, dem Einzelgänger, ein weiteres Mal Freundschaften zu schließen. Dieses Mal war es ein gleichaltriger Junge, zu dem er sich hingezogen fühlte. Die Freundschaft, in der er „eindeutig der abhängigere, unterlegenere“ Teil gewesen sei, endete „sang- und klanglos“ einige Jahre später, als der Freund eine feste Beziehung mit einem Mädchen begann. Damals habe er nächtelang im Bett gelegen und geweint und seinen Schmerz mit niemandem teilen können. „Ich war halt wieder allein.“

Das nächste wichtige Lebensereignis war für Herrn U. seine Bundeswehrzeit. Hier, unter lauter Männern, sei ihm erstmals bewußt geworden, daß er homosexuell ist, und er habe unter seinem „Anderssein“ so gelitten, daß er multiple Ängste entwickelte. Die Ängste steigerten sich so weit, daß er nicht mehr mit den anderen Soldaten gemeinsam duschen und daß er keine Waffe mehr berühren konnte. „Schließlich bekam ich einen Nervenzusammenbruch und wurde in ein Bundeswehrkrankenhaus eingeliefert“. Dort habe er sich relativ schnell wieder beruhigt, aber als seine Entlassung und somit seine Rückkehr zur Truppe anstand, fiel er erneut in Panik und flüchtete sich nach Hause. Zu diesem Zeitpunkt klärte er seine Eltern über seine Homosexualität auf. Seine Desertion führte zu einer erneuten Einweisung in das Bundeswehrkrankenhaus und schließlich zu seiner vorzeitigen Entlassung aus der Bundeswehr „wegen Dienstunfähigkeit“. Für ihn sei dies keine Kränkung, sondern eine ungeheure Erleichterung gewesen; seit dieser Zeit habe er eine ausgeprägte Abneigung gegen Waffen und alles Militärische.

Danach zog Herr U. zunächst wieder zu seinen Eltern, nahm eine Stelle in einem Industriebetrieb an und hatte seine ersten „richtigen“ homosexuellen Kontakte. Bald darauf lernte er seinen Freund, den acht Jahre älteren Holländer kennen, der, wie Herr U. angewidert erzählt, „fasziniert ist von Waffen und Kriegsfilmern und sich oft brutale Videos reinzieht“. Mit ihm zog er für ein Jahr nach Holland und kam wieder zurück, weil der Freund dort größtenteils von seinem Geld lebte und im Gegensatz zu ihm keinen Arbeitsplatz fand. Damals wollte Herr U. zum ersten Mal die Beziehung mit ihm beenden. Danach lebten sie abwechselnd zusammen und getrennt und betrieben zeitweise gemeinsam „eine Kneipe“, durch die sie sich verschuldeten; er selbst habe im Ge-

gensatz zu seinem Freund die Schulden bereits abgetragen, „aber der kann ja mit Geld nicht umgehen“.

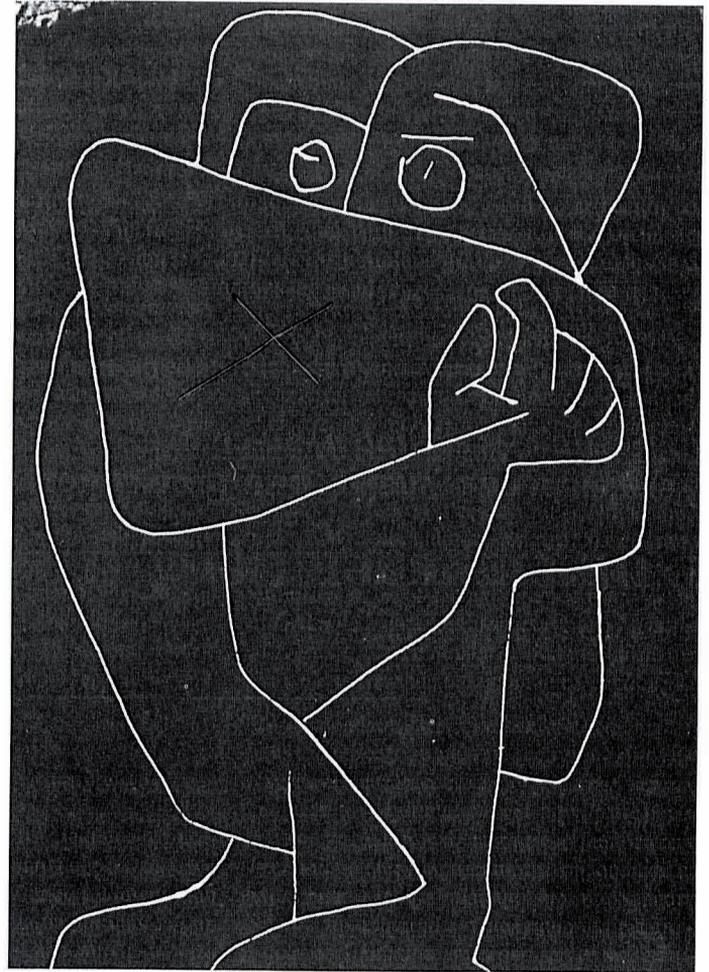
In den vergangenen drei Jahren arbeiteten sie in derselben Firma, lebten aber in getrennten Wohnungen. Die oft wiederholte Äußerung, „wenn ich mich nur mal an ihn kuscheln kann, dann bin ich schon glücklich“, steht dafür, daß der Freund, den er z. T. massiv entwertet, doch über alle Beziehungskrisen hinweg von ihm als glücksbringendes, faszinierendes aber auch versagendes Objekt beibehalten wird.

Die Lebensgeschichte von Herrn U. wird begleitet von den wiederkehrenden manischen und depressiven Krankheitsschüben seiner Mutter, wobei vor allem letztere ihm immer wieder aufs neue nahegehen, da die Mutter dann bis

zu einer kindlichen Hilflosigkeit regrediert. „Ich sitze dann bei der Mutti am Bett und kann nichts machen und bin schon froh, wenn ich sie überreden kann, daß sie sich mal wäscht. Der Papa schimpft immer nur mit ihr.“ Seine Bindung an das Elternhaus ist nach wie vor eng und belastend, da er sich mit der schwachen, kranken Mutter identifiziert und außerstande fühlt, an deren Situation und an dem von ihm kritisierten Verhalten seines Vaters irgendetwas zu ändern. Er hat das Gefühl, der einzige in der Familie zu sein, der die Mutter versteht, und ist verzweifelt, ihr dennoch nicht helfen zu können.

Therapieverlauf

Der Verlauf der Therapie ist gekennzeichnet von plötzlich eintretenden gravierenden Schwankungen im körperlichen und seelischen Befinden des Patienten und von der Bearbeitung tatsächlicher und befürchteter Diskriminierungen und Ängste im Zusammenhang mit seiner Erkrankung; daneben ist die Beziehung zu seinem Freund mit allen damit verbundenen Ambivalenzen Dauerthema. Dabei zeigt sich immer wieder folgendes Muster: Wenn Herr U. körperlich beschwerde-



Paul Klee / Das Wertpaket / Gouache 1939 / Kunstsammlung Nordrhein-Westfalen Düsseldorf © VG „Bild-Kunst“, Bonn

frei ist und wenn Gefühle von Zuversicht bei ihm überwiegen, zeigt er seine kämpferische, offensive Seite. In diesen Zeiten engagiert er sich, anfangs zögernd und später zunehmend aktiv, in der Aids-Hilfe, setzt sich in seiner Firma für seine und die Interessen seines Freundes (dem wegen Streitigkeiten mit einem Vorgesetzten gekündigt wird) ein, informiert nacheinander weitere Verwandte, Bruder, Tante und schließlich sogar seine Mutter, über seine Krankheit. Wie vom Vater erwartet, hat „die Mutti es gleich in der Nachbarschaft ausgetratscht“, die befürchtete soziale Ächtung blieb jedoch aus.

Zudem versucht Herr U. in der Schwulenszene für Safer-Sex zu werben, betreibt expressive Sportarten (Drachenfliegen, Surfen), erweitert seinen Bekanntenkreis, geht auf neue Männer zu, fährt zu Schwulentreffen (Workshops, Selbsterfahrungsgruppen) und hält emotional und sexuell Distanz zu seinem Freund. In diesen Phasen ist er in den Therapiestunden schalkhaft, selbstironisch und manchmal in einer solch ansteckenden Hochstimmung, daß die Therapeutin mit ihm gemeinsam in schallendes Gelächter ausbricht, wenn er witzig über einen seiner „Erfolge“ berichtet. Die Kehrseite dieser fast manischen Zuversichtlichkeit, in der ihn das

Leben bunt, schillernd und ungetrübt von Zukunftsängsten anmutet, zeigt sich in gleicher Tiefe und Ausdrucksstärke in seinen depressiven Phasen, die meist auch mit körperlichen Beschwerden (Pilz- bzw. Parasiteninfektionen) einhergehen.

In diesen Perioden fühlt er sich klein, hilflos und als ein Opfer in der Beziehung zu seinem Freund, innerhalb seiner Familie und in der Firma. Dann träumt er von Mord, Vergewaltigung, Steinigung und anderen aggressiven Inhalten, wobei die Opfer stets Frauen sind und der Täter sein Freund ist. Es ist ihm zwar zugänglich, daß er mit seiner leidenden, schwachen Mutter identifiziert ist und deshalb eigene aggressive Anteile auf den machohaften, dominanten Freund projiziert. Das Ansprechen seiner eigenen abgewehrten Aggressionen führt aber jedesmal zu bitterlichem Weinen, denn Herr U. hat in der Depression das Gefühl, Opferlamm für alle Leiden dieser Welt zu sein und gestattet sich dann keinerlei ‚böse‘ Gefühle wie Ärger oder Wut. Dies wird begleitet von sozialem Rückzug aus seinem Bekanntenkreis, vermehrtem Hinterdem-Freund-Herlaufen (der in solchen Phasen anscheinend jegliches sexuelles Interesse an ihm verliert) und von einer einseitigen Mutter-Übertragung auf die Therapeutin, die Herr U. dann ausschließlich als ‚gut und schwach‘, wie die eigene Mutter, phantasiert und die er vor seiner aggressiv-männlichen Seite (ver)schonen zu müssen glaubt.

Die Bearbeitung seiner Aggressionshemmung erweist sich immer wieder als besonders brisant, denn Herr U.'s Aufspaltung der Welt in ‚liebe, sanfte und schwache‘ Mutterfiguren, zu denen er selbst gehört, und ‚böse, aggressive, übermächtige‘ Männerfiguren, die er zu ‚bekehren und missionieren‘ versucht, und deren Paradebeispiel sein Freund ist, hängt ursächlich mit seiner persönlichen homosexuellen Identität zusammen. Pointiert gesagt ist Herr U. in seinem Selbstbild das edelmütige Pendant zum phallischen, machohaften, bindungsunfähigen Schwulen, der egoistisch seinen Triebimpulsen lebt und dabei über Leichen geht. Er selbst leidet statt dessen an der Welt und ist von Verlassenheitsängsten und Schuldgefühlen geschüttelt, weil er das „herzlose Verhalten der anderen“ nicht verändern kann, während sein Antagonist, der Freund, in seiner Phantasie Lust und Aggressivität skrupellos genießen kann und dabei (man bedenke, er ist ebenfalls HIV-positiv) auch noch gesund, begehrenswert und stark bleibt.

Im folgenden nun ein Beispiel dafür, wie tief die Abspaltung und Verleugnung von Aggression bei Herrn U. verwurzelt und wie schwierig ihre therapeutische Bearbeitung ist:

Eine Woche nachdem wir einen Traum bearbeitet hatten, in dem er gleich einem Propheten (Moses) „auf einem Berg in der Wüste“ plötzlich von einer „Horde wilder Kinder“

überfallen wurde, die mit Steinen nach ihm warfen in der Absicht, ihn zu töten, berichtet Herr U. unvermittelt zu Beginn der folgenden Stunde mit trotziger Miene: „Ich war am Wochenende in X. (einer Großstadt) in der Sauna und habe ohne Kondome mit zwei Männern gefickt. Ich hab auch nicht gesagt, daß ich positiv bin. Wer in die Sauna geht, muß wissen, daß er sich anstecken kann, aber die tun ja alle so, als gäbe es kein Aids. Warum sollte ich es dann ansprechen. Dem einen hab ich übrigens meine Adresse gegeben, er will mich vielleicht am Wochenende besuchen, dann kann ich ihm ja sagen, daß ich positiv bin und wenn er will, kann er dann ja Kondome benutzen“.

Diese Mitteilung löst bei der Therapeutin Erschrecken, Ärger und Schuldgefühle aus, so daß sie ihrerseits zunächst ins Agieren gerät und dem Patienten nahezubringen versucht, daß er sich selbst sowohl der Gefahr einer Reinfektion ausgesetzt habe als auch eine Anzeige wegen Körperverletzung riskiere, wenn er seinen „anonymen“ Sexualpartner nun im nachhinein auf sein Positiv-Sein aufmerksam mache. Die Deutung, letztendlich habe er sich somit doch wieder zum potentiellen Opfer gemacht und seine Aggression in nicht unbeträchtlichem Ausmaß gegen sich selbst gewendet und sei nun dabei, sich auch noch von anderen bestrafen zu lassen, ist Ausdruck des Ärgers der Therapeutin, die Art und Inhalt der Mitteilung als eine Ohrfeige gegen sich und die bisherige therapeutische Arbeit erlebt. Aber erst als sie diese Gegenübertragungsgefühle anspricht, löst sich die aufgeladene Atmosphäre. Herr U. gibt seine trotzig Haltung auf, nimmt von seinem Vorhaben, den einen Sexualpartner erneut zu treffen, ihn ‚aufzuklären‘ und somit eine strafrechtliche Verfolgung zu riskieren, Abstand und kann schließlich seine Schuldgefühle wegen des ungeschützten Verkehrs zulassen.

Nach der Konfrontation mit den Gefühlen, die er in der Therapeutin ausgelöst hat, wurde zudem deutlich, daß er prüfen wollte, ob sie ihn, auch wenn er einmal ein ‚böser Junge‘ – so wie sein Freund – ist, nicht verstößt. Seit diesem selbst- und möglicherweise auch fremdschädigenden Vorfall in der Sauna und der darauf folgenden affektiven Auseinandersetzung mit der Therapeutin hat Herr U. zwar seine abgewehrte Aggression nicht mehr derart destruktiv agiert, in abgemilderter Form zeigten sich jedoch noch mehrmals deutliche Racheimpulse, vor allem seinem Freund gegenüber, den er wiederholt versuchte, eifersüchtig zu machen. Es konnte inzwischen herausgearbeitet werden, daß er, der ‚einsame gute Prediger in der Wüste‘, der die Welt, die Schwulen-Szene, seine Familie und Freunde „verbessern“ und zu „mehr Menschlichkeit“ bekehren will, auch eine wutgeschüttelte, aggressiv-geladene und potentiell zerstörerische Kehrseite hat. (Die Integration dieser bei-

den Persönlichkeitsanteile ist bisher nicht gelungen.)

Jedes Krankheitszeichen, jedes körperliche Unwohlsein, aber auch jede reale oder gefürchtete Kränkung in der Familie und im Freundeskreis können bei Herrn U. erneut zu tiefer Depression und hilflosem Leiden führen und die Abspaltung seiner phallisch-aggressiven und somit auch seiner konstruktiv-kämpferischen Anteile verstärken. Dennoch hat der Patient im Verlauf der Therapie gelernt, seine Bedürfnisse und Interessen, auch die, die im Gegensatz zu seinem friedfertigen Ich-Ideal stehen, anzuerkennen und phasenweise offensiv und konstruktiv zu vertreten. Er hat eine höhere Akzeptanz gegenüber den eigenen Ambivalenzen entwickelt und steht mutiger zu sich. Noch immer leidet er darunter, „kämpfen zu müssen“, aber wenn er aus dem depressiven Tief herauskommt, kämpft er dennoch für seine Anerkennung als schwuler, Aids-kranker Mann, bisweilen sogar an mehreren Fronten: in seiner Familie, in der Verwandtschaft und gegenüber den Behörden, z.B. Arbeitssamt, Krankenkasse und Rentenversicherung. Auf die Frage, wie es ihm im Hinblick auf seine Krankheit gehe, antwortet er in einer solchen zukunftsreichen Hoch-Phase einmal: „Ich versuche halt, meine Krankheit zu lieben. Denn wenn ich sie nicht annehmen kann, was kann ich dann noch von den anderen erwarten.“

Ihn anzunehmen, in Therapie zu nehmen mit seiner Aids-Erkrankung und mit ihm gemeinsam an seiner neurotischen Depression zu arbeiten, obwohl sein Sterben näher rückt, ist für Herrn U.'s Lebensqualität genauso wichtig wie ihn darin zu unterstützen, daß er neben der psychoanalytisch-orientierten Einzelbetreuung an einer Positivengruppe der Aids-Hilfe und an Schwulencamps und Selbsterfahrungsgruppen teilnimmt. Denn seine implizite Diskriminierung alles phallisch Triebhaften – also dessen, was ‚schwule Identität‘ gemeinhin entscheidend ausmacht – bedarf auch der Korrektur durch die Auseinandersetzung innerhalb ‚seiner Gruppe, der homosexuellen Männer; zumal er an „den anderen“ gerade das fasziniert begehrt, was er an ihnen gleichzeitig verachtet und was er an sich selbst um den Preis der Depression verleugnen muß. Insofern liegt bei Herrn U. eine ‚Identifikation mit dem Aggressor‘ vor, die sich in der „Haß-Liebe“ zu seinem Freund manifestiert.

Überlegungen zur Diskriminierungsproblematik

Betrachtet man die Krankengeschichte von Herrn U. unter dem Blickwinkel der Diskriminierungsproblematik, fällt auf, daß er reale, manifeste Diskriminierungen bisher weitgehend vermeiden konnte und sich darüberhin-

aus innerhalb seines kleinbürgerlichen familiären und sozialen Umfeldes sowohl in Bezug auf seine Homosexualität als auch in Bezug auf seine Krankheit zunehmend unterstützende Ressourcen erschloß. Selbst die Gehaltsrückstufungen durch seine Firma sind nicht als Aids-spezifische Diskriminierungen zu werten, sie wären sicherlich ebenso erfolgt, wenn er aufgrund einer anderen Erkrankung derart ausgedehnte Krankenstände gehabt hätte. Auch nachdem er „aus Fairneß“, wie er sagt, die Firmenleitung darüber informiert hatte, HIV-infiziert zu sein und in absehbarer Zeit Rente beantragen zu wollen, gab es, obgleich er mittlerweile kein Betriebsratsmitglied mehr ist (er ließ sich nicht mehr aufstellen), keine Versuche, ihm zu kündigen oder ihn zur Kündigung zu bewegen. Man beschäftigt ihn offiziell noch immer, einzelne Kollegen fragen hin und wieder nach, wann er wieder zur Arbeit komme; allem Anschein nach hat man ihn noch nicht „abgeschrieben“ und auch nicht als Aids-Kranken stigmatisiert. Obwohl er seit über einem halben Jahr nicht mehr gearbeitet hat, hält man ihm die Rückkehr in die Firma offen.

Auf der Ebene der befürchteten Diskriminierungen zeigen sich bei Herrn U. jedoch die gleichen, sämtliche familiären und sozialen Bezüge umfassenden Ängste, die wir bei allen Betroffenen vorfanden. In dem Maße, in dem Herr U. positive Erfahrungen damit machte, sich wichtigen Bezugspersonen anzuvertrauen und offensiv mit seiner Krankheit umzugehen, verringerte sich aber seine Angst, auf Ablehnung zu stoßen. Hierbei kommt seinem Engagement in der Aids-Hilfe, zu dem er durch die Therapie ermuntert wurde, sicher eine große Bedeutung zu.

Aus psychodynamischer Sicht ist jedoch nicht zu übersehen, daß Herr U. dafür, weder in der Familie noch im Freundes- oder Kollegenkreis ausgegrenzt zu werden, einen erheblichen Preis gezahlt hat. Denn da bei ihm ‚schwach und gut‘ gleich liebenswert sowie ‚stark und böse‘ gleich verachtenswert fast untrennbar gekoppelt sind, muß er selbst immer wieder das schwache, potentielle Opfer sein, damit andere gut und lieb zu ihm sind. Das bedeutet für ihn, daß er seine eigene Stärke und Kraft weitgehend verleugnen muß und sie anderen allenfalls sporadisch zeigen kann, daß er sich einsam fühlt, weil er einen Teil seiner Persönlichkeit aus fast allen Beziehungen heraushält und daß er sich damit selbst das Stigma des Opferlammes auferlegt.

Zudem fällt auf, daß der zuvor beschriebenen Spaltung sein ‚starker, böser‘ Freund zum Opfer fällt, daß für diesen, der ja ebenfalls Betroffener und HIV-infiziert ist, keine Empathie übrigbleibt. (Das Vermeiden eines Paargesprächs – immer wieder von Herrn U. erwähnt und von der Therapeutin angeboten, aber nie realisiert – ist auch in diesem Zusam-

menhang zu verstehen.) Der Freund ist und bleibt zwar das Objekt seiner Sehnsucht und Begierde, gleichzeitig wird er von Herrn U. aber durchgängig als verachtenswert geschil- dert; er wird von ihm wegen seiner phallisch- triebhaften Kraft und scheinbar ungebroche- nen Lebenslust entwertet und diskriminiert. An dem Freund bestraft er stellvertretend – in der unbewußten Absicht, sich zu entlasten – jenen Teil seiner schwulen Identität, den er sich selbst nicht zugestehen kann. Zugleich partizipiert er über seine Liebe daran; deshalb vermag er sich auch nicht von ihm zu trennen.

Nachtrag

Herr U. hat inzwischen mit der Begründung „es ist ein Wunder geschehen ... wahrschein- lich hat mich ein Strahl Gottes getroffen ... es geht mir rundherum nur gut“ die Therapie beendet. Dem war folgendes vorausgegangen:

Eines Tages erscheint Herr U. nicht zur verab- redeten Zeit. Da er trotz seiner weiten Anfahrt eineinhalb Jahre lang bei Wind und Wetter, selbst bei Glatteis, immer regelmäßig und pünktlich zu den Stunden gekommen ist, löst dies bei der Therapeutin die Befürchtung aus, er sei ernsthaft erkrankt. In die Stunde hinein kommt denn auch ein Anruf eines Kranken- pflegers einer internistischen Station, der im Auftrag von Herrn U. den Termin absagt und mitteilt, daß dieser am Wochenende „mit epi- leptischen Anfällen“ als Notfall eingeliefert worden war. In den folgenden Wochen wird Herr U. mehrmals verlegt, u.a. auf eine neuro- logische Intensivstation, da es bei ihm zu lebensgefährdenden Wasseransammlungen im Gehirn gekommen ist. Die behandelnden Ärzte berichten einstimmig irritiert, daß der Patient die Bedrohlichkeit seines Gesundheits- zustandes verleugne bzw. nicht zu realisieren scheine. Auf die Mitteilungen der Therapeu- tin, wenn er mit ihr sprechen wolle, werde sie ihn aufsuchen, reagiert er nicht. (Die Vermu- tung, so elend und schwach wolle er von ihr nicht gesehen werden, war in der Supervision Konsens.)

Als Herr U. nach sechs Wochen nach Hause entlassen wird, vereinbart er sogleich einen Termin, zu dem er dann äußerlich sehr erschöpft, aber psychisch gefaßt wirkend, pünktlich wie immer anreist. In dieser Stunde ist er emotional distanzierter als zuvor, gleich- zeitig erwähnt er mehrmals, wie wichtig und gut die Therapie für ihn gewesen sei und wie- viel sie ihm gebracht habe. Während seines Klinikaufenthaltes sei er allerdings so sehr mit seinem körperlichen Leiden, vor allem mit quälenden Brechanfällen, beschäftigt gewe- sen, daß ihm der Sinn nicht nach Gesprächen gestanden habe. Nun gehe es ihm aber wieder gut, er habe das Gefühl, die Toxoplasmose mit ihren sämtlichen Nebenfolgen gut überwun- den zu haben und wolle demnächst für mehre-

re Wochen mit Freunden zum Campingurlaub ins südliche Ausland fahren. Da er bis dahin noch einiges zu regeln habe und sich körper- lich schonen und erholen wolle, möchte er erst nach diesem Urlaub wieder zu den Stunden anreisen.

Nicht ahnend, daß Herr U. bereits dabei ist, sich aus der therapeutischen Beziehung zu lösen, hinterfragt die Therapeutin dies nicht, zumal er in der zweiten Hälfte dieser Sitzung, so als habe es keine mehrwöchige Unterbre- chung gegeben, an das „Dauerproblem“ mit seinem Freund anknüpft. Umso größer ist ihr Erstaunen, daß Herr U. sich nach dem Urlaub nicht mehr meldet. Schließlich schickt sie ihm einen kurzen Brief mit der Frage, ob sie die Stunden noch weiter für ihn freihalten solle. Daraufhin ruft er umgehend an und sagt, daß er „noch einen Termin“ haben wolle. Nach seiner Versicherung, sich „auf alle Fälle“ noch einmal, unabhängig von dem Brief, gemeldet zu haben, erzählt er in dieser letzten Stunde, was sich während der vergangenen Monate ereignet hat:

Der plötzliche Wandel sei nach seiner Rück- kehr aus dem Urlaub eingetreten: „Wissen Sie, ich bin fertig mit P. (seinem Freund); mit mei- nen Eltern, das macht mir nichts mehr aus, jeder kann von mir aus wissen, daß ich Aids habe. Ich habe vor nichts mehr Angst. Mein Kopf ist ganz frei.“ Seinen Rentenbescheid habe er mittlerweile erhalten, mit dem Geld werde er schon „irgendwie hinkommen“, und beim Arbeitsamt habe man ihm versichert, daß er seine geplante Umschulung auf später ver- schieben könne. Jetzt sei er vor allem damit beschäftigt, seine Wohnung „zu einem Zuhau- se zu machen“, habe entgegen aller Allergie- Warnungen „für ein paar hundert Mark Blu- men und Pflanzen“ gekauft, sei in der Aids- Hilfe noch aktiver, indem er sich „als Aids- Kranker für die Schulung von Krankenpflege- personal“ zur Verfügung stelle, damit diese Ängste abbauen lernten, und „nirgendwo habe ich irgendeine Zurückweisung erfahren, auch nicht zu Hause im Dorf, wo es bestimmt jeder weiß“. Nur sein Vater habe bezüglich der Homosexualität noch immer „nichts dazuge- lernt“ und nach wie vor kein Interesse, mit ihm gemeinsam zur Aids-Hilfe zu gehen, um sich dort zu informieren. Das fände er zwar schade, dennoch spiele er mit dem Gedanken, „später mal wieder nach Hause zu ziehen“. Seinen Freund besuche er hin und wieder, „aber es tut nicht mehr weh, daß er nichts mehr von mir will“, er habe ihm die restlichen Schulden „geschenkt ... soll er doch sonstwas damit machen“, erzählt er lachend.

Was seine Sehnsucht nach einem festen Part- ner mache, will die Therapeutin wissen, und Herr U. sagt strahlend: „Die ist weg. Ich bin mir selbst genug.“ Er wisse nicht, warum sich alles so plötzlich verändert habe, es sei eben ein Wunder. Auf ihre Frage, ob er es denn wis- sen wolle, antwortet er spontan und leicht

errötend: „Nein, ich genieße es einfach.“ Auch die Tatsache, daß er innerhalb der letzten Monate 10 kg abgenommen habe (er wiegt nur noch 45 kg) und daß er täglich an Brechreiz leide und wenig essen könne, „meist nur flüssige Nahrung“, belaste ihn nicht. Er sei zuversichtlich, daß er von nun an sein Gewicht halten werde. Ob es denn noch etwas gäbe, was er mit ihr besprechen wolle, fragt die Therapeutin. Herr U. überlegt, verneint und verabschiedet sich, nachdem sie ihm „alles Gute“ gewünscht hat, in dem er lachend erwidert: „Hoffentlich.“ Die letzte Stunde ist zu Ende; sie hat gerade eben 20 Minuten gedauert.

Was ist geschehen? In der Gegenübertragung mischen sich Verwirrung, Erleichterung, Angst. Es ist, als habe ein halbwüchsiges Kind – Sorgenkind noch dazu – plötzlich die Koffer gepackt und sei strahlend, mit der Beteuerung, es brauche die Mutter nun wirklich nicht mehr, ausgezogen, um alleine zu sterben.

Die Nachfrage einer Internistin, die Herrn U. in den letzten zwei Jahren regelmäßig ambulant betreute, ergibt, daß er auch die dortige Behandlung beendet hat. Nach seinem stationären Klinikaufenthalt suchte er sie nur noch einmal auf, mit der Bitte, seine Unterlagen an ein Krankenhaus seines Wohnortes zu schicken, da es dort mittlerweile eine Aids-Ambulanz gäbe. Ihr Eindruck ist: „Er hat sich nach Hause zurückgezogen.“

Die spontanen, sehr gemischten Gegenübertragungsgefühle aus der letzten Stunde klären sich in der Distanz. Mit Abstand reflektiert, von eigenen (Übertragungs-)Anteilen befreit, bleibt neben der Befürchtung, daß Herr U. nicht mehr lange leben wird, und der Traurigkeit, mit meinem Helfen-Wollen am Ende zu sein, auch eine gewisse Erleichterung darüber, daß er sich in seinem heimatlichen und familiären Umfeld betreuen lassen kann und daß er dort inzwischen über ein soziales Netz verfügt.

Zur Autorin:



Dr. Marlene Bock, Jahrgang 1950, studierte nach Absolvierung des zweiten Bildungsweges von 1980 bis 1986 Soziologie, Politikwissenschaften und Psychologie an der Universität Gießen. Dreijährige Weiterbildung in psychoanalytischer Paar-, Familien- und Sozialtherapie. Seit 1986 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Psychosomatische Medizin. 1989 Promotion zum Dr. rer. soc. mit einer Dissertation über Aids und Sexualmoral. Forschungsarbeiten und Buchveröffentlichungen u.a. zu: Eheliche Machtstrukturen, Jugendprotest, Psychosoziale Folgen von Aids.

Nutzen gegen den Strich

Vergleichende Analysen zu Freizeitkontexten Jugendlicher in Berlin (West) und Warschau¹

Von Rainer K. Silbereisen, Peter Noack und Elisabeth Wissler

Freizeit macht rund 40 Prozent des Tagesablaufs Jugendlicher aus. Was sie in dieser Zeit unternehmen, ob an Straßenecken oder in der Disco, in Kaufhäusern oder auf dem Sportplatz, in der eigenen Wohnung oder bei Freunden, dient nicht nur der Entspannung, sondern hat viel mit der Vorwegnahme künftiger Erwachsenenrol-

len zu tun. Unterschiede im Freizeitverhalten zwischen Ländern sagen damit auch etwas über kulturelle Unterschiede der Jugendentwicklung aus. Diesem Thema widmete sich eine Vergleichsstudie bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 15 Jahren aus Warschau und Berlin (West).

Die außerhalb von Verpflichtungen gegenüber Familie, Schule oder Ausbildung verbrachte Zeit, Freizeit also, hat eine besondere Bedeutung für die Entwicklung Jugendlicher. Rund 40 Prozent des Tagesablaufs sind ihr gewidmet (Csikszentmihalyi und Larson, 1984). Ob Straßenecke oder Disco, ob Kaufhaus oder Sportplatz, Jugendliche suchen, nutzen und gestalten Kontexte entsprechend ihren eigenen kurz- oder langfristigen Zielen. Jugendliche unternehmen, wonach ihnen der Sinn steht, und der hat häufig genug mit den anstehenden biographischen Übergängen und Entwicklungsaufgaben zu tun. Freizeit ist, mehr als andere Entwicklungskontexte, dank des großen Entscheidungsspielraums der Jugendlichen, ein Paradebeispiel von „Entwicklung als Handlung im Kontext“ (Silbereisen und Eyerth, 1986).

Entwicklung ist überall

Die entwicklungspsychologische Forschung zur Rolle der Freizeitorte und Freizeitaktivitäten für die Jugendentwicklung hatte eine frühe Pionierarbeit, die kaum übertroffen ist und nur wenig Nachfolge gefunden hat. Gemeint ist die Studie von Muchow und Muchow (1935), die am Beispiel Hamburger Jugendlicher eines Arbeiterviertels zeigte, in welcher Weise sie ihre Umwelt, insbesondere ein Kaufhaus, für die eigene Entwicklung nutzen – häufig entgegen dem offiziellen Programm und stets dem eigenen Entwicklungsstand entsprechend.

Wir hatten im Rahmen des kürzlich in der Datenerhebung abgeschlossenen Berliner Jugendlängsschnitts die Chance, eine breite Palette von Freizeitkontexten Jugendlicher vor

Ort zu untersuchen, durch persönliche Interviews und systematische Feldbeobachtungen. Wie andernorts berichtet (Silbereisen und Noack, 1988; Noack, 1990), waren in allen Settings, Kaufhaus und Disco gleichermaßen, Kontakte mit Gleichaltrigen des eigenen und anderen Geschlechts das typische Ziel des Bemühens. Die Jugendlichen zeichneten sich durch eine besondere Art der aktiven Zuwendung aus – schauen, wie es andere machen; sich darüber austauschen; anderen tatsächlich und im übertragenen Sinne in die Quere kom-

¹ Überarbeitete Version eines Vortrags, gehalten auf dem 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 23.–27. September 1990 in Kiel. Wir möchten uns bei den polnischen Kolleginnen und Kollegen, vor allem bei Beata Torchalska und Adam Fraczek, für die Kooperation bedanken. Dank auch an Beate Schwarz.