

Ben - Alexander Bohnke

Köln, im April 1984

SIND PSYCHISCH GESTÖRTE MENSCHEN TÄTER UND NICHT
OPFER?

DAS PROBLEM DER VERANTWORTUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Patient: "Ich werde meine ständige Angst einfach nicht los."

Therapeut: "Laß die Angst doch mal beiseite. Schau dich um - brauchst du hier und jetzt Angst zu haben?"

Patient: "Nein. Aber ich kann sie trotzdem nicht so abschütteln."

Therapeut: "'Du kannst nicht', heißt, 'du willst nicht'. Letztlich profitierst du von deiner Angst, sonst würdest du sie nicht festhalten. Was willst du mit ihr erreichen?"

Patient: "Ich verstehe dich nicht."

Therapeut: "Aber ich dich umso besser, ich durchschaue deine Tricks. Du schaffst dir die Angst selbst, um damit andere zu manipulieren. Sie sollen wegen deiner Angst immer Rücksicht auf dich nehmen. Aber ich mache dieses Spiel nicht mit."

Dieser Dialog könnte in einer Psychotherapie stattfinden, die von einem psychologischen Täter-Modell ausgeht. Damit ist gemeint, daß der Patient oder Klient als "Täter" seiner Störung und Symptome gilt, die er nämlich selbst erschaffen habe bzw. aufrechterhalte und für die ihm somit auch die ganze Verantwortung zukomme.

Das betrifft zunächst psychische Störungen, wie bestimmte Ängste, Depressionen, Sucht, Kontaktprobleme u.v.m. Aber die meisten Therapeuten, die sich an einer solchen Täter-Theorie orientieren, sprechen einen Menschen auch für seine körperlichen Krankheiten voll verantwortlich. Doch kaum in dem Sinn, daß er sie vielleicht durch eine ungesunde Lebensweise mitverursacht hat; sondern es werden alle oder nahezu alle somatischen (= körperlichen) Störungen als psycho-somatisch (d.h. durch die Psyche verursacht) aufgefaßt und von daher den psychischen gleichgeordnet.

Insofern der Patient als Symptom-Täter gilt, macht man ihn auch für den Therapieverlauf allein verantwortlich; ein Mißerfolg

wird eindeutig ihm allein angelastet - er sei nicht bereit, seine Symptome aufzugeben, wolle gar nicht wirklich gesunden. Dagegen übernimmt der Therapeut kaum oder gar keine Verantwortung.

Mit der Täter-Theorie ist oft eine bestimmte Therapiepraxis verbunden: Man behandelt den Patienten direktiv, konfrontiert ihn, unter Umständen wird er sogar gleichsam verurteilt oder bestraft. Allerdings ist ein solches Therapeutenverhalten nicht in vollem Umfang aus der Täter-Theorie abzuleiten: Die meisten Täter-theoretischen Ansätze halten am Prinzip der Nichtbewertung fest. Sie sprechen den Klienten verantwortlich aber nicht schuldig. In der Praxis kommt es aber dennoch leicht zu Beschuldigungen von Klienten, wobei die Therapeuten im allgemeinen sich dessen wohl gar nicht wirklich bewußt sind. Abkürzend kann man eine Therapie, in der ein Patient als Täter angesehen und/oder behandelt wird, "Täter-Therapie" nennen.

Den Gegensatz dazu bildet eine "Opfer-Theorie" bzw. "Opfer-Therapie". Für sie ist der Patient "Opfer" krankmachender äußerer Verhältnisse (oder auch endogener Schädigungen); beziehungsweise Opfer bestimmter Personen, vor allem Eltern, die ihn - als Kind - seelisch (oder körperlich) verletzten; sowie indirekt auch Opfer seiner Störungen.

Nach dieser Auffassung hat auch keineswegs der Klient einen Therapie-Mißerfolg primär zu verantworten, sondern man wird eher an Fehler des Therapeuten, an eine ungeeignete Therapie o.a. denken.

Entsprechend ist die Opfer-Theorie in der Praxis mit einem non-direktiven, jedenfalls akzeptierenden und einführenden Therapeutenverhalten verbunden.

Man kann heute in etwa vier psychotherapeutische Richtungen unterscheiden: 1) Humanistische und transpersonale Psychologie, 2) Tiefenpsychologie, 3) Lern- bzw. Verhaltenstheorie und 4) Ärztliche Therapie und Psychiatrie. Der Opfer-Ansatz läßt sich kaum überzeugend einer dieser vier Psychotherapierichtungen zuordnen (auf konkrete Therapieverfahren komme ich noch zu sprechen). Der Täter-Ansatz dagegen ist in erster Linie, wenn auch nicht aus-

schließlich, in der humanistischen und transpersonalen Psychologie beheimatet.

Die humanistische Psychologie entstand in den frühen 60er Jahren, insbesondere in den USA. Hier sei einführend nur soviel gesagt, daß es ihr darum geht, den Menschen zu Selbstverwirklichung und Freiheit in Eigenverantwortung zu führen. Die transpersonale Psychologie hat sich aus der humanistischen Psychologie entwickelt. Sie geht von einem transpersonalen Selbst aus, d.h., einem überpersönlichen, spirituellen Selbst, das volle Verantwortung dafür trägt, wie sein Leben bzw. seine wiederholten Leben in der körperlichen Welt verlaufen. Allerdings sei betont, daß es viele Variationen der transpersonalen, vor allem aber der humanistischen Psychologie gibt, und nicht alle machen den Patienten als Symptom-Täter verantwortlich.

Auch die Klassifizierung von konkreten Therapien als Opfer-orientiert oder Täter-orientiert bereitet Schwierigkeiten, denn die Begriffe "Täter-Therapie" und "Opfer-Therapie" sind Idealtypen, die in reiner Form kaum von einer Therapie erfüllt werden. Empirisch findet man eher Mischtypen, jedoch mit signifikanter Betonung des Täter- oder Opfer-Aspektes.

Außerdem hängt die Täter- oder Opfer-Orientierung eines Therapeuten nicht nur von der von ihm angewandten Therapie-Methode ab, sondern auch von seiner Persönlichkeit bzw. Neurosenstruktur; er wird die Therapiemethode gemäß seiner Persönlichkeit ausformen und sie dabei vielleicht auch verformen.

Mit diesen Einschränkungen seien einige Therapieverfahren klassifiziert:

1) Humanistische Verfahren:

Deutlich Täter-orientiert sind z.B. die Transaktionsanalyse (BERNE), Gestalttherapie (PEARLS), Aggressionstherapie (BACH), Feelingtherapie (HARD u.a.). Viele gruppendynamische Methoden, besonders in der Drogentherapie, etwa Schreitherapie (Cathrial/Lechler); Am stärksten aber Psychotrainings, wie z.B. manche Encounter-Gruppen oder EST-Training. Für Bio-Energetik, Psychodrama und andere humanistische Verfahren ist eine klare Zuordnung kaum möglich. Dagegen ist die Gesprächstherapie nach ROGERS/PERLS stark Opfer-orientiert.

2) Transpersonale Verfahren:

Die meisten, wie Reinkarnations-Therapie (z.B. DETHLEFSEN) oder Rebirthing (HULL) vertreten jedenfalls theoretisch die Täter-Position.

3) Tiefenpsychologische Verfahren:

Die Freud'sche Psychoanalyse nimmt eine mittlere Position ein. Täter-therapeutisch ist aber die Individualpsychologie ADLERS, dagegen Opfer-therapeutisch der Ansatz von MILLER sowie die - heutige - Primärtherapie (JANOV).

4) Behaviouristische, verhaltenstherapeutische Verfahren:

Durch die Betonung von äußeren Reizen als Verhaltensdeterminanten sind diese Verfahren Opfer-theoretisch. In der Praxis gibt es aber durchaus auch Täter-Methoden.

5) Ärztlich-psychiatrische Verfahren:

Auch diese sind in der Theorie durch Bezug auf endogene Störungsursachen eher Opfer-orientiert, praktisch zum Teil jedoch repressiv-autoritär.

Die Frage nach der Verantwortung für psychische und psychosomatische Störungen ist sicherlich eine Grundfrage der Psychotherapie von großer theoretischer wie praktischer Bedeutung. U.a. betrifft sie die wichtigsten Beziehungen zwischen dem Patienten und seinen Eltern sowie zwischen Patient und Therapeut. Interessanterweise ist dennoch diesem Problem bisher relativ wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden, vielleicht auch, weil damit einige Tabus verbunden sind. In letzter Zeit sind allerdings einige Bücher erschienen, die dieses Thema explizit, meistens aber implizit behandeln. Im Bereich der Psychoanalyse sind hier vor allem die Bücher von ALICE MILLER zu nennen, die ja zu einer umfangreichen Diskussion geführt haben. Auch der 1983 erschienene Bestseller "Anleitung zum Unglücklichsein" von PAUL WAZLAWIK behandelt, vorwiegend implizit, dieses Thema. Im Gegensatz zu ALICE MILLER nimmt WAZLAWIK allerdings eine stark Täter-orientierte Position ein. Er benutzt auch den Opfer-Begriff. Ironisch schreibt er:

"Wir sind 'reine Opfer', und es soll nur jemand versuchen, an unserem Opfer-Status zu rütteln oder gar zu erwarten, daß wir etwas dagegen unternehmen. Was uns Gott, Welt, Schicksal, Natur, Chromosome, Hormone, Gesellschaft, Eltern, Verwandte, Politiker, Lehrer, Ärzte, Chefs oder besonders Freunde antaten, wiegt so schwer, daß die bloße Insinuation, vielleicht etwas dagegen zu tun, schon eine Beleidigung ist."

In dem ebenfalls 1983 erschienenen Buch "Krankheit als Weg" von DETHLEFSEN und DAHLKE findet man sogar den Opfer- und Täter-Begriff:

"Wir wollen zeigen, daß der Kranke nicht unschuldiges Opfer irgendwelcher Unvollkommenheiten der Natur, sondern auch der Täter selbst ist."

Auch dieses aus transpersonaler Sicht geschriebene Buch zeigt also eine Täter-theoretische Einstellung.

Wenn die Aktualität des Verantwortungsthemas auch unbestreitbar ist, so ist nicht so ohne weiteres zu sagen, ob eher der Opfer-Ansatz oder der Täter-Ansatz sich zur Zeit weiter ausbreitet. Anscheinend gibt es hier gegensätzliche Strömungen. Insbesondere ALICE MILLER hat mit ihren Büchern auch durch Aufdeckung von Tabus der Opfer-Theorie eine Bahn gebrochen. Andererseits ist mit der zunehmenden Ausbreitung der humanistischen Psychologie, vor allem aber dem Boom in der transpersonalen Psychologie, ein Vormarsch des Täter-Ansatzes verbunden. In merkwürdiger Übereinstimmung hiermit leistet die aktuelle konservative Wende Täter-orientiertem Denken Vorschub. Auf diese Verhältnisse wird später aber noch genauer eingegangen werden.

Das Thema "Verantwortung in der Psychotherapie" ist sehr komplex. Viel komplexer, als manchen Autoren bzw. Vertretern bestimmter Positionen offensichtlich bewußt ist. Eine Beschränkung ist deshalb unumgänglich. Ich möchte mich in meinem Buch auf die Täter-Theorie bzw. Täter-Therapie konzentrieren. Vor allem deshalb, weil ich das Täter-Modell theoretisch und praktisch in vielfacher Hinsicht für falsch halte und deshalb ausführlich kritisieren möchte. Auch möchte ich mich beschränken auf Störungen, die auf eine Psychogenese zurückgehen bzw. bei denen dies unterstellt wird. Das heißt, ich will z.B. nicht untersuchen, inwieweit ein Mensch für eine Krankheit verantwortlich ist im Hinblick auf eine ungesunde Lebensweise, wie falsche Ernährung, Rauchen, mangelnde Körperbewegung etc.; denn dies würde das Problem zu sehr ausweiten. Die Komplexität der Fragestellung führt dazu, daß viele andere, grundsätzliche Probleme der Psychotherapie angesprochen werden müssen, z.B. die Prinzipien der Entstehung von Krankheiten oder auch die Prinzipien der Therapie von Krankheiten. Ich werde solche Probleme aber nur insoweit behandeln, als dies für die Argumentation erforderlich ist.

Auch geht es mir bei den verschiedenen behandelten Therapien im wesentlichen nur um den Opfer- oder Täter-Aspekt. Sonstige Unterschiede zwischen denen ja ganz verschiedenen Opfer- und Täter-Therapien bleiben weitgehend unberücksichtigt.

Zum Abschluß der Einführung sei noch eine kurze Übersicht gegeben. Nach einigen Vorklärungen begrifflicher Art werde ich zunächst eine ausführliche Gegenüberstellung des Täter- und Opfer-Ansatzes vornehmen, dabei auch umfangreiche Schilderungen aus Therapien heranziehen. Danach wird es darum gehen, den Täter-Ansatz in verschiedener Hinsicht zu kritisieren. Schließlich wird gefragt werden, auf welchen weltanschaulichen und psychologischen Hintergründen der Täter-Ansatz basiert. Abschließend soll eine Integration von Täter-Modell und Opfer-Modell versucht werden.

1) Der Begriff der Verantwortung

Was heißt es, Täter oder Opfer zu sein?

Dieses Kapitel enthält einige recht komplizierte Ausführungen, insbesondere wissenschaftstheoretischer Art, wenn ich mich auch bemüht habe, die Darstellung durch Beispiele verständlich zu gestalten.

Es ist aber für die Lektüre des folgenden Textes nicht unbedingt erforderlich, alle Einzelheiten dieses Kapitels zu verstehen. Andererseits sind diese Ausführungen jedoch wichtig, denn auf ihnen beruht ein großer Teil der Analyse und Kritik der Täter-Theorie, gerade eben auch hinsichtlich ihres wissenschaftstheoretischen Status.

Hauptziel dieses Kapitels ist es, den Begriff der Verantwortung zu definieren; allerdings konzentriere ich mich dabei auf die Frage nach der Verantwortung für psychische Störungen. Denn da dies ja der Grundbegriff des gesamten Buches ist, erscheint es notwendig vorher klarzulegen, wie Verantwortung hier verstanden werden soll. Für diese Definition ist es erforderlich, zunächst einige andere Begriffe und damit verbundene theoretische Ansätze zu bestimmen, die zur Definition des Verantwortungsbegriffs benötigt werden, und zwar geht es um die Konzepte: 1) Verursachung, 2) Grund, 3) Bewußtheit, 4) Willentlichkeit, 5) Zuständigkeit.

Mittels dieser Begriffe sollen psychische Störungen klassifiziert werden. Allerdings geht es hier zunächst nur um begriffliche Möglichkeiten, auch, wenn zur Veranschaulichung jeweils Beispiele angegeben werden. Ob und inwieweit diese Möglichkeiten auch in der Wirklichkeit erfüllt sind, das wird an späterer Stelle genauer zu diskutieren sein.

1.1 VERURSACHUNG

Grundsätzlich kann man bezüglich Verursachung bzw. Verursacher einer psychischen Störung drei Möglichkeiten unterscheiden.

- 1) Die Umwelt erzeugt die Störung im Patienten
- 2) Der Patient erzeugt die Störung selbst
- 3) Die Störung entwickelt sich im Zusammenspiel der Wechselwirkung von Patient und Umwelt.

Zu 1)

Nehmen wir zur Veranschaulichung zunächst ein Beispiel einer rein körperlichen Störung: Jemand erhält einen Stockschlag auf den Arm und sein Arm bricht. Wenn natürlich auch die Beschaffenheit des Armes eine gewisse Rolle bei der Störung "Armbruch" spielt, so ist es doch andererseits ganz klar ersichtlich, daß hier eine Störung vorliegt, die durch die Umwelt durch ein Trauma hervorgerufen wurde. In ähnlicher Weise ist es denkbar, daß eine psychische Schädigung traumatisch entsteht, wenn z.B. ein kleines Kind von seinen Eltern zur Bestrafung in einem dunklen Keller eingesperrt wird o.ä.

Zu 2)

Ein Patient trinkt ständig und in großen Mengen Alkohol. Er ist Alkoholiker. Hier mag man sagen, das Symptom wird eindeutig vom Patienten selbst erzeugt, nämlich durch sein Trinkverhalten (inwieweit diese Interpretation wirklich stichhaltig ist, wird an späterer Stelle noch zu diskutieren sein).

Zu 3)

Ein Mensch erleidet einen Unfall. Es bleibt eine Behinderung zurück. Er ist somit unzweifelhaft von der Umwelt geschädigt. Aber aus dieser Schädigung entwickelt er eine zusätzliche Symptomatik, etwa, daß er ständig Schonung verlangt, in einem Ausmaß, wie sie durch seine Behinderung nicht begründet ist. Hier haben Umwelt und Patient gemeinsam zur Symptombildung beigetragen.

Man könnte hinsichtlich der Verursachung einer Störung differenzieren: a) Wer erzeugt die Störung bzw. wer hat sie erzeugt? b) Wer hält die Störung aufrecht, wer läßt sie fortbestehen? Erzeugung und Aufrechterhaltung müssen nicht immer konform gehen. Zum Beispiel ist es denkbar, daß eine Störung von außen, durch eine schädigende Umwelt, im Patienten erzeugt wird. Der Patient merkt aber, daß er aus dieser Störung einen Nutzen ziehen kann und hält die deswegen aktiv aufrecht, während sie sonst womöglich schon wieder abgeklungen wäre.

Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit wird durch folgende Fragen ausgedrückt:

- a) Wer hat die Entstehung der Störung nicht verhindert?
- b) Wer verhindert das Bestehenbleiben der Störung nicht bzw. wer beseitigt die Störung nicht?

Hierzu ein Beispiel: In einer Familie werden die Kinder durch eine überstrenge, brutale Erziehung des Vaters psychisch geschädigt. Obwohl die Mutter das erkennt und ablehnt, greift sie nicht ein. Sie verursacht zwar nicht die Störung, sie verhindert sie auch nicht. Hier ist auch das Problem der Zuständigkeit für die Störungen angesprochen, das aber in einem gesonderten Punkt behandelt werden wird.

Schwierig ist die Einschätzung angeborener, vor allem genetisch bedingter Schäden. Einerseits kann man sagen, daß der Kranke - durch seine Gene - hier der Verursacher der Schäden ist (wenn auch eine Psychogenese sich nur durch sehr gewagte Spekulationen begründen ließe, worauf noch eingegangen werden soll). Andererseits wäre es aber doch naheliegend, hier von einer Fremderzeugung der Störungen zu sprechen.

1.2 GRUND DER STÖRUNGEN

Man kann Störungen in folgender Weise interpretieren:

- 1) kausal
- 2) funktional
- 3) final

Der Einfachheit halber beginne ich mit der Finalität.

1. Finalität

Unter "Finalität" versteht man Zielgerichtetheit. Bei einer finalen oder, wie man auch sagen kann, teleonomen Interpretation einer Störung geht man also von deren Zielgerichtetheit aus. Dabei sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden:

- a) Die Störung des Patienten besitzt ein bestimmtes Ziel
- b) Die Störung des Patienten existiert, weil damit ein bestimmtes Ziel verfolgt wird.

Der Satz b) macht also eine weitergehende Aussage als der Satz a), denn die Störung wird hier durch die Zielgerichtetheit des Patienten erklärt. Diese finale Erklärung ist die hier uns vor allem interessierende Interpretation.

Zum Beispiel erklärt man die Depression eines Patienten damit, daß er dadurch seinen Schmerz zu betäuben sucht. Oder zum Beispiel, da jemand gezielt weint, um so Mitleid und Trost zu erhalten. Uns interessieren hier primär nur die möglichen Ziele, Bedürfnis-

se, Absichten oder auch Triebe des Patienten, da ja das Problem seiner Verantwortung im Mittelpunkt steht. Wenn man ganz allgemein von den Zielen von Störungen spricht, könnte man natürlich auch fragen, ob und welche Ziele womöglich die Eltern verfolgen, wenn sie ihr Kind durch bestimmte Erziehungspraktiken traumatisieren und neurotisieren. Wenn man die Störung eines Patienten final erklärt, und zwar durch seine Ziele, Bedürfnisse etc., so setzt dies im Grunde voraus, daß der Patient die Störungen selbst erzeugt hat bzw. aufrechterhält, womit eine Abhängigkeit zu dem vorigen Punkt "Verursachung von Störungen" angesprochen wäre.

Abschließend hierzu sei festgehalten: Eine Störung durch ihre Zielgerichtetheit zu erklären, bedeutet nicht, sie durch ihr Ziel zu erklären; dies wäre eine unkorrekte teleologische Erklärung.

Worin besteht der Unterschied? Wenn ich zum Beispiel sage, jemand trinkt Alkohol, weil er seine Angst überdecken will. Sein Trinken ist also gerichtet auf das Ziel, die Angst zu überdecken. Ob dieses Ziel aber erreicht wird, ist damit noch nicht ausgesagt, ist auch nicht wesentlich in diesem Zusammenhang. Die teleologische Erklärung geht dagegen von dem Ziel aus, also von der Überdeckung der Angst. Sie erklärt das Trinkverhalten durch die Überdeckung der Angst. Dagegen lassen sich verschiedene wissenschaftstheoretische Einwände vorbringen, die hier nicht im einzelnen aufgeführt werden sollen. Ein ganz entscheidender Einwand sei aber genannt: Das Ziel liegt ja in der Zukunft, und seine Erreichung ist von daher von der Gegenwart aus gesehen nicht sicher. Ein zukünftiges und eben auch unsicheres Ereignis kann aber niemals ein tatsächliches Ereignis in der Gegenwart erklären.

2. Funktionalität

Unter "Funktionalität" kann man soviel verstehen wie "Nützlichkeit". Eine funktionale Interpretation einer Störung thematisiert die Funktion dieser Störung, die Aufgabe, die sie erfüllt. Auch hier lassen sich wieder zwei Möglichkeiten unterscheiden:

- a) Die Störung des Patienten besitzt eine Funktion
- b) Die Störung des Patienten existiert, weil sie eine Funktion besitzt.

Auch hier konzentrieren wir uns wieder auf die Möglichkeit b).

Wichtig ist: Anders als die finale Erklärung behauptet die funktionale nicht, ein Mensch würde ein Symptom entwickeln, um damit ein Ziel zu erreichen. Sie besagt nur, daß er ein Symptom entwickelt und daß dieses Symptom einen bestimmten Nutzen für ihn hat, eine bestimmte Funktion, eine Aufgabe erfüllt. Also z.B. wird nicht behauptet, der Patient entwickelt eine Depression, um so seinen Schmerz zu betäuben, sondern nur, er wird depressiv, und dies hat für ihn die Funktion, daß sein Schmerz betäubt wird.

Im Grunde wäre das noch genauer zu präzisieren und zu differenzieren, aber im einzelnen auf die sehr komplizierten logischen Strukturen funktionaler Erklärungen einzugehen, würde hier zu weit führen. So viel sei nur noch gesagt, man kann die funktionale Erklärung vor allem in zweierlei Hinsicht deuten:

- a) Man verwendet die funktionale Erklärung als quasi-finale Erklärung. D.h., man sagt nicht, jemand entwickelt ein Symptom, weil er damit ein bestimmtes Ziel verfolgt, sondern er verhält sich so, als ob er das tun würde. Man läßt damit offen, ob die Störung wirklich zielgerichtet ist, oder ob sich nur zufällig ein bestimmter Nutzen aus ihr ergibt. Diese Möglichkeit kann man zum einen wählen aufgrund der Schwierigkeit, bestimmte Ziele von Störungen nachzuweisen; man kann so den Spekulationscharakter vieler finaler Erklärungen vermeiden. Oder man mag die funktionale Erklärung als provisorische Erklärung verwenden, so lange man noch nicht eindeutig eine Zielgerichtetheit nachgewiesen hat
- b) In diesem Falle betrachtet man die funktionale Erklärung als eigenständige Erklärung; dabei kommt am ehesten eine evolutionstheoretische Deutung in Frage. Man bezieht sich dabei auf Störungen, die für das Überleben des Menschen, sei es in psychischer oder physischer Hinsicht, notwendig sind, z.B., weil sie sein Gleichgewicht stabilisieren. Vereinfacht könnte eine Erklärungsstruktur hier folgendermaßen aussehen: Ein Mensch A kann nur dann überleben, wenn er das Symptom B entwickelt. Wenn dieser Mensch nun überlebt hat bzw. überlebt, so ist aus diesen beiden Sätzen logisch abzuleiten, daß er das Symptom B besitzt, und dieses wird so erklärt. Erklärt allerdings in einer Weise, die wohl nicht wirklich befriedigen kann.

3. Kausalität

Unter "Kausalität" versteht man vereinfacht "Ursächlichkeit". Beim kausalen Ansatz erklärt man eine Störung als Wirkung oder Folge einer ursächlichen Schädigung, ohne daß der Mensch mit der Störung ein Ziel verfolgt oder die Störung eine Funktion für ihn erfüllt.

In diesem Fall ist es sehr wahrscheinlich, daß die Störung durch die Umwelt erzeugt wurde oder zumindest im Zusammenspiel von Umwelt und Mensch entstand. Denn es wäre ja kaum erklärbar, warum der Mensch grundlos eine Störung hervorbringen sollte, etwa durch eine Selbsttraumatisierung.

Zum Beispiel: Ein kleines Kind wird immer wieder allein gelassen und reagiert darauf mit großer Angst. Final würde man vielleicht interpretieren, es entwickelt die Angst, um seine Eltern dadurch daran zu hindern, es allein zu lassen. Funktional so ähnlich.

Kausal sieht man dagegen die Angst einfach als Auswirkung der Traumatisierung an.

Prinzipiell denkbar wäre allerdings auch die Möglichkeit, daß manche Menschen oder aber die Menschen an sich von Natur aus bestimmte Störungen aufweisen, ohne daß sich dies unmittelbar kausal, funktional oder final erklären ließe. In dem o.a. Beispiel könnte man etwa sagen, das Kind ist von seinem Wesen, von seinem Charakter her, einfach sehr ängstlich, und diese Angst ist weitgehend unabhängig von dem Verhalten der Eltern, aber auch von bestimmten Zielen, die das Kind vielleicht verfolgen würde. Es gibt auch manche anthropologische Theorien, daß der Mensch von seiner Natur her zu bestimmten Störungen neigt, etwa übertriebene Aggressivität. Diese Erklärungen vermögen aber kaum zu überzeugen, jedenfalls nicht in diesem Rahmen, wo es ja um die Frage der Psychogenese, der psychischen Erzeugung von Störungen geht und somit auch der Hinweis auf Erbanlagen als Erklärung kaum zugelassen werden kann.

1.3 BEWUSSTSEIN VON STÖRUNGEN

Wir haben es hier mit folgenden Unterteilungen zu tun:

- 1) Bewußt
- 2) Unbewußt
- 3) Als Zwischenmöglichkeit: unterbewußt, vorbewußt o.ä.

Diese Unterteilungen sind für unsere Fragestellungen in mehrfacher Hinsicht relevant.

a) Das Bewußtsein einer Störung:

Zum Beispiel kann es einem Menschen bewußt sein, daß er andere immer zu beherrschen sucht. Einem anderen mag dies nur unterschwellig bewußt sein und einem dritten gar nicht.

b) Das Bewußtsein der Störungserzeugung bzw. Aufrechterhaltung:

Auch hier lassen sich wieder die drei o.g. Unterteilungen verwenden. Mit den unter a) genannten Möglichkeiten ergeben sich verschiedene Kombinationsformen, z.B. kann einem Menschen zwar seine Störung bewußt sein, es ist ihm aber nicht bewußt, daß er die Störung selbst erzeugt. Das Umgekehrte geht natürlich zum Beispiel nicht - also daß jemandem bewußt ist, daß er eine Störung erzeugt, die Störung selbst aber nicht bewußt ist.

c) Das Bewußtsein der Zielgerichtetheit einer Störung:

Auch hier können wir wieder zwischen bewußt, unterbewußt und unbewußt unterscheiden. So mag einem Menschen z.B. bewußt sein, daß er leicht aggressiv wird. Es ist ihm aber nicht bewußt, daß er damit nur seine Angst zu übertünchen sucht. Allerdings ist auch möglich, daß ein Mensch seine Störung fälschlich für zielgerichtet hält, etwa, weil der Therapeut ihm das eingeredet hat (darauf kommen wir später noch zu sprechen). Wenn man davon ausgeht, daß es unbewußte Zielgerichtetheit gibt, so läßt sich hieraus die Existenz eines Unbewußten postulieren, einer Instanz jenseits des bewußten Ichs, die eigenständig Ziele verfolgt, was bekanntlich von den Psychologen behaviouristischer Richtung abgelehnt wird.

d) Das Bewußtsein des Ziels einer Störung:

Auch das Ziel einer Störung - soweit vorhanden - kann bewußt, unterbewußt oder unbewußt sein. Es mag z.B. jemandem bewußt sein, daß er einen Waschzwang hat, es mag ihm auch bewußt sein, daß er mit diesem Waschzwang etwas erreichen will, das Ziel selbst ist ihm aber unbewußt. Auch hier gibt es wieder Irrtumsmöglichkeiten. Jemand mag meinen, er kenne das Ziel seiner Störung, während er in Wirklichkeit aber ein ganz anderes Ziel verfolgt.

1.4 WILLENSKONTROLLIERBARKEIT DER STÖRUNG

Hier geht es um das Problem, inwieweit eine Störung durch den Willen zu verhindern oder zu überwinden ist, inwieweit ein Mensch Macht über seine Störung hat oder ihr ohnmächtig ausgesetzt ist. Dabei sollen wieder drei Möglichkeiten unterschieden werden:

- 1) Eine Störung ist willentlich kontrollierbar
- 2) Eine Störung ist teilweise willentlich kontrollierbar
- 3) Eine Störung ist gar nicht willentlich kontrollierbar.

Hier stellt sich zunächst ganz prinzipiell die Frage nach der Willensfreiheit. Hat der Mensch generell eine Handlungsfreiheit, ein Verhaltensspielraum oder glaubt er das nur? Dieses philosophische Grundproblem kann hier aber nur kurz angesprochen werden.

Konkreter auf unser Thema bezogen ist das Problem, ob die Willensfreiheit vielleicht gerade bei psychischen Störungen eingeschränkt ist und womöglich bei bestimmten Störungen in ganz besonderem Ausmaß. Das wird uns später noch ausführlich beschäftigen.

Auch der Punkt Willenskontrollierbarkeit steht wieder im Zusammenhang mit den anderen besprochenen Punkten. Wenn z.B. ein Mensch eine Störung zielbewußt erzeugt, so ist diese Störung selbstverständlich auch willentlich kontrollierbar. Man kann aber nicht generell daraus, daß ein Mensch eine Störung selbst erzeugt, schließen, er habe auch Macht über diese Störung. Möglicherweise erzeugt er die Störung gezwungen, eben aufgrund von Traumata oder auch aufgrund endogener Schädigungen. Der Zwang kann auch indirekt sein, z.B. daß ein Mensch eine Störung erzeugen muß, weil er nur durch diese Störung überhaupt im Gleichgewicht zu sein vermag, nur so überhaupt zu leben vermag.

1.5 ZUSTÄNDIGKEIT FÜR DIE STÖRUNGEN

Dieser Punkt weicht etwas von den anderen ab, denn die Zuständigkeit für eine Störung ist keine direkte Eigenschaft der Störung, sondern läßt sich bestimmen durch gesellschaftliche und auch rechtliche Normen, Regeln etc., aber auch durch philosophische und kulturelle Vorstellungen, Überzeugungen u.ä. Unter "Zuständigkeit" ist also eine Art Bewertung bzw. Interpretation zu verstehen.

Wenn man fragt, wer ist zuständig für eine Störung, so fragt man primär danach, wessen Aufgabe war oder ist es, die Störung zu verhindern sowie, wessen Aufgabe war oder ist es, die Störung zu beseitigen. Es mag so scheinen, als ob damit der Verantwortungsgriff schon vorweg genommen wäre, dies ist aber nicht der Fall. Es mag z.B. durchaus vorkommen, daß gesellschaftlich jemand für die Beseitigung einer Störung zuständig gesprochen wird, obwohl

er gar keine Macht über diese Störung besitzt. D.h., daß die Zuständigkeit ihm irrationalerweise zugewiesen wird. Der hier zu konstruierende Verantwortungsbegriff soll aber ein rationaler Begriff sein. Es soll eine Verantwortung definiert werden, die auch erfüllbar ist.

Ich möchte folgende Möglichkeiten der Zuständigkeit unterscheiden:

1) Der Patient

Denkbar ist es, den Patienten, also gewissermaßen den Träger oder auch "Besitzer" der Störung als Zuständigen zu bestimmen (ganz unabhängig davon, ob er Verursacher ist, ob er die Störung willentlich kontrollieren kann usw.).

2) Die Eltern (oder andere Erziehungspersonen)

Dies betrifft in erster Linie den Aspekt der Verhinderung von Störungen bei Kindern. Die Eltern sind eben diejenigen Personen nach gesellschaftlichen, rechtlichen und anderen Bestimmungen, die für ihre Kinder zu sorgen haben, entsprechend auch das Recht "elterlicher Gewalt" ausüben.

3) Der Therapeut

Dies betrifft im wesentlichen den Aspekt der Beseitigung der Störungen in einer Psychotherapie. Man könnte hier bestimmen, daß derjenige zuständig ist, der von Berufs wegen sich mit solchen Störungen befaßt und für seine therapeutische Dienstleistung vom Patienten ein entsprechendes Honorar erhält.

4) Das gesellschaftliche Umfeld

Dies kann die Familie sein, eine Institution, wie z.B. die Kirche, eine bestimmte Gruppe oder aber auch die Gesamtgesellschaft. Hier wäre zu argumentieren, daß eine größere Einheit angesprochen ist zu helfen, wenn eines ihrer Mitglieder unter bestimmten Störungen leiden.

5) Der bzw. die Verursacher

Bisher wurden konkrete Möglichkeiten der Bestimmung von Zuständigkeit aufgeführt. Zuständigkeit läßt sich aber auch abstrakt bestimmen; dabei kann in erster Linie auf das Verursacherprinzip zurückgegriffen werden. Zuständig für eine Störung im Sinne ihrer Beseitigung wäre der Verursacher in diesem Falle. Das kann z.B. sein der Patient, es können dies sein die Eltern, man mag aber auch eine kranke, neurotische Gesellschaft insgesamt als den Verursacher ansehen.

1.6 VERANTWORTUNG FÜR STÖRUNGEN

In diesem Punkt soll nun der Begriff der Verantwortung bestimmt werden, und zwar im Rückgriff auf die bisher behandelten fünf Punkte. Damit im Zusammenhang sollen die Begriffe "Täter" und "Opfer" genauer bestimmt werden. Vereinfachend kann man zunächst festlegen: Ein Mensch, der für seine Störungen verantwortlich ist, ist der Täter seiner Störungen bzw. umgekehrt: Ein Mensch, der Täter seiner Störungen ist, ist für seine Störungen auch verantwortlich. Entsprechend ergibt sich: Ein Mensch, der für seine Störungen nicht verantwortlich ist, ist Opfer seiner Störungen bzw. umgekehrt: Ein Mensch, der Opfer seiner Störungen ist, ist für seine Störungen nicht verantwortlich. Auf gewisse Präzisierungen aber auch Modifikationen dieser Definitionen wird später eingegangen werden.

Ich werde jetzt die fünf behandelten Punkte im einzelnen durchgehen. Immer wird dabei die Fragestellung sein, bei welchen der aufgeführten Möglichkeiten betreffend Verursachung, Grund, Bewußtheit usw. hat ein Mensch als Täter zu gelten und bei welchen nicht, bzw. umgekehrt, wenn ein Mensch Täter oder Opfer ist, welche der Möglichkeiten müssen dann realisiert sein? Wie sich ja schon gezeigt hat, sind die fünf genannten Punkte dabei nicht völlig unabhängig voneinander, sondern es bestehen gewisse Abhängigkeiten zwischen ihnen, so daß sie sich also nicht völlig beliebig kombinieren lassen.

A) Verursachung

Voraussetzung für Täterschaft ist, daß ein Mensch seine Symptome selbst verursacht, ganz oder zumindest teilweise. Allerdings kann unter Umständen auch eine indirekte Verursachung vorliegen, nämlich daß ein Mensch bestimmte Handlungen ausführt, die dann nach sich ziehen, daß die Störung von außen erzeugt wird. Umgekehrt ist aber aus einer Verursachung nicht schon auf Täterschaft zu schließen, denn ein Mensch mag die Störungen z.B. gezwungen erzeugen (vgl. später).

B) Grund

Eine Täterschaft bzw. Verantwortung ist am ehesten dann zuzuweisen, wenn der Mensch mit seiner Störung ein Ziel verfolgt. Ist die Störung funktional zu erklären, ist eine Zuweisung der Verantwortung schon sehr problematisch. Bei einer kausalen Interpretation erst recht. Umgekehrt läßt sich aber aus der Zielbewußtheit einer Stö-

rung noch nicht zwangsläufig auf Täterschaft schließen, denn wenn das Ziel der Störung z.B. das Überleben ist (und nur durch diese Störung ein Überleben überhaupt möglich ist) wäre es sicherlich unberechtigt, hier von einer Täterschaft zu sprechen.

C) Bewußtsein

Hier gilt: Am ehesten ist ein Mensch für seine Störung verantwortlich zu machen, wenn sie ihm bewußt ist, er sie bewußt erzeugt und ihm - vorausgesetzt, es handelt sich um eine zielgerichtete Störung - auch die Zielgerichtetheit und das Ziel bewußt sind.

Im Juristischen gilt der Satz "Unkenntnis schützt vor Strafe nicht". Vielleicht könnte man hier entsprechend formulieren "Unkenntnis bzw. Unbewußtheit schützt vor Täterschaft nicht". Meines Erachtens wäre ein solcher Satz, der vielleicht im juristischen Bereich seine Notwendigkeit besitzt, in unserem Zusammenhang aber kaum zu begründen. Vielleicht müßte hier weiter differenziert werden, inwieweit ein Mensch die Unbewußtheit z.B. durch gezielte Verdrängung absichtlich erzeugt hat u.ä.

Generell muß jedenfalls bezweifelt werden, ob sich der Begriff der Verantwortung auch auf unbewußte oder unterbewußte Störungen anwenden läßt. Wenn das auch - wie wir noch sehen werden - in der Täter-Theorie durchaus gemacht wird.

Auch bei dem Punkt Bewußtsein gilt die Umkehrung wiederum nicht, d.h., wenn einem Menschen eine Störung bewußt ist, ist von daher noch keinesfalls auf Täterschaft zu schließen. Dazu müßten eben andere Punkte hinzukommen.

D) Willenskontrollierbarkeit

Hier gilt entsprechend: Ein Mensch ist am ehesten für seine Störung verantwortlich zu machen, wenn er sie willentlich kontrollieren kann, wenn er sie also per Willen verhindern bzw. beseitigen könnte. Man mag vielleicht meinen, daß hier eine Umkehrung möglich ist derart: Ein Mensch, der seine Störung willentlich kontrollieren kann, dies aber nicht tut, ist Täter seiner Störung. Aber auch hier mag man z.B. wieder anführen, daß es für den Menschen überlebensnotwendig sein kann, die Störung zu erhalten.

E) Zuständigkeit

Es darf noch einmal daran erinnert werden, daß es hier primär darum geht zu fragen, ist der Patient verantwortlich oder nicht. Erst sekundär geht es um das Problem, wenn nicht der Patient verantwortlich ist, sind es dann die Eltern, ist es die Gesellschaft,

ist es der Therapeut usw. Insofern interessiert uns hier vor allem auch die Möglichkeit, daß der Patient zuständig ist. Dann wäre zu formulieren: Am ehesten ist der Patient verantwortlich zu machen, wenn er zuständig ist. Wobei sich natürlich die Frage stellt, inwieweit diese Zuständigkeit allgemeingültig anerkannt wird, auf welchen Normen, Gesetzen usw. sie beruht, ob sie rational begründet ist usw. Diese Fragestellungen spielen natürlich auch bei der Umkehrung eine Rolle. Ohnehin könnte man zwar aus der Zuständigkeit eines Patienten noch nicht zwangsläufig auf seine Verantwortlichkeit schließen, dies gelingt aber erst recht nicht wenn die Zuständigkeit sehr irrational bestimmt ist, möglicherweise auf Tabus usw. beruht, was an späterer Stelle noch diskutiert werden wird.

F) Zusammenfassung

Wir haben gesehen, daß sich gewisse - wenn auch nicht ganz eindeutige und ganz präzise - Abhängigkeiten herstellen lassen zwischen dem Begriff der Verantwortung und den fünf vorher eingeführten Begriffen. Dabei zeigte sich immer folgendes logische Verhältnis: Daraus, daß jemand verantwortlich ist, kann man z.B. folgern, daß er Verursacher sein muß. Umgekehrt ist Verursacher zu sein aber keine hinreichende Bedingung für Verantwortlichkeit, sondern nur eine notwendige Bedingung, eine Voraussetzung. Wenn wir allerdings alle fünf Punkte zusammennehmen, so können wir doch - wenn auch mit gewissen Einschränkungen und Vereinfachungen - auch die hinreichenden (und damit insgesamt die hinreichenden und notwendigen) Bedingungen für Verantwortung bestimmen und so Verantwortung definieren. Demnach ist ein Mensch dann verantwortlich für seine Störung bzw. Täter seiner Störung, wenn er 1) Verursacher seiner Störung ist, 2) die Störung zielbewußt erzeugt, 3) er sich über die Störung, über ihre Erzeugung, über die Zielgerichtetheit und über die Ziele der Störung bewußt ist, 4) er die Störung willentlich kontrollieren kann und 5) er zuständig für die Störung ist.

1.7 VERANTWORTUNG UND SCHULD

Ich möchte mich in diesem Buch auf die Frage nach der Verantwortung für Störungen beschränken; die moralische bzw. ethische Frage nach der Schuld soll dagegen weitgehend ausgeklammert werden denn die Schuldproblematik ist eine ganz eigenständige und würde umfangreiche zusätzliche Ausführungen erfordern. Der Hauptunterschied ist, daß sich Verantwortung, wenn auch nicht völlig wert-

EN Precautions

- ⚠ This cassette is for cleaning, so it can not be used for recording and playback.
- This cassette cleaner can clean about 200 times, depending on the circumstances.
- When the cleaning effect drops, replace with a new cassette cleaner.
- Beware that carrying out the cleaning operation five or more times in a row or using this cassette cleaner for a prolonged period can cause head wear.
- If there is no effect even when you clean 4 times in a row, the problem may be something else, so consult the store where you purchased your VCR.
- Avoid using or storing this cassette cleaner anywhere subject to direct sunlight, locations with high humidity, and near heating equipment.
- If this cassette cleaner fails to perform correctly due to a fault in its manufacture, Sony will provide you with the same number of new cassette cleaners. Sony can not accept any other responsibility.

Others

- We recommend the use of the Sony moist-type T-25CLW cassette cleaning for periodic cleaning (every 30-50 hours).

D Vorsichtsmaßnahmen

- ⚠ Diese Cassette ist nur zur Reinigung konstruiert und kann nicht für Aufnahme oder Wiedergabe verwendet werden.
- Obwohl die Lebensdauer je nach Einsatzbedingungen unterschiedlich ist, gilt grundsätzlich, daß die Reinigungscassette etwa 200 Mal eingesetzt werden kann.
- Wenn die Reinigungswirkung nachläßt, durch eine neue Reinigungscassette ersetzen.
- Beachten, sie daß durch 5malige oder häufigere unmittelbar aufeinanderfolgende Reinigung oder durch zu lange ununterbrochene Verwendung der Reinigungscassette Verschleiß am Bandkopf verursacht werden kann.
- Wenn auch nach 4maliger unmittelbar aufeinanderfolgender Reinigung keine Wirkung eintritt, kann ein anderes Problem als Tonkopfverschmutzung vorliegen. Lassen Sie sich vom Fachhändler beraten.
- Die Reinigungscassette nicht im direkten Sonnenlicht, in der Nähe von Heizkörpern oder an staubigen Orten verwenden oder aufbewahren.
- Es gelten die deutschen Gewährleistungsbestimmungen.

Hinweis

- Für regelmäßige Reinigung (etwa alle 30 - 50 Stunden) empfehlen wir die Naß-Reinigungscassette Typ T-25CLW von Sony.

F Précautions

- ⚠ Cette cassette est conçue pour le nettoyage. Elle ne peut pas être utilisée pour l'enregistrement ou la lecture.
- Vous pouvez utiliser cette cassette de nettoyage 200 fois environ, selon les conditions d'utilisation.
- Quand la capacité de nettoyage diminue, remplacez la cassette par une neuve.
- Notez bien qu'effectuer cinq nettoyages ou plus à la suite ou utiliser cette cassette en continu pendant longtemps peut entraîner une usure des têtes.
- S'il n'y a pas d'effet perceptible même après 4 nettoyages à la suite, l'origine du problème peut être ailleurs. Veuillez dans ce cas vous adresser au magasin où vous avez acheté votre magnétoscope.
- Evitez d'utiliser ou de ranger cette cassette de nettoyage en plein soleil, dans un endroit très humide ou près d'un appareil de chauffage.
- En cas de dysfonctionnement de la cassette de nettoyage dû à un défaut de fabrication, Sony remplacera les cassettes de nettoyage défectueuses par un nombre équivalent de nouvelles cassettes de nettoyage. Sony rejette toute responsabilité pour des problèmes d'une autre nature.

Autres

- Nous vous conseillons d'utiliser la cassette de nettoyage de type humide T-25CLW pour un nettoyage périodique (toutes les 30 à 50 heures).

I Precauzioni

- ⚠ Questa cassetta è per la pulizia e non può quindi essere usata per la registrazione e la riproduzione.
- Questa cassetta di pulizia può essere usata circa 200 volte, a seconda delle circostanze.
- Quando l'effetto di pulizia diminuisce, sostituirla con una nuova cassetta di pulizia.
- Fare attenzione al fatto che eseguendo l'operazione di pulizia delle testine cinque o più volte di seguito o usando questa cassetta di pulizia per periodi prolungati si possono usurare le testine.
- Se non si ottiene alcun effetto anche pulendo 4 volte di seguito, il problema può essere dovuto ad altre ragioni, per cui consultare il negozio presso cui si è acquistato il videoregistratore.
- Evitare di usare o riporre questa cassetta di pulizia in luoghi esposti alla luce solare diretta, luoghi con umidità elevata e nei pressi di impianti di riscaldamento.
- Se la cassetta di pulizia non funziona correttamente a causa di difetti di fabbricazione, Sony sostituirà la cassetta difettosa con una nuova cassetta di pulizia. Sony non si assume alcuna altra responsabilità.

Altre

- Consigliamo di usare la cassetta di pulizia di tipo a liquido T-25CLW Sony per la pulizia periodica (ogni 30-50 ore).

frei, jedoch überwiegend unabhängig von Werten bestimmen läßt, wie ja im Vorausgehenden gezeigt wurde. Dagegen bedeutet die Zuweisung von Schuld in erster Linie eine Bewertung, ein Urteilen bzw. Verurteilen.

Ohnehin hat die Frage nach der Verantwortung der Frage nach der Schuld voranzugehen, denn Verantwortung ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Schuld. Darunter ist folgendes zu verstehen: Wenn ich für etwas schuldig bin, dann bin ich dafür auch verantwortlich. Aus der Schuld ist also die Verantwortung abzuleiten. Das Umgekehrte gilt aber nicht. Wenn ich für etwas verantwortlich bin, so darf man daraus noch nicht folgern, daß ich dafür auch schuldig bin.

Wenn also auch auf eine objektive Bestimmung von Schuld hier verzichtet werden soll, so wird der subjektive Aspekt von Schuld uns doch sehr stark beschäftigen. Damit ist gemeint: Einerseits Schuldgefühle, Schuldbewußtsein etc. und andererseits Schuldzuweisung, gerade auch unberechtigte Schuldzuweisung.

2) Vergleich von Täter-Theorie und Opfer-Theorie

In diesem und dem nächsten Punkt soll das Täter-Modell in Abgrenzung von dem Opfer-Modell beschrieben werden. Im vorliegenden Punkt 2) geht es um den Vergleich der theoretischen Aussagen von Täter- und Opfer-Modell. Ich werde dabei auf die fünf im vorigen Punkt definierten Begriffe Verursacher, Grund, Bewußtsein, Willenskontrollierbarkeit und Zuständigkeit zurückgreifen, wenn diese hier auch - gemäß der zwischen ihnen bestehenden Abhängigkeiten - primär zusammen und nicht isoliert Berücksichtigung finden.

2.1 ERZEUGUNG UND AUFRECHTERHALTUNG VON STÖRUNGEN

Für die Täter-Theorie ist es klar, daß der Patient selbst Verursacher seiner Störungen ist, und zwar der psychischen sowie körperlichen. Dabei wird aber auch bezüglich der körperlichen Störungen weniger an eine bestimmte Lebensweise gedacht:

"Wir wollen zeigen, daß der Kranke nicht unschuldiges Opfer irgendwelcher Unvollkommenheiten der Natur, sondern auch der Täter selbst ist. Dabei denken wir nicht an Schadstoffe der Umwelt, Zivilisation ungesundes Leben oder ähnliche bekannte 'Schuldige'....." (DETHLEFSEN/DAHLKE 1983, 7).

Wenn man von einer generellen Psychogenese von Störungen ausgeht, wird die Unterscheidung von psychischen und somatischen Krankheiten im Grunde hinfällig.

"Unsere Betrachtungsweise entspricht in etwa dem psycho-somatischen Modell, jedoch mit dem Unterschied, daß wir diese Sicht auf alle Symptome anwenden und keine Ausnahmen zulassen. Die Unterscheidung 'somatisch'/'psychisch' kann man bestenfalls auf die Ebene beziehen, auf der sich ein Symptom manifestiert - ist aber unbrauchbar, um Krankheit zu lokalisieren." (DETHLEFSEN/DAHLKE, 1984, 19).

Die Täter-Theorie hält die meisten Störungen für bewußt bzw. bewußt erzeugt, aber sie macht den Patienten auch für seine unbewußten bzw. unbewußt erzeugten Störungen verantwortlich, vor allem in dem Sinn, daß der Patient eben für die Unbewußtmachung, d.h. für die Verdrängung die Verantwortung zu tragen hat. Zum Teil wird ihm unterstellt, daß er geradezu bewußt verdrängt und daß er mit bestimmten Absichten, mit bestimmten Zielen verdrängt, worauf wir im nächsten Punkt noch zu sprechen kommen werden.

Auch hält die Täter-Theorie die meisten Störungen für willentlich kontrollierbar, sowohl was ihre Entstehung wie auch ihre Aufrechterhaltung bzw. Beseitigung betrifft. Sie berücksichtigt also nicht die Möglichkeit, daß der Patient die Störungen gezwungen, in Abhängigkeit von äußeren Ursachen erzeugt, sondern sie geht mehr oder weniger davon aus, er könne willentlich entscheiden, ob er eine Störung hervorbringt bzw. ob er sie aufrechterhält.

Natürlich stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage nach dem "Wie" der Störungsbildung, ganz besonders bei körperlichen Symptomen. Wie macht ein Mensch das eigentlich, daß er Störungen erzeugt und wie vor allem ist es möglich, daß von der Seele körperliche Störungen verursacht werden? Diese Fragen können hier allerdings nur kurz angesprochen werden. Erstens führen sie doch aus der eigentlichen Thematik heraus, zweitens werden von der Täter-Theorie hierzu nur wenige Antworten geliefert. Ich werde auf diesen Punkt später noch eingehen.

Wie schon dargelegt wurde, geht die Täter-Theorie im allgemeinen von einer Psychogenese aus, und ich möchte mich hier auch auf psychisch bedingte bzw. scheinbar psychisch bedingte Störungen beschränken. Eine wichtige Variante der Täter-Theorie sei dennoch berücksichtigt. Danach werden Störungen nicht unmittelbar vom Patienten selbst erzeugt, sondern es können z.B. Bestrafungen von Gott sein oder einfach Folgen früherer Taten bzw. Verfehlungen, wobei die transpersonale Psychologie auch frühere Leben mit einbezieht. DETHLEFSEN spricht in diesem Zusammenhang von dem metaphysischen Aspekt von Krankheiten, den er für den entscheidenden hält. In diesem Fall kann von einer Psychogenese nicht gesprochen werden, dennoch bleibt der Patient indirekt der Verursacher der Störungen. Er hat sich in einer Weise verhalten, die die Störungen als Folge nach sich zieht. Ob er dies bewußt getan hat, absichtlich usw. braucht hier nicht im einzelnen diskutiert zu werden.

Kommen wir jetzt zur Opfer-Theorie. Wie sieht diese die Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen? Die Opfer-Theorie geht davon aus, Störungen könnten einfach durch Ursachen, besonders Traumata, erzeugt werden, sowie infolge der dadurch bewirkten Einprägung, Engrammbildungen u.ä. auch aufrechterhalten werden. Zwar bestreitet sie nicht, daß es auch Symptome geben mag, die der

Mensch aktiv hervorbringt oder die durch das Zusammenspiel von traumatischem Reiz und psychischer Reaktion entstehen. Aber sie nimmt in solchen Fällen eine weitgehend kausale Bestimmtheit der Symptombildungen an. D.h., daß der Patient mehr oder weniger gezwungen die Symptome hervorbringt.

Das Opfer-Modell ist zurückhaltender, körperliche Störungen psycho-somatisch zu erklären, wenn auch diese Möglichkeit keineswegs ausgeschlossen wird. Man identifiziert aber die Psyche eines Menschen nicht automatisch mit seinem Körper, d.h. konkret, man hält auch ganz eigenständige körperliche Erkrankungen für möglich, die weitgehend unabhängig von der Psyche sind.

In der Opfer-Theorie hebt man mehr auf eine Unbewußtheit von Störungen ab als in der Täter-Theorie, d.h., man sieht erstens viele Störungen als unbewußt an bzw. hält sie - falls sie überhaupt vom Patienten erzeugt werden - für unbewußt erzeugt. Zweitens hält man auch die Verdrängung primär für eine unbewußte Abwehr, glaubt nicht - wie bei der Täter-Theorie - daß der Patient gewissermaßen bewußt Störungen oder deren Erzeugung ins Unbewußte abschiebt.

Sehr krass ist der Unterschied zur Täter-Theorie hinsichtlich der Willenskontrollierbarkeit von Störungen. Die Opfer-Theorie ist sehr skeptisch, was die Möglichkeiten einer willentlichen Verhütung oder willentlichen Aufhebung von Störungen betrifft. Dies erklärt sich schon daraus, daß sie eben den Patienten nicht überwiegend als Verursacher der Störungen ansieht. Aber auch wenn ein Patient Störungen selbst erzeugt und aufrechterhält, betrachtet die Opfer-Theorie dieses Geschehen im allgemeinen als zwanghaft, als determiniert.

Auch bei der Opfer-Theorie stellt sich natürlich die Frage, auf welche Art und Weise man das Entstehen und Bestehenbleiben von Störungen erklärt. Die Opfer-Theorie bietet hier mehr Antworten, auf die aber im Rahmen dieses Buches auch nur kurz eingegangen werden kann, was an späterer Stelle geschehen soll.

2.2 KAUSALITÄT, FUNKTIONALITÄT UND FINALITÄT VON STÖRUNGEN

Die Täter-Theorie betrachtet psychische und körperliche Störungen im allgemeinen final oder funktional, und zwar in der stärkeren explikativen Form. Sie behauptet also nicht nur, daß Störungen auf bestimmte Ziele gerichtet sind, sondern daß Menschen Störungen erzeugen, um damit bestimmte Ziele zu erreichen oder zumindest in der funktionalen Form, daß Störungen erzeugt werden, weil sie bestimmte Funktionen erfüllen (vgl. hierzu Teleologieproblem).

Und zwar hält die Täter-Theorie viele Störungen für zielbewußt, d.h. daß Menschen mit ihren Störungen ganz bewußt bestimmte Ziele verfolgen. Allerdings berücksichtigt sie auch unbewußte Ziele. Da sie das Bewußtsein und das Unbewußte eines Menschen letztlich aber indifiziert, als eine Einheit behandelt, gilt der Mensch auch für sein Unbewußtes verantwortlich.

Ich habe schon die Variante erwähnt, wonach Menschen nur indirekt Erzeuger ihrer Störungen sein sollen, indem sich diese als Folgen früherer Taten und Verfehlungen (auch in vorausgegangenen Leben) ergeben. In diesem Falle scheint es fraglich, ob die Täter-Theorie meint, die Menschen würden die Taten mit dem Zweck unternehmen, dadurch Störungen hervorzurufen. Dagegen wird aber oft der Wille Gottes oder einer metaphysischen Macht, z.B. Schicksal angenommen, die den Betreffenden durch die Störungen womöglich bestrafen und damit letztlich bessern will. (vgl. Problem, inwieweit jemand, der von Gott durch eine Störung geprüft wird, überhaupt an der Erzeugung dieser Störung beteiligt ist).

Die Täter-Theorie sieht Symptomziele vor allem unter zwei Aspekten:

1. Der Patient will durch das Symptom Unlust vermeiden, z.B. will er sich schmerzhaften Erinnerungen oder bedrohlichen Ängsten nicht stellen. Er ist nicht bereit, der Wahrheit ins Gesicht zu sehen, weicht einer - vielleicht kränkenden - Konfrontation mit sich selbst immer wieder aus. Oder er versucht, sich den Anstrengungen einer Verhaltensänderung zu entziehen. Jedenfalls praktiziert er ein Vermeidungs- oder Fluchtverhalten.

2. Der Patient will aus seinem Symptom Befriedigung ziehen. Er profitiert von seiner Symptomatik, sie verschafft ihm "Krankheitsgewinn". Z.B. mag der Patient durch seine Störungen Beachtung, Rücksicht und Anteilnahme erhalten, aber auch Macht über andere, indem er sie mit seinem Symptom unter Druck setzt. Er kann vielleicht für längere

Zeit "krank feiern" usw.

Es muß hier aber auch auf eindeutig destruktive Ziele hingewiesen werden, z.B., daß der Patient sich durch seine Störungen selbst bestrafen will, wodurch er eine destruktive Befriedigung gewinnt.

Nach FREUD unterscheidet man zwischen primärem und sekundärem Krankheitsgewinn. Der primäre Krankheitsgewinn ist für die eigentliche Motivation zur Symptombildung von Bedeutung. Der sekundäre Krankheitsgewinn meint das, was man gewissermaßen "mitnimmt". Die Vorteile, die nachträglich und zusätzlich aus der Symptomatik gewonnen werden und bei ihrer Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielen können.

Zum psychoanalytischen Begriff des Krankheitsgewinns gibt es einen in etwa vergleichbaren Begriff in der Transaktionsanalyse, nämlich "Spielgewinn" (BERNE). Allerdings wird hier stärker auf destruktive Ziele abgestellt. Ein "Spiel" läßt sich vereinfachend bestimmen als ein destruktives Verhaltensmuster, bei es darum geht, aus negativen Gefühlen eines anderen (Spielpartner) oder aber eigenen negativen Gefühlen Befriedigung zu erzielen, indem man den anderen bestraft (ärgert, verletzt, ängstigt) oder sich selbst bestraft. Diese - gleichsam sadistische oder masochistische - Befriedigung gilt dann als Spielgewinn.

Beispiel: Jemand entwickelt psychosomatische Kopfschmerzen. Er redet ständig über seine Schmerzen und sie dienen ihm als Vorwand, mit seinem Partner kaum noch etwas zu unternehmen. Mehr oder weniger unbewußt versucht er damit, seinen Partner zu provozieren. Schließlich hat er Erfolg; der Partner wird ärgerlich, macht ihm Vorwürfe. Nun begibt sich der Kopfschmerzgestörte in eine Position, die typischerweise Opferrolle genannt wird. Er zieht sich zurück, wird depressiv und sagt zu sich selbst, "Mein Partner liebt mich eben nicht mehr." Die Depression, die traurige Verstimmtheit, gilt als der Spielgewinn, als die "Auszahlung". Es wäre allerdings auch eine andere Lösung denkbar, in Form einer Verfolgerrolle, nämlich daß er seinen Partner nun seinerseits attackiert, ihm vorwirft, er sei eben egozentrisch, würde auf seine Schmerzen keinerlei Rücksicht nehmen usw., daß er also dem Partner schlechte Gefühle, z.B. Schuldgefühle macht.

(Wie sich die Täter-Theorie ein doch paradoxes Verhalten erklärt, nämlich daß man sich selbst negative Gefühle bereitet, darauf wird noch einzugehen sein).

Als gemeinsamen Nenner der Täter-theoretischen Auffassung von Symptomzielen kann man festhalten: Symptomziele sind fraglos bis schädlich. Man versucht damit, sich vor einer Schwierigkeit zu drücken, man will sich in ungerechtfertigter Weise Lust verschaffen,

versucht sogar, andere oder sich selbst zu schädigen. Und da die Symptomziele als schädlich angesehen werden, werden natürlich auch die Symptome selbst - als Mittel zum Zweck - negativ eingeschätzt. Zwar werden manche Symptomziele doch bejaht, z.B. die Abwendung, die Absicht, Zuwendung zu erhalten, aber die Symptombildung als Weg zur Erfüllung dieser Absicht gilt in jedem Falle als falsch.

Pointiert gesprochen, ist für die Täter-Theorie der zentrale Zweck der Symptombildung gerade, sich der Eigenverantwortung für sein Leben zu entziehen. Umso mehr beharrt die Täter-Theorie dann darauf, den Patienten für seine (selbst gewollten) Symptome verantwortlich zu machen.

Auch hier gibt es wieder eine Variante zu nennen. Danach werden psychische und körperliche Störungen als eine Art Ausdruck dafür aufgefaßt, daß der Mensch mit sich selbst nicht im reinen ist, daß er nicht in Übereinstimmung mit sich selbst lebt, oder es wird sogar von "Botschaften des Unbewußten" bzw. des Körpers gesprochen, die den Menschen warnen sollen. Diese Auffassung ist nicht ganz eindeutig der Täter-Theorie zuzuordnen. Es hängt etwas davon ab, wie sie im Detail interpretiert wird. Offensichtlich erzeugt der Mensch in diesem Falle die Symptome selbst, allerdings nicht von seinem Bewußten Ich her. Hier zeigt sich allerdings eine gewisse Schwierigkeit der Täter-theoretischen Sicht, denn, wenn man eben das bewußte Ich und die unbewußte Tiefenperson im Grunde zusammenfaßt, wird nicht ganz verständlich, warum der Mensch diesen Umweg wählen muß, warum er sich gewissermaßen selbst warnen muß.

Geht man davon aus, daß die Störungen nur etwas ausdrücken, so ist es problematisch, ob man dies als ein Ziel oder eine Funktion ansehen soll. Betrachtet man das Geschehen aber unter dem Aspekt einer Botschaft, einer Warnung, so ist ganz klar von einer Zielgerichtetheit zu reden, und zwar müßte man in diesem Falle von konstruktiven Zielen sprechen. Es ist auch fraglich, ob man die Symptombildung selbst hier destruktiv nennen kann, womöglich gibt es eben keine andere Form, in der die Warnung überbracht werden kann. Von daher läßt sich diese Variante, wenn auch mit gewissen Einschränkungen, einer Opfer-theoretischen Betrachtung zuordnen.

Eine klare Täter-theoretische Interpretation in diesem Falle wäre aber: Man geht davon aus, daß der Mensch eben durch ein falsches Leben, vielleicht seiner Unehrllichkeit mit sich selbst, die Verantwortung oder gar Schuld dafür trägt, daß die Störungen sich eben

als Ausdruck oder Warnung entwickeln müssen. Somit hat der Mensch dann auch die Verantwortung für die Störungen selbst zu tragen.

Wie wir gesehen haben, ignoriert die Täter-Theorie weitgehend kausale Symptomursachen, von denen die Symptome selbst dann nur eine Auswirkung wären. Indem sie davon ausgeht, der Patient erzeuge seine Störungen absichtlich, neigt sie dazu, die Krankheit mit der Symptomatik zu identifizieren, bzw. besteht die Tendenz, ganz auf den Krankheitsbegriff zu verzichten und die Störungen des Patienten als Fehlverhalten, Fehleinstellung, Fehlentscheidung u.ä. zu interpretieren.

Kommen wir jetzt zur Opfer-Theorie. Die Opfer-Theorie geht, wie ja beschrieben, davon aus, daß Störungen zum Teil einfach von äußeren Ursachen im Patienten erzeugt werden, ohne daß er an der Erzeugung wesentlich beteiligt wäre. In diesem Falle ist also ausgeschlossen, daß die Erzeugung auf bestimmte Ziele des Patienten zurückgeht. Inwieweit Menschen der Umwelt die Störung im Patienten gezielt erzeugen, soll uns hier nicht weiter interessieren (nicht ausgeschlossen ist, daß eine von außen erzeugte Störung dennoch bestimmte Ziele oder Funktionen des Patienten befriedigt. Aber dies ist von untergeordneter Bedeutung).

Die Opfer-Theorie schließt aber nicht aus, daß ein Mensch seine Störungen, jedenfalls teilweise, selbst erzeugt. Daraus folgt für sie aber noch nicht, daß er das bewußt oder unbewußt aus bestimmten Zielen heraus tut, sondern sie hält es durchaus für denkbar, daß er sie unter Zwang hervorbringt.

Allerdings hält es die Opfer-Theorie auch für möglich, daß ein Mensch gezielt Störungen produziert, psychische sowie körperliche. Sie unterscheidet damit gewissermaßen (bei diesem Aspekt) zwei Arten von Symptomen, a) könnte man Traumata Symptome nennen, also Symptome, die unmittelbar auf ein Trauma und dessen Auswirkungen zurückgehen; b) könnte man Abwehrsymptome nennen. Es sind Symptome, die sich als Reaktion auf Traumatisierung herausgebildet haben, zu deren Zielen und Funktionen wir später noch kommen werden.

Hier ist nun eine wichtige Differenzierung notwendig. Anders als die Täter-Theorie identifiziert die Opfer-Theorie bewußtes Ich und Körper nicht in der Weise, wie ja schon beschrieben wurde. Insofern geht sie davon aus, daß es auch weitgehend unabhängige psychische

Ziele und Funktionen und körperliche Ziele und Funktionen geben könnte. (Das Problem, inwieweit der Körper Ziele verfolgen kann, ist umstritten. Zum Teil wird in der Wissenschaft diese Annahme abgelehnt, andererseits ist in der Kybernetik durch die Einführung von sog. "Soll-Werten" im Grunde der These körperlicher Ziele doch wieder Rechnung getragen. In jedem Falle kann man aber körperliche Funktionen annehmen).

Angenommen, jemand entwickelt Fieber. Dann ist es für die Opfer-Theorie durchaus plausibel, dies als eine zielgerichtete oder jedenfalls funktionale Reaktion des Organismus auf eine Infektion zu interpretieren. Es wird damit aber nicht gleichzeitig ausgesagt, daß das Fieber auch irgendwelche psychischen Ziele oder Funktionen erfülle. Während die Täter-Theorie so argumentieren würde, weil sie eben nicht unterscheidet zwischen psychischen und körperlichen Zielen.

Die Opfer-Theorie sieht als mögliche Symptomziele oder Symptomfunktionen in erster Linie Gleichgewichtserhaltung oder Selbsterhaltung. Sie rekuriert auf die Schutzwirkung von Symptomen. Das gilt in körperlicher wie psychischer Hinsicht, für körperliche wie psychische Ziele. Allerdings werde ich mich im folgenden weitgehend auf den psychischen Aspekt bzw. psychosomatischen Aspekt beschränken, da die Betrachtung rein organischer Erkrankungen (wie es sie für die Täter-Theorie gar nicht gibt) doch zu weit aus dem Text herausführen würde.

Nach Auffassung der Opfer-Theorie haben sich Symptome - soweit nicht rein kausal bedingt - mit der Funktion oder dem Ziel heraus gebildet den Menschen, insbesondere in der Kindheit, bei der Bewältigung schwerer Traumata bzw. traumatischer Schmerzen zu helfen (Problem, wo ich das Meer beschreibe). Insofern sieht die Opfer-Theorie die Symptomziele als sinnvoll an - eingebettet in einen elementaren biologisch begründeten Überlebenstrieb des Organismus.

Aber auch die Symptomatik selbst kann als funktional beurteilt werden. Die Symptombildung bedeutet zwar eine gestörte Verarbeitung, aber eben doch eine Verarbeitung, ein krankhaftes Gleichgewicht, aber eben doch ein Gleichgewicht.

Ein Opfer-theoretisch orientierter Therapeut wird deshalb kaum seinen Patienten die volle Symptomverantwortung aufhalsen, auch

wenn der Patient das Symptom zielbewußt produziert, denn der Therapeut berücksichtigt, daß dies für den Patienten möglicherweise überlebensnotwendig ist oder jedenfalls war.

Wie erklärt sich die Opfer-Theorie aber das Vorkommen offensichtlich destruktiver Symptombildung? Wenn sie diese nicht einfach als Auswirkungen von Traumata begreift, so ist eine Möglichkeit, eine Art Fremdkörper im psychischen System des Menschen anzunehmen, z.B. das Über-Ich, das eigenständig destruktive Ziele verfolgt (es ist natürlich problematisch, wie weit man in diesem Falle noch von einer Selbsterzeugung vom Patienten sprechen muß oder dieser "Fremdkörper" wirklich nur ein Repräsentant äußerer Verhältnisse bzw. Personen ist.

Eine andere Möglichkeit ist, davon auszugehen, daß bestimmte Abwehrsymptome nicht ausreichen, Schäden zu neutralisieren oder aber, daß es zu pathologischen Abwehrreaktionen kommt. Darauf werde ich aber später noch näher eingehen.

2.3 ZUSTÄNDIGKEIT UND VERANTWORTUNG FÜR STÖRUNGEN

Für die Täter-Theorie ist es keine Frage, daß in erster Linie der Patient für seine Störungen selbst zuständig ist. Allerdings kann man die Bedeutung des Punktes Zuständigkeit als einzelnen schwer herauskristallisieren, da die Täter-Theorie eben, wie wir ja gesehen haben, den Patienten als Verursacher seiner Störungen ansieht, und zwar als weitgehend bewußten, willentlichen Verursacher. Aber man kann wohl behaupten, daß sie ihn auch darüber hinaus prinzipiell als zuständig ansieht. Etwa nach der Argumentation, jeder ist deswegen für seine Störungen zuständig, weil sie eben die seiligen sind.

Betrachten wir die Entstehung von Störungen, so ist insbesondere das Verhältnis von Patient und Eltern angesprochen. Wenn die Täter-Theorie überhaupt auf die mögliche Rolle der Eltern eingeht, so hält sie diese nicht oder nur in geringem Ausmaße für zuständig. Sie sieht es als Fehlverhalten an, wenn der Patient meint, seine Eltern wären oder seien sogar noch für seine Störungen zuständig.

Was die Frage der Aufrechterhaltung von Störungen in der Gegenwart betrifft, so ist vor allem das Verhältnis von Patient und Therapeut angesprochen. Hier ist die Haltung der Theorie noch krasser. Von vielen wird jegliche Zuständigkeit des Therapeuten

negiert. Der Mensch, erst recht als Erwachsener, muß selbst die Zuständigkeit für seine Störungen übernehmen. Alles andere wäre nur ein Ausweichen, ein Flüchten. Die Störungen sind allein das Problem des Patienten, nicht das Problem des Therapeuten. Zwar wird es in gewissem Ausmaß akzeptiert, daß ein Mensch Hilfe zur Bekämpfung seiner Störungen beim Therapeuten sucht. Aber er darf nicht erwarten, seine Zuständigkeit loszuwerden.

Ebenso wird kritisiert, wenn ein Patient meint, die Gesellschaft, die Kirche oder andere Instanzen seien für seine Probleme und Krankheiten zuständig bzw. hätten die Verpflichtung, ihm zu helfen. Ein solches Verhalten wird als "anspruchsvoll" etc. abgelehnt. Hier zeigt sich besonders deutlich, daß die Täter-Theorie im Grunde sich nicht auf den Bereich der Psychologie und Medizin beschränkt, sondern sie macht auch Aussagen von erheblicher soziologischer und politologischer Brisanz. Genau wie jemand für seine psychischen Störungen zuständig ist, so betrachtet die Täter-Theorie den Menschen im allgemeinen auch für seine sonstigen Probleme zuständig. Z.B., wenn er in sozial ungünstigen Verhältnissen lebt, einer benachteiligten Minderheit angehört etc.

Wendet man sich zusammenfassend dem Gesamtkomplex "Verantwortung" zu, so kann man formulieren: Für die Täter-Theorie ist in allererster Linie der Patient für seine psychischen und körperlichen Störungen verantwortlich, sowohl für deren Entstehung wie für deren Bestehenbleiben. Und insofern der Patient die Verantwortung trägt, braucht sie auch kein anderer zu tragen, also vor allem weder die Eltern noch der Therapeut.

Die Verantwortlichkeit des Patienten ergibt sich aus folgenden Punkten:

1. Er verursacht seine Störungen selbst (bzw. hält sie selbst aufrecht).
2. Er verursacht seine Störungen mit ganz bestimmten Absichten, Zielen und Wünschen, wobei es sich normalerweise um fragwürdige oder gar regelrecht destruktive Motive handelt.
3. Er ist sich im allgemeinen seiner Störungen bewußt bzw. deren Verursachung, deren Zielgerichtetheit und deren Ziele. Ist er sich dieser Faktoren nicht bewußt, so ist er gerade für die Unbewußtmachung, für die Verdrängung, verantwortlich zu sprechen.
4. Er kann seine Störungen größtenteils willentlich kontrollieren, d.h., er hätte sie verhindern können und er könnte sie, jedenfalls

mit therapeutischer Hilfe, überwinden, wenn er nur wirklich wollte.

5. Und er ist zuständig für seine Störungen. Er ist gewissermaßen der Besitzer dieser Störungen, der Träger. Die Störungen gehören zu ihm, es wäre seine Aufgabe gewesen, sie zu verhindern bzw. ist es seine Aufgabe, sie abzubauen.

Es sei noch einmal daran erinnert, daß es sich hier um eine Rekonstruktion der Täter-theoretischen Position handelt. In Täter-orientierten Büchern wird diese Position überhaupt nur zum Teil explizit ausgewiesen, und jedenfalls geschieht dies nicht in der begrifflichen Präzisierung und analytischen Zergliederung (in mehreren Teilthesen) wie sie hier versucht wird.

Kommen wir zur Opfer-Theorie. Diese betrachtet den Menschen nur begrenzt als zuständig für seine Störungen. Allerdings in Relation zu dem geringen Ausmaß, in dem sie ihn als bewußten und willentlichen Verursacher der Störungen ansieht, weist sie ihm eine doch größere Zuständigkeit zu (womit sich auch noch einmal die Eigenständigkeit des Faktors Zuständigkeit zeigt).

Allerdings muß genau differenziert werden zwischen Zuständigkeit für die Entstehung und Zuständigkeit für die Aufrechterhaltung von Störungen. Die Opfer-Theorie geht normalerweise davon aus, daß psychische Störungen in der (frühen) Kindheit entstehen, wenn auch die Symptome öfter erst in späteren Jahren zutage treten. Zu meinen das kleine Kind oder der Säugling wäre zuständig gewesen, die Entstehung von Störungen zu verhindern, ist für die Opfer-Theorie eine völlig abwegige Annahme. Hier verweist sie ganz klar auf die Zuständigkeit der Eltern, die das Kind ja in die Welt gesetzt haben und die auch nach allgemein anerkannten sozialen und rechtlichen Normen die Aufgabe haben, es möglichst optimal zu betreuen. Daß - zumindest in einer Gesellschaft wie der unsrigen - auch die Gesamtgesellschaft eine gewisse Zuständigkeit besitzt, z.B. die Eltern zu unterstützen, wird darüber hinaus postuliert.

Was aber die Zuständigkeit für die Beseitigung von Störungen im Erwachsenenalter betrifft, da spricht die Opfer-Theorie dem Menschen doch eine gewisse Zuständigkeit zu, wenn auch sicherlich nicht in dem Ausmaß wie die Täter-Theorie. Auch wenn der Mensch die Störungen nicht oder nicht willentlich verursacht hat, es sind eben

seine Störungen, sie betreffen ihn, seine Person. Begibt sich der Mensch aber als Patient in eine Psychotherapie, so betrachtet die Opfer-Theorie in erster Linie den Therapeuten als zuständig, die Störungen zu beseitigen, wenn auch die Zuständigkeit des Patienten