

FFGZ : Feministisches
Frauengesundheitszentrum e.V.

DOKUMENTATION ZUM 20-JÄHRIGEN BESTEHEN

: 1978 - 1998



Dokumentation zu

20-jährigen Bestehen

1978 - 1998

„Unheimlich viele Frauen sind interessiert“

Feministisches Gesundheitszentrum in Bockenheim eröffnet



1978 Frankfurter Allgemeine Zeitung

 **FFGZ** : Feministisches
Frauengesundheitszentrum e.V.

Dokumentation zum 20-jährigen Bestehen

Eine Publikation des
Feministischen Frauengesundheitszentrums
Frankfurt am Main

■ Liebe Leserin, lieber Leser



Es ist jetzt 20 Jahre her, seit sich Frauen aus der Frauenbewegung zusammengefunden haben, um ein Feministisches Gesundheitszentrum in Frankfurt zu gründen.

Dies geschah in einer Zeit, in der aus den vielen unterschiedlichen Selbsterfahrungsgruppen sowie anderen Initiativen der Frauenbewegung eine große Anzahl von Projekten entstanden waren. Auf der Grundlage einer Analyse der weiblichen Lebensverhältnisse wurden Teile der Strukturen der Frauenbewegung institutionalisiert. Die Ebene von Selbsterfahrung, Theoriearbeit und Protest sollte um eine feministische Praxis ergänzt werden. Die Gründerinnen des FFGZ wollten in neuer Organisationsform selbstverwaltet und ohne Hierarchien miteinander arbeiten. Sie waren kämpferisch, gingen für Veränderungen im Gesundheitswesen auf die Straße, und brachten damit die gesellschaftlichen Interessen von Frauen zum Ausdruck. Sie kritisierten die herrschende Abtreibungspraxis, wirkten auf Kliniken und Krankenkassen ein, um die damals übliche Geburtspraxis nach ihren Vorstellungen zu verändern. Mit dem FFGZ wollten sie einen Raum für Frauen schaffen, in dem diese Unterstützung und eine Perspektive für Veränderungen erfahren können.

Noch immer spielt sich die Arbeit des FFGZ in diesem Spannungsfeld ab. Im Beratungsalltag wird erkennbar, daß hilfesuchende Frauen nicht nur ihre individuellen Fragen mitbringen, sondern daß es sich auch um öffentlich bisher unbeachtete oder sogar tabuisierte Probleme handelt: Sexueller Mißbrauch, Gewalt in Ehe und Familie, Mißstände im Bereich der schulmedizinischen Versorgung von Frauen, der Umgang mit ungeplanten Schwangerschaften u.a.. Dies macht den engen Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Problemen der einzelnen Frauen und ihrer strukturellen Benachteiligung deutlich.

Selbsterfahrungsgruppen, die in der frühen Zeit nach der Gründung des FFGZ eine große Rolle spielten, stehen heute nicht mehr im Vordergrund der Aktivitäten des Zentrums. Sie sind in den Schatten professioneller Beratungs- und Gruppenangebote gerückt, womit dem heutigen Bedürfnis der ratsuchenden Frauen entsprochen wird.

Mit der Veränderung der Arbeitsweise und der Angebote des FFGZ hat sich auch die Art verändert, wie die aktuellen Frauengesundheitsthemen in die Öffentlichkeit gelangen. Demonstrationen und organisierte Proteste von Frauen zu Gesundheitsfragen sind seltener

geworden. Die Veröffentlichung und Verbreitung der Kritik und Konfliktfelder wird durch eine professionalisierte Pressearbeit und ein Netz enger Kooperationsbeziehungen mit anderen Institutionen geleistet. Von großer Bedeutung ist dabei die gute Zusammenarbeit mit der Stadt Frankfurt a.M., dem Land Hessen und - in alter Tradition - die Kooperation mit verschiedenen Frauenprojekten. Hier können kontroverse Diskussionen und schwierige Fragen zu Frauengesundheit auf unterschiedlichen Ebenen bearbeitet werden. Die Einflußnahme ausschließlich aus der Opposition und in Abgrenzung zum etablierten Gesundheitssystem hat einem kooperativen Verständnis Platz gemacht.

Damit hat sich das FFGZ in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einer bedeutenden Anlaufstelle für Gesundheitsfragen von Frauen in Frankfurt und Umgebung, in Hessen – und zu manchen Fragen sogar bundesweit – entwickelt. Die Konzepte der 20 Frauengesundheitszentren in Deutschland haben einen Vorbildcharakter für zukünftige Modelle einer Frauengesundheitsförderung. Auch die WHO spricht sich in ihren Empfehlungen für den Ausbau einer frauenspezifischen dezentralen Gesundheitsversorgung aus.

Vieles hat sich im Laufe der Jahre grundlegend verändert, doch zwei Dinge sind geblieben: der chronische Geldmangel und die feste Beziehung zum Feminismus. Während der Geldmangel nach wie vor ein schwieriges Problem darstellt, weil die Anforderungen an die Arbeit des FFGZ ein höheres Qualifikationsniveau erfordern, ist der Feminismus inzwischen salonfähig geworden. Wie auch einige der folgenden Redebeiträge zeigen, ist der feministische Ansatz des FFGZ zu einer bekannten, anerkannten und geschätzten Arbeitshaltung geworden.

Wir freuen uns, Ihnen in der folgenden Festschrift die Ansprachen von Politikerinnen und Politikern zu unserem Jubiläum präsentieren zu können. Die Rednerinnen und Redner gehen aus sehr verschiedenen Perspektiven auf die inhaltliche Arbeit des FFGZ ein und ordnen ihr damit einen festen Platz in der Gesundheitslandschaft zu. Der Festvortrag von Frau Prof. Dr. Cornelia Krause-Girth befaßt sich mit der Frage der politischen Bedeutung von Frauengesundheit und Frauengesundheitsförderung in unserer Gesellschaft und beleuchtet die politische Dimension der Themen, die im FFGZ bearbeitet werden. Darüber hinaus finden Sie am Ende der Festschrift den Vortrag der New Yorker Psychoanalytikerin und Autorin Jessica Benjamin, den sie im

Mai 1998 zum Auftakt unseres Jubiläums gehalten hat. Mit ihr verbindet uns eine lange Geschichte inhaltlichen Austausches um Fragen des Feminismus.

Unser Dank gilt an dieser Stelle dem Land Hessen, das durch die Finanzierung der Schrift die Dokumentation des Jubiläums möglich gemacht hat.

Für die nächsten 20 Jahre wünschen wir uns, daß unsere Freude an der Bearbeitung aktueller Gesundheitsfragen erhalten bleibt und sich das FFGZ als eine lebendige Institution für Frauengesundheit weiterhin prächtig entwickelt.

Das FFGZ damals und heute

20 Jahre

Chronologie

1996 1997 1998

Über 20 Jahre Frauengesundheitsarbeit:

Vom Selbsterfahrungsprojekt zur professionellen Beratungsstelle.

1978

Frauen aus der Bewegung gegen den Abtreibungsparagraphen § 218 und eine Selbsthilfegruppe von Schwangeren und Müttern gründen das Feministische Frauengesundheitszentrum und beziehen Räume in der Hamburger Allee 45. Die Gründerinnen verstehen sich als Gesprächspartnerinnen: von Frau zu Frau.

Das Zentrum soll ein Ort für Selbsterfahrung, Selbsthilfe, Austausch und gesundheitspolitische Arbeit sein. Leitgedanken dabei sind: Wiederaneignung von medizinischem und naturheilkundlichem Wissen und Selbstbestimmung über den eigenen Körper.

Im Laufe des Jahres entstehen weitere Arbeitsbereiche: Gesundheit und Verhütung, Schwangerschaft und Geburt und Psychologische Beratung und Psychotherapie.

Unentgeltliche Arbeit trägt das Frauengesundheitszentrum, die Miet- und Sachkosten werden durch Spenden gedeckt. Von da an gilt: von der Wandfarbe bis zum Beratungskonzept- alle Entscheidungen werden im Konsens getroffen.

1984

Nachdem das Frauenzentrum Eckenheim schließen mußte, werden die Arbeitsbereiche Unerwünschte Schwangerschaften, Abtreibung und § 218, Notruf für vergewaltigte Frauen und Beratung für mißhandelte Frauen in das FFGZ integriert.

1985

Die Arbeitsbereiche Kritik und Alternativen zu Gen- und Reproduktionstechnologien und Sexueller Mißbrauch - Strategien zur Befreiung beginnen mit ihrer Arbeit im FFGZ.

Erstmals werden Zuschüsse vom Land Hessen gewährt. Zwei Teilzeitstellen können eingerichtet werden.

Das FFGZ expandiert: Aufgrund der großen Nachfrage wird das Beratungs- und Kursangebot erweitert und mehr Räume in der Hamburger Allee angemietet.

Vom Handzettel zur Broschüre: Das erste ausführliche Programm erscheint. Die Öffentlichkeitsarbeit und die Arbeitsstrukturen werden professioneller

1987

Die Arbeitsbereiche Frau und Beruf und Frau und Sucht entstehen.

Mittlerweile gibt es 8 Arbeitsbereiche unter einem Dach. 40 Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichen Professionen arbeiten interdisziplinär an neuen Konzepten und Angeboten zur Frauengesundheitsförderung.

1988

10 Jahre feministische Frauengesundheitsarbeit und -politik.
Die Dokumentation 10 Jahre FFGZ erscheint.

Der Arbeitsbereich Kritik und Alternativen zu Gen- und Reproduktionstechnologien organisiert einen bundesweiten Kongress Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien in Frankfurt a.M.

Nach der kompletten Streichung der Landeszuschüsse muß den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen gekündigt werden. Die anfallenden Arbeiten werden wieder unentgeltlich geleistet.

1989

Erstmals werden städtische Zuschüsse gewährt.

Der Arbeitsbereich Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsvorbereitung und Leben mit Kindern zieht als Frauengesundheitszentrum Neuhofstraße e.V. in eigene Räume.

1990

Aufgrund konzeptioneller Veränderungen in FFGZ werden Arbeiten zunehmend projektentiert durchgeführt und Kooperationen mit anderen Institutionen bekommen ein stärkeres Gewicht.

1992

Abschied von der Hamburger Allee:
das FFGZ bezieht neue Räume im Ökohaus am Westbahnhof.

Mitinitiiierung und Teilnahme an dem ersten städtischen Kooperationsprojekt:
Wechseljahre - Wandeljahre, Frauen in der Lebensmitte

1993

Beginn eines Modellprojektes:
Gesundheitsförderung für Frauen von Frau in Hessen, finanziert durch das Land Hess

1994

Organisation der Tagung Frauengesundheit in Bewegung: Ein Dialog zwischen Fachfrauen aus Praxis, Theorie und Politik

1995

Mitveranstaltung einer Vortragsreihe der Frankfurter Freien Gesundheitsinitiativen zum Thema Gesund in F(K)rankfurt - Perspektiven für die Gesundheitspolitik

1996

Ein schwerer Einschnitt: Aufgrund kontinuierlicher finanzieller Kürzungen müssen die Arbeitsräume des FFGZ halbiert werden. 100 m² fallen weg und damit das gesamte Kursangebot.

Das FFGZ geht in die Stadtteile:
Neue Schwerpunktsetzung für das vom Land Hessen finanzierte Modellprojekt: Gesundheitsförderung für Frauen in sozialen Brennpunkten

1997

In Kooperation mit dem Stadtgesundheitsamt Frankfurt a.M. werden Runde Tische zum Thema Frauengesundheit und Älterwerden (Sexualität; Beruf; Wohnen) initiiert.
Beginn einer Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Brennpunkte

Hessen (LAG) und der Hessischen Landeszentrale für politische Bildung (HLZ)

Der Arbeitsbereich Sexueller Mißbrauch eröffnet als Wildwasser e.V. eine eigene Beratungsstelle. Der Arbeitsbereich Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien verläßt das FFGZ.

1998

Aus Anlaß des 20-jährigen Jubiläums des FFGZ finden folgende Veranstaltungen statt: Vortrag von Jessica Benjamin, Psychoanalytikerin in New York. Empfang mit 160 TeilnehmerInnen aus Politik und Institutionen von Stadt und Land; Frauen-Jubiläumsfest mit Rahmenprogramm.

Neue Arbeitsbereiche entstehen:
Beratung zu Konflikten im Zusammenhang mit dem neuen Kindschaftsrecht, Aufbau einer bundesweiten Informationsstelle zu Brustimplantate

1999

Beginn eines Modellprojektes in Kooperation mit Kliniken: Verzahnung von stationärer und ambulanter Gesundheitsförderung für Frauen.

Das FFGZ übernimmt zunehmend die Rolle einer Clearingstelle: Angebote und Zeiten des Informations- und Beratungstelefon werden ausgeweitet.

Vorstandsarbeit für den Dachverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland: die Vernetzung von Fachfrauen und Institutionen zu Frauengesundheit auf Bundesebene und europaweit bekommt feste Strukturen.



EINZEL- UND GRUPPENBERATUNG

Gesundheit

Migräne, Brustkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Wechseljahre, Menstruationsbeschwerden, Verhütung und Sterilisation, Diaphragmaanpassung, Sexualität

Berufliche Themen und Konflikte

Medikamenten und Alkoholabhängigkeit

Ungewollte Schwangerschaft

Konflikte in Zusammenhang mit dem neuen Sorgerecht

Psychologische Beratung

Psychotherapie

Psychoanalyse

Psychische und körperliche Mißhandlung

durchgeführt vom Verein Frauen helfen Frauen e.V.

Juristische Beratung

Vermittlung von Rechtsanwältinnen

Kurse

*Wechseljahre, Krebserkrankung, Brustkrankung,
Selbstuntersuchung, Entwöhnung für Raucherinnen*

Fortbildungen

Frauenbeauftragte, Fachkräfte im Gesundheitswesen

Einzel- und Gruppensupervision**Coaching****Gesprächs- und Informationsabende**

Zu verschiedenen Themen

Koordination von Selbsthilfegruppen**Vorträge****Gesundheitsförderung für Frauen, die von sozialer Benachteiligung
betroffen sind**

*Stadtteilarbeit in Kooperation mit Institutionen,
Gesundheitsberatung und -information*

**Gesundheitsförderung für Frauen vor und nach stationärem
Klinikaufenthalt**

Organisationsstruktur



PLENUM

*Oberstes Entscheidungsgremium
mit Vertreterinnen aus allen Teams*

FFGZ-TEAM

*Organisation/Verwaltung/Finanzen/Koordination
Öffentlichkeitsarbeit, Interdisziplinäre Arbeit
zur Frauengesundheit*

Team Beruf

*Beratung für Frauen in beruflichen Konflikten, Einzel und
Gruppensupervision, Coaching, Seminare und Veröffentlichungen*

Team Sucht

*Beratung bei Suchtproblemen (Alkohol und Medikamente),
Entwöhnungskurs für Raucherinnen*

Team Sorgerecht

*Beratung zu Konflikten in Zusammenhang mit dem neuen
Sorgerecht*

Team Gesundheit

*Gruppen- und Einzelberatungen zu gynäkologischen Themen,
Migräne, Schilddrüse u.a., Gesprächs- und Informations
abende (zu verschiedenen Themen), Kurse (Wechseljahre,
Brusterkrankungen u.a.), Vorträge zu gesundheits (politischen)
Themen*

Beratung für mißhandelte Frauen

Kooperation mit dem Verein Frauen helfen Frauen e.V.

Team Ungewollte Schwangerschaft

Beratung für ungewollt schwangere Frauen, Gesprächsgruppen nach einer Abtreibung, Referentinnen- und Expertinnentätigkeit, Veröffentlichungen

Team Psychologische Beratung und Therapie

Psychologische Beratung, Psychoanalytisch-feministische Therapie, Entwicklung psychoanalytisch-feministischer Konzepte, Supervision und Weiterbildung

Juristische Beratung

Kooperation mit dem Notruf für vergewaltigte Frauen e.V.

Gesundheitsförderung für Frauen vor und nach einem Klinikaufenthalt

Modellprojekt des Landes Hessen

*Gesundheitsförderung für Frauen, die von sozialer Benachteiligung betroffen sind.
Stadtteilarbeit in Kooperation mit anderen Institutionen*

Kooperation & Vernetzung

1996 1997 1998

KOOPERATIONEN

Fachhochschule *Frankfurt a.M.*
Gesundheitsamt *Frankfurt a.M.*
Frauenreferat *der Stadt Frankfurt a.M.*
Frauenhaus des Vereins *Frauen helfen Frauen*
Notruf u. Beratung für *vergewaltigte Frauen e.V.*
Frankfurter Arbeitslosenzentrum (FALZ)
Gewerkschaft *Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr Hessen (ÖTV)*
Bezirksfrauensekretariat der *ÖTV, Frankfurt a.M.*
Bundesfrauensekretariat der *ÖTV, Stuttgart*
Hessische Arbeitsgemeinschaft für *Gesundheitsberatung (HAGE)*
Evangelische Fachhochschule *Darmstadt*
LAG *Soziale Brennpunkte Hessen e.V.*
National Women`s Health Network, *Washington D.C./USA*

ARBEITZUSAMMENHÄNGE UND NETZWERKE

Gesundheitskommission *der Stadt Frankfurt a.M.*
Arbeitsgemeinschaft *Frankfurter Frauenverbände*
Frankfurter Freie *Gesundheitsinitiativen*
Arbeitskreis der *Frauenbildungsträgerinnen in Frankfurt a.M.*
Arbeitskreis *Migrantinnen Frankfurt a.M.*
Arbeitskreis der *Schwangerenberatungsstellen in Frankfurt a.M.*
Paritätisches *Bildungswerk Hessen*
Bundesweiter Arbeitskreis *Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF)*
Dachverband der *Frauengesundheitszentren, Göttingen (Pressesprecherin FFGZ, Frankfurt)*
Für den Dachverband *Mitarbeit im Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit und im*
European Women`s Health Network (EWHNET)

Jubiläumsempfang im November 1998

Beiträge

Grußworte

Festvortrag

20 Jahre



Beiträge

Priska Hinz

Hessische Ministerin für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit

Als mich die Information erreichte, daß wir heute hier einen großen runden Geburtstag feiern, war mein erster Impuls, etliche Orden überreichen zu lassen angesichts der großen Leistung, die es heute zu würdigen gilt. Ich habe mich dagegen entschieden und möchte Ihnen heute hier im Feministischen Frauengesundheitszentrum Frankfurt (FFGZ) lieber ganz persönlich und mit großer Bewunderung für Ihre Arbeit gratulieren.

Es passiert nicht alle Tage, daß eine Einrichtung wie diese eine zwanzigjährige Kontinuität vorweisen kann, die nach dem basisdemokratischen Organisationsprinzip nicht nur recht und schlecht funktioniert, sondern sehr erfolgreich und mit einem breiten Angebot auf der Höhe der Zeit die Gesundheit von Frauen fördert und stärkt.

Wenn wir uns - und sicher auch die neue Gesundheitsministerin in Bonn - auf die Weltgesundheitsorganisation WHO mit ihren Grundsätzen beziehen, wonach Gesundheit als umfassendes körperliches, soziales und materielles Wohlbefinden definiert ist, dann kann mit Fug und Recht gesagt werden, daß die Frauen in Frankfurt dies vor zwanzig Jahren schon längst im Sinn hatten, als sie das FFGZ gründeten. Denn zu einem umfassenden Gesundheitsbegriff gehört auch das Verständnis, daß Krankheit und Gesundheit von Frauen sehr viel mit spezifisch weiblichen Bedürfnissen zu tun haben.

Die feministische Bewegung in Deutschland - sie ist auch eine der wesentlichen Wurzeln von Bündnis 90/Die Grünen - hat sich schon in den siebziger Jahren explizit mit dem weitgefassten Thema Gesundheit befaßt. Sie hat die frauenspezifischen Benachteiligungen im Versorgungssystem und die Defizite in der Wahrnehmung der Bedürfnisse von Frauen aufgegriffen und sich vorgenommen beides zu verändern. Die Programmatik Grüner Gesundheitspolitik läßt sich also ohne die damaligen Zielsetz-



Beiträge

997 1998

Priska Hinz

Hessische Ministerin für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit

Als mich die Information erreichte, daß wir heute hier einen großen runden Geburtstag feiern, war mein erster Impuls, etliche Orden überreichen zu lassen angesichts der großen Leistung, die es heute zu würdigen gilt.

Ich habe mich dagegen entschieden und möchte Ihnen heute hier im Feministischen Frauengesundheitszentrum Frankfurt (FFGZ) lieber ganz persönlich und mit großer Bewunderung für Ihre Arbeit gratulieren.

Es passiert nicht alle Tage, daß eine Einrichtung wie diese eine zwanzigjährige Kontinuität vorweisen kann, die nach dem basisdemokratischen Organisationsprinzip nicht nur recht und schlecht funktioniert, sondern sehr erfolgreich und mit einem breiten Angebot auf der Höhe der Zeit die Gesundheit von Frauen fördert und stärkt.

Wenn wir uns - und sicher auch die neue Gesundheitsministerin in Bonn - auf die Weltgesundheitsorganisation WHO mit ihren Grundsätzen beziehen, wonach Gesundheit als umfassendes körperliches, soziales und materielles Wohlbefinden definiert ist, dann kann mit Fug und Recht gesagt werden, daß die Frauen in Frankfurt dies vor zwanzig Jahren schon längst im Sinn hatten, als sie das FFGZ gründeten. Denn zu einem umfassenden Gesundheitsbegriff gehört auch das Verständnis, daß Krankheit und Gesundheit von Frauen sehr viel mit spezifisch weiblichen Bedürfnissen zu tun haben.

Die feministische Bewegung in Deutschland - sie ist auch eine der wesentlichen Wurzeln von Bündnis 90/Die Grünen - hat sich schon in den siebziger Jahren explizit mit dem weitgefassten Thema Gesundheit befaßt. Sie hat die frauenspezifischen Benachteiligungen im Versorgungssystem und die Defizite in der Wahrnehmung der Bedürfnisse von Frauen aufgegriffen und sich vorgenommen beides zu verändern.

Die Programmatik Grüner Gesundheitspolitik läßt sich also ohne die damaligen Zielsetz-

ungen der Frauenbewegung gar nicht denken. Dazu gehört die Unterstützung von Selbsthilfekreften, die demokratische Teilhabe an einer Veränderung der Strukturen im Gesundheitswesen und die Förderung von Projekten freier Träger.

Vieles von dem, was damals vor zwanzig Jahren in der Hamburger Allee gemeinsam mit der Frauenschule in Angriff genommen wurde, erschien als utopisch oder zumindest provokativ. Inzwischen ist vieles erreicht oder zumindest auf den Weg der Lösung gebracht. Heute sind nach langem zähen Bemühen die Zielsetzungen von damals in weiten Teilen Programm von heute geworden. Das ist ein schöner Erfolg auch für die feministische Bewegung, auch wenn die Hoffnungen und Wünsche - wie sollte es anders sein - noch sehr viel weiter gingen und gehen.

Für Sie stand damals zunächst aber der Kampf gegen den § 218 im Vordergrund und die Erkenntnis, daß die Selbsterfahrung ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung des eigenen Wohlbefindens ist. Ausgestattet mit diesem schrittweise erworbenem neuen Selbstbewußtsein haben Sie dazu beigetragen, daß Frauen sich nicht ausgeliefert fühlen müssen, wenn sie eine Arztpraxis, ein Krankenhaus, ein Sanatorium betreten. Dieser Prozeß bedeutete auch, daß Frauen mit ihrer Fähigkeit, Kinder zu gebären, selbstbewußter umgehen können. Auch in dem Sinne, daß sie im Rahmen der heutigen Fristenlösung - zugegebenermaßen mit Pflichtberatung - die Freiheit haben, für sich Verantwortung zu übernehmen und die eigene Lebenslage reflektieren zu können.

Junge Frauen von heute können sich sicher nicht mehr vorstellen, was damals für manche von Ihnen, die heute das zwanzigjährige Jubiläum feiern, eine Schwangerschaftskonfliktsituation bedeutete.

Auch in dem Sinne schulden Frauen den Frauengesundheitseinrichtungen Anerkennung. Und ich finde es richtig, daß Sie trotz Ablehnung der Pflichtberatung eine Beratung für ungewollt schwangere Frauen anbieten, auch wenn Frauen im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs den notwendigen Beratungsschein bei Ihnen nicht bekommen. Auch hier gilt für Sie, was in Gründerinnenzeiten vielleicht ein anderes Gewicht hatte: nicht die eigene Ideologie steht im Mittelpunkt, sondern die ratsuchende Frau.

Was mir persönlich an Ihrer Arbeit besonders imponiert, sind die Angebotsvielfalt und der hohe Grad von Kooperationsfähigkeit, die das FFGZ auszeichnet. Die Tatsache, daß Sie ein Projekt für sozial benachteiligte Frauen mit der Hessischen Landesarbeitsgemeinschaft für soziale Brennpunkte und der Hessischen Landeszentrale für politische Bildung durchführen und sich auf vorhandene Strukturen vor Ort stützen, belegt dies nachdrücklich.

Wenn ich es mir recht überlege, sollte Ihnen für diese wichtige gesellschaftliche Bewußteinsbildung spätestens zum dreißigsten Geburtstag doch ein Orden verliehen werden. Jetzt wünsche ich Ihnen zunächst einmal einen schönen Tag und noch viele weitere produktive Jahre.



Beiträge

1997

1998

Albrecht Glaser

Dezernent für Finanzen, Wirtschaft und Gesundheit, Frankfurt a.M.

Als Gesundheitsdezernent in dieser Stadt muß ich mir viele Einrichtungen anschauen, mit den Verantwortlichen sprechen und dabei berücksichtige ich zweierlei: das eine ist, ich frage Sachinformationen ab und lasse mir berichten, was der Inhalt und die Form der Arbeit in der jeweiligen Einrichtung ist. Das zweite ist etwas, worüber man nicht so offen spricht: ich schaue mir genau an, wie wird geantwortet, wie ist die Atmosphäre der Räume, wie gehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter miteinander um. Ich gehe also mit Controller-Blick durch eine solche Einrichtung.

Als leidenschaftlicher Kämmerer habe ich die Neigung, Sachverhalte aus verschiedenen Blickwinkeln heraus zu erforschen - mit einer ganz individuellen Technik, die ich hier aber nicht genauer beschreiben will... Für mich ist die Vorurteilsfreiheit ein wichtiges Prinzip: zuerst muß man sich selbst ein Bild machen - ich lasse mir nichts von rechts und links einflüstern - und dann kann man urteilen. Es bleibt natürlich die Neugier: was ist das Besondere, was ist das Alternative, was ist das Basisdemokratische und was der Inhalt dieser Dienstleistung? Das ist die spannende Frage. Jenseits des etablierten Gesundheitssystems gibt es eine Fülle von Möglichkeiten, wie wir uns dem Thema Gesundheit annähern können.

An dieser Stelle möchte ich meine erste Begegnung mit dem Frauengesundheitszentrum wie folgt schildern und dabei eine provozierende Frage stellen: Haben Sie sich so verändert im Hinblick auf Menschen wie unsereinen oder haben wir uns so verändert Ihnen gegenüber, daß die Begegnung, diese offene, fast herzliche, so möglich war und ist? Das erste Gespräch mit Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums und das, was ich mit dem Controller-Blick glaube erfahren zu haben, war ein wirklich beeindruckender Vorgang - und das sage ich nicht, weil Sie Geburtstag haben und man deshalb höflich zu sein hat! Ich bin danach zu der Einschätzung gelangt, daß die Arbeit in Ihrer Einrichtung Hand und Fuß hat.

Deshalb sage ich heute und hier: soweit es an mir liegt, werde ich mich dafür einsetzen, daß Ihre Finanzierung durch die Stadt gesichert bleibt.

Ich weiß nicht, wie ein geändertes Gesundheitssystem in Zukunft aussehen wird, aber ich bin mir sicher: ein etabliertes, sich in klassischen Formen bewegendes Gesundheitssystem wird immer Nischen und Grenzen haben und es ist nicht möglich, alle Anforderungen innerhalb dieses Systems abzudecken. Es wird immer Einrichtungen wie Ihre geben, die mit Zähigkeit - meine Anerkennung dafür! - ihre Ideen verfolgen und in die Praxis umsetzen.

Mein Respekt vor Ihnen und Ihrer Arbeit - das war es, was ich Ihnen als Geburtstagsgeschenk mitgeben wollte. Es war mir eine Freude, bei Ihnen zu sein.



Beiträge

1997 1998

Sylvia Schenk,

Dezernentin für Recht, Sport, Frauen und Wohnungswesen, Frankfurt a.M.

Zum 20-jährigen Jubiläum möchte ich den Mitarbeiterinnen des Feministischen Frauengesundheitszentrums einen herzlichen Glückwunsch aussprechen.

In diesen 20 Jahren haben Sie ein breites Spektrum an körper- und gesundheitsbezogenen, aber auch persönlichkeitsbildenden Kurs- und Beratungsangeboten für Frauen aufgebaut. Ausdrücklich wurde und wird von den Mitarbeiterinnen des FFGZ die Selbstbestimmung der Frauen über ihre körperliche und seelische Verfassung in den Vordergrund gestellt - während dieser Aspekt im konventionellen Gesundheitswesen nicht gefördert, sondern in vielen Fällen gehemmt wird. Das FFGZ hat durch sein Wirken dazu beigetragen, das Wissen der Frauen über sich selbst zu vertiefen und Entscheidungsfreiheit zu fördern. Für diese Arbeit möchte ich den Mitarbeiterinnen des FFGZ - den jetzigen und den Ehemaligen - Dank und Anerkennung aussprechen.

Ab 1989 wurde die Frauenpolitik in Frankfurt institutionell ausgebaut und aufgewertet - wir feiern im nächsten Jahr das 10-jährige Jubiläum des städtischen Frauenreferats - und unter diesem Vorzeichen wurde seit 1989 das FFGZ von der Stadt Frankfurt durch finanzielle Zuwendung gefördert. Leider blieb auch das FFGZ - wie fast alle freien Träger - in den letzten Jahren nicht von Haushaltskürzungen verschont. Ich denke aber - und ein Blick in das Programm des FFGZ für 1999 bestätigt mich darin -, daß aus Haushaltskürzungen entstehende Engpässe positiv gemeistert wurden und daß das FFGZ weiterhin ein wichtiger Bestandteil der frauenpolitischen Infrastruktur in Frankfurt ist.

Ich hoffe, daß dies so bleiben möge und wünsche Ihnen in diesem Sinne alles Gute und viel Erfolg bei Ihrer weiteren Arbeit!



Beiträge

1996 1997 1998

Dr. Margarete Peters

Leiterin des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a.M.

Zunächst möchte ich dem Feministischen Frauengesundheitszentrum zum 20jährigen Bestehen meine herzlichsten Glückwünsche aussprechen und mich für die Einladung zu dieser Jubiläumsveranstaltung bedanken.

Obwohl erst 20 Jahre jung, können Sie, liebe Mitarbeiterinnen des FFGZ, mit Stolz auf das Ergebnis Ihrer Arbeit zurückblicken. Als Leiterin des Stadtgesundheitsamtes und natürlich auch als Frau konnte ich den Aufbau Ihres Vereins seit den 80er Jahren begleiten. Seit dieser Zeit wird hier in Frankfurt Frauengesundheit mit einer erweiterten Perspektive gesehen. Dies bezieht sich zum einen auf ein frauenspezifisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit und zum anderen auf die geschlechtsspezifische Betroffenheit. Praktische Angebote außerhalb der Schulmedizin wurden entwickelt, theoretische Konzepte erarbeitet und Tabuthemen öffentlich gemacht.

In vielen Städten Deutschlands wird Frauenarbeit und spezifische Frauengesundheitsarbeit durchgeführt. Doch bin ich überzeugt, daß die Arbeit des Feministischen Frauengesundheitszentrums in Frankfurt Modellcharakter für die Bundesrepublik hat. Der Vernetzung der Arbeit von Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich kommt heute eine immer größere Bedeutung zu. Mit dem Ziel, feministische Theorie und Praxis zu etablieren und mit der Konzeption einer frauenspezifischen Gesundheitsarbeit bringt sich das Feministische Frauengesundheitszentrum aktiv in bestehende Strukturen des städtischen Gesundheitssystems ein. Dieses Sich-Einbringen bietet eine weitere Möglichkeit, die Interessen von Frauen im gesundheitspolitischen Bereich zu vertreten und strukturelle Veränderungen anzustoßen und zu forcieren.

In Zusammenarbeit mit dem Stadtgesundheitsamt und der Selbsthilfe-Kontaktstelle

Frankfurt a.M. ergab sich bereits die Möglichkeit, spezifische Angebote des Feministischen Frauengesundheitszentrums im Gesundheitshaus Schwanheim einzurichten, wobei Vorträge zu den Themen Wechseljahre, Arzneimittelwerbung in Frauenzeitschriften sowie Feldenkraiskurse angeboten wurden. Inzwischen besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Stadtgesundheitsamt, der niedergelassenen Ärzteschaft und den Freien Gesundheitsinitiativen Frankfurts. Auch die Wissenschaft hat sich in die Bemühungen um Frauengesundheit eingereiht. Ich nenne hier nur Ihre Kooperation mit der Fachhochschule und dem Zentrum der Frauenheilkunde der Johann Wolfgang Goethe-Universität. Darüber hinaus ist das Feministische Frauengesundheitszentrum bundesweit vernetzt. Es ist beispielsweise Mitglied im bundesweiten Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft und gestaltet die Arbeit des Dachverbandes der Frauengesundheitszentren in Deutschland mit.

Ein besonderes Vorhaben in Zusammenarbeit mit dem Stadtgesundheitsamt möchte ich hier hervorheben und zwar die Veranstaltungsreihe zum Thema Frauengesundheit im Alter, welche für das nächste Jahr (1999) geplant ist. Diese Veranstaltung wird sich auf die Schwerpunkte Sexualität, Berufsleben, Pflege und neue Wohnmodelle konzentrieren. Unser gemeinsames Ziel wird sein, die Bedürfnisse unserer älteren Mitbürgerinnen zu artikulieren, Tabus abzubauen und einen weiteren Baustein zur Verwirklichung unseres Gesunde-Städte-Projekts beizutragen. Auch dieses, unser Konzept, tragen Sie mit.

Es wäre zu viel, all die Aufgaben und Veranstaltungen des Feministischen Frauengesundheitszentrums im Einzelnen aufzuführen. Schon das Aufgezählte dokumentiert Ihre erfolgreiche Arbeit.

Für Ihren Einsatz und Ihr Engagement bedanke ich mich bei allen Mitarbeiterinnen des Feministischen Frauengesundheitszentrums auf das herzlichste und spreche Ihnen meine Anerkennung aus.

Ich wünsche mir, daß die bisherige überaus positive Zusammenarbeit zwischen dem Stadtgesundheitsamt und dem Feministischen Frauengesundheitszentrum bestehen bleibt und wünsche Ihnen für die nächsten 20 Jahre vor allem Gesundheit, viel Erfolg und Freude an Ihrer Arbeit.



Grußworte

1997 1998

Stefan Majer

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Römer, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses

Als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses dieser Stadt möchte auch ich dem FFGZ ganz herzlich zum 20-jährigen Jubiläum gratulieren.

Ich gestehe, daß mir die Feierlichkeit dieses Empfangs heute nur schwer zu diesem Geburtstagskind - oder besser: zu dieser Geburtstagsfrau - zu passen scheint: Das FFGZ war und ist eine Organisation, an der sich die Geister, gerade auch die gesundheitspolitischen, scheiden - aber genau dazu wurde das FFGZ ja auch vor 20 Jahren gegründet und das zeichnet es glücklicherweise auch heute noch aus.

Denn das Motto von einst - Frauengesundheit in Frauenhand - ist ja ein keineswegs erledigtes Thema, auch wenn eine Bundesgesundheitsministerin, eine Hessische Staatsministerin für Gesundheit und eine Leiterin des Gesundheitsamtes der Gesundheitspolitik ein erfreulich weibliches Gesicht geben. Wenn sich die WHO in ihrer vor kurzem vorgestellten außerordentlichen lesenswerten Weltgesundheitserklärung auf vier Grundsätze verpflichtet - Chancengleichheit, Solidarität, soziale Gerechtigkeit und auf die Einbeziehung einer die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen berücksichtigenden Perspektive, dann werden wir alle an unsere Verantwortung erinnert neben den sozialen vor allem die geschlechtsspezifischen Benachteiligungen und ihre Gesundheitsfolgen zu verringern. Ein hehres Ziel - und ihr, liebe Frauen vom FFGZ, macht daraus alltägliches, gesundheitsförderndes Handeln.

Doch möchte ich nicht den Festvortrag vorwegnehmen, aber bei einer so streitbaren Geburtstagsfrau kommt man unweigerlich gleich ins Inhaltliche.

Ich möchte schließen mit zwei Wünschen:

1. wünsche ich euch, daß der Respekt und die Wertschätzung all dieser vielen

erlauchten Geister auch noch in den nächsten Haushaltsverhandlungen - den städtischen wie denen des Landes Hessen - erhalten bleibt und

2. bleibt wie ihr seid: kritisch, engagiert und vor allem natürlich unglaublich weiblich und außerordentlich gesund.



Grußworte

1997 1998

Dr. Renate Wolter-Brandecker

Fraktion der SPD im Römer, Vorsitzende des Frauenausschusses

Ist nicht schon alles gesagt?

So viele bedeutende Rednerinnen und ein Redner haben zum 20. Geburtstag viel Lob über das Geburtstagskind ausgeschüttet.

Klar, man sagt auch zu einem Geburtstag nur Gutes. Und wir als Politikerinnen sowieso. Wir betonen die Bedeutung der jeweiligen Institution, heben vor allem hervor, daß wir diese Bedeutung von Anfang an erkannt und gefördert haben. Denn es ist immer gut, ein Stück von der Geburtstagsorte abzubekommen. Vielleicht sollten aber auch wir an so einer Feier ein wenig innehalten und darüber nachdenken, wie sich denn diese Beziehung zu dem Geburtstagskind im Laufe der Jahre so entwickelt hat.

Es ist gut, daß wir bei den Gesprächen, die wir als SPD-Fraktion seit vielen Jahren mit dem FFGZ führen - meist vor den Haushaltsberatungen - von vornherein sagen können: Wir brauchen keine Grundsatzdiskussion über die Arbeit des FFGZ zu führen, wir müssen schon lange nicht mehr von der Notwendigkeit der Arbeit und damit zugleich nicht nur der idealen, sondern auch der finanziellen Förderung überzeugt werden. Die Akzeptanz präventiver und therapeutischer Ansätze in der Frauengesundheitsbewegung hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen.

Und wir als Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten begrüßen natürlich besonders die Öffnung des FFGZ hin zu der Arbeit mit sozial benachteiligten Frauen. - Doch ganz so leicht ist es natürlich nicht, es gibt sicher noch immer einen Unterschied in Akzeptanz zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses, die die Arbeit seit Jahren verfolgen und schätzen und den anderen Fraktionsmitgliedern, bei denen das Wort feministisch noch immer zu leichten Wallungen führt.

Und auch für uns gilt: Das Wissen um die Bedeutung eines geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, um die hochqualifizierte Arbeit der Mitarbeiter-

innen im FFGZ, schlägt sich nicht einfach in der finanziellen Förderung nieder. Haushaltskürzungen der vergangenen Jahre wirken wie langsame Quälnummern. Der Gürtel muß immer etwas enger geschnallt werden.

Und wie selbstverständlich kommt man dann auch bei einigen die Frage: wieso brauchen Frauen überhaupt eine besondere Kost, eine Schonkost, sollen sich die Frauen doch wie alle anderen auch am Eintopf des Gesundheitswesens laben. Schließlich können sie bei ihren Beschwerden Arztpraxen aufsuchen und wenn sie mögen auch Ärztinnen.

Wir alle wissen es besser. Wir brauchen Ihre Arbeit, und wir hoffen, daß Sie durch und mit Ihrer Arbeit gesund bleiben, denn nur wer sehr gesund und stabil ist, kann diese Arbeit auf Dauer leisten.



Grußworte

1997 1998

Sieglinde Fedel
Fraktion der CDU im Römer

Wenn ich hier stehe, möchte ich Ihnen gerne das größte Problem vorstellen, das ich hatte, als ich vor 15 Jahren das erste Mal mit dem Feministischen Frauengesundheitszentrum in Kontakt kam. Ich hatte einen Konflikt mit dem Wort Feministisch. Ich dachte: Nichts wie weg! Für Frauengesundheit habe ich ja Verständnis, aber warum Feministisch? Ich vermutete - was man landläufig unter Emanzen versteht - mögen die keine Männer? Ich liebe Männer und so war mir diese Vorstellung sehr schwer.

Doch da ich nicht ängstlich bin, sondern kontaktfreudig, habe ich mit den Mitarbeiterinnen des Feministischen Gesundheitszentrums diskutiert. Ich war überrascht, welche Argumente sich hinter dieser Wortwahl verbergen. Ich habe in den gemeinsamen Gesprächen einiges gelernt und möchte auf wirklich Wichtiges hinweisen: Frauen haben andere psychologische Probleme und andere Lebensfragen zu bewältigen. Frauen haben den Druck, im Beruf doppelt so gut zu sein. Sie müssen häufig die Familie mit dem Beruf vereinbaren. Die Bewältigung der Wechseljahre kann mit großen Belastungen verbunden sein. Die Wechseljahre können mit Depressionen einhergehen und bedeuten eine Lebensumstellung, wenn die Kinder aus dem Haus gehen. Auch sexuelle Probleme treten auf, die sogar in der besten Ehe vorkommen können.

Mit diesen Problemen zu einem Mann zu gehen, ist in vielen Fällen unmöglich und wäre auch für mich schwierig. Für all diese Anliegen bietet das FFGZ eine Anlaufstelle.

Und deshalb: Liebes Feministisches Frauengesundheitszentrum - ich habe gelernt! -

Im Namen des Arbeitskreises Gesundheit der CDU im Römer wünsche ich Ihnen von Herzen alles Gute. Hoffentlich werden wir weiterhin so in Kontakt bleiben wie bisher!
Alles Gute für Sie!



Festvortrag

1996 1997 1998

Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth
Fachhochschule Frankfurt a.M.

Von der Gesundheitsmacht der Frauen zur Frauen-Macht Gesundheit !

Rückblick. Die vielfältigen Wurzeln der Frauengesundheitsbewegung.

Mit einer ganzheitlichen Perspektive läßt sich die Entwicklung einer Zwanzigjährigen nur aus dem Zusammenwirken der gesellschaftlichen, kulturellen, sozialen, individuellen und beziehungsmaßiger Lebensbedingungen verstehen. Meine Vorstellung, die vielfältigen Wurzeln und Einflußfaktoren auf die Frauengesundheitsbewegung und ihre Institutionen wie das Frauengesundheitszentrum in einem Schaubild verdeutlichen zu können, erwies sich als schwierig.

Je länger ich mich mit der Thematik beschäftigte, desto mehr Faktoren wurden mir bewußt und desto verwirrender mein Schaubild: im Zentrum die Frauengesundheitsarbeit, auf der rechten Seite die Faktoren, von denen sie sich kritisch abgrenzte, auf der linken Seite die Faktoren, die ihr positive Impulse, Anregungen und Identifikationsmöglichkeiten boten. Mir wurde bei diesem Versuch der Rekonstruktion ihrer Geschichte deutlich, daß die Frauengesundheitsarbeit im Zentrum der Entwicklung eines neuen Gesundheits- und Be-Handlungsverständnisses stand. Von Seiten der Studentenbewegung war nach In-Frage-Stellung und Krise des biomedizinischen Krankheitsmodells die Einführung psychosozialer Fächer und der Psychosomatik in die Medizin Anfang der 70er Jahre durchgesetzt worden. Der ebenfalls geforderte Paradigmenwechsel zugunsten einer ganzheitlichen Betrachtung und Behandlung von Gesundheit, entsprechend dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation, wurde in der Medizin bis heute nicht vollzogen. Die Frauengesundheitszentren jedoch praktizierten von Anfang an auf der Basis dieses (gar nicht so) neuen, vielen utopisch erscheinenden, Paradigmas. Wie keine andere mir bekannte Einrichtung des Gesundheitswesens lösten sie damit die Forderungen der kritischen Medizin Psychosomatik und Psychologie nach einer emanzi-

pativen Praxis und der Einführung eines Subjekt-Subjekt-Verhältnisses zwischen HelferIn und Hilfesuchender ein.

Am Anfang stand jedoch der Kampf gegen den § 218 und die Kritik am bestehenden patriarchalischen Gesundheitswesen. Ziel war die Erlangung des Selbstbestimmungsrechts über den eigenen Körper. Frauengesundheit in Frauenhand. Insbesondere in der Frauenheilkunde wollten Frauen nicht länger Objekt männlicher Definitionsmacht, Pathologisierung und Entmündigung sein. Sie erwarben gemeinschaftlich Expertenwissen in bezug auf Verhütung, Schwangerschaft, Selbstuntersuchung und entwickelten Eigenverantwortung. Durch die Veröffentlichung von Erfahrungen alltäglicher Gewalt und Diskriminierung und die Schaffung entsprechender Einrichtungen (wie Frauenhäuser, Notrufe) rückten kränkende gesellschaftliche und soziale Lebensbedingungen von Frauen verstärkt ins öffentliche Bewußtsein.

Gedanken wie das Persönliche ist politisch flossen (auch über die Person von Ilona Kickbusch) in die WHO und in die 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung beschlossene Ottawa-Charta ein. In der Ottawa-Charta ist Gesundheitsförderung eine zentrale politische Aufgabe, die Frieden, soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit, ein ausreichendes Bildungsniveau und die verantwortliche Nutzung der Naturressourcen voraussetzt. Die Selbstbestimmung über die Gesundheit ist ein zentrales Ziel, wenngleich sich die Ottawa-Charta noch nicht explizit auf frauenspezifische Inhalte bezog. Das geschah 1988 in Adelaide mit der Feststellung, daß gesundheitliche Ungleichheiten ihre Wurzeln in sozialer Ungerechtigkeit haben. Erstmals wurde die Chancengleichheit und die Unterstützung der Gesundheit von Frauen zu einem Hauptaktionsfeld einer gesundheitsfördernden Politik der WHO. Frauen werden hier als primäre Gesundheitsförderinnen benannt: Die Art, wie Netzwerke von Frauen oder Frauenorganisationen arbeiten, sind Modelle für den Prozeß des Aufbaus, der Planung und der Durchführung von Gesundheitsförderung (Sonntag 1998a, Seite 141). Damit werden explizit und international die Errungenschaften der Frauenbewegung anerkannt. Drei Jahre später in Sundsvall wird ebenfalls an vielen Stellen explizit auf die Situation von Frauen eingegangen und konstatiert, daß sexuelle Aus-

beutung oder Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt Frauen daran hindert, die ihnen zustehende Rolle bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu spielen (ebd. Seite 142). Den Frauengesundheitsinitiativen und -Zentren wurde der Rücken gestärkt, z.B. durch folgende Strategien:

1. Die Interessenvertretung für Gesundheit durch gemeinschaftliches Handeln stärken, insbesondere durch von Frauen organisierte Gruppen.
2. Gruppen und einzelne Menschen durch Bildungsmaßnahmen und Stärkung ihrer Kompetenzen befähigen, Kontrolle über ihre Gesundheit und Umwelt ausüben zu können. Oder
3. Vermittlung zwischen gegensätzlichen Interessen in der Gesellschaft zur Sicherung der gerechten Teilhabe an gesundheitsförderlichen Lebenswelten.

1994 schließlich wurde als erstes Dokument der WHO zur Frauengesundheit die Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen (Womens Health Counce) verabschiedet (vgl. Sonntag, 1998a). Gefordert werden frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsdienste, die Einrichtung eines Frauengesundheitsbüros, die Schaffung eines Nationalen Frauengesundheitsforums, Richtsysteme mit geschlechtsspezifischen Daten aus dem Bildungs-, Arbeits-, Sozial- und Wohnungssektor, die eine zuverlässige Informationsgrundlage für eine ressortübergreifende Politik der Frauengesundheit schaffen, regelmäßige Frauengesundheitsberichte und die Entwicklung von Forschungsstrategien für den Bereich Gesundheit von Frauen (ebd, S. 143).

Diese WHO-Konzepte unterstützen also die vorhandenen Ansätze feministischer Frauengesundheitsarbeit und lieferten darüber hinausgehende politische Zielsetzungen. Anders als zu Beginn der Frauengesundheitsbewegung, als die Fähigkeit zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper im Prinzip jeder Frau unterstellt wurde, ist mittlerweile deutlich geworden, daß die gesundheitlichen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen in hohem Maße von den sozialen Lebensbedingungen abhängig sind und die Entwicklung solcher gesundheitlicher Ressourcen ein zentrales Ziel der Arbeit mit sozial benachteiligten Frauen sein muß.

Während am Anfang das Selbsthilfeprinzip im Vordergrund stand und auch als Weg zu mehr Selbstbestimmung gesehen wurde, führte die Erkenntnis ungleich verteilter Selbsthilfefähigkeiten und gesundheitlicher Ressourcen zu einer zunehmenden Professionalisierung in den Frauengesundheitszentren. Neben das Selbsthilfeangebot trat zunehmend professionelle Beratungsarbeit. Die Frauen gaben nun ihr Expertinnenwissen als Dienstleistung im Rahmen einer ganzheitlichen Beratungsarbeit an hilfesuchende Frauen weiter. In Auseinandersetzung mit ratsuchenden Frauen differenzierten sich die jeweiligen Angebote, wobei Selbsthilfe(förderung) und psychosoziale Versorgungsarbeit nahezu überall vertreten waren.

Neben der Analyse struktureller Benachteiligungen von Frauen stand die Entwicklung spezifischer Hilfsangebote zur Erweiterung ihrer Möglichkeiten und Fähigkeiten zum Empowerment.

Die gegenwärtige Phase vielseitiger Anerkennung

Es ist schon erstaunlich, daß eine Institution, deren materielle Existenz in unserer Gesellschaft immer wieder bedroht war und ist, andererseits von so vielen Seiten Anerkennung und Lob erntet. Stellvertretend für viele möchte ich drei herausgreifen.

Da äußert zum ersten die (alte) Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Frage nach frauenspezifischer Gesundheitsversorgung explizit, daß die Frauengesundheitszentren eine Ergänzung im Bereich der gesundheitlichen Vorsorge darstellen: Frauengesundheitszentren geben Frauen qualifizierte Orientierungs- und Entscheidungshilfen bei der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes und der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten. Sie bieten eine Vielfalt von Beratungsangeboten und Austauschmöglichkeiten, von Erfahrungen zu Themen, die von anderen Gesundheitsdiensten so nicht vermittelt werden können. Die Nutzerinnen kommen aus fast allen Schichten. Und etwas später: Die Erfahrungen zeigen, daß es einen großen, bisher nicht ausreichend gedeckten Bedarf an spezifischer Beratung für Frauen gibt, und daß Frauenberatungsstellen, die einen ganzheitlichen Beratungsansatz verfolgen, in sehr hohem Maße frequentiert werden. Soweit die Einschätzung der liberal-konservativen Bundesregierung 1997.

Zweitens:

Da äußert der profilierteste deutsche Vertreter der Gemeindepsychologie, Heiner Keupp, die Gemeindepsychologie, die Anfang der 70er Jahre im Zusammenhang mit den Bemühungen um eine umfassende Psychiatriereform entstand, verdanke ihr zentrales Konzept des Empowerment (Rappaport 1981) der Partizipation an vergangenen und aktuellen sozialen Bewegungen, u.a. der Bürgerrechtsbewegung, der Selbsthilfebewegung, und: von besonderer Bedeutung ist die bis heute wichtigste und folgenreichste soziale Bewegung, die Emanzipationsbewegung der Frauen. Sie hat nicht nur zu den lebendigsten Beispielen von Empowerment-Prozessen geführt, sondern auch zur Entwicklung frauenspezifischer Psychotherapieangebote, in denen auch ein zentrales Anliegen der Gemeindepsychologie realisiert wird: die Ausrichtung unserer professionellen Angebote an den spezifischen Problemen und Bedürfnissen der jeweiligen Gruppe (Keupp 1997, Seite 198).

Die Gedanken der Selbsthilfeförderung, Ressourcenorientierung, Selbstbestimmung und Kompetenzförderung haben ihren Niederschlag in diesem Konzept des Empowerment gefunden. Dieses weist eine deutliche Nähe zu dem neuerdings in Psychosomatik und Gesundheitswissenschaften viel diskutierten Salutogenese-Modell Aaron Antonowskis auf. (1979,1987)

Antonowski zeigt, daß alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Wirksamkeit letztlich von einer zentralen subjektiven Kompetenz abhängen, dem Gefühl der Kohärenz. Als Kohärenz-sinn wird ein positives Selbstbild der Handlungsfähigkeit, der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewißheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen definiert mit dem Bestreben, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang bringen zu können (nach Hurrelmann 1988, Seite 134). Ist dies nicht eine sehr gute Beschreibung dessen, was feministische Gesundheitsarbeit und psychosoziale Versorgung immer schon angestrebt haben? Denn: krankheitsanfällige Menschen sind durch das Gegenteil gekennzeichnet: statt Engagement Entfremdung und Gleichgültigkeit, statt Kontrolle das Gefühl von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein, und statt der Suche nach Heraus-

forderungen ängstlicher Fatalismus und Festhalten an Routine und Gewohnheit (Ernst 1992, S.41) -

Genau das kennen wir von sozial benachteiligten Frauen, Frauen mit Gewalterfahrungen, geringer Bildung, Armut, Behinderung usw. Von den Menschen, denen unser Hauptaugenmerk heute und in Zukunft gelten soll.

Mein drittes Beispiel entstammt der Medizin: Im Februar 1998 erschien ein Deutsches Ärzteblatt (Wochenzeitschrift aller deutschen MedizinerInnen) mit der Titelgeschichte: Der frühe Tod des starken Geschlechts (Klotz u.a. 1999) ohne Fragezeichen! Ganz unverhohlen werden dort die Erfolge der Frauenbewegung herausgestellt und die Folgen einer fehlenden Männerbewegung beschrieben. So wird über zielgruppenspezifische Angebote nachgedacht, soziale Netzwerke sollten älteren Männer mehr soziale Unterstützung bieten, langfristig angelegte gesundheitspolitische Programme für Jugendliche und erwachsene Männer der Gesundheit förderlich sein. Die Beschäftigung mit dem Thema Männergesundheit könnte - so wird in Aussicht gestellt - die reduzierte Lebenserwartung von Männern denen der Frauen angleichen (Klotz u.a. 1998, Seite 464). Nicht angesprochen wurden die möglichen Ursachen der fehlenden Männergesundheitsbewegung: Wo keine Unterdrückung herrscht, gibt es keinen Grund für eine Emanzipationsbewegung. Die Tatsache, daß Männer in der Medizin immer noch als die eigentlichen Menschen betrachtet werden - der Patient ist i.d.R. männlich, ließ eine Differenzierung schon deshalb nicht notwendig erscheinen. Zum anderen gilt die Beschäftigung mit Gesundheit als unmännlich und ist unter Männern weitgehend tabuisiert (vgl. Sonntag 1998).

Die Kritik am fehlenden Beitrag der Medizin zur Gesundheit wurde zunächst von der (nicht männerdominierten) Gesundheitsbewegung formuliert. Ein Teil ihrer ärztlichen Mitglieder begann den Gang durch die Institutionen der ärztlichen Standespolitik als Liste demokratischer Ärzte, Liste Soziales Gesundheitswesen, Liste Gesundheit, Fraktion Gesundheit, und trugen ihre Kritik in die Landesärztekammern. 1986 gründeten sie den Verein

demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ).

Die Kritik demokratischer Ärztinnen am Gesundheitswesen

Ich greife die mir wichtigsten Punkte heraus.

Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar - Verantwortungsvolle Medizin kann sich nicht auf Klinik und Praxis beschränken. Im Widerspruch zu diesem Grundsatz ist der ärztliche Alltag durch die eher symptom- oder krankheitszentrierte Arbeit am individuellen Patienten charakterisiert. Für Politik oder auch die Einbeziehung des unmittelbaren sozialen Umfeldes sind kaum Räume vorhanden, so daß diese oft unterbleibt.

Der nicht eingelöste politische Anspruch wird dann in der Freizeit verwirklicht. Die meisten von uns sind zusätzlich zum Verein in verschiedensten politischen Verbänden und Bürger-Initiativen (natürlich ehrenamtlich) tätig, oft auch gemeinsam mit Betroffenen.

Der ungelöste Konflikt zwischen beruflichem Alltagshandeln und gesundheitspolitischer Überzeugung führt so zu zusätzlicher Arbeit auf Kosten des Privatlebens. Das Gesundheitswesen ist durch ein Übergewicht Professioneller und die mangelnde Berücksichtigung und Einflußnahme von Seiten der Konsumenten gekennzeichnet.

Das Gesundheitswesen ist Interessen- und nicht verantwortungsgesteuert. Die Interessen der Ärzteschaft, der Pharma- und Geräteindustrie und der naturwissenschaftlichen Medizin setzen sich weit mehr durch als die Fachkompetenzen der GesundheitsarbeiterInnen und Wissenschaftler/innen aus den psychosozialen Fächern.

Was ist zu tun ?

Eine umfassende Demokratisierung des Gesundheitswesens steht nach wie vor aus:

Unter den Professionellen im Gesundheitswesen steht die männerdominierte Ärzteschaft nach wie vor an der Spitze der Hierarchie der Gesundheitsberufe. Der Einfluß der Frauen in der ärztlichen Ausbildung und Politik ist nach wie vor viel zu gering. Noch immer ist kein C4 Lehrstuhl in der Gynäkologie von einer Frau besetzt! Eine umfassende Aufwertung der Arbeit aller anderen eher frauendominierten Gesundheitsberufe, zusammen mit der Verstärkung

der Eigenkompetenz und der Einflußnahmen von KonsumentInnen oder Betroffenen ist notwendig, um diese Hierarchie abzubauen.

Die Institutionen und Initiativen der Gesundheitsförderung bieten dafür m.E. Modelle, die es zu fördern und zu verstärken gilt. Gesundheitsförderung ist eine öffentliche Aufgabe, die an vielen Orten der Gesellschaft stattfinden muß und am besten in interdisziplinärer Kooperation von ExpertInnen gemeinsam mit Betroffenen erfolgt. Die Ausgaben des Staates, der Länder und Kommunen wie der gesetzlichen Krankenkassen für diesen Bereich müssen in Relation zur kurativen Medizin erheblich gesteigert werden. Damit dies passiert, müssen mehr Frauen an machtvollen Positionen im Gesundheitswesen wie in der Gesundheitspolitik aktiv werden.

Darin sehe ich eine gemeinsame Herausforderung.

Gemeinsam für eine Ethik der Solidarität

Die Entwicklung unserer eigenen weiblichen, aber auch gemeinschaftlichen Ethik und die machtvolle Durchsetzung von Entscheidungen, die dieser Ethik folgen, ist für mich eine zentrale Aufgabe, die die Frauen in unterschiedlichsten Institutionen der Gesundheitsarbeit bewegt und verbindet.

In Zeiten knapper werdender Ressourcen im Gesundheitsbereich und ihrer sozial ungleichen Verteilung in der Gesellschaft gewinnen Ethikkommissionen und Ethikdebatten zunehmende Bedeutung. Damit sie nicht, wie in den USA, zur Rechtfertigung bestehenden Unrechts herhalten können oder einer einseitigen Ethik folgen, ist eine Einmischung und Mitwirkung möglichst vieler gesellschaftlicher Gruppen, vor allem jedoch von Frauen, dringend notwendig.

Gilligans Entdeckung einer zweigeschlechtlichen Moral, nach der die moralische Wahrnehmung von Frauen eher empathisch, anteilnehmend, personenbezogen und die von Männern eher rational, analytisch und objektbezogen ist, hat unterschiedliche Konsequenzen. Eine der negativsten ist, daß die Tendenz besteht, Frauen über die sogenannte weibliche Ethik der Fürsorge weiterhin auf gebende Positionen festzulegen, z.B. in Projekten der Ge-

sundheitsförderung, Selbsthilfe u.dgl., allerdings unter männlicher Vorherrschaft. An den patriarchalen Machtverhältnissen hätte sich also nichts geändert.

Zweifellos ist in der heutigen Zeit, in der die Tendenzen von Entsolidarisierung und Ausgrenzung der jeweils Schwächsten in allen gesellschaftlichen Bereichen zunimmt, eine weibliche Ethik, die sich an Beziehung und Verbundenheit orientiert und von Gefühlen wie Empathie und Wohlwollen geleitet ist, besonders wichtig. Faktisch ist diese Ethik die Grundlage der Entscheidung vieler Frauen für die spezifische Arbeit mit sozial benachteiligten, ausgegrenzten und gekränkten Zielgruppen im Beruf, Ehrenamt oder Selbsthilfe.

Für diese Ethik gibt es nicht wenige Bündnispartner, auch männliche. Der Vorsitzende der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung forderte am Ende des Kongresses Medizin und Gewissen - 50 Jahre nach den Nürnberger Prozessen alle Kolleginnen auf, eine Ethik der Menschenwürde durchzusetzen, die uns ermutigt, bei unserer Arbeit mit immer zu knappen Ressourcen zuerst an die Schwächsten zu denken (Huber 1998, Seite 446)! Anlässlich dieses Kongresses wurde der Nürnberger Kodex 1997 verabschiedet, um Kranke und Heilkundige vor der Bedrohung durch kommerzielle und andere fremdnützige Interessen zu schützen (IPPNW FORUM 47/97, S.11). In den dort formulierten Grundsätzen sind männliche und weibliche Prinzipien der Moral ins Gleichgewicht gebracht (so Klaus Dörner in seinem Kommentar 1997): Neben das Selbstbestimmungsrecht tritt das Verantwortungsprinzip, das als Ethik von Beziehungen (von Subjekt zu Subjekt) definiert wird.

In der ganzheitlich-feministischen Arbeit steht ebenso wie in der sozialpsychiatrischen, psychosozialen oder psychotherapeutischen Arbeit die Interaktion von Subjekt zu Subjekt im Vordergrund. In der sozialen Psychiatrie etabliert sich zunehmend der Dialog zwischen Psychiatrieerfahrenen (ehemaligen PatientInnen), Angehörigen und Professionellen als eine Form der gemeinsamen partnerschaftlichen Erarbeitung z.B. eines besseren Verstehens und Behandeln von Psychosen. Einen solchen gleichberechtigten Austausch zwischen Dienstleistenden und Kunden/Klienten brauchen wir an vielen Stellen im Gesundheitswesen für die Diskussion ethischer Fragestellungen wie der gesundheitlichen Versorgung:

Was heißt es für die konkrete Arbeit, eine Ethik der Fürsorge, Selbsterhaltung und Vernunft miteinander zu verbinden?

Nur wenn es uns gelingt, in der tätigen Fürsorge, in der Arbeit des Empowerments benachteiligter Frauen unsere eigenen Bedürfnisse nach qualifizierter, anerkannter Tätigkeit zu verwirklichen, ist diese Arbeit ethisch zu verantworten. Durch die Frauengesundheitsforschung, teilweise auch durch die eigene Praxis erfahren wir, daß sozial benachteiligte Frauen schlechtere Gesundheitschancen und -ressourcen haben: zu nennen sind Migrantinnen, Asylbewerberinnen, arme und alte Frauen, Frauen aus sozialen Brennpunkten mit unzureichenden Wohnbedingungen, arbeitslose Frauen, Frauen mit schlechter Bildung und psychisch kranke Frauen. Mit spezifischen Angeboten könnten ihre Gesundheitschancen verbessert werden. Wem stellt man sie jedoch bei zu knappen Ressourcen zur Verfügung?

Nach einer Ethik der Schwachen oder -wie Ellis Huber es nannte - einer Ethik der Menschenwürde, erhalten die zuerst Hilfe, die sie am dringendsten brauchen, die Schwächsten. Was hindert uns, dieser Ethik zu folgen? Damit die Arbeit mit den Schwächsten nicht zu einer fürsorglichen Belagerung (Keupp 1997, S.205) verkommt, bei der die Helfenden selbst ihre Ohnmachtsgefühle sublimieren und langsam ausbrennen, muß sie zugleich der Selbsterhaltung und dem Empowerment der Gesundheitsarbeiterinnen dienen, z.B. dadurch, daß diese Arbeit ausreichend finanziert, gesellschaftlich abgesichert und anerkannt wird und keineswegs ehrenamtlich mit viel Arbeit und wenig Ehre und ohne Geld abgeleistet wird. Typischerweise wird eine Arbeit wie das Modellprojekt des Landes Hessen zur Frauengesundheitsförderung, das vom FFGZ durchgeführt wird und sich speziell an sozial benachteiligte Gruppen richtet, nur zeitlich befristet gefördert statt ein fester Bestandteil unseres Gesundheitssystems zu sein. In solchen Projekten können alle Seiten weitere Kompetenzen gewinnen auch die Politikerinnen - wenn sie sich an dem Dialog beteiligen, und so einen wichtigen Beitrag zu einer solidarischen, und das heißt auch friedlicheren und für alle gesünderen Gesellschaft leisten. Wie läßt sich das Einstellen solcher Projekte ethisch begründen? Hier sind wir alle aufgefordert, uns lautstark und machtvoll zu äußern.

Im Programm des VDÄÄ (Perspektive Gesundheit 1998) sehen wir Patientinnenrechte und Patientenschutz, insbesondere bei Versorgungsmängeln und Behandlungsfehlern, bisher als unzureichend abgesichert an und fordern unter anderem unabhängige, repräsentativ zusammengesetzte demokratisch legitimierte Ethikkommissionen, die sich aus VertreterInnen verschiedenster Berufs- und Bevölkerungsgruppen zusammensetzen und in denen in jedem Falle VertreterInnen der Patientenseite vertreten sein müßten (z.B. Selbsthilfegruppenmitglieder). Sie sollten die bisher an der Landesärztekammer angesiedelten Ethikkommissionen ergänzen, überprüfen oder ersetzen.

Wir fordern darüber hinaus neue Formen gleichberechtigter Beteiligung und Mitbestimmung von PatientInnen, z.B. bei Qualitätsbeurteilungen von gesundheitlichen Leistungen, bei der Steuerung des Gesundheitswesens und bei der Ahndung von Verstößen. Wir fordern, daß Gesundheits- und Selbsthilfeförderung ein fester, beitragsfinanzierter Bestandteil der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bleibt bzw. wird, und wir fordern Gesundheitsförderung für die Beschäftigten im Gesundheitswesen!

Dazu gehören gesicherte Arbeitsplätze, die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in allen Krankenhäusern, der Abbau von Überstunden, ausreichende Bezahlung! ebenso wie die Einführung demokratischer Strukturen und Mitbestimmungsmöglichkeiten. Der Ausbau der Rechte und Mitbestimmungsmöglichkeiten der NutzerInnen unserer Dienste muß einhergehen mit dem Ausbau unserer eigenen Chancen, die Gestaltung unserer Arbeitsbedingungen entsprechend unseren Bedürfnissen vorzunehmen.

Dazu sind Angebote zur Beratung in beruflichen Konfliktsituationen, Supervisionsgruppen für Frauen in leitenden Positionen wie in sozialen Berufen ebenso notwendig wie die persönliche Konfliktbearbeitung in der Psychotherapie/Analyse - also alles das, was hier im Feministischen Frauengesundheitszentrum stattfindet.

Mit anderen Worten: wir brauchen das FFGZ weiterhin dringend!

Ausblick: Frauen an die Macht - Frauen Macht Gesundheit

In dem Maße, in dem unser eigenes Empowerment, unsere Kontrollüberzeugungen, unsere Kohärenz, unser Selbstwert gestützt und gesteigert wird, können wir in der Frauengesundheitsarbeit überzeugender wirken. Bisher sind nicht-hierarchische kooperative interdisziplinäre Arbeitsbedingungen wie sie im FFGZ zu finden sind, im Gesundheitswesen die Ausnahme. Zu ihrer Absicherung sind machtvoll politische Einflußnahmen nötig. Der Kampf um die Macht setzt die gelungene innere wie äußere Auseinandersetzung mit männlichen und weiblichen Werten und deren Akzeptanz voraus. Die persönlich befriedigende Lösung des Geschlechterkonflikts ist somit eine Voraussetzung für das Wohlbefinden in politischen Machtkämpfen.

Jessica Benjamin (1990) hat sich dem Thema Frauen und Macht und der Frage, warum Frauen Unterwerfungsverhältnisse annehmen und vertiefen, ausführlich gewidmet. Sie fordert die subjektive Auseinandersetzung mit den Unterschieden von männlichen und weiblichen äußeren und inneren Werten, und das heißt auch: mit den widersprüchlichen Tendenzen im eigenen Selbst.

Ich möchte ergänzen: auch Medizin und Gesundheitsarbeit stehen in einem Konflikt, in dem es um Macht und um männliche und weibliche Werte geht. Frauen brauchen männliche Machtpositionen und Durchsetzungsfähigkeiten, um die Medizin ganzheitlich demokratisch zu gestalten. Sie dürfen ihre Gesundheitskompetenzen nicht länger auf unteren Hierarchieebenen verkümmern lassen und Männer brauchen weibliche Gesundheitskompetenzen, um länger leben zu können. Die wechselseitige Anerkennung des jeweils Anderen ermöglicht auch die Anerkennung verdrängter Aspekte des eigenen Selbst.

Ich zitiere Jessica Benjamin: Die feministische Bewegung hat eine neue Möglichkeit gegenseitiger Anerkennung zwischen Männern und Frauen eröffnet.... Der Versuch, die Anerkennung im persönlichen Leben wiederzugewinnen, bedeutet nicht, das persönliche Leben gnadenlos zu politisieren oder sich der Politik zu entziehen und die Hoffnung auf eine Veränderung aufzugeben, obwohl auch dieses Scheitern im wirklichen Leben stattfindet. Diesen

Versuch zu wagen heißt erkennen, daß das Individuelle und das Soziale miteinander verwoben sind; und zu verstehen, daß wir, wenn wir unsere persönliche Sehnsucht nach Anerkennung ersticken, damit auch unsere Hoffnung auf eine gesellschaftliche Veränderung aufgeben (1990, S.217).

Das FFGZ ist ein Ort der Unterstützung und Reflexion dieses Prozesses und liefert zugleich ein gelungenes Beispiel dafür, daß Frauengesundheitsarbeit gesellschaftliche Anerkennung erreichen kann. Ich hoffe, wir werden in 20 Jahren gemeinsam weitere Erfolge im Hinblick auf mehr Macht und Anerkennung feiern.

Auf dem Weg dorthin möchte ich alle Frauen auffordern: macht Eure Gesundheitskompetenz
machtvoll geltend: FRAUEN MACHT GESUNDHEIT

Antonovski, A. (1979): Health, Stress and Coping.
San Francisco: Jossey-Bass.

Benjamin, J. (1990): Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht.
Frankfurt a.M.: Stroemfeld/roter Stern.

Ernst, H. (1992): Gesund ist, was Spaß macht.
Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar.
Frankfurt: Suhrkamp.

Dörner, K. (1997): Kommentar zum Nürnberger Ärztekodex.
IPPNW-Forum 47.

Gilligan, C. (1984): Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau.
München, Zürich: Piper-Verlag.

Gutmann, C., Herzog, B. (1998): Feministische Frauengesundheitsarbeit von den Anfängen bis heute - Arbeitsfelder, Organisationsstrukturen und Konzeption. In: Soziale und ökologische Gesundheitspolitik.

Hg.: M. Knoche & G. Hungeling. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.

Huber, E. (1997): Ärztinnen und Ärzte in sozialer Verantwortung - Gedanken zu einer gewissenhaften Medizin. In: Medizin und Gewissen.

Hg.: S. Kolb, H. Seithe/IPPNW. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

Hurrelmann, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf.

Weinheim: Juventa.

Keupp, H. (1997): Ermutigung zum aufrechten Gang.

Tübingen: dgvt-Verlag.

Klotz, T., Hurrelmann K., Eickenberg, H.-U. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts.

Deutsches Ärzteblatt 95,9, S. 460-464.

Loewy, E.H. (1997): Brauchen wir eine neue medizinische Ethik? In: Medizin und Gewissen.

a.a.O. S. 399-415.

Rapaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des empowerment anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 17, S.257-278.

Sonntag, U. (1998a). Gesundheitsförderung mit Frauen und Mädchen.

In: Soziale und ökologische Gesundheitspolitik.

Hg.: M. Knoche & G. Hungeling. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.

Sonntag, U., Blättner, B. (1998b): Gesundheitshandeln von Frauen und Männern. Eine

Literaturrecherche. In: Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen.

Hg.: GesundheitsAkademie, Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, NRW Frankfurt: Mabuse-Verlag

Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ),

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) (1998):

Perspektive Gesundheit. Thesen und Vorschläge zur aktuellen Gesundheitspolitik.

Frankfurt/M.: vas-Verlag.

Vortrag anlässlich des Jubiläums im Mai 1998

20

:20 Jahre



Foto: Ute Schendel

Vortrag

1997 1998

Jessica Benjamin, New York
Vortrag anlässlich des Jubiläums im Mai 1998

Der Ursprung der Psychoanalyse, vom Körper zur Sprache: Freud, Feminismus und die Schicksale der Übertragung¹

Als ich über den einhundertsten Jahrestag des Erscheinens der Studien über Hysterie nachdachte, mußte ich unwillkürlich an einen jüngeren Zeitpunkt denken, nämlich den 75sten Jahrestag der Wiedergeburt der feministischen Bewegung. Diese Bewegung hatte für die Erfinderin der "Redekur", Anna O., eine mindestens ebenso große Bedeutung; sie hat die Psychoanalyse von Anfang an wie ein Schatten begleitet und in unserer Zeit eine radikale Revision des Blickwinkels verlangt und bewirkt, unter dem wir uns selbst und die in jenen Studien beschriebenen Subjekte sehen. Die Anfänge der Frauenbewegung brachten die dialektischen Pole Psychoanalyse und Feminismus zueinander in einen scharfen Widerspruch, bei dem es sich scheinbar um einen Widerspruch zwischen der Anerkennung sozialer Unterdrückung und dem Gewährsein innerer Verdrängung handelte. Das Konzept der Rebellion stellte sich dem Konzept der Krankheit entgegen und machte aus Patientinnen Heldinnen oder zumindest Aufbegehrende. So überrascht es nicht, daß die Hysterie zu den ersten Forschungsgegenständen der feministischen Kritik gehörte und die Vorstellung vom Hysterischen als einer Vorform des weiblichen Protestes gegen die Fesseln der patriarchalischen Familie zu den ersten Revisionen zählte, die in der feministischen Forschung vorgenommen wurden (Cixous und Clement 1975; siehe auch Bernheimer und Kahane 1985; Showalter 1985). Auch wenn sie uns in erster Linie als Anna O., die Patientin von Freuds älterem Kollegen Breuer, in Erinnerung geblieben ist, auf deren Behandlung Freud einen Großteil seines Beitrags zu den Studien stützte, erinnern wir uns noch in einem weiteren Zusammenhang an

¹ Der Abdruck des Vortrages geschieht mit freundlicher Genehmigung des Verlags Stroemfeld. Der Text ist ein Vorabdruck aus dem Buch (in Vorbereitung erscheint 2000) von Jessica Benjamin „Der Schatten des Anderen. Intersubjektivität – Gender – Psychoanalyse.“ (ISBN 3 - 86109 - 145 - 3, nexus 45)

sie. Anna O., ihrer Welt unter dem Namen Bertha Pappenheim bekannt, ließ sich, nachdem sie von ihrer hysterischen Erkrankung genesen war, in den 90er Jahren in Frankfurt nieder. Wir alle kennen die Geschichte ihrer intensiven Bindung an Breuer – einer Bindung, die schließlich zur vorzeitigen Beendigung der Behandlung durch einen erschrockenen Arzt führte und so den Anstoß für den Entstehungsmythos der Übertragungsliebe gab –, aber auch Pappenheims eigene Reaktion auf diese Erfahrung ist von Bedeutung. Sie wurde die Gründerin der ersten feministischen jüdischen Frauenorganisation und zu einer führenden Persönlichkeit auf dem damals neuen Gebiet der Sozialarbeit, indem sie Kinder und junge Frauen davor bewahrte, dem Mädchenhandel zum Opfer zu fallen (Hillman 1992; siehe Appignanesi und Forrester 1992). Wenn ich hier noch einmal Pappenheims Geschichte in Erinnerung rufe, geht es mir nicht darum, einen Gegenmythos in Gestalt der feministischen Heldin zu schaffen oder eine unkritische, feministisch-revisionistische Version der Hysterie unbesehen zu übernehmen. Sowohl wie sie uns in Breuers schriftlich festgehaltener Erinnerung als auch in den späteren Geschichten erscheint, die sie als Gründerin der deutschen jüdischen Frauenbewegung und als Vorkämpferin der modernen Sozialarbeit feiern, ist Pappenheim eine zweifellos schwierige Identifikationsfigur. Als Frau, die die geraden Linien der Nadelspitze als Metapher für das ordentliche, sozial nützliche Leben betrachtete (Hillman 1992), und auf sexuelle Freiheit zugunsten sozialer Tätigkeit verzichtete, besaß sie ein unglaublich starkes Über-Ich. Und dennoch wurde sie zur Rebellin, die sich gegen die Rolle auflehnte, die den Frauen von ihrer Religion und ihrer Familie vorgeschrieben wurde, die letztlich nicht gelähmt blieb durch unausgesprochenen Zorn und geheime Wünsche, die nach Kräften darum kämpfte, ihnen durch ihren Körper und durch ihre Sprache Ausdruck zu verleihen. Man könnte sagen, daß sie ihre Unfähigkeit überwand, indem sie eine Position aktiver Bemeisterung der Welt entwickelte – eine Umkehrung, die man in Freuds (1896) Denken als charakteristische männliche Strategie zur Überwindung der Hysterie betrachten würde.

Die Umkehrung der Passivität und die Überwindung der weiblichen Position wird sich für die Psychoanalyse als wichtig, ja schicksalhaft erweisen. Pappenheim selbst trat für einen Feminismus ein, der die aktive Position der Frauen in den Tugenden der mütterlichen Für-

sorge sowie in ökonomischer Unabhängigkeit und im Ausdruck der eigenen Persönlichkeit verankerte; für dieses Recht und für das Recht auf die Befreiung von sexueller Ausbeutung hat sie eloquent gekämpft. Appignanesi und Forrester (1992) bezeichnen diese Verwandlung von der Krankheit zur Gesundheit als "unerklärliche Diskrepanz". Tatsächlich könnte man Pappenheims Versuch, ihre Vergangenheit zu vergessen, ihre Identität als Patientin zu leugnen und die einer aktiven Sozialarbeiterin anzunehmen, unschwer als eine Art Abwehrreaktion begreifen. Und man könnte ebensogut sagen, daß dies eine Identifizierung mit der anderen Seite des analytischen Paares widerspiegelt, mit der Position des Heilers und Helfers, das heißt eine Identifizierung, die Freud selbst später als einen Weg zur Heilung beschrieb.

Als historische Gestalten bevölkern Pappenheim und Freud dieselbe Diskurswelt, die Tradition der deutschen Aufklärung und des deutschen Humanismus, die sich das säkularisierte Judentum zu eigen gemacht hatte. In einer Hinsicht stimmte ihre Beurteilung der Situation der Frauen überein: Ebenso wie Pappenheim die einzige Möglichkeit zu gleichberechtigtem Ausdruck der eigenen Persönlichkeit und Urheberschaft im Mütterlichen sah, definierte auch Freud die mütterliche Position als diejenige, in der Frauen aktiv statt passiv sind. Die Kluft aber zwischen ihren Positionen wird deutlich, wenn wir Pappenheims Erklärung (in ihrer Ansprache auf dem Deutschen Frauenkongreß 1912 in Berlin, siehe Wagner, Mehrwald, Maierhof und Jansen 1994) betrachten, daß das einzige Gebot, das Frauen in der jüdischen Gemeinschaft eine den Männern gleichberechtigte Position verleiht, dasjenige sei, welches den Grundsatz der jüdischen Religion konstituiert: "Liebe deinen Nächsten wie dich selbst", eben jenes Gebot also, das Freud (1930) dazu diente, die Naivität der Religion und das Wesen der Reaktionsbildung zu illustrieren. Das Trennende zwischen Pappenheim und Freud markiert den Ort einer Spannung zwischen Psychoanalyse und Feminismus in bezug auf Liebe und Weiblichkeit: Freud zufolge muß die Liebe dekonstruiert werden, um Sexualität oder Libido offenzulegen – dennoch lastet auf diesem Unternehmen der Widerspruch zwischen Freuds Versuch, das geheime Begehren der Frau zu identifizieren, und seiner Verweisung dieses Begehrens in die Passivität; für Pappenheim muß die altruistische Liebe von einem mit sexueller Passivität und Ausbeutung verbundenen Begehren befreit und zu einer

schützenden Identifizierung (oder einem identifizierenden Schutz) mit der/dem verletzlichen Anderen werden. Wenn Sie wollen, kann man auch sagen, daß die Spannung zwischen diesen Positionen eine unglückliche Entscheidung zwischen gleichwertigen Richtungen konstituiert: einerseits Freuds Versuch, uns von dem Ideal zu befreien, andererseits ein feministischer Versuch, die Position der ausgestoßenen Anderen aufs neue einzunehmen und auf diese Weise aufzuwerten.

Angesichts dieser Kräfte und Gegenkräfte in der Geschichte des feministischen Denkens könnte man fragen, was es, im Lichte von Pappenheims Lebensweg betrachtet, bedeutet, den Feminismus in einer Flucht vor dem Ursprung, vor der unanalysierten, nicht durchgearbeiteten erotischen Übertragung in die Arme des männlichen Heilers zu finden? Aber ich möchte mich auf die Psychoanalyse konzentrieren, auf ihre Grundlagen in einer spezifischen Konstellation, in der die Weiblichkeit von Passivität überlagert wird. Spiegelt nicht auch dies eine Flucht vor dem Erotischen wider, vor der Konfrontation mit der weiblichen Sexualität? Daher möchte ich in diesem Vortrag die Psychoanalyse hinterfragen und das ambivalente Erbe untersuchen, das Freud uns hinterließ, eine Art der Befreiung, der Befreiung von religiösen und moralischen Zwängen, von großen Idealen, von der Versuchung, zu retten und zu erlösen - die aber einen Preis kostet, nämlich die Verleugnung der Subjektivität und des Begehrens des Analytikers, das die Subjektivität und das Begehren der Patientin widerspiegeln könnte; die Distanz von der hilflosen, passiven und weiblichen Anderen, mit der sich Freud nur schwer identifizieren konnte, weil dies seinen Vorstellungen von Objektivität und Wissenschaft nicht entsprach. (Obwohl sich aus seinem eigenen Denken ergibt, daß eine solche Identifizierung unabwendbar ist und nur durch ein intrapsychisches Gegenwirken verhindert werden kann.) Ich werde also fragen: Welche Folgen hatte die Entwicklung von Passivität zu Aktivität für die Geschichte der Psychoanalyse und inwiefern spielt diese Entwicklung eine fundamentale Rolle für die Probleme der Übertragung, insbesondere der Übertragung zwischen ungleichen Personen - Arzt und Patientin, männliche Autorität und weibliche Rebellin? Inwiefern widerspiegelt Freuds Art und Weise, diese Entwicklung zu formulieren, seine eigene Ambivalenz in bezug auf Frauen, die Zuschreibung von Aktivität, vor allem

sexueller Aktivität, (siehe Hoffman 1996); und inwiefern schließlich integriert sie defensive Aspekte, die das psychoanalytische Projekt kontinuierlich bewußt machen muß?

Wenn wir mit den Studien beginnen, so läßt sich das Thema passiv versus aktiv – neben anderen Komplementaritäten wie Identifizierung oder Distanz, Empathie oder Objektivität – unter dem Blickwinkel geschlechtsbezogener Motive betrachten, die in der Entwicklung der Psychoanalyse immer wieder Schwierigkeiten hervorgerufen haben. Man könnte den Versuch, jene Themen zu klären, eine alte und seichte Opposition zwischen Feminismus und Psychoanalyse zu überwinden, auch als einen Versuch verstehen, eine kreativere Spannung zwischen den scheinbar disparaten Persönlichkeiten Anna und Bertha zu erzeugen. Wenn also die Psychoanalyse vom Feminismus fordert, eine Gründungsgeste der Befreiung zu hinterfragen, die die Wahrheit der Abhängigkeit und des Begehrens verleugnet, dann verlangt der Feminismus von der Psychoanalyse, daß sie ihre historische Verortung der Anderen einer Neubetrachtung unterzieht, der Anderen, die noch nicht für sich selbst zu sprechen vermag. Erinnern wir uns, daß vor der Salpetrière, wo Charcot seine Hysterikerinnen als Spektakel für die Öffentlichkeit vorstellte, eine Statue von Pinel steht, der die Wahnsinnigen aus ihren Ketten befreite; und Freud bemerkte damals, daß diese Szene auf die Wand eben jenes Hörsaals gemalt war (Showalter 1985). Macht uns diese Ironie eine solche Neubetrachtung nicht zur Pflicht?

In unserer Zeit hat diese Neubetrachtung zur Beschäftigung mit den radikalen Auswirkungen der eingenommenen Perspektive geführt, der Notwendigkeit, sich zu bemühen, den Blickwinkel des anderen zu erfassen sowie unsere eigene Sichtweise dem kritischen Filter der Analyse auszusetzen. Das ist leicht gesagt, aber weit weniger leicht zu realisieren. Wenn wir den realen Prozeß zu erfassen versuchen, der die Annäherung an den Blickwinkel (oder auch nur an Ausschnitte dieses Blickwinkels) einer Anderen ermöglicht sowie die Entwicklung eines Bewußtseins für unsere eigene subjektive Sichtweise, dann ist es für unsere gegenwärtigen Bemühungen von zentraler Bedeutung, eine intersubjektive Psychoanalyse zu entwickeln. Ich hoffe, am Schluß meines Vortrags genauer klären zu können, was dies bedeutet. Vorläufig möchte ich sagen, daß das Erfassen des Blickwinkels einer Anderen bedeutet, sich um die

Auflösung der komplementären Gegensätzlichkeit von Subjekt und Objekt zu bemühen, die in der Praxis und in der Theorie der Psychoanalyse zwangsläufig auftauchte und immer wieder auftaucht. Ich möchte zeigen, daß Freud, angefangen mit den Studien, versucht hat, über die offensichtlichen Beschränkungen dieser Komplementarität hinauszugehen, aber durch das Ineinsfallen von wissenschaftlichem Rationalismus und Geschlechterhierarchie immer wieder auf jene Opposition zurückverwiesen wurde.

Wenn wir rückblickend genauer wissen, was uns auf jene Komplementarität zurückverweist, neigen wir auch stärker dazu, uns mit Berthas Position in dieser Geschichte zu identifizieren. Dies liegt nicht nur daran, daß unsere Theorie vom Unbewußten uns lehrt, daß wir eine solche Identifizierung nicht verhindern, sondern sie nur abspalten, verleugnen können, wodurch wir sie letztlich verschieben und auf diese Weise eine gefährliche Form der Komplementarität erzeugen (eine Komplementarität nämlich, die dann wirklich nur die Wahl zwischen unmittelbarer, gedankenloser "hysterischer" Identifizierung oder Verleugnung zuläßt). Es liegt auch daran, daß die Beiträge sowohl des zeitgenössischen Feminismus als auch der Psychoanalyse uns die Notwendigkeit bewußt gemacht haben, sich in die Position der Anderen hineinzusetzen. Infolgedessen erkennen wir an, daß die einzige Wahl darin besteht, diese Identifizierung zu entwickeln, das heißt, daß die (Wieder-)zulassung dessen, was verleugnet wurde, für die Entwicklung der Position des Analytikers wie auch der Patientin von zentraler Bedeutung ist. Die Dialektik, durch die wir die Verleugnung ungeschehen machen, ist ebenso wichtig für die Psychoanalyse wie sie es für das Projekt der Befreiung der Frau für jede Forderung nach Anerkennung war, die in diesem Jahrhundert von den zum Schweigen Gebrachten oder Ausgeschlossenen artikuliert wurden.

Der Prozeß, durch den Forderungen erhoben werden gegen jene, die sich bereits als rationale, sprechende Subjekte begreifen, ist nicht mit der Psychoanalyse identisch. Gleichwohl weist die psychoanalytische Bewegung eine gewisse Parallele zu diesem Projekt auf, das die selbst-bewußte Auseinandersetzung mit der Frage verlangt, wie seine Formen der Identifizierung zu entwickeln sein könnten. Wie wir an sozialen Bewegungen, die neue Identitäten gefunden haben, sehen, haben Forderungen nach Anerkennung ihre problematische Seite,

eine Art Berechtigungsanspruch oder moralischer Absolutismus, der immer unauflöslich mit der Macht, der er sich widersetzt, verbunden ist und von ihr genährt wird (Benjamin 1994). Daher zieht er den anderen immer in die Beziehung einer umkehrbaren Komplementarität hinein. Ich hoffe zeigen zu können, daß Freuds Reise durch die Übertragung in vielerlei Hinsicht als Allegorie des Lernprozesses gelesen werden kann, die unbekanntes und überraschendes (wenngleich sonderbar vertrautes) Pfade solcher komplementärer Beziehungen zu beschreiten.

II.

Da die Vergleiche, die ich zwischen der Bewegung der Psychoanalyse und derjenigen des Feminismus gezogen habe, möglicherweise ein wenig gezwungen wirken könnten, möchte ich die Geschichte der Übertragung für einen Moment hintansetzen und den Hintergrund der Psychoanalyse im Kontext des europäischen Denkens betrachten. Unser Bewußtsein für die Frage, wer wir heute sind, sollte berücksichtigen, daß die Geschichte der Psychoanalyse als Praxis dem in der Aufklärung wurzelnden Projekt der Befreiung verpflichtet ist – und Freud hat die Psychoanalyse trotz seines tiefen politischen Skeptizismus zweifellos als eine Aktivität verstanden, die nur durch das Aufklärungsprojekt der persönlichen Befreiung, der rationalen Autonomie und der Eigenständigkeit denkbar und nur auf dieser Grundlage realisierbar wurde. Dieses Projekt ist, wie Kant es in "Was ist Aufklärung?" beschrieb, das der Befreiung aus der Unmündigkeit. Hergeleitet von Mund, bezeichnet der Begriff mündig das Erreichen des Erwachsenenalters und der Fähigkeit, für sich selbst zu sprechen. Mündig zu sein bedeutet, zum Sprechen berechtigt zu sein – das Gegenteil des Begriffes, den man heute so oft benutzt: zum Schweigen gebracht. Man kann ihn somit durchaus als Antithese zur hysterischen Passivität, zur Sprachlosigkeit verstehen. Im 20. Jahrhundert wurde dieses Projekt der Befreiung aus der Autorität zumeist gerade deshalb in Frage gestellt, weil – so die post-strukturalistische, postmoderne Kritik – das Subjekt der Sprache nie als allumfassend gedacht war, immer den Ausschluß einer Anderen voraussetzte, einer Elenden, Entrechteten oder eines Objekts der Sprache. Und dennoch operiert gerade diese Kritik des Ausschlusses

und der Objektivierung, indem sie sich auf eine Forderung nach einbeziehender Anerkennung der Subjektivität stützt, die das Aufklärungsprojekt formuliert hat.

Was den Platz der Psychoanalyse betrifft, so bereitet dieser Widerspruch zwischen der Ablehnung der Kategorien der Aufklärung und der Berufung auf sie ein ganz spezifisches Unbehagen. Denn die Theorie des 20. Jahrhunderts, die die Aufklärung verwirft, hat sich auf Freud selbst berufen, als sie zu zeigen versuchte, daß die Gestalt des autonomen, kohärenten, rationalen Subjekts eine trügerische Erscheinung sei, die dazu diene, die Realität eines fragmentierten, chaotischen, inkohärenten Selbst zu verleugnen – eines Selbst, dessen aktive Anstrengungen, sich zu artikulieren und Sinn zu erzeugen, letztlich defensiver Natur sind. Und dennoch bleibt die Verteidigung der Bedeutung gegenüber dem Chaos, des Denkens gegenüber dem Leiden, der Integration gegenüber der Spaltung, der Symbolisierung gegenüber dem Symptom und des Bewußtseins gegenüber der Unbewußtheit für die Psychoanalyse von grundlegender Bedeutung. Und schließlich können wir noch einen weiteren Widerspruch hinzufügen, der sich hinsichtlich der psychoanalytischen Beziehung auftut: das Erreichen von Autonomie erweist sich als Produkt eines Diskurses, der das Subjekt in die gegensätzlichen Komplementaritäten einbindet – Subjekt und Objekt, Geist und Körper, aktiv und passiv, autonom rational und "irrational" –, die historisch gesehen ihre Wirkung entfalteten, indem sie die entwertete Seite des Gegensatzes vom Subjekt abspalteten – und natürlich die Weiblichkeit mit der entwerteten Seite verbanden. So hat die Psychoanalyse diese Gegensätze, die genau genommen Wiederholungen der Geschlechterhierarchie darstellen, kontinuierlich reinszeniert, selbst wenn sie die Möglichkeit zur Verfügung stellt, ihre Bedeutungen aufzudecken. Ebenso wie Freud die Verbindung zwischen Passivität und Weiblichkeit immer wieder rekapituliert und widerruft, reproduziert die Psychoanalyse die Spaltungen, die sie zu analysieren bestrebt ist.

Somit ist es, um zu meinem Thema zurückzukehren, nützlich, die Identifizierung mit Anna O./Bertha Pappenheim zu untersuchen, weil sie zum erstenmal und auf höchst zwingende Weise die duale Identität verkörpert, die jedes Psychoanalytiker-Patientinnen-Paar, getrennt und gemeinsam, verkörpern muß. Die Widersprüche zwischen Anna und Bertha,

die sich durch das gespaltene Bild der hilflosen, fragmentierten Patientin und der eloquenten, energischen Feministin zu erkennen geben, die die Hilflosen schützt, reflektiert die Spaltung in jedem Analytiker und jeder Analytikerin, die dem analytischen Prozeß sowohl unterworfen als auch sein Subjekt ist. In Freuds eigener Entwicklung sowie in der Psychoanalyse generell können wir die Schwierigkeit erkennen, die Begegnung als Begegnung zwischen dem Analytiker-Subjekt, das bereits spricht, und der Patientin/der Anderen zu konstruieren, die noch nicht für sich selbst spricht. Diese leidende Andere muß von dem sprechenden Subjekt erkannt werden. Dieses Erkennen aber wird nur dann erfolgreich sein, wenn es ein Moment der Identifizierung beinhaltet und auf diese Weise die geschlossene Identität des Subjekts aufbricht. Ebenso kann die Andere nur zur Sprache finden, indem sie sich mit dem sprechenden Subjekt identifiziert, was sie jedoch zugleich in Gefahr bringt, ihre eigene "Identität" als die Andere zu verlieren. Wenn die Patientin der Analytiker "werden" soll, muß auch der Analytiker die Patientin "werden".

Somit haben Analytiker und Patientin Grund, sich den Identifizierungen zu widersetzen, die aus ihrer Begegnung resultieren, denn letztlich führt die Identifizierung zum Zusammenbruch der rationalistischen Komplementaritäten zwischen dem, der erkennt, und derjenigen, die erkannt wird, zwischen dem Aktiven und der Hilflosen, dem Subjekt und dem Objekt. Und während diese Identifizierung in der Theorie ein lobenswertes Unterlaufen der Hierarchie darstellen mag, ist es in der Praxis eine "sehr gefährliche Methode" (Kerr 1993), die Grenzen verwischt, Mystifizierung und Angst erzeugt und entsprechende alte Abwehrmechanismen aktiviert. Diesem analytischen Herz der Finsternis werden wir uns bald zuwenden. Vorläufig können wir, was die Theorie betrifft, sagen, daß Psychoanalyse und Feminismus gemeinsam das Projekt in Angriff nehmen können, diesen unvermeidbaren Zusammenbruch herbeizuführen und eine kreative statt einer destruktiven Form anzunehmen – die Aufwertung der autonomen, aktiven, "männlichen" Seite der Geschlechterpolarität in Frage zu stellen, ohne ihr Gegenteil reaktiv zu erhöhen.

Ich möchte noch einmal diese paradoxe Entwicklung in der Geschichte der Psychoanalyse betonen: daß sogar in dem Augenblick, in dem diese Gegensätze, durch die sich das männli-

che Subjekt konstituierte, zusammenbrachen, das psychoanalytische Projekt zwangsläufig Teil hatte an dem hierarchischen Gegensatz zwischen Aktivität und Passivität und den damit verbundenen geschlechterbezogenen Implikationen. Dieses Projekt, welches das Symptom zur Artikulation im Symbol erhebt, habe ich hier als den primären Schritt vom Körper in die Sprache charakterisiert und diese Gründungsform der psychoanalytischen Aktivität in einem Wortspiel als den "Ur-Sprung" bezeichnet. Vom Körper zur Sprache. Das Unausgesprochene auszusprechen, die symptomatischen Gesten des Körpers in Sprache zu übersetzen, ist unbestreitbar die erste Lektion, die uns Freuds und Breuers Werk erteilt.

Aber kaum haben wir dies ausgesprochen, müssen wir auch schon Einwände erheben oder zumindest fragen: "Wessen Sprache?" Denn der Sprung, der die Psychoanalyse konstituiert hat, besteht genau genommen in Freuds Entscheidung, die Hypnose zugunsten eines verstärkt auf gemeinsamer Arbeit beruhenden Unternehmens aufzugeben, in welchem die Patientin selbst zum Subjekt der Sprache wird – und wenn Freud diesen Übergang auf einen gewissen Widerstand seitens seiner Patientinnen zurückführte (Breuer und Freud 1895) – vielleicht, um ihn als eine Notwendigkeit zu legitimieren (oder um seine Angst vor der durch die Hypnose freigesetzten erotischen Übertragung zu beschwichtigen, wie seine Autobiographie später zeigte) –, schmälert er deren Verdienst damit nicht.

Wie sonst hätte der Wert der Zusammenarbeit entdeckt werden können, wenn nicht durch die Weigerung der Patientin, die passive Position einzunehmen und sich hypnotisieren zu lassen, selbst wenn diese Weigerung als Widerstand erschien? Letztlich ist der Schritt, der aus der Passivität herausführte, als Widerstand formuliert. Ihren eigenen Symptomen unterworfen und Gefangene in ihrem eigenen Körper, kann die Patientin der Auslieferung des Bewußtseins gleichwohl Widerstand leisten. Und so ist der Ursprung der Psychoanalyse, ihr entscheidender Schritt, durchaus doppeldeutig. Ich möchte hier nur ein bestimmtes Paradox betonen, das in der Entwicklung der Psychoanalyse als Disziplin und in jeder individuellen Analyse zum Tragen kommt – daß nämlich jeder neu auftauchende Widerstand der Patientin den Prozeß vorantreibt. Der Widerstand selbst wird zur Offenlegung, so wie es bei Freuds Entdeckung der Funktion der erotischen Übertragung der Fall war oder für jedes Agieren in

der Übertragung gilt – aber mehr davon später.

Bislang habe ich hier ein zentrales Argument entwickelt und behauptet, daß der Schritt vom leidenden Körper zu einem Körper, der zum Instrument der unbewußten Kommunikation mit dem sprechenden Subjekt wird, das Einsicht in Worte faßt, einem Übergang zu einer aktiven Subjektivität zu entsprechen scheint, wie sie von der Tradition der Aufklärung seit langem definiert wurde. So formulierte Freud sein Verständnis der Überwindung von Widerstand und Abwehr in den Studien auf charakteristische Weise:

"Welche Mittel hat man nun zur Verfügung, um diesen fortgesetzten Widerstand zu überwinden? [...] Indem man ihn aufklärt, ihm von der wundersamen Welt der psychischen Vorgänge Mitteilungen macht, in die man selbst erst durch solche Analysen Einblick gewonnen hat, gewinnt man ihn selbst zum Mitarbeiter [...] Denn es ist gut, sich dies völlig klar zu machen: Wenn auch der Kranke sich von dem hysterischen Symptome erst befreit, indem er die es verursachenden pathogenen Eindrücke reproduziert und unter Affektäußerung ausspricht, so liegt doch die therapeutische Aufgabe nur darin, ihn dazu zu bewegen"
(S. 285 f.).

Wir sehen also, daß der Analytiker den Patienten nur eine Möglichkeit aufgezeigt, einen Weg gefunden hat, um ihn zum Mitarbeiter zu machen (übrigens: wenn der Patient aktiv ist, benutzt Freud das männliche Personalpronomen; ist er einfach nur krank, benutzt er das weibliche). Der Patient muß sich mit dem Analytiker identifizieren, um den Widerstand durch Selbstreflexion überwinden zu können, ein Prozeß der Internalisierung, der sowohl Bevormundung als auch Befreiung aus der Unmündigkeit impliziert. Er soll sich als aktiver Mitarbeiter an einer Untersuchung beteiligen. Im Gegensatz dazu wirkt die hypnotische Methode, die Breuer bei Anna O. anwandte, wie eine medizinische Behandlung, ein Patientenmanagement in der Art, wie es dem Diskurs der Krankheit angemessen ist, die nach wie vor in einen Diskurs von Subjekt und Objekt, Handelndem und Be-handelter, eingebettet ist. Ein solcher Diskurs, der durch die Praxis der Hypnose aufrechterhalten wurde, konnte die

Subjektivität der Patientin nur erforschen, indem er ihr die Eigenschaften nahm, die sie ansonsten charakterisieren: Urheberchaft und Intentionalität.

Natürlich zeigte sich, daß der Übergang von der Passivität zur Aktivität, von Symptomen zum Subjekt der Sprache, nicht mit einem Sprung zu vollziehen war, sondern einen Prozeß erforderte, den Freud langsam entwickelte; der Verzicht auf die Hypnose war nur der Anfang. Wir könnten Freuds nachfolgende Ausarbeitung der psychoanalytischen Praxis sogar als einen fortdauernden Versuch verstehen, den Analytiker aus der Position einer zwingenden Autorität zu verdrängen und den Patienten in die Mündigkeit einzusetzen.

Aber selbst wenn Freud über seine Distanzierung von der Hypnose berichtet, läßt er uns erkennen, wie die Patientin ihre Macht einsetzte, um eine andere Kraft ins Spiel zu bringen. Diese, die Kraft der Übertragung, ist bereits wahrnehmbar, sie beginnt bereits das zentrale Ereignis der Studien zu destabilisieren. Mit diesem Ereignis meine ich Freuds Entdeckung einer formelhaften Gleichsetzung: ein Symptom, eine Erinnerung. Auf jeden Fall aber wird in der ersten Studie deutlich, daß außer Symptomen noch etwas anderes vorliegt. Denn nicht nur in ihrem Körper präsentiert Anna O. die chiffrierten Erinnerungen; ebenso wichtig ist die Wiederbelebung von Wahrnehmungen und Gefühlen, die Freud später als den eigentlichen Widerstand gegen die Sprache verstehen wird: das "Agieren", ein Begriff, der nicht nur bloßes Handeln meint, sondern Dramatisierung, Repräsentation im Tun. Anna O.s Weigerung, Wasser zu trinken, weil sie dies an den verabscheuten Hund erinnert, der aus der Schüssel trank, ist kein körperliches Symptom, sondern ein Agieren. Wo Sprache, symbolischer Ausdruck, als die eigentliche Aktivität des Subjekts betrachtet wird, wurde das Agieren lediglich als eine Repräsentationsform verstanden, die das, was repräsentiert wird, nicht kennt, als eine Form der Auslagerung oder Ausstoßung und folglich nicht als Ausdruck der Subjektivität. Diese Unterscheidung zwischen Kommunizieren und Agieren wird nach wie vor von vielen Analytikern, zum Beispiel von Green (1986), aufrechterhalten. Dennoch hat man das Agieren auch als eine Stufe zwischen Abfuhr und eigentlicher Repräsentation verstanden (Freedman 1985), die den Analytiker auf eine neue Weise mit einbezieht. Tatsächlich sind in der zeitgenössischen Beziehungsanalyse Agieren und

Interagieren das unverzichtbare Medium, durch das sich die analytische Arbeit entfaltet. Zumindest konstituiert das Agieren eine neue intermediäre Position zwischen Unbewußtem und Bewußtem, einen andersartigen Repräsentationsversuch, der gleichzeitig offenbart und Widerstand leistet – um Winnicotts Erläuterungen über die Zerstörung zu paraphrasieren: Es ist nur Widerstand, weil wir es nicht verstehen, sondern uns in ihm verfangen.

Freud betrachtete diese neue Möglichkeit zur Bewältigung durch Verständnis zunächst zuversichtlich. Denn obwohl die Patientin, wie er uns berichtet, "der Täuschung jedes neue Mal zum Opfer" fällt, gibt sich "das Gesetzmäßige des ganzen Vorganges" zu erkennen (Freud 1895, S. 309 f.). Die Arbeit gehorcht einer Gesetzmäßigkeit, dem Gesetz der Logik, dem gleichen Gesetz, das für die Linderung von Symptomen durch Vorstellungen oder Bilder gilt, die durch Druck hervorgerufen werden: Sobald die Bilder in Worte gefaßt und umfassend erklärt auf die symbolische Ebene transponiert worden sind, verschwinden sie. In derselben Weise, so behauptet Freud, "schmilzt" die Übertragung dahin, sobald er die Art des Widerstandes aufgeklärt hat. Freud hat sich mit dem intersubjektiven Aspekt des Phänomens, mit der Zweigleisigkeit der unbewußten Kommunikation, noch nicht auseinandergesetzt; er glaubt, die Übertragung einfach von außen beobachten zu können. Er beruhigt sich damit, daß er dem Gesetz folgt — demzufolge Worte an die Stelle des Handelns treten und Symbole Symptome ersetzen müssen. Sobald die Aktivität des Sprechens/der Sprache die körperliche Aktion oder das Übertragungsagieren ersetzt, ergibt sich alles weitere. Wurde der Widerstand der Patientin zunächst durch den von der Hand des Arztes ausgeübten Druck überwunden, muß die Patientin nun bewußter einbezogen werden, damit sie ihren eigenen Widerstand überwindet.

Freuds Verzicht auf die Hypnose entspricht einem allmählichen Prozeß, in dessen Verlauf der Zugriff des Arztes auf die psychische Aktivität der Patientin gelockert und Zwang und Kontrolle durch den Arzt aufgehoben wurden; damit einher ging eine Befreiung der Analysandin, deren Autonomie in der Analyse selbst realisiert werden sollte. Wir haben auf die Widersprüche innerhalb des Autonomiediskurses bereits einen Blick geworfen, und so sollte es uns nicht überraschen, daß Freud weiterhin mit ihnen ringt, denn die neue Technik

schafft diese Widersprüche nicht aus der Welt, sondern verschiebt sie in der Übertragung. Seine Schriften zur Übertragung, die über zehn Jahre später entstanden, zeigen, daß er die hierarchischen binären Konstellationen, die in dem Paradigma des männlichen Arztes und der weiblichen Hysterika so offen zutage treten, in neuer Form wiedereinführt. Ja, die Übertragung sammelt diese Widersprüche in einer Weise, die Freud veranlaßte, metaphorisch durchaus treffend von explosiven Chemikalien zu sprechen.

In "Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten" (1914) blickt Freud auf den Weg zurück, den er gegangen ist, um charismatische Autorität, Hypnose und Gesundbeten abzuschaffen. Seine Narration konstruiert eine folgerichtige, logisch voranschreitende Evolution seiner Methode und seiner Ziele. Ungeachtet dieser Kohärenz aber bestehen zwischen diesen späteren Schriften zur Übertragung und seinen früheren Formulierungen in der Traumdeutung einige signifikante Unterschiede. Deutlich wird dies vor allem in seinen Überlegungen zur "Ausschaltung" der kritischen Funktion der Vernunft. In der Traumdeutung erklärt uns Freud (1900):

"Man strebt zweierlei bei [dem Kranken] an, eine Steigerung seiner Aufmerksamkeit für seine psychischen Wahrnehmungen und eine Ausschaltung der Kritik, mit der er die ihm auftauchenden Gedanken sonst zu sichten pflegt." (S. 105)

Freud betont, wie wichtig der "Nachlaß einer gewissen willkürlichen (und gewiß auch kritischen) Aktion" sei, damit Vorstellungen ungehindert auftauchen können (S. 106). Und hier zitiert er, einem Vorschlag Ranks folgend, der mit der Tradition der Romantik und ihren ästhetischen Reflexionen besonders stark identifiziert war, Schiller, der einem über seine mangelnde Kreativität lamentierenden Freund erklärte:

"Der Grund deiner Klage liegt [...] in dem Zwange, den dein Verstand deiner Imagination auflagt. [...] Es scheint nicht gut, wenn der Verstand die zuströmenden Ideen, gleichsam an den Toren schon, zu scharf mustert. [...] Bei einem schöpferischen Kopfe hingegen, deucht mir, hat der Verstand seine Wache von den Toren zurückgezogen, die Ideen stürzen pêle-mêle herein, und als-

dann erst übersieht und mustert er den großen Haufen. [...] Daher Eure Klagen der Unfruchtbarkeit, weil Ihr zu früh verwerft und zu streng sondert." (S. 107)

Das von Schiller beschriebene "Zurückziehen der Wache von den Toren des Verstandes" ist, wie Freud meint, "keineswegs schwer"; und im Anschluß daran erläutert er die beiden psychischen Instanzen oder Kräfte, zunächst den im Traum ausgedrückten Wunsch, der der Vorstellung entspricht, und dann den Zensor, das Tor, das dem Verstand entspricht.

Dieser Text enthält die erste der beiden antithetischen Theorien, die Freud über die psychische Freiheit entwickelt hat: Die erste plädiert für eine Befreiung von der kritischen Fähigkeit, die den Widerstand erzeugt, damit die eigentlichen, anders gesagt: die unbewußten, Gedanken auftauchen können. Die zweite Theorie, die sich in seinen späteren Schriften zur Übertragung herauskristallisiert, betont die Freiheit, die entsteht, wenn die Psyche auf das Realitätsprinzip hin orientiert und von ihrer Präokkupiertheit mit unbewußten Gedanken befreit wird, die sie in der Vergangenheit und im Lustprinzip gefangen halten.

Zu Anfang nun ging es Freud darum, daß die Patientin ihre kritische Fähigkeit ausschaltete und sie letztlich dem Analytiker überantwortete, der sich einer logischen, organisierenden geistigen Verarbeitung verpflichtet sieht und die Logik von Traumgedanken registriert, Lücken nachgeht und Hinweise verfolgt. In gewissem Sinn verlangt diese Arbeitsteilung, daß der Patient der ersten psychischen Instanz, der Imagination, folgt, der Arzt hingegen der zweiten, dem "sondernden Verstand". Schon bald aber erkannte Freud, daß eine vorsätzliche Aufmerksamkeit für den Analytiker nicht weniger problematisch war als für die Patientin. Und nachdem er seine Theorie der Traumdeutung formuliert hatte, wurde ihm bewußt, daß auch der Analytiker eine innere, psychische Freiheit benötigt, die ihn daran hindert, die Patientin zu kontrollieren und auf diese Weise den Zugang zu dem verdrängten Material zu verlieren, das verfügbar wird, wenn die Patientin die Grundregel befolgt. Wir können spekulieren, daß Freud durch bittere Erfahrung zu dieser Erkenntnis gelangte, nämlich durch seine gescheiterte Behandlung Doras.

Vom "Fall Dora" erhoffte sich Freud, wie wir wissen, die Bestätigung seiner Traumtheorie. Statt dessen aber wurde die Behandlung zum Exempel für die Übertragungsschwierigkeiten, die entstehen, wenn der Analytiker Logik und Verstand ausschließlich für sich selbst beansprucht. Es ist leicht, den Fall als Anschauungsunterricht in bezug auf die katastrophalen Folgen zu verstehen, mit denen zu rechnen ist, wenn man den Widerstand auf die Art und Weise angeht, die Freud ursprünglich naiv empfahl, nämlich indem man die Aufmerksamkeit kontrolliert und gezielt einsetzt, um eine nahtlose Narration von Ursache und Wirkung zu konstruieren. Freuds Erwartung, in Dora einen "für die vorhandene Sammlung von Dietrichen glatt aufgehenden Fall" zu finden, wie er es Fließ gegenüber formulierte, wurde enttäuscht (Freud 1950, S. 279).

Zahlreiche Autoren haben in Dora den Beweis dafür gesehen, daß die Vorstellung, man müsse die hysterische Patientin nur zum Sprechen bewegen, die Angelegenheit allzusehr vereinfacht. Im Unterschied zu Anna O. geben Dora und die namenlose Homosexuelle deutlicher als Freud es offenbar beabsichtigte, einen Konflikt zu erkennen, der entsteht, weil Freud die Sexualität einer Frau zu ergründen versucht, die sich widersetzt oder rebelliert. Wenn Freud (1905) glaubt, daß derjenige, der den Schlüssel, die Sexualität, geringschätzt, die Tür zum Seelenleben der Patientin niemals wird öffnen können, dann ist Dora, wie Jane Gallop (1985) bemerkt hat, diejenige, die ihn wissen läßt, daß niemand mit einem Dietrich geöffnet werden möchte. Feministinnen haben ebenso wie Psychoanalytiker gezeigt, daß Freud das Erschließen der Bedeutung, das Aufspüren von Geheimnissen, das Verbinden von Ereignis und Symptom in einer nahtlosen Narration ohne Lücken und Löcher oder andere weibliche Metaphern für unvollkommenes Wissen (Moi 1985), auf Kosten der analytischen Haltung gegenüber der Patientin verfolgte.

Wie dem auch sei: Die Entdeckung der Übertragung, die Konfrontation mit Doras besonders zugespitztem Widerstand, veranlaßte Freud noch einmal, seine Position zu überdenken und auf eine bestimmte Form der Kontrolle zu verzichten. So kam er dem Modell der gleichmäßig schwebenden Aufmerksamkeit näher, wie er es in seinem eigenen Rückblick beschreibt. Dennoch und hier kommen wir zu Freuds "zweiter Theorie", scheint Freud den Konflikt

zwischen Verstand und Imagination in seinen zwischen 1912 und 1915 entstandenen Schriften zur Übertragung auf einer neuen Ebene zu reproduzieren. Wie ein Kehrreim kehrt der Konflikt Sprache versus Aktion in seiner Erläuterung des Kampfes "zwischen Intellekt und Triebleben, zwischen Erkennen und Agierenwollen", wieder (1912, S. 374). Dennoch aber taucht erneut auch das Problem auf, daß das Handeln unverzichtbar ist, "denn schließlich kann niemand in absentia oder in effigie erschlagen werden" (ebd.). Um daher der unbewußten Manipulation der gewaltigen Kräfte ein Ende zu setzen, müssen wir dem Patienten/der Patientin noch größere Freiräume gewähren, ihm gewisse Freiheiten zugestehen nicht nur das Ausschalten des Urteils und die Freiheit des Denkens, sondern nun die tatsächliche Reinszenierung in der Übertragung im "Zwischenreich" oder auf dem "Tummelplatz" der analytischen Situation (Freud 1914, S. 135). Gleichzeitig muß der Analytiker in der Lage sein, sich den dunklen Mächten zu nähern, ohne sie zu unterwerfen, und sich vor dem Versuch der Patientin schützen, "sich ihrer Unwiderstehlichkeit zu versichern, die Autorität des Arztes durch seine Herabsetzung zum Geliebten zu brechen" (1915, S. 310). Und damit die Patientin "die Überwindung des Lustprinzips" erlernen kann, "soll sie [...] jenes Mehr von seelischer Freiheit erwerben, durch welches sich die unbewußte Seelentätigkeit [...] von der unbewußten unterscheidet" (ebd., S. 319). Wie ich an anderer Stelle (Benjamin 1995) gezeigt habe, entwickelt sich die Autonomie der Patientin paradoxerweise aus der Identifizierung mit der von ihr anerkannten Autorität des Analytikers. Sie vollführt die axiomatische Bewegung von der Liebe zu ihm als Objekt zur Identifizierung und setzt ihn an die Stelle ihres Ich-Ideals.

Dies aber ist ein gefährliches Unterfangen, und Freud (1915) muß seine Forderung, die explosiven Kräfte freizusetzen, rechtfertigen. Wie er es so häufig tut, sucht er nicht in der Freiheit der Imagination nach der Legitimierung, sondern in der Wissenschaft, im Diskurs der Objektivität, der Herrschaft des Verstandes über den Trieb. Er vergleicht die Handhabung der Übertragung mit der Sorgfalt, die der Chemiker gegenüber gefährlichen Substanzen im Labor walten läßt. Natürlich ist diese Analogie insofern problematisch, als der Chemiker selbst keine Chemikalie ist, während der Analytiker am Tumult der Übertragung direkt be-

teilt ist. Der Psychoanalytiker/Arzt gleicht weniger einem Chemiker als vielmehr einem Priester, der die Begegnung mit dem Dämonischen suchen muß, um es austreiben zu können. Es zeigt sich sogar, daß die Psychoanalyse auf Hypnose und Gesundbeten gerade deshalb verzichten kann, weil dieselbe Kraft in der Übertragung wiederauftaucht wie Freud (1921) später sagen wird, ist es nur ein Schritt von der Verliebtheit zur Hypnose. Was dies betrifft: Wie könnte jemand, der Deutsch spricht, die Zusammenhänge zwischen Heilen, heilig und Heiland übersehen?

III

Freuds Warnungen können die Unrealisierbarkeit der Objektivität, die er so nachdrücklich empfiehlt, kaum verhehlen. Wie diese Zusammenhänge zeigen, kann der psychoanalytische Arzt nicht heilen, ohne in die Übertragung und damit in die Krankheit selbst einbezogen zu werden. Dies könnte die Botschaft sein, die Kafkas Erzählung *Ein Landarzt für Analytiker* enthält, eine Geschichte, von der man meinen könnte, sie sei in Reaktion auf Freud oder vielleicht als Traum eines Arztes geschrieben worden. Kafkas "Landarzt" wird in ein weit entferntes Dorf zu einem Schwerkranken gerufen, hat aber kein Pferd, das seinen Wagen ziehen könnte. Quasi als "Kaufpreis" gegen zwei Pferde, die auf rätselhafte Weise in seinem Schweinestall auftauchen, muß er sein Dienstmädchen Rosa zu Hause lassen, wo sie der Knecht, der gemeinsam mit den Pferden erschienen war, vergewaltigen wird. Der Arzt will Einwände erheben, aber die Pferde fahren einfach mit ihm davon. Im Nu erreicht er das Dorf, wird von der Familie des Patienten und von Nachbarn umringt, die ihn zu einem Jungen führen, der im Bett liegt und keineswegs krank wirkt, sondern eher den Eindruck eines Simulanten erweckt. Schon im Begriff zu gehen, schaut der Arzt noch einmal genauer hin und entdeckt nun, daß der Patient tatsächlich krank ist: In seiner Seite klafft eine große Wunde, rosa und von Würmern wimmelnd. Die Familie hält den Arzt fest, entkleidet ihn und legt ihn ins Bett, während vor dem Haus ein Schulchor singt: "Entkleidet ihn, dann wird er heilen, Und heilt er nicht, so tötet ihn! 'Sist nur ein Arzt, 'sist nur ein Arzt." Er aber, "durchaus gefaßt und allen überlegen", sieht sie nur an. Nackt kann er entkommen, sein Pelz hängt hinten,

für ihn unerreichbar, am Wagen, die Dörfler triumphieren: "Freuet Euch, Ihr Patienten, der Arzt ist Euch ins Bett gelegt!" Noch während er flieht, weiß er bereits, daß seine Praxis verloren ist, daß er sich niemals erholen wird und Rosa dem noch immer in seinem Haus wütenden Knecht zum Opfer gefallen ist.

Wir könnten uns durch diese Traumgeschichte an die Gefahr erinnern sehen, die Freud im Sinn hatte, als er jungen Ärzten riet, für den Patienten "undurchsichtig" zu bleiben. Sich zu entkleiden, zu entblößen, bedeutet, der eigenen Autorität verlustig zu gehen und auf die Ebene des Patienten hinabzusteigen. Das heißt, die Teile des Selbst, die in den Patienten abgespalten wurden, die eigenen gefährlichen Triebe, bloßzulegen, sich unvermeidbar der Tatsache zu stellen, daß die eigene Autorität aus ebendiesem Prozeß der Projektion hervorging. Sich "bedeckt" zu halten bedeutet, diesen Prozeß unsichtbar zu machen und in einem gewissen Sinn die Autorität des Richters, des Geistlichen, des Vaters, des Arztes vor der Bloßstellung zu bewahren (Santner 1996).

Wenn der Patient und der Arzt einen Dialog unterhalten, der tatsächlich aus zwei Stimmen in einer Psyche besteht, rivalisieren sie nach wie vor miteinander um Raum ("Statt zu helfen, engst du mir mein Sterbebett ein", sagt der Junge) sowie um Erkennen oder Mitleid ("Was soll ich tun? Glaube mir, es wird auch mir nicht leicht", erwidert der Arzt). "Mit dieser Entschuldigung soll ich mich begnügen?" fragt der Junge. Der Arzt tröstet ihn, indem er ihm erklärt, daß Andere niemals eine solche Wunde bekommen werden: "Viele bieten ihre Seite an und hören kaum die Hacke im Forst, geschweige denn, daß sie ihnen näher kommt." Dann entzieht sich der Arzt - zu spät, seine Autorität ist ein für allemal verloren!

Wie die Symmetrie ihres Dialogs nahelegt, spiegelt die Handlungsebene hier eine Komplementarität wider, die ebenso wie die erotische Übertragung die Autorität des Analytikers zuerst erfordert und dann aufs Spiel setzt. Wir können diese Form der Komplementarität besser begreifen, wenn wir uns an eine aus dem Genre der Detektivgeschichten vertraute Unterscheidung erinnern (Zizek 1991). In den Studien verhält sich Freud noch wie Holmes, der Forscher, der "durchaus gefaßt und allen überlegen" ist, eine Sammlung von Dietrichen besitzt und mit seinem Adlerauge die Lücken in den Geschichten anderer aufspürt, der eine

nahtlose Narration konstruieren will, vor der die Täterin, wie er weiß, kapitulieren wird. Sie wird sich nicht länger widersetzen können, sie wird zur Wahrheit ihres Begehrens stehen müssen. Dann gibt es den Detektiv aus der schwarzen Serie wie Marlowe oder Spade, der in die ganze Angelegenheit hineingezogen und verstrickt wird, und wenn er am Schluß dem Schuldigen die Schuld tatsächlich nachweist und sich weigert, mit ihm gemeinsam unterzugehen, bleibt er dennoch ebenso wie der Landarzt nicht unberührt ja, er wird nie wieder derselbe sein. Wir könnten dies als den Weg begreifen, den Freud im Fall Dora auf sich nehmen muß, den Weg von einer Komplementarität, die umgrenzte Gegensätze festschreibt, zu der umkehrbaren Komplementarität, in der jeder vom anderen den Spiegel vorgehalten bekommt.

Freuds Schwierigkeit, seine Identifizierung mit der passiven, hilflosen Position der jungen Frau Dora zu akzeptieren, die gegen ihre Reduzierung auf die Position des Objekts ankämpft, führt ihn in die reversible Komplementarität des Machtkampfes. Für Doras Widerstand wird er zum komplementären Anderen, und zwar nicht nur, weil er mit Herrn K. identifiziert ist, sondern indem er beweisen will, daß er weiß, was vor sich geht. Einer der auffälligsten Aspekte seines Berichts ist die Art und Weise, in der seine im Text enthaltene Beobachtung daß man dem anderen immer vorwirft, was man selbst tut auf seinen eigenen Schluß zutrifft: Er wirft Dora vor, daß sie nur Rache nehmen wollen, während man seine Weigerung, sie deshalb zu behandeln, als kaum weniger rachsüchtig sehen kann. Doras Widerstand, ihre kühle Zurückweisung von Freuds perfekten Deutungen, die die rhetorische Position der wissenschaftlichen Autorität im Angesicht ihres hilflosen Opfers wie der namenlosen "weiblichen Homosexuellen" (Harris 1991) imitiert, beraubt Freud des Kleides der Neutralität, indem sie ihn provoziert, seine Beteiligung zu entlarven.

Die Patientin, die handelt statt zu denken oder zu sprechen, zieht den Analytiker in die komplementäre Identifizierung hinein und erschwert ihm Repräsentation und Empathie. Der Analytiker, der sich der Identifizierung mit der Position der Patientin verweigert, aktiviert den komplementären Aspekt der Beziehung und stimuliert, ohne es zu beabsichtigen, die Aktion. Die Aktion der Patientin wird dann zu einem Umkehrspiegel jener Aktion, die

durch Wissen oder Helfen eine Sicherheit-in-der-Kontrolle erreichen will. Wie Racker (1995) zeigte, kann man der komplementären Position in der Gegenübertragung durch die identifikatorische Position entgegenwirken, durch die Fähigkeit des Analytikers, beide Seiten der Spaltung einzunehmen. Indem er die konkordante Position der Identifizierung mit der Identifikation der Patientin einnimmt, kann der Analytiker über die Patientin nachdenken. Wenn der Analytiker in seinem eigenen Ich nicht mit der Patientin identifiziert und erkennt, "als das Eigene zur anderen gehört", wird er sich mit den bösen oder guten Objekten der Patientin identifizieren, so daß die gespaltene Komplementarität auftaucht: Handelnder/B handelnde, rachsüchtig/viktimisiert usw. .

Was bedeutet es, sich in seinem eigenen Ich zu identifizieren? In einem bestimmten Sinne bedeutet es das Gegenteil der hysterischen Identifizierung, die eine "Abbildung" (J. Mitchell 1995) des Selbst auf dem Anderen beinhaltet, eine unmittelbare Assimilation von Anderem und Selbst, die Freud in der Traumdeutung beschreibt und später (1921) als ein Phänomen klassifiziert, das der Ansteckung in der Masse ähnelt. Eine solche hysterische Identifizierung ist die Teil des Gefühls sein kann, das durch die Beziehung zu bestimmten Patienten unvermeidlich in uns geweckt wird und das wir manchmal nur abwenden können, indem wir hinter unserer Rolle verbergen, läßt sich von jenen Identifizierungen unterscheiden, die durch Repräsentation vermittelt werden und so schließlich zu nützlichen Quellen des Bewusstseins für uns und für den Patienten werden. Man könnte dasselbe auch anders formulieren und sagen, daß streng genommen nicht der Akt der Identifizierung, der unvermeidbar unwillkürlich ist, sondern der Akt der Repräsentation der Identifizierung ein Element der Freiheit schafft.

In der Praxis unterscheiden wir auch eine Identifizierung, die den Kontakt zu den vielfältigen und widersprüchlichen Positionen des Patienten bewahrt, von einer Identifizierung, die sich in Form gespaltener Komplementaritäten manifestiert und in der wir eine Seite des Konflikts verkörpern. Wie wir an Dora sahen, trifft die Überlegung, daß Feind und Ich einander ähneln, zu, vielleicht weil die Patientin auch mit den bösen Objekten in ihrer Identifizierung ist. Gemäß der unbewußten Logik "Ich könnte du sein, und du könntest

sein" betrifft die Komplementarität häufig symmetrische Reaktionen: "Wie du mir, so ich dir" oder "Wir sind wie Pech und Schwefel". So läßt die komplementäre Gegenübertragung wie in Kafkas Traumgeschichte einen inneren Dialog entstehen, der beide Beteiligte einbezieht. Insoweit der Patient den Analytiker in seinem Bemühen, derjenige zu sein, der "versteht, statt derjenige, der verstanden wird, der gebraucht wird, statt bedürftig zu sein" (Hoffman 1991), als Meister oder als Lacans "Subjekt, das mutmaßlich weiß", erlebt, fühlt sich der Analytiker unter Umständen immer tiefer in den Machtkampf hineingezogen. In einem solchen Fall, das heißt wenn dem Analytiker Allwissenheit zugeschrieben wird, tritt die Grundstörung in der Vorstellung der Patientin, die den Analytiker zu ihrem Ideal erhebt, zutage.

Denn dieses Ich-Ideal des analytischen Verständnisses wurde zu verschiedenen Graden bereits durch gespaltene komplementäre Strukturen konstituiert, die denjenigen entwerfen, der sprachlos, passiv ist, nicht weiß, bedürftig ist und bemitleidet wird usw. . Was es bedeutet, sich solch komplementären Machtkämpfen zu entziehen, indem man sich auf eine sehr spezifische Weise einläßt und in der Gegenübertragung schwimmen lernt, statt in ihr unterzugehen, läßt sich am psychoanalytischen Projekt der vergangenen Jahrzehnte zweifellos beobachten. Freuds Vorstellung, daß sich die Patientin mit der idealen Seite der analytischen Autorität identifizieren könne, ließ die ebenso plausible Reaktion der Ablehnung der Autorität unberücksichtigt: Daß die Patientin den Analytiker gerade auch in dessen Versuch angreift, eine andere Art von Heiler zu sein, die verborgene Dimension der Macht im Wissen aufdeckt, die sich, wie Freud glaubt, gegen die Unvernunft durchsetzen kann, ohne die üblichen Konsequenzen, einen binären Gegensatz zu unterdrücken.

IV

Als Freud die Hypnose/Suggestion von der Analyse abgrenzte, um die Subjektivität der Patientin freizusetzen, konstituierte er ein zentrales Paradigma für den Umgang mit binären Konstellationen. Was die Vorstellung vom Analytiker als Ich-Ideal betrifft, können derart

simple Gegensätze, wie wir sehen werden, die Widersprüche leicht verbergen oder verwischen, die in unserer Praxis unweigerlich entstehen. Die strikte Gleichsetzung der Distanz und Objektivität des Analytikers mit der Freiheit der Patientin, die Freud postulierte, hat offenbar eher der Legitimierung der Psychoanalyse Vorschub geleistet als der Arbeit mit Patienten. Ein typisches Beispiel ist Joan Riviere, die ihre Überlegungen zur negativen therapeutischen Reaktion auf ihre eigenen Erfahrungen mit Jones und Freud stützte und offenbar auch den Anstoß für Freuds eigene Auseinandersetzung mit diesem Phänomen gegeben hat (Kris 1994). In einer Fußnote zur negativen therapeutischen Reaktion schreibt Freud (1923) in "Das Ich und das Es", daß die erfolgreiche Arbeit mit einem Patienten, dessen unbewußte Schuldgefühle eine narzißtische Abwehr wecken, "vielleicht" auch davon abhängt, "ob die Person des Analytikers es zuläßt, daß sie vom Kranken an die Stelle seines Ichideals gesetzt werde, womit die Versuchung verbunden ist, gegen den Kranken die Rolle des Propheten, Seelenretters, Heilands zu spielen." (S. 280).

Kris (1994) glaubt, daß sich diese Aussage auf Freuds Entscheidung beziehe, in stärkerem Maß unterstützend zu wirken, um zu dem unter der kritischen Haltung des Patienten verborgenen unbewußten Schuldgefühl durchzudringen; Riviere selbst war der Ansicht, daß dieses Schuldgefühl mit der depressiven Liebe zu dem verlorenen, kritischen Objekt zusammenhänge. Mit anderen Worten: Die stützende Haltung zielt darauf, der unausweichlichen Komplementarität aus dem Weg zu gehen, die sich ergibt, wenn ein angreifendes Objekt auf dem Plan erscheint und entweder der Patient oder der Analytiker gezwungen ist, seine Rolle zu übernehmen. Um dies zu erreichen, muß die therapeutische Haltung auf Übereinstimmung zielen, der Analytiker muß eine identifikatorische Position anstreben, die im allgemeinen als Empathie bezeichnet wird, und es auf diese Weise vermeiden, zum Angreifer oder Angreifenden zu werden. Aber, so wendet Freud ein, diese Bewegung wird den Patienten in seinem Gefühl bestärken, daß ihn der Analytiker nun von dem kritischen Objekt erlöst und an dessen Stelle geliebt werden wird. Was soll man tun? Gleich im nächsten Satz schränkt Freud seine Überlegung ein, daß die Person des Analytikers dazu beitragen kann, der negativen therapeutischen Reaktion entgegenzuwirken; er stellt nämlich fest, daß "die Regeln der Analyse

einer solchen Verwendung der ärztlichen Persönlichkeit entschieden widerstreben".

Bezeichnenderweise erinnert er uns noch einmal daran, daß die Analyse "ja die krankhaften Reaktionen nicht unmöglich machen, sondern dem Ich des Kranken die Freiheit schaffen soll, sich so oder anders zu entscheiden". Es ist bemerkenswert, daß Freud im Zusammenhang mit den heute als klassisch geltenden Regeln keine Unterscheidung trifft zwischen der Gegenübertragungsphantasie des Analytikers, "Seelenretter" zu spielen, und der Phantasie des Patienten, der ihn in der Übertragung als Heiland sieht. Die Gegenübertragung spiegelt den verleugneten Wunsch des Analytikers wider, von der auf den Patienten projizierten Hilflosigkeit befreit zu werden. Ebendieser Wunsch regt die Idealisierung an und löst mitunter auch die Inszenierung der erotischen Übertragung aus, wie es in der Dynamik zwischen Breuer und Anna der Fall war. Und was die Idealisierung des abstinenten Analytikers betrifft, der Grandiosität und Erlösungswünschen mit seinem gewaltigen Ich-Ideal entgegenwirkt sollen wir annehmen, daß der Analytiker nicht als "Erlöser" erlebt wird, weil sich die Patientin mit dem Ideal der Abstinenz identifizieren soll? Die Geschichte der Heiligen im Christentum kann eine solche Vermutung kaum stützen. Dieses Szenarium ruft die anti-erotische Inszenierung hervor, in der die Patientin Schwierigkeiten mit der objektiven Autorität des Analytikers haben wird, die ein solches Festhalten an den Regeln als Zurückhaltung, Kritik an ihren Bedürfnissen erleben und so den Analytiker als ein Objekt wiedereinsetzen wird, das Schuldgefühle weckt. Wir dürfen fragen, ob ein derartiges Zurückhalten der subjektiven Reaktion den Analytiker weniger erhöht (Menaker 1942), ihn weniger zum Gott vor allem für ihn selbst macht; der Patientin wird er durchaus als der Gott erscheinen, der nur dieser spezifischen Sünderin die Erlösung verweigert, die sie sucht. Freud entwickelt eine Parallele zwischen zwei Gruppen gegensätzlicher Begriffe: Zwischen der Wahrung der Objektivität/ Abstinenz und der Anwendung der eigenen Subjektivität, zwischen der Versuchung, Erlöser/ Heiland zu sein, und einer Haltung, die der Patientin Freiheit gibt. Die Postulierung dieser Gegensätze aber führt Freud, wie wir in diesem Text sehen, in eine Sackgasse es wäre ihm lieb, wenn ihn seine Persönlichkeit für die Patientin verfügbar machte, aber gleichzeitig würde ihn dies in die Versuchung bringen, den Erlöser zu spielen; und aus dieser Sackgasse

kann er nur herausfinden, indem er auf die Regeln zurückfällt. Dieses Paradigma der Objektivität, das Subjektivität und Idealisierung ineins setzt, hat die analytische Arbeit beherrscht. Als Orientierung für jene, die sich in der komplementären Übertragung verfangen, mag dieses Verständnis der Regeln der Analyse die Probleme geschaffen haben, die zu lösen sie vorgibt.

V

Zweifellos haben die klinische Undurchführbarkeit der Wahrung einer Position des objektiven Wissenden sowie der Einfluß der postmodernen Herausforderungen an objektivistische Epistemologien zu den intersubjektiven und relationalen Revisionen im zeitgenössischen psychoanalytischen Denken geführt (Aron 1996; Pizer 1996). Die Vorstellung von einer analytischen Neutralität wird zunehmend in Frage gestellt (Renik 1994) oder neudefiniert (Gerson 1996). Das Freiheitskonzept des intersubjektiven Analytikers die Freiheit des Analytikers besteht darin, wissend Gebrauch von den eigenen emotionalen Reaktionen, der eigenen Subjektivität, zu machen. Neu zu bestimmen, was es bedeutet, die eigene Subjektivität zu benutzen statt die Polarität von Subjektivität und Objektivität zu akzeptieren, ist ein wichtiges Ziel der heutigen Psychoanalyse (Mitchell 1993; Aron 1996). Wir versuchen, einen Raum zwischen Suggestion und objektiver Distanz zu formulieren, der die emotionale Reaktion des Analytikers auf den Patienten berücksichtigt und seiner Verstrickung in die komplementären Übertragungsaktion ebenso Rechnung trägt wie den Methoden, sich ihr zu entziehen. In diesem Prozeß fällt die Unterscheidung zwischen Sprache und Handeln zwangsläufig in sich zusammen (Greenberg 1996; Aron 1996), wenn uns bewußt wird, daß jedes Sprechen die Auswirkungen einer Aktion hat und jede Aktion "Information" aus einem bestimmten Blickwinkel vermittelt. Mit anderen Worten: Wenn wir aufhören, die Perspektive des Analytikers als objektiv gewonnenes Wissen zu privilegieren, erkennen wir seine Beteiligung an einer Interaktion zweier Subjekte an. Die doppelte Aktion der Intersubjektivität das Erkennen der eigenen Subjektivität und der Subjektivität des Anderen bedeutet, daß der Analytiker ein "subjektiveres" Subjekt wird, wenn die Patientin weniger objektiviert wird.

Dies anzuerkennen, setzt sowohl ein differenziertes Verständnis der psychischen Struktur, das heißt symbolische Repräsentation, voraus als auch ein Verständnis der Intersubjektivität der analytischen Situation und beide fördern einander gegenseitig. Das Prinzip, von dem dieses doppelte Verständnis geleitet wird, ist die Vorstellung der Transformation von Komplementaritäten in dialektische Spannung, in ein erträgliches Paradox, statt in Antinomien, die gefährliche Entscheidungen erzwingen. Gegensätze sind in einem gewissen Umfang aufgrund der inhärenten psychischen Spaltungstendenz unvermeidlich, denn sie ermöglichen das Denken; um was es geht, ist die Fähigkeit, sie in Spannung zu halten und die Spaltung zu überwinden. Diese unvermeidbare Entwicklung durch Gegensätze ist das, was wir sowohl in unserer Theorie als auch in der klinischen Situation nicht vergessen dürfen.

In ähnlicher Weise können wir akzeptieren, daß die gespaltene Komplementarität in der Übertragung zwangsläufig immer wieder auftaucht, und überlegen, wie wir sie in unserem Denken auflösen, sie durch die Wiederherstellung des Bewußtseins für getrennte Subjektivitäten modifizieren können. Dies geschieht häufig nicht durch Distanz, konventionelle Objektivität, sondern indem eine Person zu ergründen versucht, was die andere fühlt, so daß Identifizierung zu einem erkennbaren Versuch wird, die Einschließung in der paranoiden Position aufzubrechen. In diesem Fall dient die Identifizierung als Kanal, der den Fluß und die Verarbeitung von Gefühlen ermöglicht (selbstpsychologisch formuliert, durch empathische Introspektion [Stolorow, Brandschaft und Atwood 1987]). Die Symbolisierungsfähigkeit taucht vermittelt durch die Fähigkeit des Analytikers auf, die unausweichliche Teilhabe an der Komplementarität zu überleben, indem er die identifikatorischen Reaktionen benutzt, die sie umgehen oder auflösen.

Der Analytiker versucht immer, sowohl die Position der Patientin als auch seine eigene zu repräsentieren. Selbst wenn diese Repräsentation bestenfalls eine Annäherung an die Bedeutung der Anderen sein kann und schlimmstenfalls eine falsche Repräsentation, kann sie dennoch dazu dienen, die beiden Ebenen zu schaffen, die für eine dritte, eine zweiseitige Perspektive notwendig sind, die einen dritten Punkt des Dreiecks stützen kann. Sie erhält eine Spannung aufrecht oder schafft einen Raum zwischen dem Selbst und der Anderen; sie kann

auf die Patientin als Einladung zu gemeinsamem Denken erweitert werden. Da wir aber auch davon ausgehen, daß Wissen intrapsychisch gefiltert wird, müssen wir die unvermeidliche Verkennung tolerieren, die unseren Versuch zu erkennen begleitet. Auf diese Unvermeidbarkeit zu reagieren, indem wir auf den Versuch zu wissen oder zu erkennen verzichten, würde bedeuten, erneut das Prinzip des objektiven Wissens als einzig lohnenswertes einzusetzen.

VI

Die psychoanalytischen Versuche, die Dominanz eines objektiv wissenden Subjekts zugunsten einer persönlichen Subjektivität zu dekonstruieren, können als Analogie zu den feministischen Bemühungen der vergangenen Jahre gesehen werden, die konventionellen Gegensätze und ihre Chiffrierung in der Geschlechterhierarchie aufzubrechen. Die Frage, wie wir uns die Auflösung der immer wiederkehrenden Komplementaritäten vorstellen können, insbesondere der Idealisierungen, die binären Hierarchien inhärent sind, ist jedem vertraut. Einige wichtige Überschneidungen finden sich in der Neubewertung der mütterlichen Funktion und der mütterlichen Übertragungen, die die Psychoanalyse und der Feminismus in den vergangenen Jahren vorgenommen haben.

So können wir nun zum Beispiel die Bewegung umkehren, in der die Psychoanalyse ihre Konzentration auf die symbolische Funktion entwickelte und die ich mit dem Kürzel "vom Körper zur Sprache" bezeichnet habe. Die heutigen Theorien über die Verwendung des analytischen Raumes als Erweiterung des mütterlichen Körpers/Containers legen nahe, daß ebendieser Container das Selbst hält und ihm Kohärenz verleiht und symbolisches Denken überhaupt erst ermöglicht (Bion 1959, 1962). Die Formulierung dieses Aspektes des psychoanalytischen Prozesses geht auf die Beobachtung zurück, daß viele Menschen unter der Unfähigkeit litten, Affekte anders als durch Agieren zu repräsentieren; sie konnten den Analytiker, das heißt die intersubjektiven Eigenschaften der Beziehung, nicht "benutzen" (Winnicott 1971). Während Freud die Methoden der Interpretation unbewußter Symbolisierung dargelegt hatte, wurde es nun notwendig, die Bedingungen theoretisch zu klären, die eine Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit fördern. Man könnte sagen, daß jemandem, der un-

fähig bleibt, körperliche Spannung anders als durch motorische Abfuhr oder somatische Symptome zum Ausdruck zu bringen, nicht die Sprache oder die Symbolisierungsfähigkeit fehlt, sondern eine Beziehung, welche die Voraussetzung für jene Fähigkeit darstellt.

Diese Beziehung, in der Subjektivität sich entwickelt, beruht auf bestimmten Arten der Aktivität der Anderen, die je nach theoretischem Bezugsrahmen als Erkennen, Einstimmung oder Holding beschrieben wurden. Die Mutter erfüllt die Funktion einer äußeren Anderen, die dem Subjekt helfen kann, innere Spannungszustände zu verarbeiten und zu ertragen (Beebe und Lachmann 1995). Die Entwicklung von einer konkreten zu einer metaphorischen Erfahrung ist von einer gewissen Fähigkeit zur Körperregulation und ihrer intersubjektiven Qualität des Erkennens abhängig, durch die der Körper metaphorisch zum psychischen Container wird.

Zusammenfassend können wir festhalten, daß das frühe Zwei-Körper-Erleben als entscheidend dafür betrachtet wird, wie die Repräsentation intersubjektiv zutage tritt. Da die kommunikative Sprache einen Dialograum erschafft, der potentiell außerhalb der psychischen Kontrolle eines oder beider Beteiligten liegt, ist sie ein Ort der Vermittlung, das "Dritte". In der dialogischen, durch symbolischen Ausdruck vermittelten Struktur führt die Identifizierung nicht zu einem Ineinsfallen der Unterscheidungen, sondern wird zu einer Basis für das Verstehen der Position der Anderen. Die Art von Getrenntheit, die diese symbolische Entwicklung ermöglicht, ist auf eine mütterliche Subjektivität angewiesen, die Affekt repräsentieren kann, insbesondere den mit der Getrenntheit zwischen ihr und dem Kind verbundenen Schmerz.

Dieses Verständnis der psychischen Repräsentations- oder Denkarbeit der Mutter (und "Arbeit" erscheint als die im neunzehnten Jahrhundert gebräuchliche Metapher für die Umwandlung von Energie als geeigneter Begriff, ebenso wie Ruddicks [1989] mütterliches Denken) wird zum Dreh- und Angelpunkt der Verschiebung, die das Konzept des Subjekts als aktiver Repräsentant der Welt erfahren hat. Wir können Freuds ursprüngliche Spaltung zwischen aktiv und passiv, die in der psychoanalytischen Theorie eine so große Rolle gespielt hat, neu formulieren. Die Hauptarbeit der Psyche, nämlich zu repräsentieren und dadurch

körperliche/affektive Stimuli und Spannungen zu verdauen, kann nach wie vor als Gegenmittel oder Gegenpol zu passiver Unterwerfung gesehen werden. Besser verstanden aber wird sie als Abkömmling der Reaktion der Anderen auf die eigenen Taten und Affekte, was zwei Subjekte erfordert und nicht ein Subjekt und ein Objekt. Das mütterliche Erkennen fördert die Überwindung der Aktiv-Passiv-Polarität in der Beziehung zweier Subjekte.

Dieses Konzept des Erkennens als Aktivität verweist auf die Basis, die eine Überwindung der gespaltenen Komplementarität ermöglichen könnte, in der die (traditionell weibliche) Andere, wenn nicht hilflos der Macht des Subjekts unterworfen, so doch auf die Position der Passivität verwiesen war, um seine Aktivität zu spiegeln, seine unbeherrschbare Spannung zu containen. Die Bereitschaft das Subjekt zu spiegeln, als sein Container zu dienen, würde letztlich die eigene Subjektivität kompromittieren, die eigene Denkfähigkeit zerstören (Brennan 1992). In der intersubjektiven Konzeption des Erkennens hingegen können zwei aktive Subjekte sich austauschen, sich abwechselnd ausdrücken und aufnehmen, um zusammen eine Gemeinsamkeit zu erzeugen, die Getrenntheit zulässt und voraussetzt. Die Arena für dieses Fangen und Werfen ist der intermediäre Zwischenraum.

Historisch betrachtet, konnte die psychoanalytische Theorie diese Kritik an der Komplementarität nicht auf die symbolische Ebene heben, solange der identifikatorische Kanal auf der Geschlechterebene blockiert war, solange das intersubjektive Potential der mütterlichen Dyade theoretisch nur ungenügend erfaßt war. Dieser Mangel hängt aufs engste mit der Unfähigkeit zusammen, in der Theorie wie im Leben eine Identifizierung mit der Mutter als Subjekt zu repräsentieren: Als begehrendem sexuellem Subjekt, das als Person in ihrem eigenen Recht erkannt werden muß. So war es nicht möglich, eine Mutter zu formulieren, die mehr ist als ein Spiegel oder eine Vorstellung von aktiver Weiblichkeit zu entwickeln. Insofern diese Spaltungen das grundlegende Paradigma von Subjekt und Objekt widerspiegeln, blieb die Psychoanalyse in dem Aktiv-Passiv-Gegensatz der analytischen Beziehung gefangen.

Übersetzung: Elisabeth Vorspohl

- Appignanesi, L. & Forrester, J.** 1992. *Freud's Women*
New York: Basic Books.
- Aron, L.** 1996. *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*.
Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Benjamin, J.** 1988. *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism and the Problem of Domination*.
New York: Pantheon. (dt. *Die Fesseln der Liebe*, Stoemfeld Verlag, Frankfurt am Main)
- Benjamin, J.** 1995. *Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference*.
New Haven: Yale U. Press.
(dt. *Phantasie und Geschlecht, nexus 1*, Stoemfeld Verlag, Frankfurt am Main/Basel)
- Bernheimer, C. & Kahane, C.** 1985. *In Dora's Case: Freud-Hysteria-Feminism*.
New York: Columbia University Press.
- Bion, W.** 1962b. *Learning from Experience*.
New York: Aronson, 1977.
- Bion, W.** 1967. *Second Thoughts*.
New York: Aronson.
- Birksted-Breen, D.** 1996. Phallus, penis and mental space.
International Journal of Psycho-Analysis. 77: 649-657.
- Breuer, J. & Freud, S.** 1895. *Studies in Hysteria*. In *Standard Edition II*.
London: Hogarth, 1957.
- Casement, P.** 1991. *Learning from the Patient*.
New York: Guilford.
- Cixous, H & Clement, C.** 1975. *La Jeune Née*.
Paris: Union Generale d'Editions, 1975.
- Christiansen, A.** 1993. *Masculinity and its vicissitudes*. Paper presented at Seminar on Psychoanalysis and Sexual Difference, New York, New York Institute for the Humanities at New York University.
- Freud, S.** 1896. *Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence* SE III 162-185.
- Freud, S.** 1900. *The Interpretation of Dreams*. *Standard Edition Vol. 4*.
London Hogarth, 1953.

- Freud, S.** 1900b. Letter to Fliess, October 14. In *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess 1887-1904*. Ed. J. M. Masson: 426-27. Cambridge: Harvard, 1985.
- Freud, S.** 1905. Fragment of an analysis of a case of hysteria. *Standard Edition Vol. 7*: 3-124. London: Hogarth, 1953.
- Freud, S.** 1912. The dynamics of the transference. In *SE XXII*. London: Hogarth, 1958.
- Freud, S.** 1914. Remembering, repeating and working through. In *SE XXII*.
- Freud, S.** 1915. Observations on transference love.
- Freud, S.** 1923. The Ego and the id. In *Standard Edition, Vol. 19*: 1-66. London: Hogarth, 1961.
- Freedman, N.** 1985. The concept of transformation in psychoanalysis. *Psychoanal. Psychology* 2/4:17-39.
- Freedman, N.** 1980. On splitting and its resolution. *Psychoanal. and Contemp. Thought*. 3:237-266.
- Gallop, J.** 1982. *The Daughter's Seduction: Feminism and Psychoanalysis*. Ithaca: Cornell. U. Press.
- Gerson, S.** 1996. *Psychoanal. Dialog*.6.
- Green, A.** 1986. *On Private Madness*. Madison Ct.: International Universities Press.
- Harris, A.** 1991. Gender as contradiction: A discussion of Freud's "The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman," *Psychoanal. Dial.* 1/2:197-224.
- Hillman, U.** 1992. Bertha Pappenheim: Psychoanalyse -Frauenbewegung - Sozialarbeit. In *Frauen Stadtbuch Frankfurt, WEIBH*.
- Hoffman, I.** 1991. Reply to Benjamin. *Psychoanal. Dial.* 1,4: 535-544.
- Irigary, L.** 1991. The bodily encounter with the mother. In *The Irigary reader*, ed. M. Whirford, 34-46. Oxford: Basil Blackwell.
- Kerr, J.** 1993. *A Most Dangerous Method: The Story of Jung, Freud and Sabina Spielrein*. New York, Random House.

- Kris, A.** 1994. Freud's treatment of a narcissistic patient. *Internat. J. Psychoanal.* 75: 649-664.
- Menaker, E.** 1942. The Masochistic factor in the psychoanalytic situation. In *Masochism and the Emergent Ego*. New York: Jason Aronson, 1996.
- Mitchell, J.** 1995. Unpublished Colloquium, New York University, January 1995.
- Moi, T.** 1985. Representation of patriarchy: Sexuality and epistemology in Freud's Dora. In *In Dora's Case: Freud-Hysteria-Feminism*. Eds. Bernheimer & Kahane. New York: Columbia University Press.
- Ogden, T.** 1995. *Subjects of Analysis*. Northvale NJ: Aronson.
- Pappenheim, B.** 1912. Die Frau im kirchlichen und religiösen leben. In Wagner, L., Mehrwald, S., Maierhof, G., Jansen, M. 1994 *Aus dem Leben Jüdischer Frauen*. Kassel: Archiv der Deutschen Frauenbewegung.
- Racker, H.** 1968. *Transference and Countertransference*. London: Maresfield Library, Karnac, 1982.
- Renik, O.** 1994. The perils of neutrality. *Psychoanal. Quart.* 63: Rivera, M. 1989. Linking the psychological and the social: Feminism, poststructuralism and multiple personality. *Dissociation* 2: 24-31.
- Ruddick, S.** 1989. *Maternal Thinking*. Boston: Beacon.
- Shapiro, S.** 1996. The embodied analyst in the Victorian consulting room. *Gender and Psychoanalysis* 1,3: 297-322.
- Showalter, E.** 1985. *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 183-1980*. New York: Penguin.
- Santner, E.** 1996. *My Own Private Germany: Daniel Paul Schreber's Secret History of Modernity*. Princeton: Princeton U. Press.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G.** 1987. *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale NJ: Analytic Press.

Wagner, L., Mehrwald, S., Maierhof, G., Jansen, M. 1994 Aus dem Leben Jüdischer Frauen.
Kassel: Archiv der Deutschen Frauenbewegung.

Winnicott, D. W. 1971. Playing and Reality.
New York: Basic books.

Zizek, S. 1991. Looking Awry: An Introduction to Jacques Lacan Through Popular Culture.
Cambridge: MIT Press.

PRESSESPIEGEL: 20 JAHRE FFGZ

Jahre ■ ■ *20*
20
20

1978

Frankfurter Allgemeine Zeitung

1979 1980

„Unheimlich viele Frauen sind interessiert“

Feministisches Gesundheitszentrum in Bockenheim eröffnet

U. F. Die Eintrittsgebühr betrug eine Mark. Dafür konnten junge Frauen, einige mit Kleinkindern dabei, am Wochenende die Eröffnung des „Feministischen Frauengesundheitszentrums“ bei Kerzenlicht, Musik, Bier, Sekt, selbstgemachten Salaten und Kuchen feiern. Seit einem Dreivierteljahr läuft die Planung, wurde Geld auf einem Spendenkonto angesammelt, dann boten sich die seit sieben Jahren leerstehenden Räume einer Fabrik im Hinterhof der Hamburger Allee 45 an, und die Frauengruppe griff zu. Die Miete wird weiterhin aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen des inzwischen gegründeten Vereins, der Anerkennung auf Gemeinnützigkeit beantragt hat, finanziert. Außerdem fließt ein Teil des Erlöses aus dem Verkauf eines Schwangerschaftshandbuchs in die Vereinskasse.

Zwei Räume sind inzwischen von einer Krabbelstube besetzt, in der Kleinkinder täglich von Müttern und Vätern betreut werden. In den übrigen vier Räumen treffen sich seit sechs Wochen

sechs Gruppen von jeweils zehn Frauen zur Schwangerschaftsgymnastik unter Anleitung von Krankengymnastinnen. Die Krankenkasse vergütet zehn Gymnastikabende; zusätzlich werden vom Frauengesundheitszentrum Gespräche über Schwangerschaft, die psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung nach Lamaze, Stillberatung durch eine Ärztin, Säuglingspflege und Vorführung des Leboyer-Films über die sanfte Geburt angeboten.

Das Interesse an diesen Kursen ist groß, zumal sich die Frauen davon nützliche Kontakte für die spätere gegenseitige Hilfe bei der Betreuung ihrer Kinder versprechen. Daneben werden Massagekurse angeboten, und der Volkshochschulkurs „Die Frau und ihr Körper“ lief bereits in den Räumen der Hamburger Allee. Im Aufbau ist eine Selbstuntersuchungsgruppe, eine andere bereitet die Beratung bei Schwangerschaftskonflikten, über Verhütung und Adressenvermittlung für Sterilisationen vor. Arbeitsgruppen wollen sich

mit Kräutern und medizinischen Themen aller Art bis zum Mikroskopieren und Schwangerschaftstests beschäftigen, geplant sind Kurse für Gymnastik — auch für Kinder — und Entspannungsübungen sowie ein Archiv über Fragen der Gesundheit und Vorsorge.

Das Feministische Frauengesundheitszentrum, das sich als unabhängige Gruppe innerhalb der autonomen Frauenbewegung versteht, findet regen Zuspruch. „Unheimlich viele Frauen sind interessiert, heute sind es schon rund hundert, die das Zentrum nutzen oder mitarbeiten, in der Mehrzahl Berufstätige, Teilzeitbeschäftigte und Arbeitslose“, erklären die Sprecherinnen der Gruppe. „Wir sind davon ausgegangen, daß der Bedarf ziemlich groß ist und sich das Zentrum sozusagen selbst anleiert.“ Feste Öffnungszeiten und Beratungszeiten gibt es bis jetzt noch nicht, wenn auch das Telefon unter der Nummer 70 12 18, die sinnigerweise an den hartkämpften Paragraphen erinnert, bereits angeschlossen ist.

1980

Frankfurter Rundschau

1978

1979

1980

Den Arzt nicht ersetzen

Zwei Jahre Frankfurter Frauengesundheitszentrum

Von unserer Mitarbeiterin Helga Beyersdörfer-Schachtel

Das Frankfurter Frauengesundheitszentrum besteht in diesem Monat genau zwei Jahre. Was das Wort signalisiert, mag, ist allerdings gerade so nicht gemeint. In dem Zentrum, als gemeinnütziger Verein anerkannt, wird nicht untersucht und nicht behandelt. Vielmehr ist es nach eigener Darstellung „eine Einrichtung, in welcher nach der Selbsthilfe-Idee der autonomen Frauenbewegung Wissen und praktische Erfahrungen zu den Themen Frau, Körper, Gesundheit und Sexualität erarbeitet und verarbeitet werden“.

Frauen wollen Frauen helfen — zur Selbstverantwortung, um die eigene Gesundheit zurückzufinden, ihren eigenen Körper kennenzulernen und mit ihm umzugehen. „Es geht“, sagt eine Mitarbeiterin, „um eine Art Gesamtgesundheitsbegriff“. Es geht nicht darum, den Arzt, wenn er wirklich nötig wird, zu ersetzen.

Gearbeitet wird in Gruppen zu verschiedenen Themen. Auch Verhütungsberatung gehört dazu und Kurse zur Geburtsvorbereitung. Mehrere hundert Frauen besuchen jährlich die angebotenen Kurse, die in den Räumen des Zentrums in der Hamburger Allee 45 angeboten werden. Die Kosten für eine Teilnahme sind nicht festgeschrieben. Der Verein finanziert sich „gerade so“ aus freiwilligen Beiträgen und Spenden.

Seit Februar dieses Jahres verfügt er neben den zwanzig ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen über zwei festangestellte Psychologinnen, die zusätzlich zu den Kursen „psychoanalytisch orientierte Einzelberatung“ anstreben.

Sie schätzen den Bedarf an einer solchen Anlaufstelle für Frauen als „riesig groß“ ein, wissen aber auch um die Hemmungen vieler Frauen, den ersten Schritt zu tun. Die Hemmung mag sich noch verstärken bei Frauen, die glauben, daß das, was als Idee aus der Frauenbewegung geboren wurde, nur für Feministinnen taugt.

Männer übrigens werden keineswegs abgewiesen im Frauengesundheitszentrum.

Die bisherigen Erfahrungen allerdings zeigen, daß das auch nicht nötig wäre — es kommen ohnehin nur vereinzelt mal Männer mit, um Freundin oder Ehefrau zu begleiten.

Frauen, die Genaueres über die Ziele und Angebote des Zentrums wissen wollen, können das durch einen Besuch (montags, mittwochs und freitags zwischen 11 und 13 Uhr) oder telefonisch unter der Rufnummer 70 12 18 erfragen.

5/2

25.02.1988

1979

1980

Frankfurter Neue Presse

Frauenzentrum steht das Wasser bis zum Hals

Dem Feministischen Frauengesundheitszentrum steht das Wasser bis zum Hals. Der Projektzuschuß von 150 000 Mark pro Jahr, im Rahmen eines Förderprogramms vom Sozialministerium gewährt, wurde ersatzlos gestrichen. „Die Auswirkungen sind kraß“, sagte Eva Stütz, Mitarbeiterin des Zentrums. „Vier von fünf Stellen und die Beratungshonoreare mußten gestrichen werden.“ Das Zentrum, das jährlich von über 2000 Interessenten aufgesucht wird, könne auf Dauer nicht allein von Spenden, Mitgliedsbeiträgen und Kursgeldern existieren. vw

29.02.1988

Frankfurter Rundschau

Spenden erhalten das Programm

Frauengesundheitszentrum macht vorerst ohne Zuschüsse weiter

Das Frauengesundheitszentrum hat sein neues Programm vorgelegt. Spenden haben ermöglicht, daß es fast unverändert und so umfangreich geblieben ist wie bisher, obwohl das Zentrum seit Jahresbeginn keine öffentlichen Mittel mehr erhält.

Wie berichtet, hat die Landesregierung den Zuschuß von 150000 Mark gestrichen. Das Programm, das in den Stadtbüchereien, verschiedenen Buchläden und Beratungsstellen ausliegt, hat deshalb die neuen Rubriken „Benefiz“ und „Finanzen“ erhalten. In der ersten wird darauf hingewiesen, daß die „Frankfurter Spielfrauen“ am 18. März, 20 Uhr, in der Krebsmühle Oberursel für das Frauenge-

sundheitszentrum Szenen aus der Revue „Auf dem Weg zur tarzanlosen Gesellschaft“ vortragen und für Juni ein Bauchtanz-Fest zum gleichen wohltätigen Zweck vorgesehen ist.

Unter dem Stichwort Finanzen werden alle Frauen, die vom eigentlich kostenlosen Beratungsangebot Gebrauch machen wollen, um eine Spende gebeten. Langfristig wird sich die in Hessen einmalige Einrichtung so allerdings nicht halten können.

Noch aber wird im Frauengesundheitszentrum fleißig gearbeitet. Auf dem Programm stehen Beratungsstunden unter anderem für Schwangere und werdende Eltern, für ungewollt unfruchtbare Frauen oder für sexuell mißhandelte Mädchen. Auch der Notruf für vergewaltigte Frauen besteht weiter.

In den vielschichtigen Kursen können Frauen etwa durch Selbstuntersuchung ihren Körper entdecken, beim Bauchtanz Lust mit ihm finden, oder durch Selbstverteidigung lernen, wie sie sich schützen können.

Da im Zentrum ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff gepflegt wird, kommen auch Geist und Seele nicht zu kurz. Mit Gesprächen, Trancen, Farben, Tanz und Spiel können sich Frauen, die das Kinderkriegen ablehnen, an einem Wochenende unterschwellig Sehnüchten stellen und diese Lebensentscheidung noch einmal neu und offen überdenken. Für Frauen in der Lebensmitte werden die beiden bestehenden Gesprächskreise fortgesetzt.

Die ersten Kurse beginnen bereits im März. Nähere Auskünfte erteilt das Frauengesundheitszentrum in der Hamburger Allee 45, 6000 Frankfurt-90. Telefonisch ist es unter der Nummer 701218 montags, mittwochs und freitags von 11 bis 13 Uhr und dienstags von 17 bis 19 Uhr zu erreichen.

22.04.1988

1979 1980

Frankfurter Rundschau

Dokument aus Wut und Ironie

Frauengesundheitszentrum legt Bilanz nach zehn Jahren vor

„Danken können wir im Moment nur uns selbst“ — nach zehn Jahren erfolgreicher Arbeit ist das Feministische Frauengesundheitszentrum wieder auf Eigeninitiative und persönliches Engagement zurückgeworfen worden. Nachdem in Wiesbaden sämtliche Zuschüsse für das Zentrum gestrichen wurden, habe sich auch die Hoffnung, daß das gesellschaftliche Interesse an Frauengesundheit größer werden könnte, „als Trugschluß“ erwiesen, erklären die Frauen im Vorwort einer Dokumentation, die sie zum zehnjährigen Bestehen ihres Zentrums jetzt herausgegeben haben.

Trotz der Wut und Enttäuschung darüber, daß sie nun wieder völlig mittellos dastehen, geben die Frauen nicht auf. „Jetzt erst recht!“ heißt die Durchhalteparole. Voll bitterer Ironie fügen sie freilich auch hinzu: „Wir müssen versuchen in bekannter Frauenmanier aufopferungsvoll und unentgeltlich das Angebot des Zentrums zu erhalten.“

Die Dokumentation stellt die Palette des Beratungsangebotes im Zentrum vor: psychologische Beratung, Notruf und Beratung für vergewaltigte, mißhandelte und sexuell mißbrauchte Frauen. Zugleich präsentieren sich in der Broschüre alle Gruppen, die in der Hamburger Allee unter einem Dach zu unterschiedlichen Themen arbeiten. Einziger Verbindungspunkt: Es geht um die Gesundheit von Frauen. Es gibt Gruppen und Kurse zur Gentechnologie, Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsverhütung oder §218-Diskussionen. Frauen und Beruf, Bauchtanz und Bewegung oder Frauen in der Lebensmittel gehören als Themen auch dazu.

Damit „ist die Broschüre ein Spiegel des Zentrums“, erklärt Lisa Müller. Auseinandersetzungen bei so unterschiedlichen Interessen und auch Positionen blieben nicht aus. Schon in der Vorbereitung der Dokumentation seien „zuweilen

die Fetzen geflogen“ und dennoch ist sie am Ende eine wichtige Zusammenfassung aller Arbeitsbereiche und Ziele des Zentrums geworden. Gleichzeitig informieren Adressenlisten im Buch über Anlaufstellen für Frauen in Frankfurt und Frauengesundheitsprojekte in der Bundesrepublik.

Bestellen kann man die Dokumentation im Frauengesundheitszentrum in der Hamburger Allee 45, 6000 Frankfurt. Telefonisch ist das Zentrum unter der Nummer 70 12 18 zu erreichen. ber

27.11.1993

Frankfurter Allgemeine Zeitung

„Keine lila Latzhosen“

15 Jahre Frauengesundheitszentrum / Geldsorgen

ep. Vor 15 Jahren hat eine kleinere Gruppe von Frauen begonnen, sich mit dem Thema „Frauengesundheit“ zu beschäftigen. Daraus haben sich inzwischen acht Projekte entwickelt und als „Feministisches Frauengesundheitszentrum“ (FFGZ) im Ökohaus am Westbahnhof etabliert. Auf die Frage, warum man denn überhaupt ein Frauengesundheitszentrum brauche, antworten die beiden Projektmitarbeiterinnen Angelika Zollmann und Ute Winkler: „Weil sich unser Angebot als notwendig herausgestellt hat.“

10 000 Frauen, die jedes Jahr Rat und Hilfe bei ihnen suchten und fänden, seien ein Beweis dafür. Ob in Fragen der natürlichen Verhütung, der Behandlung von Kinderlosigkeit, Schwierigkeiten in den Wechseljahren, Brust- oder Gebärmutteroperationen, bei chronischer Migräne sowie bei ungewollter Schwangerschaft – Frauen finden hier Unterstützung. Die kontinuierliche Förderung mit Mitteln der Stadt Frankfurt, des Landes Hessen und durch die gerichtlichen Zuteilungen von Geldbußen wertet Zollmann ebenso als Beleg für erfolgreiche Arbeit wie die Tatsache, daß Polizei und Sozialämter immer wieder Frauen zu ihnen schickten. Zudem gebe es für viele der Gebiete, auf denen das FFGZ arbeite, keine anderen Beratungsmöglichkeiten. „Ärzte verschreiben Frauen, die in den Wechseljahren sind, oft

einfach nur Hormone. In vielen Fällen ist das aber gar nicht nötig“, beschreibt Winkler. Doch für ein ausführliches Beratungsgespräch nähmen sich die Mediziner meist keine Zeit.

„Mit den meisten Beratungen sparen wir den Kassen viel Geld“, sagt Winkler. Zum Beispiel, wenn man Frauen helfe, die Ursachen für Krankheiten zu finden, die oft jahrelang mit Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmitteln behandelt worden seien. Dennoch vergüteten die Kassen die Beratungen des Zentrums nicht, weil dies keine Arztpraxis sei. Darum müßten nach stetigen Kürzungen der öffentlichen Zuschüsse verstärkt Gebühren verlangt werden. Vielfach seien es jedoch gerade sozial schwache Frauen, die Hilfe suchten.

Auch halten es die Mitarbeiterinnen des FFGZ nicht für zumutbar, daß mißhandelte und vergewaltigte Frauen oder Frauen, die als Kinder sexuell mißbraucht wurden, für die Hilfe auch noch zahlen sollten. Hier ergreifen die Mitarbeiterinnen Partei für die Frauen, und darin sehen sie auch den „feministischen“ Ansatz in ihrer Arbeit: „Wir sind keine lila Latzhosen, die zwischen Sperrmüllmöbeln auf Männer schimpfen.“

Trotz finanzieller Sorgen wird heute um 20 Uhr der 15. Geburtstag des FFGZ im Ökohaus, Kasseler Straße 1a, mit Kabarett, Musik und einer „Anti-Kürzungs-Tombola“ gefeiert.

09.12.1994

Frankfurter Rundschau

1979 1980

Frauengesundheit

„Männerorientierte“ Politik kritisiert

Den Abschied von einer „männerorientierten“ Gesundheitspolitik haben Vertreterinnen der medizinischen Forschung und Praxis gefordert. Während einer vom Feministischen Frauengesundheitszentrum organisierten Tagung betonten die Teilnehmerinnen die Notwendigkeit einer frauengerechten Förderung von Gesundheit. Vorwurf an die herkömmliche Medizin: Natürliche Veränderungen des weiblichen Organismus etwa in der Pubertät, während der Schwangerschaft oder in den Wechseljahren würden von der herkömmlichen Medizin „pathologisiert“, als Krankheit diagnostiziert und therapiert. „Welcher Arzt“, so die Frage einer Teilnehmerin, „käme auf die Idee, einen Knaben im Stimmbruch als krank zu diagnostizieren?“

Eine einseitige Orientierung auf männliche Krankheitsbilder werfen die Frauen auch der Forschung vor. Testreihen, welche etwa die Wirksamkeit von Herz- und Kreislaufmitteln erproben, würden vorzugsweise am „einfacheren“ Organismus des Mannes erprobt — die Indikation dann undifferenziert auf den komplizierteren weiblichen Organismus übertragen.

Ein geschlechtspezifisches Gesundheitsverständnis, so die These, müsse erkennen, daß Frauen und Männer unterschiedliche Krankheiten und Symptome aufwiesen. So litten Frauen häufiger an Befindlichkeitsstörungen, Männer eher an Organkrankheiten.

sar

06.11.1998

Frankfurter Rundschau

1978

1979

1980

Das „Kind der Frauenbewegung“ ist weiter aufmüpfig

20 Jahre Feministisches Frauengesundheitszentrum: Die Wechseljahre hinterlassen ihre Spuren

Von Friederike Tinnappel

Noch immer entscheidet ein Plenum über die Geschicke des Feministischen Frauengesundheitszentrums, das vor 20 Jahren gegründet wurde. Auch der politische Anspruch ist geblieben. Doch insgesamt ist das FFGZ rundum zugänglicher geworden.

Es begann mit Selbstuntersuchungen nach amerikanischen Muster: Frauen erkundeten den eigenen Körper, wollten sich nicht länger bevormunden lassen von einer männlich geprägten Medizin. Das Feministische Frauengesundheitszentrum, 1978 gegründet und damit bundesweit die zweite Einrichtung dieser Art (die Berlinerinnen waren mal wieder etwas schneller) wurde zu einem Raum der Selbsterfahrung und der Spurensuche nach der verschütteten Tradition der Heilerinnen und Hebammen. Ein echtes Kind der Frauenbewegung, wie Angelika Zollmann (44) erzählt. Zollmann arbeitet seit zehn Jahren im noch immer kollektiv geführten FFGZ.

Vor dem Umzug ins Ökohaus am Westbahnhof residierte das FFGZ zusammen mit der Frankfurter Frauenschule und dem Pflasterstrand in der Hamburger Allee 45, einem schon wieder fast in Vergessenheit geratenen Treffpunkt der alternativen Szene. Bald wurde es für alle (widersprüchlichen) Bedürfnisse von Frauen in

der Hamburger Allee zu eng. Besucherinnen, die von Männern mißbraucht worden waren, begegneten werdende Väter, die sich an einem Geburtsvorbereitungskurs beteiligten, schildert Zollmann eine typische Konfliktsituation. Kurz darauf zogen die Kursleiterinnen für die Geburtsvorbereitungsaus und gründeten in der Neuhofstraße ihr eigenes Frauengesundheitszentrum.

Das FFGZ ist in die Jahre gekommen, moderater geworden. Vor fünf Jahren zog man ins Ökohaus um, das man trotz der hohen Miete zu schätzen weiß. Waren in den Gründerjahren vor allem Autodidaktinnen am Werk, sind es nun ausschließlich Fachkräfte. Im FFGZ wird professionell gearbeitet. Wäre da nicht die etwas sperrige Vergangenheit, der noch immer vorhandene Anspruch nach Autonomie und politischer Veränderung, könnte fast von einem modernen Dienstleistungszentrum gesprochen werden.

Es werden Kurse und Beratung zu den Themenschwerpunkten: Beruf, Sucht, Gesundheit und ungewollte Schwangerschaft angeboten. Ziel ist, die ratsuchenden Frauen durch das Abwägen von Argumenten zu befähigen, selbst eine Entscheidung zu treffen — egal, ob es um eine Abtreibung geht, eine Weichenstellung im Beruf ansteht oder die Behandlung einer Medikamentenabhängigkeit geklärt werden soll.

Die Schwerpunkte haben sich mit den Jahren verschoben. Nicht nur das Zentrum ist älter geworden — auch viele Besucherinnen. Selbstuntersuchungen gibt es nur noch auf Anfrage — „die hatten ja auch einen provozierenden Charakter“ (Zollmann). Stattdessen stehen jetzt die Wechseljahre im Vordergrund, konkret die Frage: Hormone schlucken, ja oder nein.

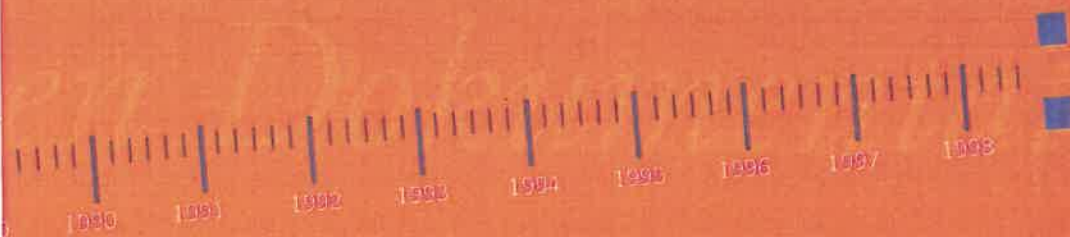
20 Frauen arbeiten im FFGZ — drei Teilzeitkräfte, die anderen auf Honorarbasis. Rund 190 000 Mark zahlt die Stadt, die 85 000 Mark, die vom Land Hessen kommen, sind ausschließlich für ein Modellprojekt für sozial benachteiligte Frauen, meist Migrantinnen, bestimmt. Die Beraterinnen des FFGZ können landesweit angefordert werden, um Vorträge und Diskussionsveranstaltungen zum Beispiel in Kirchengemeinden zu halten. Ein weitere Einnahmequelle sind die Gebühren für Kurse und Beratung.

„Weil es unsere Angebote woanders nicht gibt“, hält Zollmann das FFGZ noch immer für wichtig. Sie glaubt, daß die Angebote des Zentrums „Probleme und Defizite der Gesellschaft widerspiegeln“, die nicht so schnell verschwinden werden. „Wir verstehen uns nicht als Alternative zur Schulmedizin, sondern als eine Ergänzung“, als eine „andere Stimme“.

Geblieben trotz aller Veränderungen ist der politische Anspruch: Zusammen mit anderen Expertinnen wollen sich die FFGZ-Frauen jetzt, nach dem Machtwechsel in Bonn, wieder einmischen und versuchen, Einfluß zu nehmen auf die Bundespolitik. Schließlich wird nach dem CSU-Mann Horst Seehofar nun die grüne Andrea Fischer das Gesundheitsministerium führen.

Daß das FFGZ eine parteiübergreifende Akzeptanz gefunden hat, beweist der Jubiläumsempfang am heutigen Freitag, 6. November, auf dem unter anderem der Frankfurter Gesundheitsdezernent Albrecht Glaser (CDU), die hessische Gesundheitsministerin Priska Hinz (Grüne) und Frauendezernentin Sylvia Schenk (SPD) sprechen werden. Während der Empfang geladenen Gästen vorbehalten bleibt, steht „Das große Frauenfest zum Jubiläum“ mit der Kabarettistin Rosa K. Wirtz und Disco am Samstag, 21. November, 20 Uhr, im Ökohaus, dann wieder allen Frauen offen. Es soll heftig gefeiert werden, nach feministischem Brauch natürlich ohne Männer.

Seit 1. November hat das FFGZ seine Sprechzeiten erweitert. Telefon und Büro in der Kasseler Straße 1a sind jetzt montags bis freitags von 9 bis 12 Uhr und dienstags von 17 bis 19 Uhr besetzt. Die Telefonnummer lautet: 70 12 18.



Feministisches Frauengesundheitszentrum
Kasseler Straße 1a (Ökohaus)
60486 Frankfurt am Main

Telefon 069 70 12 18 Fax 069 77 71 09
Fem.Frauengesundheitszentr.FFM@t-online.de
<http://www.netpaed.org/socart/ffgz>

Telefon- und Öffnungszeiten:
Montag - Freitag 9 - 12 Uhr
Dienstag 17-19 Uhr