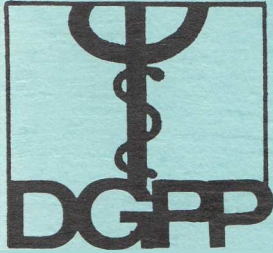


Zeitschrift für Positive Psychotherapie

Organ der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)



Heft 1 • 1. Jahrgang - November 1979 • DM 9,—

Erziehung
Selbsthilfe
Psychotherapie
Transkulturelle Probleme



Narzissmus
Störung oder Fähigkeit?



Beispiele für eine
Transkulturelle Analyse



Verhaltenstherapie und
Positive Psychotherapie



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE E.V.**

Impressum

Zeitschrift für positive Psychotherapie
Organ der Deutschen Gesellschaft für
Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)

Herausgeber

Dr. med. N. Peseschkian

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
Psychotherapie

Redaktion

Dr. med. N. Peseschkian (verantwortlich)

Diplom-Psychologe Dieter Schön

Diplom-Psychologe Hans Deidenbach

Beirat

Dr. med. B. Frederich, Großumstadt

Willi Köhler, Frankfurt a.M.

Stud. Prof. Adolf Kärcher, Böblingen

Prof. Dr. Werner Müller, Mainz

Diplom-Psychologin Isabel Müller-Zahn, Wiesbaden

Dr. med. Ortrun Werner, Alsfeld

Annette Schröder, Wiesbaden

Anschrift der Redaktion

Dr. med. N. Peseschkian

Burgstraße 16 (An den Quellen 1)

6200 Wiesbaden

Telefon (0 6121) 37 37 07

Erscheinungsweise

zweimal jährlich

Bezugsbedingungen

Fv Mitglieder der Deutschen Gesellschaft
Positive Psychotherapie (DGPP): frei

E r%z&heft DM 9,— zuzüglich Zustellgebühren.

E, ev-e- und Anzeigenaufträge

— äntx- ip-- am Pe--- s m-iische Sparkasse, Wiesbaden,
4. zr"- c-- e-br 111125M. BLZ 510 500 15

ZEITSCHRIFT FOR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE

Erziehung - Selbsthilfe - Psychotherapie - Transkulturelle Probleme

Heft 1/79

Inhalt

	Seite
Einführung des Herausgebers	3
Geschichte: Warum siehst du mich nicht so wie ich <u>bin</u> ?	6
Narzissmus in physiologischen und psychopathologischen Dimension	7
Prof. Dr. med. R. Battegay, Basel	
Positive Psychotherapie: Beispiele für eine transkulturelle Analyse	2
5 Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden	
Verhaltenstherapie und Positive Psychotherapie	3
4 Dipl.-Psych. H. Deidenbach, Wiesbaden	
Buchbesprechungen	41
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)	44
Eine Geschichte auf den Weg: Die goldenen Zeltnägel	50
Das nächste Heft: Familientherapie	

*Wer sich selbst und andere kennt,
wird auch hier erkennen:
Orient und Okzident
sind nicht mehr zu trennen.*

Goethe

Einführung des Herausgebers

Seitdem vor fünf Jahren (1974) mein erstes Buch: „Schatten auf der Sonnenuhr: Erziehung - Selbsthilfe - Psychotherapie“ erschienen war, haben sich die dort skizzierten Überlegungen zu einem systematischen und praktikablen psycho- und familien-therapeutischen System entwickelt. Der Schwerpunkt lag dabei auf den drei therapeutisch relevanten Dimensionen: Erziehung, Selbsthilfe und Psychotherapie. Hinzu kam die transkulturelle Problematik, die sich als ein Brennpunkt unseres therapeutischen Ansatzes erwies.

Mit diesem System, das wir die *Positive Psychotherapie* nannten, beschäftigen sich die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie (DGPP), als deren Vorläufer die Psychotherapeutische Erfahrungsgruppe Wiesbaden (PEW) zu sehen ist.

Obwohl die Positive Psychotherapie als therapeutisches Verfahren Ärzte und Diplom-Psychologen anspricht, wendet sie sich als Methode der Selbsthilfe an alle: Sozialarbeiter, Krankenpfleger und Mitarbeiter von Gesundheitsbehörden. Darüber hinaus richtet sie sich an Lehrer, Juristen, Geschäftsleute, Heimerzieher, Eltern, Studenten, Jugendliche und an alle, die vor den Problemen der zwischenmenschlichen Beziehungen nicht die Augen verschließen.

Den Grundlagen der Positiven Psychotherapie folgend umfaßt unsere Zeitschrift vier Themenkreise:

1. Erziehung
2. Selbsthilfe
3. Psychotherapie
4. Transkulturelle Probleme

Theoretischer Rahmen ist die Positive Psychotherapie. Deren Begriff des Positiven leitet sich von dem lateinischen „*Positium*“ ab, der das Tatsächliche, das Vorgegebene bedeutet. Tatsächlich und vorgegeben sind nicht nur die Störungen, Krankheiten, Konflikte, Einseitigkeiten und Vorurteile, sondern auch die Fähigkeiten, die Möglichkeiten der Konfliktverarbeitung und die Chance, sich gegenseitig kennenzulernen und zusammen statt gegeneinander zu arbeiten.

Die vier Aspekte der Positiven Psychotherapie: Erziehung - Selbsthilfe - Psychotherapie und transkultureller Ansatz sind wichtige Elemente einer Psychotherapie, die vorbeugend wirken kann und den Menschen in seinem sozialen und ökonomischen Umfeld begreift.

1. Erziehung

Erziehung ist ein Prozeß, in dem ein Mensch Lösungsmöglichkeiten lernt für die Probleme, die ihm seine Umwelt aufgibt. In ihr werden die Beziehungen zu sich selber und zum Partner, der Kontakt zu anderen Menschen und Gruppen, sowie die Beziehung zur Zukunft, die durch Begriffe wie Hoffnung, Vertrauen oder Glauben umschrieben werden kann, vermittelt. Zugrunde liegt ein Modell, das von der Familie als der sozietalen Basiseinheit ausgeht, bzw. von familienähnlichen Institutionen. In ihnen werden Wert- und Verhaltensmuster vermittelt. Folglich richtet sich dieser Themenkreis an Eltern, Erzieher und Lehrer. Schwerpunkte sind: Bildung und Ausbildung, Menschenbild und Erziehung, Inhalte der Erziehung und Techniken ihrer Vermittlung, die Rolle des Kindes, transkulturelle Alternativmodelle, Selbsterfahrung von Eltern und Lehrern und Konzepte der Erziehung.

2. Selbsthilfe

Selbsthilfe betrifft den Umgang mit seelischen, sozialen und psychosomatischen Störungen, soweit er im außertherapeutischen Bereich geschieht. Die Selbsthilfe ist die ursprüngliche Form der Konfliktbewältigung, die leider bisher noch nicht genügend in dieser Bedeutung gewürdigt wurde. Lange bevor Psychotherapie sich als eigene Institution entwickelte, halfen sich Menschen im Rahmen einer Selbsthilfe. Das Selbsthilfe-Thema umfaßt eine Reihe von Unterthemen: Allgemeine Selbsthilfe, Selbsthilfe bezogen auf bestimmte Berufsprobleme (z.B. Arzgruppen, Lehrergruppen, Juristengruppen, Gruppen mit Führungskräften etc.), Selbsthilfemaßnahmen in der Familie (Familiengruppe, Partnergruppe) und der Umgang mit konkreten Problemsituationen:

- Wie gehe ich mit meinem depressiven oder schizophrenen Partner um?
- Wie verhalte ich mich gegenüber meinem ängstlichen Kind?
- Wie verhalte ich mich gegenüber meinem ungerechten Chef? etc.

Strategien der Selbsthilfe und Selbsterfahrung werden erarbeitet und eigene Erfahrungen im Umgang mit entsprechenden Problemen ausgetauscht. Ziel ist es auch hier, Alternativmodelle im Sinne der Positiven Psychotherapie praxisnah zu vermitteln.

3. Psychotherapie

Im Zentrum dieses Themenbereiches steht die Positive Psychotherapie. Sie beinhaltet folgende Aspekte: das positive Vorgehen, das inhaltliche Vorgehen sowie eine fünf-stufige Behandlungsstrategie. Der Schwerpunkt liegt auf neuen Erfahrungen im Umgang mit dem Instrumentarium der Positiven Psychotherapie (Differenzierungsanalytisches Inventar, vier Bereiche der Konfliktverarbeitung, vier Vorbildimensionen, Aktu-alfähigkeiten und Grundfähigkeiten, Positives Umdenken, Konfliktprozesse etc.). Die Positive Psychotherapie beinhaltet individual-, gruppen- und familientherapeutische Aspekte und integriert die Selbsthilfe insoweit in ihr Vorgehen, als sie den Patienten zum Therapeuten seiner eigenen psychosozialen Situation einsetzt.

Wir legen in diesem Konzept besonderen Wert auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit. So werden neben Arbeiten aus der Positiven Psychotherapie auch themenverwandte Arbeiten bekannter Wissenschaftler und Psychotherapeuten

4. Die transkulturelle Problematik

Der transkulturelle Ansatz durchzieht wie ein roter Faden die gesamte Positive Psychotherapie. Wir berücksichtigen ihn deshalb gesondert, weil der transkulturelle Gesichtspunkt auch Material zum Verständnis individueller Konflikte bietet. Darüberhinaus besitzt dieser Aspekt eine außerordentliche soziale Bedeutung: Gastarbeiterprobleme, Probleme der Entwicklungshilfe, Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit Mitgliedern anderer kultureller Systeme ergeben, Probleme transkultureller Ehen, Vorurteile und ihre Bewältigung, Alternativmodelle, die einem anderen kulturellen Rahmen entstammen. In diesem Zusammenhang können auch politische Themen angesprochen werden, die sich aus der transkulturellen Situation ergeben.

Mit der transkulturellen Problematik schließt sich wieder der Kreis zur Erziehung und Psychotherapie: Genauso wie es Kulturkreise gibt, gibt es auch Erziehungskreise, in deren Rahmen jeder sein eigenes „kulturelles System“ entwickelt, mit dem er auf andere „Systeme“ stößt. Das Prinzip der transkulturellen Probleme wird somit auch zum Prinzip der zwischenmenschlichen Beziehungen und der innerseelischen Konfliktverarbeitung. Es wird zum Gegenstand der Positiven Psychotherapie.

Dr. med. N. Peseschkian

Warum siehst du mich nicht so, wie ich bin?

Im Park des Palastes ließ sich ein Rabe auf den Ästen eines Orangenbaumes nieder. Im satten Grün des Rasens stolzierte ein Pfau. „Wie kann man nur einem so merkwürdigen Vogel Einlaß in diesen herrlichen Park gewähren“, krächzte der Rabe. „Er schreiet ja so stolz, als wäre er der Sultan persönlich. Hat er nicht ausgesprochen häßliche Füße . . . und von welcher dreister Farbe sein Gefieder ist... wie er seinen Schweif hinter sich her zieht, sieht er aus wie ein Fuchs . . . ein häßlicher Vogel!“ Damit hielt der Rabe inne. Die Antwort des Pfaus blieb lange aus. Endlich begann er wehmütig lächelnd: „Ich glaube, deine Worte entsprechen nicht der Wirklichkeit. Du hast dich von Mißverständnissen leiten lassen. Ich will es dir erklären. Du hältst mich für arrogant, weil ich meinen Kopf hoch trage. Du siehst, wie meine Schulterfedern sich sträuben und ein unziert. In Wirklichkeit bin ich alles andere als arrogant.“ Er blickte hinauf zu dem Raben und fuhr fort: „Ich kenne meine Fehler, und sie bereiten mir großen Kummer. Nur um meine ledernen, faltigen Füße nicht immer sehen zu müssen, trage ich den Kopf so hoch, daß du mich für stolzer als den Sultan halten konntest. Du siehst nur meine Häßlichkeiten.“ Er schlug ein Rad, in dessen prachtvollem Farbenspiel sich die Sonnenstrahlen badeten. „Vor meinen Vorzügen und meiner Schönheit verschließt du die Augen. Was du häßlich nennst, bewundern die Menschen an mir! Warum siehst du mich nicht so, wie ich bin?“



(Nach P. Eteessami, persische Dichterin)

Narzissmus in seiner physiologischen und psychopathologischen Dimension

von Prof. Dr. med. Raymond Battagay, aus der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel

Seit den bahnbrechenden Forschungen von *Heinz Kohut (1971/73/77)* wurden unsere Kenntnisse in bezug auf den Narzissmus gewaltig erweitert. Es wurde, wie es allerdings schon in biblischen Zeiten bekannt war, wieder erkannt, daß die Selbstliebe zum normalen Menschen gehört und nur bei deren Beeinträchtigung kompensatorisch jene Phänomene auftreten, die *Sigmund Freud (1963)* als sekundär narzisstische betrachtet hat und im Volk etwa dem Narzissmus überhaupt gleichgesetzt wurden.

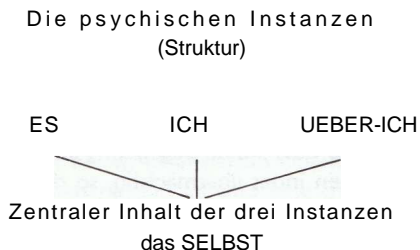
Kohut (1971/73/77) machte uns auf Kompensation bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen aufmerksam, die etwa mit dem Narzissmus als solchem verwechselt werden. Die narzisstische Persönlichkeitsbeeinträchtigungen bezeichnen wir synonym als narzisstische Neurosen, so lange sie in ihrer Dynamik einer Neurose entsprechen bzw. nicht von der Gefahr einer durch Ich-Schwäche bedingten Desintegration begleitet sind. Damit entfernen wir uns von der Gebrauchsweise des Begriffs „narzisstische Neurosen“ durch *Sigmund Freud (1963)*, der ihn immer nur auf Psychosen bezogen verwendete. Die verbreitetsten Kompensationen eines gestörten Narzissmus sind:

- 1) Größenvorstellungen (das Größenselbst),
- 2) die Idealisierung einer Bezugsperson (eines Selbstobjektes) und die phantasierte Fusion mit einer solchen,
- 3) die unterschiedlichen Formen der Spiegelbeziehung bzw. -übertragung (z.B. nach dem Typ des alter-ego ▶).

Bevor wir auf die narzisstischen Persönlichkeitsbeeinträchtigungen oder Neurosen eingehen, sei es gestattet, einen Blick auf ein psychoanalytisches Persönlichkeitsmodell zu werfen, wie es sich nach den Forschungen über den Narzissmus ergibt.

Das Ich gehört mit dem Es und dem Über-Ich zu den psychischen Instanzen, die zusammen, wenn man so will, als Bausteine, die psychische Struktur bilden. Das Selbst ist nicht den Instanzen, also nicht den Bausteinen zuzuzählen. Es stellt vielmehr eine in allen drei Instanzen wurzelnde zentrale Repräsentanz des Individuums, man könnte sagen das entscheidende Füllmaterial der drei Instanzen, dar.

Schema:



Das Selbst entspricht demnach jenem Teil von Ich, Es und Ober-Ich, der kompaßartig dem Individuum eine — dauerhafte — Richtung gibt. Es ist jene Repräsentanz, die dem

Individuum den Eindruck eines ganzen Zusammengehörigen und die den einzelnen Instanzen und der Gesamtperson ihre narzisstische Energie, ihre narzisstische Libido vermittelt. Nur bei intakter narzisstischer Libido kann eine Objekt-Libido bzw. eine Objektbeziehung vom Ich ausgehen. Das Ich besitzt nur dann genügend Energetik. Das Selbst wäre in dieser Sicht der Sitz des Narzissmus, der „Eigenliebe“, wobei wir mit *Kohut (1971/73)* einig gehen, wenn wir als Voraussetzung zum Gesundsein eines Menschen einen gesunden Narzissmus annehmen. Ein pathologischer Selbstbezug würde sich unter diesem Aspekt dann entwickeln, wenn das Selbst infolge ungenügender Erfahrung von elterlicher Gefühlswärme und Zuwendung rudimentär bleibt und deshalb kompensatorisch eine übermäßige Ausrichtung auf dieses — schwache — Selbst oder auf vom Selbst nicht als vollkommen von ihm getrennt erlebte Objekte notwendig wird.

Wenn wir von den kompensatorischen Tendenzen bei geschwächtem Selbst gesprochen haben, so müssen wir aber auch wissen, daß in einem Mittelbereich alle drei Kompensationsarten durchaus physiologischen Mechanismen entsprechen. Wir denken, daß es durchaus im Bereiche der Norm liegt, einmal eine Größenvorstellung in bezug auf sich selbst zu hegen, wenn z.B. etwas geglückt ist. Sollte eine solche Phantasie überhaupt nicht möglich sein, oder wird sie übermäßig, dann erst werden wir von einem psycho-pathologischen Phänomen sprechen.

Das Gleiche gilt für die phantasierte Fusion. Ohne daß es einem Individuum möglich ist, seinen Narzissmus auf eine andere Person, ein Objekt auszudehnen, würde es sich nicht für sie bzw. es interessieren. Als Vorstufe der reifen Objektbeziehung, die immer eine gewisse aktive, wenn auch zum Teil unbewußt verlaufende Ich-Leistung, nämlich eine gewisse Identifikation erfordert, geschieht die Ausdehnung der narzisstischen Libido auf ein Objekt ohne Dazutun des Ich, ohne aktive Ich-Leistung. Diese Ausdehnung des Narzissmus auf das Objekt entspricht der Art der Bezugnahme der frühen Kindheit, in der das Kleinkind nicht zu unterscheiden vermag zwischen sich selbst und der Mutter, in der also die Mutter zur kindlichen Welt so innig gehört, daß man von einer Fusion sprechen kann. Die Möglichkeit zu dieser Art frühkindlicher Beziehungs-nahme bleibt während des ganzen Lebens erhalten. Es baut sich aber darauf eine reife Kommunikation auf, bei der, als Produkt einer aktiven Ich-Leistung, das Objekt als solches getrennt vom Subjekt erlebt wird. Wer seinen Narzissmus gar nicht auf das Objekt ausdehnen kann, oder wer umgekehrt in totaler Abhängigkeit von bzw. in totaler Fusion mit einem Objekt lebt, muß als narzisstisch beeinträchtigt angesehen werden.

Ebenso ist eine gewisse Spiegelbeziehung bzw. -übertragung zu anderen Menschen als physiologisch zu betrachten. Jedermann erkennt in den ihn Umgebenden bis zu einem gewissen Grade spiegelbildliche Züge. Wäre diese Tendenz nicht vorhanden, so käme vielleicht keine Gruppenbildung oder keine Begegnung überhaupt zustande. Wird diese Neigung zu Spiegelübertragungen indes übermächtig, so darf von einem psychopathologischen Phänomen gesprochen werden.

Kernberg sieht keine solchen Übergänge zwischen einem gesunden, normalen Narzissmus und einem pathologischen. Als normalen Narzissmus definiert er die libidinöse Besetzung des Selbst. Das Selbst betrachtet er als eine intrapsychische Struktur, die

aus multiplen Selbstrepräsentanzen und ihren auf sie bezogenen Gefühlen bestehe. *Kernberg* sieht das Selbst als einen Teil des Ich an, welches zusätzlich die Objektrepräsentanzen, wie auch die idealisierten Selbstbilder und die idealisierten Objektbilder auf verschiedenen Stadien der Abstraktion und der Integration enthalte. Einen pathologischen Narzissmus sieht er in keinem Zusammenhang mit dem normalen. Beim pathologischen Narzissmus sei der hauptpathogene Faktor die Identifikation des Selbst mit einem Objekt, wobei das Selbst auf ein äußeres Liebesobjekt projiziert werde, das für das Selbst stehe. Dieser Typ von Objektbeziehung stelle einen qualitativ vollkommen anderen Typ der narzisstischen Beziehung dar als der gesunde Narzissmus.

Die Objektbeziehung sei dabei natürlich gestört. Noch schwerwiegender könne die Störung sein, wenn die Beziehung nicht mehr eine Sache zwischen dem Selbst und dem Objekt ist, sondern eine solche zwischen einer grandiosen Selbstvorstellung und der temporären Projektion dieses grandiosen Selbst auf ein Objekt.

Kernberg sieht drei Stufen der narzisstischen Pathologie, die keinen Bezug zur normalen Psychologie des Narzissmus hätten:

- 1) die Regression von einem normalen erwachsenen auf einen normalen infantilen Narzissmus,
- 2) die Beziehung zu einem Objekt, das das Selbst repräsentiere, während sich das Selbst mit dem Objekt identifiziere.
- 3) die Beziehung eines grandiosen Selbst zu einem auf das Objekt projizierten Selbst.

Sicher sei an diesen Bindungen die Objektbeziehung gestört. Ungleich *Kohut* sieht *Kernberg* die zwischenmenschliche Beziehung beim narzisstisch Beeinträchtigten nicht mehr als eine solche vom Selbst zum Objekt oder vom Objekt zum Selbst, sondern als eine solche vom Selbst zum Selbst an. Eine Objektbeziehung ist also unter dieser Sicht nicht mehr möglich, eine narzisstische Beziehung würde die Objektbeziehung ersetzen. Doch scheint uns die *Kohut'sche* Auffassung den klinischen Tatsachen eher zu entsprechen, die doch immer wieder annehmen lassen, daß fließende Übergänge zwischen normalem und pathologischem Narzissmus, d.h. zwischen jenen psychologischen Vorgängen, die bei Gesunden zu erkennen sind, und jenen, die bei narzisstisch Beeinträchtigten zur Beobachtung gelangen.

Beeinflußt durch falsch verstandene religiöse Schriften, galt es in unserem Kulturkreis lange als verpönt, ein Selbstwertgefühl zu entwickeln und zu zeigen. Die Selbstlosigkeit wurde geradezu zum Ideal erhoben. Das Wort Narzissmus wurde nur als der üble Eigenbezug verstanden. Wo kein Opfermut und keine Demut offenbar wurden, sprach man von Egoismus und Eitelkeit. Die Medizin und die Psychologie haben in den letzten Jahren aber erkannt, daß gerade jene Menschen, die kein gesundes Selbstvertrauen entwickelt haben, zu den Kompensationsmechanismen der Grandiositätsvorstellung, der phantasierten Fusion mit einem idealisierten Objekt und der Spiegelbeziehung zu den sie umgebenden Menschen neigen. Es sind jene Größenvorstellungen, die zu den bekannten, persönlichen und historischen Fehlentwicklungen geführt haben, jene Idealisierungen von Selbstobjekten, die es bedingt haben, daß ganze Völker fehlgeleitet wurden und jene Spiegelbeziehungen, die zu den unheilvollen Kumpaneien beitrugen, welche das 20. Jahrhundert mit dem Odium belastet haben, eine Zeit des Rückfalls in die Barbarei gewesen zu sein. Wir sind also dazu gekommen, daß ein gesundes Selbst-

wernerleben zu jedem Menschen gehört, ein gesunder Narzissmus physiologisch ist, falsche Selbstlosigkeit und Demut aber gerade zu jenen verhängnisvollen Kompensati-onen lückenhafter Selbststrukturen führen kann, die den Menschen persönlich und die Menschheit als Ganzes bedrohen.

Adolf Portmann (1944) hat gezeigt, daß das Menschenkind als „physiologische Früh-geburt“ zur Welt kommt. Nachdem es im Vergleich zu den Primaten und anderen Ver-tretern des Tierreiches den Mutterleib zu früh verläßt, wird es in einen „sozialen Ute-rus“ aufgenommen. Je nach dem, ob die Umgebung dieser Notwendigkeit entsprechen kann oder nicht, wird sich das Kind unauffällig oder aber gestört entwickeln. Es ist für den Säugling, der das warme Milieu des körperlichen Uterus verläßt, wichtig, weiterhin von außen her Wärme, physikalische wie aber auch emotionale, zugeführt zu erhalten. Dem Neugeborenen ist eine eigenständige Wärmeregulation nicht möglich, und er muß deshalb von außen her warm gehalten werden. Aber auch die ihm zukommende emotionale Wärme ist für das Kleinstkind unabdinglich. *Rene Spitz (1960/1965)* hat bei seinen berühmt gewordenen Beobachtungen in einem Findelhaus an Säuglingen, die vorher drei Monate lang durch ihre Mütter aufgezogen wurden, festgestellt, daß

auch bei äußerlich tadellosen Verhältnissen, wenn ein Mangel an mütterlicher Zuwen-dung besteht, die Symptome des Hospitalismus, eines apathisch-depressiven Zustands-bildes, einer sogenannten „anaklitischen Depression“, und des Marasmus auftreten können. Das Leiden kann bis zum Tode des Kindes gehen, wenn der Säugling nicht ge-nug affektive Wärme durch eine Mutter oder einen entsprechenden Ersatz erhält. Von den durch *Spitz* beobachteten Kindern starben 34 von 91, d.h. 37% innerhalb von zwei Jahren. Für das gesunde Aufwachsen, ja sogar das Überleben in der Kindheit ist also physikalische und emotionale Wärme notwendig.

Sigmund Freud (1917/1961) hat wohl die Oralität überschätzt, wenn er als erste Phase der Kindheit die orale genannt hat. Zwar ist naturgemäß die Ernährung durch den Mund, das Gestilltwerden, ein außerordentlich wichtiger Triebbefriedigungsvorgang. Doch dürfte zumindest im ersten Lebenshalbjahr, in dem die Wärmeregulation durch den Säugling nicht selbst vollzogen werden kann und in dem das intrauterine Leben außerhalb des Mutterleibes beinahe unverändert fortgesetzt wird, die taktile Beziehung zur Umwelt mindestens ebenso wesentlich, wenn nicht noch lebensentscheidender sein. Wir sprechen deshalb von dieser Zeit als der *taktilen Phase* der Entwicklung. Bekannt-lich zeigte sich in den Experimenten der beiden *Harlows (1962, 1964, 1967)*, daß jun-ge Affen, welche bei einem Muttersurrogat aufwachsen, das mit einem synthetischen Fell (Terrycloth) überzogen war und Milchflaschen statt Brüste anbot, weitgehend unauffällig aufwachsen. Affen jedoch, denen nur eine Eisendrahtattrappe mit Milch-flaschen als Ersatzmutter zur Verfügung gestellt wurde, vermochten sich nicht unge-stört zu entwickeln. Die Affen, die durch die Fellersatzmutter ernährt wurden, entwik-

keltten emotionale Beziehungen, wie wir sie von jungen Affen zu ihrer leiblichen Mutter kennen. Sie kletterten an ihr hinauf, klammerten sich an sie und suchten bei ihr Schutz vor Gefahr. Bei den Äffchen, die nur die „Eisendrahtmutter“ kannten, kam es zu einer völlig emotionslosen Beziehung, und die Jungen suchten keinen Schutz beim Muttersurrogat, wenn sie in Gefahr standen. Auch war die Fortpflanzung der Tiere, die mit dem Eisendrahtgestell aufwachsen, gestört, im Unterschied zu den Verhält-nissen bei den Äffchen, die bei der Fellmutter groß wurden. Diese Tierbeobachtungen zeigen, wie wichtig die taktile Beziehung zumindest für das Aufwachsen der Affen ist. Obschon wir keine Analogieschlüsse zu den menschlichen 10

können wir, unter Berücksichtigung der Verhältnisse bei den Menschen, feststellen, daß der Hautkontakt mit dem Säugling mindestens ebenso wichtig ist, wie die orale Ernährung.

Schon aus dem Gesagten wird klar, wieviele Versagungen die Säuglinge in unserem Kulturkreis, der gegenüber der Berührung weitgehend tabuiert ist, erfahren müssen. Die taktile Beziehung, die für ein gesundes Selbstwernerleben so entscheidend ist, wird nicht genügend beachtet, und es kommt daher dazu, daß viele der modernen Menschen sich zu wenig geborgen fühlen und zu wenig Urvertrauen in sich verspüren (*Erikson, 1965*). *Benedetti (1976)* verdanke ich die Mitteilung über neue Experimente, wohl der *Harlows*, die zeigten, daß die Störung bei Äffchen, die an einem Eisendrahtmutterstrog aufwachsen, weit weniger ausgeprägt waren, wenn sich das Drahtgestell bewegte. Man muß daher annehmen, daß neben dem taktilen Reiz unter anderem auch der Bewegung des Objektes eine wesentliche Rolle für eine gedeihliche Entwicklung der Affen zukommt. Wir wissen von den Versuchen von *Rene Spitz (1960)*, daß eine Gesichtsmaske bei einem 3-Monate alten Säugling nur dann zum Lachen führt, wenn sie bewegt wird. Offenbar löst (äußere) Bewegung beim Menschen (innere) Bewegtheit aus. Diese äußere Bewegung, als Begleitung von Kinderliedern durch die Mutter etwa mit den Händen vollzogen, oder durch Wiegen des Kindes herbeigeführt, scheinen also wesentliche Voraussetzungen für das narzisstische Wohlgefühl des Säuglings zu sein. Es bedarf offenbar dieser Bewegung auch, um das Kind für die Außenwelt zu interessieren. Das Kind möglichst reinlich in einem Kinderbettchen liegen zu haben, genügt also nicht. Schon früh ist die Notwendigkeit gegeben, das Kind zu bewegen, wenn es innerlich jene Bewegtheit und die narzisstische Erfüllung erhalten soll, die für ein gedeihliches Selbstwernerleben unabdinglich sind.

Margareth Mahler (1972) spricht von der Symbiose des Säuglings mit der Mutter in den ersten Lebensmonaten: „Bei der menschlichen Spezies ist die Funktion der Selbsterhaltung und die Ausrüstung dafür verkümmert. Das rudimentäre Ich des neugeborenen Kindes und des Säuglings muß durch die emotionale Verbindung, die durch Pflege und Fürsorge der Mutter hergestellt wird, das heißt durch eine Art sozialer Symbiose, ergänzt werden.“ Die Autorin weist darauf hin, daß der Säugling die Mutter benötige, einerseits als spiegelbildlicher Bezugsrahmen, andererseits um mit ihr eine „Zweieinheit“ zu bilden. Allerdings sind wir der Ansicht, daß das Wort „Symbiose“ den Sachverhalt nicht ganz richtig wiedergibt. Das Kind wird in der 1. Lebensphase nicht nur passiv am Leben der Mutter teilnehmen, sondern von ihr auch eine aktive, liebende Zuneigung erfahren müssen. Das Kleinkind bedarf nach der Geburt in einem aktiveren Sinne der nährenden Wärme der Mutter als sie bei einer bloßen Symbiose gegeben wäre. Das Mittragen des Kleinkindes auf dem nackten Leibe der Mutter in gewissen Kulturen dürfte ihm einerseits jene Wärme vermitteln, die ihm Sicherheit und Urvertrauen in die mitmenschliche Präsenz vermitteln, andererseits ihm aber auch unbewußt aufzeigen, daß es gegenüber der Umwelt abgegrenzt und eigenständig ist.

Edith Jacobsen (1973) macht darauf aufmerksam, daß das Kind in frühen Lebensphasen nur Sensationen unterscheiden kann, die Lust oder aber Unlust im Gefolge haben. Die damit verbundenen Triebmanifestationen bezeichnet die Autorin als narzisstische. Diese Triebstrebungen sind, nach *Jacobsen*, nicht nur nach dem Inneren, auf sich selbst, sondern von Geburt an, auch nach außen gerichtet. Diese nach außen gerichtete-

ten Triebentladungen sind, nach dieser Autorin, Vorläufer der nach den Objekten gerichteten Triebtendenzen. In dieser frühen Phase der Entwicklung würde dementsprechend eine Voraussetzung zu einem gesunden Narzissmus und zu unbeeinträchtigten Objektbeziehungen geschaffen. Diesem gemeinsamen Ursprung von Narzissmus und Objektbeziehungen entspricht, daß, nach unserer Beobachtung, als Voraussetzung zu einer Objektbeziehung stets eine Ausdehnung des Narzissmus auf das Objekt vorzugehen muß. *Argelander (1972)* spricht davon, daß der (primäre) Narzissmus einen klinisch nicht faßbaren psychischen Urzustand kennzeichne, von dem aus die ersten Objektbesetzungen mit Libido erfolgten. Dieser Autor nimmt dabei ebenfalls an, daß der narzisstische Bezug zur Umwelt eine Voraussetzung für die Objektbeziehungen ist.

Gelingt es einem Menschen nicht, diese seine narzisstische Libido auf eine Objekt aus-zudehnen, so ist ihm also keine Objektbeziehung möglich. Nur wenn es ihm gegeben ist, einen Mitmenschen in sein Eigenleben miteinzubeziehen, wird ein Bezug zu ihm überhaupt möglich sein. Vermag ein Mensch diese Ausdehnung des Narzissmus auf den anderen nicht zu bewerkstelligen, so wird er sich nicht für ihn interessieren. Erst auf dieser Basis kann sich eine reifere Beziehung entwickeln, die immer eine mehr oder weniger weitgehende Identifikation mit den anderen erfordert. Eine Identifikation kann aber nur dann eintreten, wenn die Einfühlung in das Objekt als aktive Ich-Leistung erfolgt. Die Ausdehnung des Narzissmus auf das Objekt wäre demgegenüber nur eine Fusionserscheinung, man könnte, bildlich gesprochen sagen, eine amöboide Ausdehnung des Selbst auf ein Objekt. Bei der Identifikation hingegen ist, wie gesagt, eine, wenn auch oft im wesentlichen unbewußt verlaufende, aktive Ich-Anstrengung notwendig. Sie stellt dementsprechend, wie erwähnt, einen reiferen Vorgang dar als die Ausdehnung des Narzissmus auf das Objekt. Die Identifikation gehört zu den Abwehrmechanismen, die *Anna Freud (1964)* beschrieben hat. Sie sind das Resultat aktiver Ich-Betätigung und dienen dazu, die auftretenden Triebe so zu lenken, daß der Mensch ein sozialisiertes Leben zu führen vermag. Identifikation seit eine Ich-Reife voraus und entspricht, auch als Abwehrmechanismus betrachtet, nicht nur einem psychopathologischen, sondern einem durchaus physiologischen Phänomen, das zur integrierten Lebensbewältigung nötig ist.

Ist einem Individuum die Fusion mit einem Objekt in der Phantasie bzw. die Erweiterung des Narzissmus auf ein anderes Objekt oder auf eine Gruppe in keiner Weise möglich, so liegt eine Störung im Bereiche des Narzissmus vor. Tritt aber umgekehrt eine Neigung zu einer totalen Fusion mit einem Objekt in der Vorstellung eines Individuums und eine Abhängigkeit davon ein, so liegt ebenfalls eine narzisstische Beeinträchtigung vor. Der Normbereich liegt in einem gesunden Mittelmaß der Möglichkeit der Ausdehnung des Narzissmus und der Fusion einerseits sowie der Abgrenzung gegen das Objekt andererseits.

Kohut sieht in seinem neuesten Werk (1977) den Kern der narzisstischen Störung in einer mangelhaften Struktur des Selbst, in einem Defekt im Selbst. Diese Menschen .eean an spezifischen Störungen im Bereiche des Selbst und neigen dazu, keine Grenzen zu arctuischen, idealisierten Objekten, sogenannten Selbstobjekten (*Kohut 1971/ 1973*) zu erleben. Diese Individuen sind also an frühe, idealisierte Objekte fixiert. Sie **xr>b-gen sie** als Kompensation für ihren Selbstdefekt und vermögen ihn so bis zu ei-ein gL>* ss,-- **Grade zu kompensieren**. Bei einer derartigen Fixierung an ein

einem psychopathologischen Phänomen gesprochen werden. Eine gewisse Neigung zur Fusion mit einem Objekt muß indes, wie gesagt, als physiologisch betrachtet werden, denn, ohne eine solche Selbstausdehnung, ohne diese archaische Grundlage, ließe sich eine reifere Objektbeziehung nicht aufbauen.

Kohut (1977) weist darauf hin, daß die kompensatorischen Mechanismen bei narzisstisch Gestörten mit einem gewissen Erfolg den Selbstdefekt zu überbrücken vermögen, im Gegensatz zu reinen Abwehrmechanismen, die lediglich dazu dienen, Triebe abzuwehren und sie vom Ich abzuhalten, damit sie auch nicht narzisstisch besetzt werden müssen.

Bei einer Störung im narzisstischen Bereich sind aber auch andere kompensatorische Vorgänge möglich. Diese Menschen neigen dazu, an infantile Grandiositätsvorstellungen in bezug auf sich selbst fixiert zu bleiben. Der in seinem Selbst Geschädigte vermag, mittels Reaktivierung seines kindlichen Größenselbst, einer magischen Omnipotenzphantasie (*Margareth Mahler, 1972*), den Defekt in seinem Selbst zu überbrücken. Die narzisstisch Beeinträchtigten sind auf dieses kindliche Größenerleben fixiert. Sie verlegen die Fiktion von Vollkommenheit und Macht in sich selbst und wenden sich von der Außenwelt ab. Verschiedene Formen solcher Größenvorstellungen treten auf. In der Psychoanalyse dieser Patienten wird der Analytiker gewöhnlich als eine Bestätigung des grandiosen Selbst erlebt.

Bei narzisstisch Beeinträchtigten können auch andere Kompensationen auftreten. So werden etwa narzisstisch besetzte Objekte als dem Größenselbst ähnlich oder gleich erlebt. Diese Formen der Übertragung, die *Kohut (1971/1973)* als Spiegelübertragung bezeichnet, dienen dem narzisstisch Gestörten ebenfalls dazu, seinen narzisstischen Defekt zu überbrücken. Es wird damit offenbar versucht, jenen spiegelbildlichen Bezugsrahmen (wieder) herzustellen, der in frühester Kindheit (ungenügend) gegeben war. Wir betrachten die Spiegelübertragung also als eine weitere Form der narzisstischen Kompensation und ordnen sie, nicht wie *Kohut*, einfach der Tendenz eines Größenselbst zu. Zwar ist es oft so, daß die Tendenz zu Grandiositätsvorstellungen zu einer Spiegelübertragung führt, doch haben wir nicht selten schon beobachtet, daß Spiegelübertragungen auch dann auftreten, wenn sich ein narzisstisch gestörter Mensch völlig verunsichert fühlt und keinerlei kompensatorische Größenideen hegt. Der vermeintlich Gleichartige soll seine Verlassenheits- und Einsamkeitsängste vermindern helfen. Obschon die narzisstischen Neurotiker in der Regel bedeutend Ich-stärker sind als Schizophrene, sehen wir doch auch bei diesen Menschen, daß das Erleben des vermeintlich gleichartigen Partners — wie es nach *Benedetti* bei Schizophrenen ganz extrem der Fall ist — hilft, die intrapsychische Integration aufrechtzuerhalten. Das auf den anderen Projizierte kann besser erkannt und gefaßt werden, so daß dem Ich die Integration dieser Persönlichkeitsanteile besser gelingt als zuvor.

Trotz den erwähnten drei Arten der Kompensation bleiben die Betroffenen in ihrem Selbst beeinträchtigt, kränkbar und damit verwundbar. Ihre Kompensationstendenzen sind sehr brüchig. Wie *Kohut (1971/1973)* feststellt, erlernen die narzisstisch Gestörten in der prägenitalen Phase der Entwicklung auch nicht die grundlegenden neutralisierenden Kräfte gegenüber sexuellen Triebtendenzen. Die Sozialisation wird dadurch erschwert, daß infolge mangelnder Selbstidentität die Sexualität nicht entsprechend den sozialen Normen integriert wird. Dieser Umstand kann zu „sexualisierten“ Beziehungen dieser Menschen zu narzisstisch besetzten Objekten führen, so daß sie immer wie-

der vor dem Kontakt zurückschrecken. Die Sexualität bringt dann nicht Nähe mit sich, sondern sie trägt damit Abwehrcharakter. Der hintergründig ersehnte, aber doch befürchtete Kontakt zum Objekt wird so durch die Sexualität als gefährlich erlebt und kann abgewehrt werden.

Die besprochenen Kompensationen treten, wie wir am Beispiel der Erweiterung des Narzissmus, der Fusion, gezeigt haben, nicht nur als pathologische Phänomene auf, sondern auch als physiologische, wenn sie in einem mittleren Bereich liegen. Es kann dementsprechend in gewissen sozial begünstigten Situationen, wie beispielsweise bei emotionalen Belastungen oder aber auch bei freudigen Anlässen, zu einer Überschätzung der Eigenkräfte kommen, die durchaus einem Größenselbst entspricht. Im Liebesleben und besonders beim Orgasmus tritt eine solche Wiederbelebung eines archaischen Größenselbst auf. Auch können wir beobachten, daß bei der Bewältigung von großen Aufgaben etwa auch physiologischerweise das Gefühl aufkommt, daß die anderen Gleichartiges erstreben, sich spiegelbildlich verhalten, wenn es auch keineswegs der Fall ist. Es ist diese Spiegelübertragung, die es bedingt, daß der Mensch immer wieder große Aufgaben übernimmt, wobei er später bald „ernüchtert“ wird, enttäuscht ist und dann den Eindruck gewinnt, daß er von den anderen nicht unterstützt wird.

Können diese Menschen aber nur leben, wenn diese Kompensationen voll zum Zuge kommen, so liegt ein narzisstischer Defekt vor, der eine Behandlung erfordert. Jedoch auch dann können die Menschen als narzisstisch gestört gelten, wenn keinerlei solche Fusionen, keinerlei Selbstüberwertung oder keine Spiegelübertragung möglich ist.

Man kann noch weitere narzisstische Kompensationsphänomene, so z.B. die süchtige Einverleibung von Objekten. Unter dem Begriff Sucht verstehen wir das Vorhandensein eines unstillbaren und unwiderstehlichen Verlangens nach - wenigstens scheinbarer - Überwindung der dem Individuum in der sozialen Realität gesetzten Schranken mit Hilfe von Mitteln oder Handlungen, die in der Phantasie der Betroffenen zur Überwindung des bzw. zur Fusion mit einem idealisierten Objekt, mit einem idealisierten Selbstobjekt, zum Entstehen eines Größenselbst oder zur Förderung von Spiegelübertragungen dienen sollten. Dadurch sollten Lustgewinn, Unlustverhütung, Vermineralisierung sozialer und psychischer Distanz wie auch Leistungssteigerung erzielt werden. Die davon betroffenen Menschen versuchen die Grenzen, an die sie stoßen, kompromittiert mit Hilfe von Suchtmitteln oder süchtiger Handlungen zu überschreiten. Konstitution, individuelle Lebensgeschichte, insbesondere mangelnde Anerkennung und ungenügende Bestätigung in der Kindheit, wie auch aktuelle Ereignisse mit dadurch resultierenden bewußten oder unbewußten Konflikten sind die Grenzen, die diese Menschen kompensatorisch zu überwinden suchen. Die Sucht zur süchtigen Korrektur der Realität entspringt also nicht nur, wie früher angenommen wurde (Rado, 1926, 1975), einer oralen Fixierung bzw. einem Zukunftsverweilen bzw. einer Verwöhnung in diesem Bereich während der frühen Kindheit, sondern auch einem narzisstischen Defizit. Die Sucht stellt einen Selbstheilungsversuch dar. Bei unseren Untersuchungen Süchtiger hat sich gezeigt, daß sie in der Regel von ihrer frühesten Jugend her schwer geschädigt sind. Sie bleiben deshalb ständig darauf aus, jene Zuwendung und Umsorgung noch zu erfahren, die sie nie erhalten haben, d.h. sie suchen ständig nach einem Objekt, das ihr defektes Selbst stärken könnte. Das Mittel, das sie süchtig einnehmen bzw. die Objekte, die sie in ihrer Sucht anstreben, sollten ihnen zur Stärkung ihres Selbst dienen. Bei der süchtigen Alkohol-

einnahme kommt hinzu, daß sie durch die damit erzielte — vorübergehende — Gefäßweiterung von innen heraus ein wärmendes Gefühl erfahren, das — temporär — ihr leeres Selbst mit Wärme zu versehen mag. Es wird ihnen dabei nicht bewußt, daß sie trotz der damit verbundenen Kalorienzufuhr insgesamt mehr Wärme abgeben als einnehmen. Die — passagere — Hyperämie gibt ihnen — zumindest temporär — den Eindruck, von der Außenwelt mehr wärmende Aufmerksamkeit zu erlangen. Wenn etwa im Dialekt das Alkoholtrinken als „mämmele“ bezeichnet wird, dringt die orgle, wohl aber auch die narzisstisch-wärmende Bedeutung des Trinkens durch. Da diese Alkoholwirkung, wie dargelegt, eine vorübergehende ist, drängt es diese Menschen schon aus diesem Grund, immer weiter zu trinken. Sie werden schließlich psychisch abhängig von der Wirkung des Alkohols. Es entsteht eine Konditionierung, die es bedingt, daß sie auf jede Frustration mit entsprechender narzisstischer Kränkung zum Trinkglas greifen. Schließlich kommt, nach Jahren, zunehmende Toleranz und körperliche Abhängigkeit vom Alkohol hinzu. Einerseits können sie nun aus körperlichen Gründen auf das Suchtmittel nicht mehr verzichten und andererseits benötigen sie immer höhere Alkoholmengen, um die erstrebte Wirkung zu erzielen.

Sich mit Hilfe von materiellen Gütern bzw. der Sammlung von Objekten mehr Selbstgeltung zu verschaffen ist eine allgemeine menschliche Tendenz. Übersteigt aber das Bedürfnis nach Einverleibung von Objekten (*Freud*, 1916/1963, *Sattegay*, 1964, *Rado*, 1926/1975 u.a.) ein bestimmtes Maß, und ist es gar unersättlich, so sprechen wir von einer Sucht. Das süchtige Verlangen entspricht im Grunde der von *Kohut* (1971/1973) bei narzisstisch Gestörten beschriebenen Fusion mit einem Objekt, wobei aber mit dem Wort „Sucht“ eigentlich ein aktiveres Bemühen um das Objekt bezeichnet wird.

Die narzisstisch Gestörten bemühen sich also während ihres ganzen Lebens, jene Sicherung durch Objekte zu erlangen, die sie in ihrer Kindheit nicht erfahren haben.

So war es bei einer 19-jährigen, unehelich geborenen Patientin der Fall, die uns in äusserster Not aufgesucht hat. Sie litt unter schwersten, sich vermehrenden Angstattacken und schweren depressiven Verstimmungen. Ihr Gefühl, innerlich leer und tot zu sein, quälte sie zunehmend. Sie berichtete über Minderwertigkeitsgefühle und die Idee, wertlos zu sein. Schließlich ängstigten sie zwanghaft sich ihr aufrägende Vorstellungen, sie müsse ihrem 28-jährigen Freund ein Messer in den Rücken stecken. Wegen ihrer Konzentration auf ihre Störungen sei sie nicht in der Lage, Kontakte zu anderen Personen aufzunehmen oder einer Berufsarbeit nachzugehen.

Bei der Erfragung der Heredität stellte sich heraus, daß ein Muttersbruder dem Alkohol zugesprochen hatte und wegen verschiedener Delikte vorbestraft war. Die 39-jährige Mutter sei launisch, unberechenbar und egozentrisch. Schon von früher Kindheit an habe die Patientin die Mutter dem Stiefvater gegenüber decken müssen, wenn außereheliche Beziehungen im Gange gewesen seien. Sie habe beispielsweise sagen müssen, die Mutter sei einkaufen gegangen oder besuche eine Freundin. Die Patientin ist das älteste von drei Geschwistern, wobei die zwei jüngeren nur die Mutter mit ihr gemeinsam haben. Zur drei Jahre jüngeren Schwester ist ihr Verhältnis ambivalent. Am 6 Jahre jüngeren Bruder hängt sie sehr stark. Die ersten drei Lebensjahre wuchs sie bei den Großeltern mütterlicherseits auf. Die Großmutter verhielt sich kühl und distanziert. Als die Patientin drei Jahre alt war, heiratete die Mutter ihren jetzigen Mann. Die Patientin erlebte die elterlichen Verhältnisse als „tostlos und düster“. „In diesem Ar-

meleutequartier gab es nur Rauch, Dreck, Armut, ewige Streitereien zwischen den Eltern, Schlägereien. Ich habe immer das Bild von Hinterhaushöfen, Armut, Allein-sein und Angst vor mir". Sie erinnert sich, daß sie seit frühester Kindheit Tagträume-rien nachgegangen sei. Ihre Vorstellung sei jeweils dahin gegangen, „in einem warmen Lande, wo die Sonne scheint", zu leben. In diesen Phantasien sei ihr vor allem wichtig gewesen, daß sie von den Menschen angenommen und geliebt worden sei. Doch sei sie, wie sie in der Anamnesenerhebung sagte, in Wirklichkeit „ein Niemand" gewesen: „Ich wußte nicht, wohin ich gehöre. Keiner kümmerte sich um mich, und keiner mochte mich. In den Phantasien aber war ich jemand, geliebt und akzeptiert". Je weiter sie diese Phantasien ausgebaut habe, umso enttäuschender sei allerdings die Realität ge-worden. Die Phantasien seien aber letztlich die einzige Möglichkeit gewesen, den trost-losen, sie so bedrückenden Verhältnissen zu entfliehen. Auch hinsichtlich des Essens hätten sich die Eltern äußerst streng und versagend verhalten. Der Stiefvater habe ihr die Kosten dafür vorgehalten. Die Mutter habe den Grundsatz vertreten, daß man nur das Allernötigste zu sich nehmen sollte, um nicht dick zu werden. In der Schule suchte sie immer Anschluß, doch sie fand nie die gewünschte Anerkennung, blieb stets eine Außenseiterin. In den letzten Schuljahren habe sie sich mit einem um fünf Jahren äl-teren Mädchen angefreundet, das viele Beziehungen zu Männern unterhalten und sehr viel geraucht habe. Wo immer die Freundin hingegangen sei, auch zu deren Freunden, sei sie ihr gefolgt. So sei sie, die Patientin, in einen schlechten Ruf geraten, obwohl sie selbst keine sexuellen Kontakte mit den betreffenden Männern unterhalten habe. Bei den Freunden der Freundin habe sie sich aber recht wohl, angenommen, gefühlt. Schockiert sei sie allerdings gewesen, als einer dieser Männer einen Versuch unternom-men habe, sich ihr intim zu nähern. Geradezu süchtig habe sie die Anerkennung „ein-gesaugt", die ihr von den Lehrern zuteil geworden sei. In den letzten beiden Schuljah-ren habe sie einen Lehrer gehabt, der sich ihr gegenüber sehr nett und verständnisvoll verhalten habe. Von seinem Urteil und seinem Lob sei sie abhängig gewesen. Es sei ihr indes unheimlich gewesen, wenn sie in der Klasse seinen Blick auf sich habe ruhen fühlen. In keinem Beruf habe sie Fuß fassen können. Irgendwelche Anordnungen und Hinweise ihrer Vorgesetzten hätten sie zutiefst verletzt.

16-jährig (1974) lernte sie einen Archäologiestudenten kennen. Von diesem jungen Manne, der privilegierteren sozioökonomischen Verhältnissen entstammt, erfuhr sie zum ersten Mal in ihrem Leben jene Zuwendung und Liebe, die sie sich erwünscht hatte. Er war es auch, der sie in ihren unsicheren Autonomiebestrebungen unterstütz-te und ihr half, von zuhause auszuziehen. Seither lebt sie mit ihm zusammen. Sie klam-merte sich von Anfang an ihn in einem solchen Ausmaß, daß sie keinen Schritt mehr ohne ihn zu unternehmen wagte. Versuchte sie, allein in die Stadt zu gehen, wurde sie von der panischen Angst erfaßt, sie könne ohnmächtig werden und wäre völlig hilflos. Bei diesen Angstanfällen trat in ihr stets die Vorstellung auf, es sollte ihr Freund in der Nähe sein. Er verspürte offenbar ihr unersättliches Bedürfnis nach Zuwendung, und er versuchte, ihr auch mit Geschenken seine Liebe zu zeigen. Der Freund über-häuften sie geradezu mit Präsenten, kaufte ihr Schmuck, teure Kleider, Parfums. Einer-seits erlebte sie dieses „Verwöhntwerden" sehr angenehm, als eine gewisse Bestätigung ihres Selbstwertes, andererseits aber empfand sie dabei ihre Unstillbarkeit und ihre Ab-hängigkeit von dieser Art Zuwendung von seiten des Freundes als äußerst beklem-mend. Sie spürte, daß sie ohne seine Zuwendung und Anerkennung nicht existieren

konnte und litt dabei, wie erwähnt, unter der Zwangsvorstellung, ihm ein Messer in den Rücken stecken zu müssen.

Die mit der Patientin dreimal wöchentlich während einer Stunde durchgeführte Psychoanalyse umfaßt zur Zeit (15. 11. 1977) erst 14 Sitzungen. Es läßt sich vor allem ihr schwerster Selbstdefekt, ihre narzisstische Neurose erkennen und das daraus resultierende Bedürfnis, sich süchtig ein Objekt einzuverleiben. Damit wurde auch klar, daß das Objekt, ihr Freund, das sie sich unstillbar immer wieder einzuverleiben wünschte, ambivalent erlebt wurde, schon allein wegen der Tatsache, daß der Defekt in ihrem Selbst damit nicht genügend kompensiert werden konnte und sie, bei ihrer Inkorporationstendenz, eine zu nahe Beziehung zum Objekt hatte, so daß ihr drohte, es gerade dadurch zu verlieren. In der Analyse wurde ersichtlich, wie sehr die Patientin dazu neigt, Selbstobjekte zu „erwählen“ und sie zu idealisieren, wobei sie naturgemäß stets von neuem enttäuscht sein muß. Es machte sich geltend, daß diese Neigung zu einer idealisierenden Übertragung (Kohut 1971/1973) auch in der therapeutischen Beziehung zum Tragen kommt, wobei die Patientin durch diese Idealisierung des Analytikers, durch die Fusion mit ihm überhaupt diese erste Phase eines Versuchs zu einer Erhellung von psychodynamischen Zusammenhängen ertragen kann.

Bei narzisstischen Neurosen ist also, im Unterschied zu den Übertragungsneurosen, eine eigentliche Objektbeziehung nicht möglich. Das Objekt wird in eine Fusion mit-einbezogen, so daß eine mehr oder weniger vollkommen narzisstische Bestzung des Objektes erfolgt. Kohut 1971 /1973 verwendet den Begriff „Übertragungsneurosen“ anders als Freud (1963). Der Gründer der Psychoanalyse hat von Übertragungsneurosen im Zusammenhang mit den Gefühlsbeziehungen gesprochen, die in der Analyse gegenüber dem Analytiker entstehen. Nach Kohut sind nun aber „Übertragungsneurosen“ alle jene neurotischen Störungen, bei denen wohl eine Objektbeziehung vorhanden, jedoch entsprechend infantiler Triebfixierungen gestört ist. Im Unterschied zu den narzisstischen Neurosen mit ihrer Störung im Bereiche des Narzissmus bzw. des Selbst und den entsprechenden Kompensationserscheinungen (Grandiositätsvorstellungen, idealisiertes narzisstisches Selbstobjekt, Spiegelübertragung) liegt die zentrale Störung der Übertragungsneurosen in Konflikten um libidinöse wie auch aggressive Regungen begründet, die ein wohl abgegrenztes kohärentes Selbst betreffen, sich an Objekten der Gegenwart zeigen, jedoch in ihrem Wesensgehalt auf Objekte der Kindheit gerichtet sind. Die Patienten, die unter einer Übertragungsneurose leiden, leben ihren Triebkonflikt in der aktuellen Umweltsituation mit einem integrierten Selbst, ohne sich selbst oder der Umwelt gegenüber entfremdet zu fühlen.

Der Mensch, der an einer narzisstischen Neurose leidet, ist also zu keiner echten Objektbeziehung fähig. Er faßt das Objekt als Teil seiner selbst auf, so daß wir mit Kohut (1971/1973) von einem Selbstobjekt sprechen können. Der narzisstische Neurotiker neigt dazu, das Objekt zu idealisieren. In seinem neuesten Buch spricht Kohut (1977) von einer Übertragung auf Selbstobjekte, während er früher von einer idealisierenden Übertragung sprach oder von einer „narzisstischen Übertragung“, die im Grunde keine eigentliche Übertragung, sondern eine Fusion darstellt. Während die Ausdehnung des Narzissmus auf ein Objekt, wenn sie in einem mittleren Maße erfolgt, ein physiologisches Phänomen darstellt, so muß die totale Verschmelzung mit einem Selbstobjekt als psychopathologisches Phänomen betrachtet werden.

Im Verlaufe einer narzisstischen Neurose kann es zu Zuständen kommen, in denen die Patienten sich hilflos und depressiv fühlen, keinen Rat wissen, initiativlos sind, auch nur schwer einen Ansatz für die Psychotherapie bieten. Dem Therapeuten fallen die Betroffenen durch ihre kindliche Ratlosigkeit, ihre Regression — und ihr beeinträchtigtiges Selbst — auf. Solche Depressionszustände können bei narzisstisch Gestörten entweder dann akut auftreten, wenn eine Bezugsperson sich nicht ihren Fusionswünschen gemäß verhält, oder sie stellen chronische Verläufe dar und zeugen dann davon, daß die Patienten sich enttäuscht, resigniert von der Welt, die ihre Erwartungen nicht erfüllt, zurückziehen. Zwar ist es durchaus physiologisch, nach einer unerfüllten Erwartung enttäuscht, eventuell sogar depressiv zu sein. Doch wird das Geschehen psychopathologisch, erstens, wenn die Erwartungshaltung übermäßig und immer wieder eintritt, und zweitens, wenn die Depression Tiefen erreicht oder eine Dauer annimmt, die das Leben des Betroffenen in Frage stellen. Bei defekter Selbststruktur und -identität wird ein Mensch schon allein durch die äußeren Verhältnisse gezwungen, seinem — rudimentären Selbst — entfremdet zu leben. Dazu kommt, daß die Betroffenen kein reifes Ober-Ich zu entwickeln vermögen, sondern einem archaischen Über-Ich gegenüber stehen, das die kindlichen Autoritätspersonen und ihre Anforderungen unreflektiert und unverarbeitet enthält.

Bei den narzisstischen Depressionen gelingt es den Betroffenen nicht oder nicht genügend, daß Ich narzisstisch zu besetzen. Physiologischerweise können solche Zustände höchstens nach schwersten Anstrengungen auftreten. Es kommt dann etwa, wie bei den narzisstischen Depressionen, zu Depersonalisationserlebnissen: Ganz ausgesprochen ist die mangelnde Möglichkeit, daß Ich narzisstisch zu besetzen, bei endogenen Depressionen zu beobachten, wobei diese ungenügende oder nicht mögliche Ausdehnung des Narzissmus auf das Ich genetisch mitbedingt sein dürfte. Bei dieser Sachlage ist es dem Geschädigten naturgemäß auch nicht möglich, Objekte narzisstisch zu besetzen. In der Manie demgegenüber wird nur noch das Ich mit narzisstischer Libido versehen. Für die Objekte bleibt keine narzisstische Energie mehr übrig. Ähnliche Zustände wie in der Manie beobachten wir im Rausch. Bei der Liebe und im Orgasmus, bei denen ebenfalls eine narzisstische Inflation besteht, bleibt indes ein Bezug zum Objekt noch übrig. Dieses physiologische Größenselbst sowie die sich in diesen Zuständen ergebenden Fusionstendenzen bedingen es, daß die Betroffenen keine kritische Einstellung zum Objekt zu bewahren vermögen. Vielleicht ist aus dieser Erkenntnis heraus das Sprichwort entstanden: „Liebe macht blind“: Obschon etwa intuitiv der oder die „richtige“ Partner(in) gewählt wird, besteht die Gefahr einer „Ernüchterung“, wenn die narzisstische Inflation vorüber ist.

Im Alter wird in der Regel das Selbst genügsamer, und die Menschen können deshalb leichter auf Vieles verzichten. Die Neugier der Alten widerspricht dieser Auffassung nicht. Die Betagten versuchen offenbar mit ihrem Ich sich so viele Eindrücke zu bewahren, daß sie nicht unter einer relativen „sensory deprivation“ mit ihren ungünstigen Fobgerscheinungen auf das Erleben leiden müssen. Die sogenannte Altersweisheit dürfte **-auf beruhen**, daß nicht mehr jene ständige narzisstische Befriedigung gesucht wird, **e zum Leben** jüngerer Menschen gehört. Wenn bei gewissen Charakterabnormalitäten **e Prognose** für das Alter als günstig angesehen wird, so dürfte dieser Umstand dem **-saokxjsch** erfolgenden narzisstischen Rückzug in diesem Lebensabschnitt zuzu-

Bei der Psychotherapie narzisstisch Gestörter ist zu berücksichtigen, daß die Betroffenen in der Regel nicht in der Lage sind, jene Frustrationen zu ertragen, die durch Individuen mit Übertragungsneurosen ohne weiteres toleriert werden können. Es kann so notwendig werden, sie zeitweilig in Sichtkontakt mit dem Therapeuten zu behandeln, d.h. sie dem Therapeuten gegenüber sitzen zu lassen. Selbst aber wenn es bei diesen Menschen möglich ist, die Analyse auf der Couch durchzuführen, wird häufig eine Bestätigung von gesunden Ansätzen der Selbstverwirklichung notwendig sein, wie sie bei Lehranalysanden oder Übertragungsneurotikern nicht angezeigt ist. Zwar sind auch bei diesen Menschen gelegentlich Aufmunterungen nötig, indes nicht in dem Ausmaß, wie bei narzisstisch Gestörten. Doch ist es schwierig, diese narzisstisch beeinträchtigten Patienten zu bestätigen, da sie entsprechende Äußerungen nicht selten als Kränkung erleben. Diese Individuen können auch nicht ohne weiteres primär gruppenpsychotherapeutisch angegangen werden. Die narzisstischen Neurotiker verlangen eine Aufmerksamkeit, die ihnen in der therapeutischen Gruppe nicht gegeben werden kann, ohne daß sie, weil sie die Beachtung mit anderen teilen müßten, narzisstisch gekränkt wären. Aber auch die anderen Beteiligten kommen, beim Mitwirken narzisstisch Gestörter, zu kurz. Entweder gelingt es diesen Neurotikern mit gestörter Selbststruktur nicht oder nicht genügend, ihren Narzissmus, ihre narzisstische Libido auf die anderen auszudehnen und, wie wir sagen (*Battegay, 1977*) ein „narzisstisches Gruppenselbst“ zu bilden, oder aber sie verschmelzen in ihrer Phantasie sogar mit ihnen und werden von ihnen abhängig. Physiologischerweise ist es den Menschen möglich, die anderen Mitglieder einer Gruppe in ihre Selbstachtung miteinzubeziehen, ein sogenanntes narzisstisches Gruppenselbst zu bilden, um so jene Basis zu schaffen, auf der ihnen ein reiferer Bezug, eine Objektbeziehung möglich ist, ohne daß sie aber mit den anderen eine totale Fusion eingingen. — Im Verhältnis mit anderen stört, wie erwähnt, die narzisstisch Beeinträchtigten ferner, daß ihre Sexualität nicht genügend neutralisiert wird im Sozialkontakt mit anderen. Besonders angesichts ihres Bedürfnisses nach Fusion ängstigt sie dann ihr Sexualerleben. Die betreffenden Menschen haben ohnehin Angst vor allzu dichter Nähe zu Mitmenschen, da sie sich — mit Recht — ängstigen, bei ihrer Selbst-Störung von ihnen zu abhängig zu werden. Die Sexualisierung der Beziehungen trägt das ihre dazu bei, diese — drohende — Nähe des Partners abzuwehren.

Werden Patienten mit narzisstischen Neurosen psychoanalytisch angegangen, so erfordert dieses Vorgehen auch deshalb eine umfassende Erfahrung des Analytikers, weil diese Patienten häufig zu außerordentlichen Wutausbrüchen neigen, in denen sie den Therapeuten aufs heftigste und oft auch aufs perfideste angreifen. Schon *Kohut, 1973*, hat auf diese narzisstische Wut aufmerksam gemacht. Sie ist ein Zeichen ihrer schwerwiegenden Kränkung, die diese Menschen bei ihrem Aufwachsen erfahren haben. Ihre Wut hat aber auch zum Ziel, einerseits die sich ihnen Zuwendenden so zu verletzen, wie sie es selbst sind, andererseits sie so zu kränken, daß sie sich von ihnen abwenden. Die narzisstisch Gestörten könnten es dann erneut erleben, daß Menschen es unehrlich mit ihnen meinen und sie, wie ehemals die nahen Bezugspersonen der frühen Kindheit, sie verraten und verlassen.

Ein 35-jähriger Akademiker, der auswärts wohnt, suchte uns auf, ohne klar angeben zu können, weshalb er zu uns kam. Er berichtete von plötzlichen Angstattacken seiner Frau, Erziehungsschwierigkeiten mit seinen beiden Kindern und erst zuletzt von seiner Potenzstörung (*Ejaculatio praecox*). Es zeigte sich bald, daß er schwerste Aggressionen

gegen seine Gattin hegte, die ungefähr seinen ambivalent feindseligen Gefühlen der Mutter gegenüber kongruent waren. Der Patient wirkte selbstunsicher, schilderte seine zwei älteren und seinen jüngeren Bruder als begabter wie er selbst, so daß er beim Vater, einem tüchtigen Geschäftsmann, weniger Gefallen gefunden habe als jene. Er erklärte immer wieder, daß seine Mutter ihm keinerlei Liebe gegeben habe, sehr hart gewesen sei. Im Grunde genommen habe er in seiner Familie Wärme nur finden können bei der Vatersmutter, die materiell bedürftig sei und in einem armseligen Häuschen wohne. Das Zusammenleben mit ihm war, wie er selber durchblicken ließ, für seine Frau sehr schwierig geworden, da er seine Wut immer wieder an ihr ausließ. Aber auch das 4- und das 8-jährige Kind litten unter seiner aggressiven Haltung und den ehelichen Auseinandersetzungen offenbar so, daß sie wieder das Bett näßten, viel weinten und auch sonst beeinträchtigt waren.

Der Patient erwies sich auf der einen Seite als schwer gestört in seiner Selbstidentität, auf der anderen Seite um jeden Preis darauf aus, seine narzisstische Störung zu kompensieren. In der 7. Sitzung berichtete er über folgenden Traum: „Ich mußte auf der Straße urinieren (als Kind ▶. Wir haben gespielt. Ich ging zu einem Gartentürchen, dann zur Hintertüre, und ich begab mich in das WC in der Waschküche, konnte aber die Türe nicht aufbringen, sprang indes rein in das WC, urinierte, und ich machte in Bett“. Es kam ihm vorerst in den Sinn, daß das Dienstmädchen im Elternhaus entweder durch das „Bubenzimmer“ oder durch den Garten habe hineinkommen müssen. Zu diesem Dienstmädchen hatte er früher offenbar teils Gefühle, wie zu einer guten Mutter, teils aber auch sexuelle Gefühle entwickelt. Doch kam dem Patienten selbst in den Sinn, daß sich in diesem Traum auch seine ganze Bedürftigkeit wie auch seine Lebensangst

manifestierte. Als der Patient das nächste, das 8. Mal er kommt dreimal wöchentlich für eine Stunde zur Analyse — erschien, sagte er: Das letzte Mal, als ich ging, habe ich ihnen die Zunge herausgestreckt“. Der Patient hatte sich offenbar das vorige Mal nach dem Erzählen des Traumes vor dem Therapeuten geschämt und sich gekränkt gefühlt. Er sagte u. a.: „Ich war zornig auf Sie, wahrscheinlich wegen meines verlogenen Lebenswandels, wegen meiner Lebenslüge. Das konnte ich anscheinend nicht verdauen“. Der Patient meinte damit, daß er einerseits in seinem Beruf und mit seinem freistehenden, geräumigen Einfamilienhaus, das er bewohnt, großartig er-scheine, auf der anderen Seite aber schwach und selbstunsicher sei. Dem Patienten fielen oft nur aggressive Phantasien ein, und es war offensichtlich, daß er damit den Therapeuten treffen, oder auch prüfen wollte, inwiefern der Analytiker ihn gern habe und sich ihm auch zuwende, wenn er sich so aggressiv benimmt. Einmal, in der 122. Stunde, sagte er u.a. zum Therapeuten: „Sie sollten vor mir zittern. Ich möchte onaniieren und das ganze Zimmer mit Samen füllen, damit Sie darin ertrinken.“ Dieser Traum ließ seine narzisstische Wut erkennen und seinen Wunsch, eine derartige Größe und Potenz zu besitzen, daß er den Therapeuten nicht nur einschüchtern, sondern angesichts seiner genitalen Gewalt geradezu umbringen könnte. Wenn der Therapeut in seinem Samen umkäme, dann wäre ihm auch jene Fusion gelungen, bei der er sich die Kraft des Therapeuten zu eigen gemacht und ihn auf diese Weise eliminiert hätte.

Der Patient schätzte es offensichtlich, daß der Therapeut sich gewährend verhielt und immer bereit war, einerseits seine Aggressionen, andererseits seine Fusionsvorstellungen zu ertragen. Damit wurde der Analytiker für ihn auf der einen Seite ein guter Vater, der viel geduldiger und aufmerksamer war als der leibliche. Auf der

Seite vermochte er damit auch zu prüfen, ob der Analytiker-Vater wirklich zu ihm halte. In der 181. Stunde erklärte der Patient zu Beginn der Sitzung, daß er nur noch eine Wunde sei. Er habe ein verzweifelttes „Arschloch-Gefühl“, wie wenn er Durchfall gehabt hätte, leide unter Angst, habe die Phantasie gehabt, daß er in einer Höhle schwimme. Auf Befragen des Analytikers erklärte er, daß ihm das Gefühl, im mütterlichen Uterus herumzuschwimmen, ohne von den Gegenwartsproblemen sprechen zu müssen, wohl tue. In der 182. Stunde sagte er: „Ich bin so aufgewühlt und so ohne Haut. Ich habe immer noch Angst . . .“ Der Patient ließ durchblicken, daß er sich gerne noch in diesem regressiven Milieu aufhalte und nur gelegentlich Blicke nach außen werfen möchte, um zu sehen, ob er schon zu weiteren Schritten fähig sei. Immer wieder kamen seine Wutanfälle bzw. aggressiven Phantasien zum Vorschein. So sagte er beispielsweise in der 182. Sitzung, nach der erwähnten Stunde: „Sie sind ein elender Stümper und Anfänger und habe keine Ahnung, wie eine Analyse geht“. Kaum hatte er die Aussage gemacht, fuhr er fort „die Mutter hat mich wohl nicht einmal im Bauch geliebt. Es ist, wie wenn der Mutter ein Messer zur Scheide rauskäme Der Analysand weinte. Es zeigte sich, daß er wohl deshalb regrediert war, um einmal mütterliche Wärme zu erfahren, und damit vielleicht einmal die scheußlich erlebte, kühle, messerscharfe Aggressivität der Mutter zu überwinden. Während der 187. Sitzung sagte er: „Je näher ich gegen Basel kam, desto aggressiver wurde ich. Vor allem, das ich nicht beherrsche, habe ich Angst“. Es stellte sich heraus, daß er gerne den Analytiker beherrschen würde. So hätte er Gewalt über ihn und müßte sich nicht ängstigen, was er als Selbständiger tun könnte.

Die Analyse geht weiter. 189 Sitzungen (21. 11. 1977) haben bisher stattgefunden. Der Patient benötigt den Analytiker als Fusionsobjekt, aber auch als Objekt, an dem er seine narzisstische Wut immer wieder ausleben kann. Es ist wichtig, daß er die stete Zuwendung des Analytikers erfährt, wie sehr er auch ihn angreifen möge. Nur in dieser Atmosphäre gelang ihm jene gute Regression (*Balint, 1970*), bei der es ihm möglich wurde, seine Bedürftigkeit zu leben und bei der eine Chance besteht, daß er seine ursprüngliche narzisstische Beeinträchtigung überwinden können wird. Es wird ihm vielleicht so möglich sein, jenen grundlegenden Prozeß durchzumachen, auf den *Kohut (1977)* im Zusammenhang mit der „transmuting internalisation“ hinweist, nämlich immer wieder ein Stück des zuwendenden Objektes zu seiner Selbststärkung in sich aufzunehmen.

Schon aus diesen erwähnten Episoden einer Analyse läßt sich erkennen, daß die Technik bei diesen narzisstisch Gestörten nicht die klassisch frustrierend-deutende sein kann. Der Analysand muß zunächst jene Wärme der analytischen Zuwendung erfahren, die es ihm ermöglicht, eine Regression durchzumachen. Ohne dieses Rückschreiten auf eine regressive Stufe besteht für diese Menschen keine Möglichkeit, ihre Lücke im Selbst durch neue Begegnungen mit den Objekten aufzufüllen. Sie werden nur so in die Lage versetzt, es allmählich zu lernen, ihre narzisstische Libido auf andere auszuweiten, ohne restlos eine Fusion mit ihnen eingehen zu müssen und von ihnen abhängig zu werden, aber auch ohne sich total von ihnen zurückziehen zu müssen. Es ist dementsprechend nicht so sehr nur die Exploration der Kindheit eines Analysanden notwendig, sondern die aktuelle Beziehungen im *hic et nunc* der Analyse. Wenn der Analytiker sich für die Kindheit des Analysanden interessiert, so geschieht es nicht so sehr, um die ätiologischen Faktoren herauszufischen, sondern um die Erlebenswelt in

der Kindheit des Patienten kennenzulernen, die am Grunde der narzisstischen Störung steht (*Kohut, 1977*). Die aktuelle Beziehung zwischen dem Patienten und dem Thera-peuten ist aber entscheidend dafür, ob es dem Patienten gelingt, seinen narzisstischen Defekt durch ständige Internalisation von Teilobjekten aufzufüllen, d.h. im speziellen Falle mit gewissen Aspekten des Therapeuten, die der Bewältigung der Realität dienen können.

Beendet ist eine Analyse solcher Patienten erst dann, wenn es den Betroffenen gelingt, teils durch eine Auffüllung des Selbst, teils durch adäquates Einsetzen der erwähnten Kompensationsmechanismen in der sozialen Welt zu leben, ohne sich ständig gekränkt oder unglücklich zu fühlen und ohne süchtig nach der Inkorporation von Objekten zu streben.

Zwar wird es oft nicht glücken, das narzisstische Loch voll auszufüllen oder die kom-pensatorischen Tendenzen unter Kontrolle zu bringen. Durch das erweiterte Kon-zeptualisierungsvermögen eines solchen Menschen wird es ihm aber möglich gemacht, seine mit seiner narzisstischen Störung verbundene erhöhte Kränkbarkeit zu erkennen und sie zu relativieren. Schließlich besteht bei allen Menschen — physiologischerweise — eine gewisse narzisstische Verletzlichkeit, eine Wunde, eine „Achillesferse“. Daher wäre es wichtig, daß bereits die Heranwachsenden — im Kindergarten und in der Schu-le — Gelegenheit erhielten, mit ihrer narzisstischen Kränkbarkeit zu Ran-de zu kom-men. Es könnten so viele Frustrationen und darauf folgende Wuterscheinungen mit entsprechenden Aggressionen vermieden werden. Die Zukunft könnte so von allen Rankünen entlastet werden, die bisher dazu führten, daß die Weltgeschichte mit Krie-gen verdunkelt wurde.

Zusammenfassung

Das Wort Narzissmuswurde lange Zeit nurals unbedingt zu vermeidende Zentrierung auf sich selbst verstanden. Es wurde indes in den letzten Jahren erkannt, daß gerade eine gesunde Selbstidentität eine kompensatorische Übertreibung der Selbstzentrierung vermeiden hilft. Die Vermittlung von körperlicher und emotionaler Wärme in der tak-tilen Phase der Entwicklung, im ersten Lebenshalbjahr des Kindes, sowie die fortlau-fende bestätigende Zuwendung in den weiteren Entwicklungsstadien sind für den Auf-bau einer soliden Selbststruktur unabdinglich. Die phantasierte Fusion mit einem Ob-jekt, Grandiositätsvorstellungen und Spiegelübertragungen, d.h. die Gleichsetzung der Umgebenden mit eigenen Vorstellungen, sollen die narzisstische Lücke kompensieren. In der Analyse dieser Patienten geht es vorerst darum, ihnen eine Zuwendung zu geben, die ihr Selbst stärkt. Die Betroffenen müssen in die Lage versetzt werden, Teilaspekte des sich ihnen zuwendenden Therapeuten zu internalisieren, um so an Selbststärke zu gewinnen. Sie werden lernen müssen, ihre narzisstischen Kompensationsmechanismen auf die Maße der Realität zurückzunehmen. Da die Menschen ganz allgemein narziss-tisch kränkbar sind, im Grunde an einer narzisstischen Wunde leiden, wäre es sinnvoll, die Heranwachsenden vom Kindergarten an zu trainieren, ihre Verletzlichkeit und Kränkbarkeit zu tragen. Es gäre nur so möglich, daraus resultierende Wuterscheinun-gen zu verhüten, die bisher die Menschheitsgeschichte verdunkelt haben.

Narcissism in its physiological and psychopathological dimension

Summary

The word narcissism was understood during a long time as a centration on one-self which should be omitted. During the last years however Gould be recognized that especially a healthy selfidentity helps to avoid a compensatory exaggeration of selfconsideration. In the tactile phase of the development, i.e. in the first half year of the child's life, bodily and emotional warmth as well as the continuing affirmative attention are necessary for building up a solid self-structure. The fusion with an abject, phantasies of grandiosity and mirror transferencies, i.e. phantasies of equality of the surrounding persons with one self should compensate the narcissistic leck. In the analysis of these patients primarily they should feel an attention which reinforces their self. They should have an opportunity to internalise partial aspects of the therapist giving them attention to be able to increase in self strength. They will have to learn to take back their mechanisms of narcissistic compensation and to respect the measures of reality. Since the human beings are generally narcissistically vulnerable they Buffer in principle from a narcissistic injury and it would be indicated to train the up-growing human beings from the Kindergarten on to handle their vulnerability and their proneness to narcissistic injuries. Only with these measures it would be possible to avoid resulting rages which have darkened until now the history of man kind.

Literatur

- Argelander, H.: Die klinische Bedeutung des primären Narzissmus.
In: Jb der Psychoanalyse, 9, 7, Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1976
- Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression.
Klett, Stuttgart 1970
- Battegay, R.: Sucht und Depression.
Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir., Psychiatr. 94, 456, 1964
- Battegay, R.: Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt.
Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien, 1977
- Benedetti, G.: Persönliche Mitteilung 1976
- Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft.
Klett, Stuttgart, 2. Aufl., 1965. Übersetzung von: Childhood and Society. Imago, London.
- Freud, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen.
Kindler Taschenbücher 2001, München 1964
- Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Hugo Heller,
Leipzig und Wien, 1916/1917, gesammelte Werke, Bd XI, 3. Aufl. 1961
- Freud, S.: Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Gesammelte Werke,
Bd X, 125, 3. Aufl., S. Fischer, Frankfurt a.M. 1963
- Freud, S.: Trauer und Melancholie. Z. Psychoanalyse, Bd 4, 1916, gesammelte
Werke, Bd X, 427, 3. Aufl. S. Fischer, Frankfurt a.M. 1963

- Harlow, H.S.: zit. in Tomkins, S.S.: *Affects, Imagery Consciousness*. Vol. I, Springer, New York, 1962
- Harlow, H.S.: zit. in Benedetti, G.: *Die Quellen des sozialen Kontaktes*. *Acta paedopsychiatrica* 31, 145, 1964
- Harlow, H.W., Harlow, M. K.: *Reifungsfaktoren im sozialen Verhalten*. *Psyche* 21, 193, 1967
- Jacobsen, E.: *The Self and the Object World*. International Universities Press, New York 1964/1973
- Kernberg, O.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson, Inc. New York, 1975
- Kohut, H.: *Narzissmus*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1973. Aus dem Amerikanischen: *The Analysis of the Self*. Intern. University Press Inc., New York, 1971
- Kohut, H.: *Überlegungen zum Narzissmus und zur narzisstischen Wut*. *Psyche* 27, Heft 6, 513, 1973
- Kohut, H.: *The Restoration of the Self*. Int. Universities Press, New York, 1977
- Mahler, M.S.: *Symbiose und Individuation*, 1, Klett, Stuttgart, 1972. Originalausgabe: „On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation“. Int. Univ. Press, New York, 1968
- Portmann, A.: *Vom Ursprung des Menschen*. Friedr. Reinhardt, Basel, 1944
- Rado, S.: *Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte*. Versuch einer psycho-analytischen Theorie der Süchte. *Z. Psychoanal.* 12, 540, 1926, *Psyche* 29, 360, 1975
- Spitz, R.A.: *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen*. Klett, Stuttgart, 1960
- Spitz, R.A.: *Vom Säugling zum Kleinkind*. Klett, Stuttgart, 1967/1974. Originalausgabe erschien unter dem Titel „The First Year of Life“. Int. Univ. Press, New York, 1965

Positive Psychotherapie:

BEISPIELE FÜR EINE TRANSKULTURELLE ANALYSE

Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Die neuen Entwicklungen führen dazu, daß sich nationale, ethnische und kulturelle Gruppen nach außen hin, das heißt, den anderen Gruppen gegenüber öffnen. Dieser Trend bringt neue Konflikte, aber auch neue Entwicklungsmöglichkeiten mit sich, die wir unter dem Begriff der transkulturellen Problematik zusammenfassen.

Das transkulturelle Denken ist Grundlage der Positiven Psychotherapie. Jeder Mensch steht innerhalb der Kultursphäre in der er aufgewachsen ist. Ebenso entstammt jeder von uns einer eigenen Erziehungssphäre und befindet sich damit in einer eigenen „transkulturellen“ Problematik im Umgang mit seinen Mitmenschen. Dies gilt insbesondere für das Therapeut-Patient-Verhältnis, in dem von einem Partner — in der Regel vom Patienten — Einstellungs- und Verhaltensänderungen gefordert und gefördert werden.

Welchen Einfluß kulturspezifische Erziehungspraktiken auf das in einer Gesellschaft gängige Verhalten haben, zeigten schon die Arbeiten von *M. Mead (1970)* und *E.H. Erikson (1966, 1971)*. Sie gaben zu erkennen, daß jede menschliche Gesellschaft sich nicht allein biologisch, sondern auch hinsichtlich ihrer sozialen Spielregeln reproduziert. Diese erst ermöglichen es einem Menschen, sich in seiner Gruppe zurecht zu finden. Die Tradition sozialer Spielregeln findet weniger abstrakt und kognitiv statt, sondern hautnah: in der Weise, wie eine Mutter mit ihrem Kind umgeht, wie sie seine taktilen und oralen Bedürfnisse stillt (*H.S. Harlow. und M.K. Harlow, 1967; R. Spitz, 1967*), welche Aufnahme ihm von Seiten des Vaters zuteil wird, wie seine Geschwister es akzeptieren und wie kontinuierlich die familiären Beziehungsformen in den überfamiliären, gesellschaftlichen, aufgehen. In diesem Kontext entwickelt sich die reflexive Beziehung zum Selbst, der primäre Narzißmus. Von ihm aus, dem „klinisch nicht faßbaren psychischen Urzustand“ (*H. Argelander, 1972*), erfolgen die ersten libidinösen Objektbeziehungen (*R. Sattogay, 1977*). Sie erweisen sich auch als Grundstrukturen der weiteren individuellen Entwicklung. Hand in Hand mit der Primärerfahrung der Selbstliebe realisieren sich die Fähigkeiten eines Menschen, mit seiner familiären — und im weiteren Sinn sozialen — Umwelt in Kontakt zu treten. Der Erkenntnis dieser psychosozialen Zusammenhänge tritt eine grundsätzliche Schwierigkeit entgegen. Sie basiert vor allem darauf, daß die in einem Kulturkreis geltenden Selbstverständlichkeiten sich gerade den Blicken derjenigen entziehen, die mit ihnen tagtäglich zu tun haben. Dies gilt, bezogen auf den kulturellen Hintergrund für den Therapeuten ebenso wie für den Patienten.

Ein Weg, wie diese „Selbstverständlichkeiten“ Kontur erhalten, ist der transkulturelle Vergleich mit Menschen, Erziehungspraktiken und sozialen Spielregeln aus anderen kulturellen Systemen, mit anderen „Selbstverständlichkeiten“. Meiner eigenen lebensgeschichtlichen Situation kam dieser Ansatz sehr entgegen: Eine wichtige Motivation für meinen Ansatz der Positiven Psychotherapie mag gewesen sein, daß ich selber mich in einer transkulturellen Situation befinde. Als Perser (Iraner) lebe ich seit 1954 in Europa. In dieser Situation wurde ich darauf aufmerksam, daß viele Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Einstellungen in den verschiedenen Kulturkreisen unterschiedlich

bewertet werden. Höflichkeit im Iran beispielsweise stellt sich anders dar als in Deutschland. Dies bedeutet nicht, daß der Deutsche oder der Iraner deswegen unhöflicher wäre, sondern lediglich, daß beide Kulturkreise eigene Vorstellungen von Höflichkeit haben. In ähnlicher Weise besteht auch für andere gängige psychosoziale Normen eine kulturabhängige Relativität. Das Ausländerproblem, gleichgültig von welchem nationalen Bezug her gesehen, erhält damit eine neue Bedeutung.

Das erste der folgenden zwei Beispiele einer transkulturell vergleichenden Analyse bezieht sich auf einen Fall, der bereits früher (*N. Peseschkian, 1977, S. 52*) veröffentlicht worden war. Da ich die Gelegenheit hatte, mit beiden an dieser Situation Beteiligten ausführlich zu sprechen, ergab sich die Chance, die konfliktrelevanten Konzeptsysteme in ihrer lebensgeschichtlichen Dimension einander gegenüber zu stellen. Das zweite Beispiel bezieht sich auf das unterschiedliche Freizeitverhalten im Iran und in der Bundesrepublik Deutschland, das zugleich unterschiedliche Formen der Objektbeziehungen repräsentiert.

Eine Begegnung von Orient und Okzident

Ein Dachgarten und zwei Welten:

Auf dem Dachgarten eines Hauses schliefen in einer Sommernacht die Mitglieder einer Familie. Die Mutter sah voll Mißgunst, daß ihre nur widerwillig geduldete Schwieger-tochter und ihr Sohn eng aneinander geschmiegt schliefen. Diesen Anblick konnte sie nicht ertragen, weckte die beiden Schläfer und rief: „Wie kann man nur bei dieser Hitze so eng zusammen schlafen. Das ist ungesund und schädlich.“ In der anderen Ecke des Dachgartens schliefen ihre Tochter und der verehrte Schwiegersohn. Beide lagen voneinander getrennt, mindestens einen Schritt weit auseinander. Fürsorglich weckte die Mutter die beiden und flüsterte: „Ihr Lieben, wie könnt ihr nur bei dieser Kälte so weit voneinander liegen, statt euch gegenseitig zu wärmen?“ Dies hörte die Schwieger-tochter. Sie richtete sich auf und sprach mit lauter Stimme wie ein Gebet folgende Worte: „Wie allmächtig ist Gott. Ein Dachgarten und ein so unterschiedliches Klima.“

In Deutschland scheint das Motto weit verbreitet: „Was auf den Tisch kommt, wird gegessen.“ Der Höflichkeitsrest, den man früher zurückgehen ließ, gilt als unpassend, unzeitgemäß. Als selbstverständlich wird es von vielen angesehen, der Küche still-schweigend dadurch ein Kompliment zu machen, daß man nichts zurückgehen läßt.

Eine deutsche Frau, die im Iran zu Besuch war, wurde krank. Sie litt unter Verdau-ungsstörungen und klagte: „Ich kann kein Essen mehr sehen. Seit einer Woche bin ich hier. Fast jeden Tag war ich bei einer anderen Familie zu Gast. Meine Gastgeber waren sehr lieb und verwöhnten mich, wo sie nur konnten. Nur das mit dem Essen habe ich nicht verkräftet. Wenn ich meinen Teller leergegessen hatte — das Essen schmeckte immer ausgezeichnet — , wurde mir sofort wieder nachgegeben. Um nicht unhöflich zu sein, habe ich auch das noch aufgegessen. Aber dann wurde mir wieder aufgegeben. Dies ging so lange, bis mir fast schlecht wurde und ich aus reiner Selbsterhaltung keine Rücksicht mehr auf meine Gastgeber nehmen konnte und das Essen einfach stehen ließ. Ich hatte dabei aber ein schlechtes Gewissen, weil die Leute so nett und freund-lich waren.“

Die Besucherin hätte kein schlechtes Gewissen zu haben brauchen, wenn ihr bekannt gewesen wäre, daß das, was sie zum Schluß getan hatte, nämlich einen Teil des Essens stehenzulassen, im Iran beste Sitte ist.

Diejenigen, die das Buch „Positive Psychotherapie“ gelesen haben, werden diesen Fall bereits kennen. Gemeinsam mit der Iran-Besucherin versuchten wir, den Wurzeln des beschriebenen Konfliktes nachzugehen. Die Entdeckungsreise in die individuelle und kulturgeschichtliche Vergangenheit soll im folgendem skizzenhaft wiedergegeben werden.

Die deutsche Frau vertrat konsequent die Auffassung: „Was auf den Tisch kommt, wird gegessen.“ Diesen Satz hatte sie in ihrer Kindheit oft genug gehört. Er war ihr vertraut und durch Ermahnungen, Erklärungen und das Vorbild ihrer Eltern und Geschwister, zu einer selbstverständlichen Einstellung geworden. Denn was macht man mit dem Essen, das nicht gegessen wird? Essen wegwerfen — nur an diese Möglichkeit hatte sie gedacht — war in vielfacher Hinsicht Sünde. Ihr Vater hatte doch dafür gearbeitet, daß das Essen auf den Tisch kommen konnte und die Mutter hatte viel Fleiß, Zeit und Arbeit gerade für dieses Essen eingesetzt. Das Essen kostete Geld und was hierfür mehr ausgegeben wurde, mußte an anderem eingespart werden. Für ihre Mutter galt noch, daß sie es gerne sah, wenn ihre Arbeit in der Küche durch den Appetit der Kinder belohnt wurde. Hinzu kam, daß das Aufessen nicht nur das Stillen von Hunger war. Der Gehorsam den Eltern gegenüber verlangte es, daß eben alles gegessen werden mußte. Als der Vater später mehr Geld verdiente und es nicht mehr auf den Pfennig ankam, war ein anderes ethisches Motiv in den Vordergrund getreten: Ist es nicht Verschwendung, Essen liegen zu lassen, wenn zwei Drittel der Menschen nicht genügend zu essen haben? Über diese Frage hatte sich die Besucherin des Orients, angeregt durch ihre religiöse Überzeugung, Gedanken gemacht und sich vorgestellt, eines Tages als Missionarin oder Entwicklungshelferin das ihre beizutragen, dem Hunger Einhalt zu bieten. Besonderen Eindruck machten Erzählungen der Eltern und Großeltern, welche Not und welches Elend kurz nach dem Krieg geherrscht hatten, daß man Brot aus Kartoffelschalen gebacken hatte und Fleisch und Fett eine Seltenheit waren. Nicht nur die selbst erlebte Notzeit wirkte nach, sondern auch die entbehrungsreichen Zeiten, die den Ansichten ihrer Eltern und Großeltern den Präge­stempel aufgedrückt hatten. Aus den Erzählungen des Großvaters wußte sie, wie wenig Geld während der Zeit der Arbeitslosigkeit die Menschen damals hatten, wie sehr sich damals die Hungernden über ein reichhaltiges Essen gefreut hätten. Eine weitere Quelle ihrer konfliktbeteiligten Einstellungen und Verhaltensweisen fand unsere Orientbesucherin in Märchen, die sie sich als Kind nur zu gerne erzählen ließ und später aus Büchern selber las. Sie erinnerte sich an die Geschichte von Hänsel und Gretel, die wegen der Armut ihrer Eltern und des Hungers, den die Familie leiden mußte, im Wald ausgesetzt worden waren, und an eine andere Geschichte, in der das einfache, trockene Stück Brot sich in Gold verwandelte. Das, was sie selbst erlebt hatte, was ihr von ihrer engeren und weiteren Familiengruppe mitgegeben und was als Selbstverständlichkeit und für sie verbindlich war, hatte ihr Verhältnis zu der beschriebenen transkulturellen Situation geprägt und die Möglichkeiten ihrer Reaktionen determiniert.

Ausdruck dafür sind eine Reihe von Wertmaßstäben, moralisch-ethischen Grundsätzen, psychosoziale Normen, die bei der Entstehung der „transkulturellen“ Verdauungsschwierigkeiten zusammenwirkten:

Sparsamkeit als Faktor der Sicherheit, Selbständigkeit, Unabhängigkeit und des so-zialen Status nach dem Konzept: „Sparst du was, dann hast du was. Hast du was, dann bist du was.“

Fleiß-Leistung als Mittel der Existenzerhaltung und als Kriterium des Selbstwertge-fühls, nach dem Grundsatz: „Im Schweiß deines Angesichts sollst du dein Brot essen.“

Höflichkeit als Zeichen der Anerkennung, Dankbarkeit und Rücksicht gegenüber den Erwartungen und Wünschen der anderen: „Was sagen die Leute?!“

Gehorsam als Unterordnung gegenüber der Verhaltenserwartung der Familie; Anerken-nung der elterlichen Autoritäten durch Befolgen ihrer Anweisungen. Es galt das Kon-zept: „Kinder müssen essen, was auf den Tisch kommt.“

Mit diesen Verhaltenserwartungen und Einstellung war die deutsche Frau in den Iran gekommen. In ihrem eigenen Kulturkreis, und im besonderen in ihrer familiären Um-gebung hatte stillschweigend die Übereinkunft bestanden, daß diese Voraussetzungen akzeptabel und richtig sind. Es wäre ihr leicht gefallen, allein aufgrund der erlernten Umgangsformen in ihrer Ursprungsgruppe die eigenen Wünsche in geeigneter Weise ver-ständlich zu machen.

In Persien bei ihrem Gastgeber traf sie auf Voraussetzungen, die in mancherlei Hin-sicht von den eigenen Konzepten abwichen. Ihr Gastgeber handelte nach dem Grund-satz: „Halte dein Haus den Gästen immer offen. Gäste sind eine Gnade Gottes. Gib ihnen deshalb alles, was du ihnen geben kannst.“

Diese Einstellung hatte der Gastgeber, ein persischer Akademiker, so weit er sich er-innern konnte bei seinen Eltern und Verwandten beobachten können. Immer waren Gäste zu Hause gewesen oder man war bei anderen zu Gast. Wenn der Vater abends nach Hause kam, saßen schon Gäste da, und er selbst brachte noch oft genug über-raschenden Besuch mit. Je mehr Freunde und Bekannte hinzukamen, umso schöner war das Zusammensein. Und so war es auch an den Wochenenden, an denen gemein-sam mit allen erreichbaren Freunden und Verwandten etwas unternommen wurde. Selbst als es seinem Vater geschäftlich schlecht ging, nahmen die Gastlichkeiten kein Ende. Im Gegenteil, jetzt brachten die Gäste immer einmal ein Geschenk oder eine Aufmerksamkeit mit. Er und seine Familie wurden von ehemaligen Geschäftsfreunden eingeladen. Neue Geschäfte wurden angebahnt. Auch bei seinem Freund, dessen Eltern einfache Bauern waren, war es ähnlich. Das Geschirr war vielleicht einfacher, aber die Gastfreundschaft war erlesen. Was während der Gastlichkeiten nicht gegessen wurde, nahmen die Besucher einfach mit oder brachten es ihren eigenen Freunden. Lediglich die kleinen Höflichkeitsreste auf den Tellern wurden weggeworfen. Für sie war man noch dankbar: „Wir haben uns satt gegessen und trotzdem blieb noch soviel übrig. Gott möge es vervielfachen.- Wenn er es sich recht überlegte, war sein Prinzip der Gastfreundschaft auch keine Verschwendung. Sie war für ihn sehr wichtig. Das Geld, das er besaß, konnte vielleicht gestohlen werden. Das Geld jedoch, mit dem er seine Gäste erfreut hatte, war für ihn eine Sicherheit für die eigene Zukunft und die seiner Familie. Er, auf die Dankbarkeit rechnend, die wie ein Netz die Gemeinschaft seiner Familie und seinen Freundeskreis überzog, wußte schon von seinem Vater, daß Gast-freundschaft ihre Früchte bringt. Noch heute lobte man den Vater dafür: „Es gab kei-nen Mittagstisch, zum dem er nicht jemanden eingeladen hätte. Er war großzügig und gastfreundlich.“ Er selbst hatte Nutzen aus dem guten Ruf seines Vaters gezogen. Da

bei war es nicht immer leicht, seinen Gästen gerecht zu werden. So reichte es nicht aus, wenn man einmal oder zweimal eine Speise anbot. Das wäre schon von einigen für ein Zeichen von Unachtsamkeit und mangelnder Gastfreundschaft gehalten worden: „Er bietet mir den Reis nur zweimal oder dreimal an, er ist wohl nicht besonders glücklich darüber, daß ich da bin.“

Zehnmal und mehr mußte man den Gast bitten, eine Speise aufzutun. Mehr noch, man mußte dem höflich Widerstrebenden allem Widerstand zum Trotz einen Leckerbissen auf den Teller auflegen. Scherzend bezeichnete man diese Höflichkeitszeremonie als „*Tarof*“, als Umstände, die gleichwohl nicht außer acht gelassen werden durften. Er selbst hatte schon erlebt, wie europäisierte Landsleute für grob, arrogant, unhöflich gehalten wurden, weil sie diese Umstände, das tausendmal Anbieten: „Ich bitte Sie, greifen Sie doch zu“ nicht mitmachen wollten. So war es ihm selbstverständlich und richtig, diese Maßstäbe auch für sich zu übernehmen, zumal auch die Tradition dafür sprach. Schon die alten Märchen und Geschichten eines *Hafiz* oder *Saadi* wußten Gastfreundschaft und Großzügigkeit zu loben. Seine Auffassung vom richtigen Verhalten zeigte folgende Schwerpunkte:

Sparsamkeit: Verlangt war nicht das Zusammenhalten von Pfennigen, sondern Großzügigkeit gegenüber den anderen, nach dem Konzept: „Sei großherzig und wirf deine Güte ins Meer. Eines Tages wird dir Allah alles in der Wüste wiedergeben.“ *Fleiß/Leistung*: Ziel war es, Anerkennung zu erwerben, neue Beziehungen herzustellen, noch mehr Freunde zu erreichen und darüber hinaus dem Zusammenhalt der Familie und der Sippe zu dienen, nach dem Prinzip: „Das Lebensziel ist nichts anderes als den anderen zu dienen.“ (*Hafiz*)

Höflichkeit: Sich Umstände machen für den Gast, ihn nötigen, verwöhnen, sich für ihn Zeit nehmen und selbst als Gast bescheiden die Angebote der Gastgeber zurückweisen bis endlich die „*Tarof*“ des Gastgebers siegen. Es galt das Konzept: „Wen man nicht als Kind zur Höflichkeit erzieht, der wird in späteren Zeiten Gehorsam nicht kennen.“ (*Molawi*)

Kontakt: Zeichen der Zusammengehörigkeit und des Vertrauens. Der Kontakt sichert die Beziehung zur Zukunft und wird letztlich von Allah belohnt, wie es schon das Wort des Dichters *Hafiz* sagt: „Das Glück in den Zwei Welten läßt sich in den zwei Worten zusammenfassen: Großzügigkeit bei den Freunden und Geduld bei den Feinden.“

Konfrontiert mit beiden Verhaltens- und Lebensweisen liegt es sehr nahe, der transkulturellen Problematik auf den Leim zu gehen: man nimmt Partei, bewundert und idealisiert die eine Haltung und schließt damit ein, daß die andere — aus welchen Gründen auch immer — nicht richtig sei. Wir wollen, statt Partei zu ergreifen, die unterschiedlichen Konzepte und ihre lebensgeschichtlichen Bedingungen beobachten und auch die Spannungen, die sie in uns wachrufen können. Mit der deutschen Frau und ihrem persischen Gastgeber stoßen zwei Welten aufeinander. Ihre Motive sind in der jeweiligen Lebensgeschichte, den gemachten Erfahrungen und dem abstrakten und doch so wirksamen kulturellen Bezugssystem begründet und richtig. Jedes dieser Motive läßt sich als ein Konzept beschreiben: als eine Auffassung von der Wirklichkeit, ein mehr oder minder umfassendes Bezugssystem, eine gelernte Werthaltung, eine innere Wertordnung, eine Erwartung, ein moralisches Urteil, eine ethische Lebenseinstellung. Die Konzepte beschreiben den Konflikt jedoch nicht nur eindimensional, sondern in verschiedenen Ebenen.

1. *Die transkulturelle Ebene:* Es bestehen unterschiedliche Auffassungen von Höflichkeit, Sparsamkeit, Kontakt, Fleiß/Leistung etc. in verschiedenen Kulturen.
2. *Die interindividuelle Ebene:* Mit der deutschen Frau und ihrem persischen Gastgeber treffen sich in einer definierten Situation zwei Individuen mit unterschiedlichen Vorerfahrungen, einem unterschiedlichen Set an Einstellungen und Konzepten und differentiellen emotionalen Erwartungen aufeinander.
3. *Die intraindividuelle Ebene:* Die Frau steht im Konflikt zwischen Höflichkeit als in der Familientradition verwurzelter Aggressionshemmung und Ehrlichkeit als Vermögen, seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen. Sie meint sehr viel Rücksicht nehmen zu müssen, ist sogar bereit, körperliche Leiden dafür in Kauf zu nehmen.
4. *Der Grundkonflikt:* Er kennzeichnet die Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seiner Entwicklung, insbesondere in der Kindheit gemacht hat. Träger dieser Erfahrungen sind gesellschaftlich festgelegte Normen, Erwartungen aus der eigenen erlebten Gruppe und die Erfahrungen, die man selbst im Laufe seines Lebens machen konnte. Diese Einflüsse äußern sich in überdauernden Einstellungen, Erwartungen, Konfliktbereitschaften und Konfliktschwellen.

Der beschriebene transkulturelle Konflikt und seine differenzierende Aufarbeitung wirkte für die Beteiligten wie eine Verfremdung der eigenen Situation. Sie erst erlaubte es, sich von alten Selbstverständlichkeiten und Gewohnheiten zu distanzieren, ihrer bewußt zu werden und damit die Möglichkeiten der eigenen Realitätsbewältigung zu erweitern.

Transkultureller Narzißmus

Der Wert einer Perle:

Ein Hahn sah in einem Garten, versteckt auf dem Boden, eine buntschillernde Perle. Gierig stürzte er sich auf sie, pickte sie auf und versuchte, sie in seinen Kropf hinein-zuwürgen. Als er merkte, daß der schillernde Gegenstand nicht die Königin der Reiskörner war, spuckte er die Perle wieder aus. Wohl hatte er die Perle geprüft, doch was für eine Prüfung war das! Die Perle rief ihn zu sich zurück und sprach: „Ich bin eine leuchtende, kostbare Perle. Durch Zufall bin ich von einer wunderschönen Halskette auf den Boden dieses Gartens gefallen. Perlen wie mich gibt es nicht überall. Nicht alle Weltmeere besitzen solche Perlen wie mich. Nur der Zufall warf mich vor deine Füße. Mich findet man nicht wie Sand am Meer. Würdest du mich nur mit den Augen der Vernunft betrachten, würdest du tausende Schönheiten und Wunder in mir erblicken.“ Der Hahn aber krächte mit der Stimme des Stolzes: „Ich würde dich hergeben, wenn dich bloß jemand gegen ein Reiskorn eintauschen würde.“ (nach *P. Etessami*)

Eine 38jährige deutsche Frau beschrieb den Feierabend mit ihrem Mann folgendermaßen: „Wenn er nach Hause kommt, muß schon das Essen fertig sein. Dann setzt er sich vor den Fernseher, trinkt ein Bier, liest seine Zeitung und geht dann ins Bett. Sein Feierabend steht unter dem Motto: Ich will meine Ruhe haben. Davon weicht er um keinen Preis ab...“

Eine 33jährige Perserin umriß ihre Aufgaben in einer anlogen Situation: „Meine Hauptaufgabe ist es, abends für Gäste zu sorgen. Mein Mann entspannt sich am besten, wenn er sich mit den Gästen unterhält . . .“

Diese Beispiele zeigen, daß es anscheinend keine eindeutigen Regeln dafür gibt, wie man sich entspannt. Vielmehr entspannt man sich, wie man es gelernt hat.

Der Ehemann der deutschen Patientin sagte mir einmal: „Ich langweile mich abends zu Tode, aber ich habe keine bessere Idee, und so gucke ich halt Fernsehen.“ Für seine Frau ergab sich im Verlauf der Behandlung die Möglichkeit, selber für den lange vernachlässigten Kontakt zu sorgen und Gäste einzuladen. Hier konnte auch der Ehemann lernen, sich auf eine für ihn neue Art zu entspannen. Dabei traten Schwierigkeiten auf. Der Ehemann suchte Kontakt, aber scheute ihn zugleich, weil Einladungen von Gästen mit Kosten verbunden waren. Die Ehefrau befürchtete, die Gäste könnten Unordnung in die Wohnung bringen und hatte sich deshalb so lange mit dem „passiven“ Feierabend zufrieden gegeben.

Jede der beiden transkulturellen Auffassungen von Feierabend und Entspannung ist auf ihre Weise narzißtisch besetzt und beinhaltet unterschiedliche Formen der Objektbeziehung. Derjenige, der von der Familie Rücksichtnahme und einen ungestörten Feierabend verlangt, fordert zugleich Anerkennung seiner Leistung durch die Familie: „Ich habe den ganzen Tag für euch gearbeitet und brauche als Gegenleistung, daß ihr auf mich Rücksicht nehmt, meine Spielregeln akzeptiert und mir meine Ruhe laßt.“

Der orientalische Familienvater, dessen Situation wir beschrieben haben, begnügt sich nicht mit seinem engeren Familienkreis, sondern benötigt ein größeres Forum für seine narzißtischen Wünsche: „Ich habe es erreicht, daß ich euch alle bewirten kann. Ich habe durch meine Arbeit und Großzügigkeit für euch alle gesorgt. Schenkt mir eure Achtung und Anerkennung.“

Nun ist keines der beiden Konzepte von vornherein konfliktbesetzt. Solange beispielsweise die Ehefrau bereit ist, den Kontaktrückzug oder die Bindung des sozialen Kontaktes an die Aktualfähigkeit Leistung (Besuch von Geschäftsfreunden usw.) für sich zu übernehmen, mag die Situation weitgehend konfliktarm bleiben. Wenn aber die Partner verschiedene Konzepte haben bzw. ein Mensch selber unterschiedlichen Konzepten anhängt, besteht eine erhöhte Konflikanfälligkeit: „Du kannst arbeiten, soviel du willst, ich will aber keine langweiligen Arbeitsessen, sondern ich will einen eigenen Freundeskreis und meine eigene Freiheit.“ oder: „Ich konnte mich eine Zeitlang sehr gut mit den bestehenden Leistungsforderungen identifizieren, leide aber immer wieder darunter, daß ich isoliert bin und wegen meiner Arbeit nur wenig Freunde und persönliche Bekannte habe.“

Die Positive Psychotherapie geht davon aus, daß diese Konzepte weitgehend unbewußt übernommen und in das Selbstkonzept und Selbstwertgefühl integriert wurden. Neurose heißt hier weniger, daß ein Mensch nicht über ein bestimmtes Konzept verfügt, sondern daß er es einseitig und ambivalent vertritt. Ein Beispiel dafür gab ein 29jähriger Lehrer, der wegen rezidivierender Colitis ulcerosa psychotherapeutisch behandelt wurde. Er beschrieb sein Konzept folgendermaßen: „Mein Lebensinhalt ist die sorgfältige, exakte und gewissenhafte Arbeit. Um das zu erreichen, muß ich mich abends ausruhen, rechtzeitig ins Bett gehen. Gäste wären für mich Zeitverschwendung.“ - um wenig später über seine soziale Isolation, Einsamkeit und Kontaktängste zu klagen.

Die Positive Psychotherapie bezieht sich auf das *positum*, das Tatsächliche, zu dem auch andere Interpretationsmöglichkeiten und Konzepte unserer psychosozialen Wirklichkeit gehören. Der Patient lernt, sich mit Alternativkonzepten auseinanderzusetzen, die unbewußten Motive seiner Konzeptübernahme zu verstehen und das eigene fixierte Konzept durch einen quasi experimentellen Standortwechsel zu erweitern. Dabei geraten auch psychotherapeutisch wichtige Begriffe wie „Trennungsängste“, „Objektverlust“, „Kontaktfähigkeit“ in ein neues Licht. Im Abendland werden Trennungsängste oft dadurch verschärft, daß Erwartungen und Übertragungen meist auf einzelne Personen oder kleine, eng begrenzte Gruppen gerichtet werden. Man lädt z.B. einen begrenzten Kreis von Gästen ein, meist schon wochenlang vorher, tut dies womöglich noch schriftlich und verbindet mit der Einladung das Gefühl der Angst. „Was werden unsere Gäste von uns denken, hoffentlich gefällt es ihnen bei uns?“ usw.

Dabei herrschen strenge Spielregeln: Ein Gast zuviel ist beinahe eine ähnliche Katastrophe wie ein Gast zu wenig. Im ersten Fall ist die Planung der Geselligkeit durchkreuzt, im zweiten Fall herrschen Unbehagen und Trennungsängste vor: „Warum ist er nicht zu uns gekommen, was möchte er damit bezwecken?“ Die eigene Betroffenheit wandelt sich in Aggressionen: „Wer so unzuverlässig ist, den können wir nicht mehr einladen.“ Ein Gast der wiederholt zu spät kommt, wird als unzuverlässig abgelehnt. Man möchte mit ihm nichts mehr zu tun haben, obwohl es eine Reihe von gemeinsamen Interessen gibt.

Im Orient wird diesen Trennungsängsten auf andere Weise vorgebeugt: Man lädt nicht nur einzelne Gäste ein, deren Nichterscheinen eine große Enttäuschung bedeuten könnte, sondern macht viele Menschen zu seinen Gästen. Gerade die Flexibilität des Gastgebers, seine Bereitschaft und Fähigkeit noch mehr Gäste aufzunehmen und gewissermaßen aus dem Vollen zu schöpfen, bedeuten für ihn eine besondere Befriedigung und verleihen ihm bei seinen Gästen besonderes Ansehen. Die einfache Übertragung wird durch eine multiple Übertragung abgelöst, die zugleich eine gesellschaftlich anerkannte Rückversicherung gegenüber Trennungsängsten darstellt. Allerdings setzt auch diese Haltung „Opfer“ voraus: Man muß bereit sein, die „Unordnung“ zu ertragen, die die Gäste uns ins Haus bringen, den Verzicht auf Sparsamkeit, den der Besuch vieler Gäste mit sich bringt, und auch die Unpünktlichkeit einzelner Gäste, die durch die Solidarität der anderen erträglicher gemacht wird. Wenn ein Gast zu spät kommt oder ganz ausbleibt, bürgen doch die anderen dafür, daß man nicht alleine bleibt. Der Gastgeber ist weniger verpflichtet sich ausschließlich für den einzelnen Gast zu engagieren. Vielmehr unterhalten sich die Gäste miteinander, während der Gastgeber eher als Katalysator fungiert: Er macht Gäste untereinander bekannt, informiert sie über Interessenrichtungen, initiiert Gespräche, bietet Essen und Getränke an und läßt seine Gäste miteinander reagieren. Dabei erfährt er selber ein großes Maß an direkter und indirekter sozialer Anerkennung. Er ist das, was die Gruppenpsychologie „*emotional leader*“ nennt. Dabei wird er weniger den Frustrationen ausgeliefert, die durch oft stundenlange Gespräche und vergebliche Kontaktversuche entstehen.

Trennungsängste werden je nach soziokultureller Situation verarbeitet und erhalten dabei einen unterschiedlichen Stellenwert. Ähnlich erhält auch der Objektverlust seine psychosoziale Bedeutung, die sich nicht allein aus einer infantilen Problematik ableiten läßt, sondern inhaltlich durch soziokulturelle Normen bestimmt wird. Auf diese Weise können dynamische Begriffe wie Narzißmus, Trennungsangst,

Zusammenfassung

Die transkulturelle Problematik wird als Grundform sozialer, familiärer und persönlicher Konflikte beschrieben, die sich auch auf die Beziehung zum Selbst und die Objektbeziehungen auswirkt. Als ein Problem der Psychotherapie erweisen sich die in einer Kultur gängigen selbstverständlichen psychosozialen Normen, denen in einem gewissen Umfang auch der Therapeut selber unterworfen ist. Eine Methode, diesen Selbstverständlichkeiten auf die Spur zu kommen und den Versuch eines therapeutischen Standortwechsels einzuleiten, ist der transkulturelle Vergleich. Ein derartiges Vorgehen wird an Hand von zwei Beispielen verdeutlicht. Das erste Beispiel bezieht sich auf eine Konfliktsituation, die auf unterschiedlichen Eßgewohnheiten beruht, das zweite auf das unterschiedliche Freizeitverhalten im Iran und in der Bundesrepublik Deutschland, das zugleich unterschiedliche Formen der Objektbeziehungen repräsentiert.

Literatur

- Mead, M.: Jugend und Sexualität in primitiven Gesellschaften, München 1970
- Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft, Klett, Stuttgart 1971
- Harlow, H.S. und Harlow, M.K.: Reifungsfaktoren im sozialen Verhalten, Psyche 21, 193, 1967
- Spitz, R.A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, Klett, Stuttgart 1960
- Spitz, R.A.: Vom Säugling zum Kleinkind, Klett, Stuttgart 1974
- Argelander, H.: Die klinische Bedeutung des primären Narzißmus
In: der Psychoanalyse, 9, 7, Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1976
- Battegay, R.: Narzissmus und Objektbeziehungen. Ober das Selbst zum Objekt.
Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1977
- Battegay, R.: Narzissmus in seiner physiologischen und psychopathologischen Dimension. In: Zeitschrift für Positive Psychotherapie, 1, 1979
- Peseschkian, N.: Positive Psychotherapie: Theorie und Praxis einer neuen Methode, S. Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1977
- Peseschkian, N.: Psychotherapie des Alltagslebens: Training zu Partnerschaftserziehung und Selbsthilfe, Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt a.M. 1977
- Peseschkian, N.: Der Kaufmann und der Papagei: Orientalische Geschichten als Medien in der Psychotherapie, Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt a.M., 1979
- Peseschkian, N.: Positive Familientherapie, S. Fischer Verlag, Frankfurt a.M., voraussichtliches Erscheinen März 1980

Verhaltenstherapie und Positive Psychotherapie

Fundierung — Berührungspunkte — Integration

Dipl.-Psychologe Hans Deidenbach, Wiesbaden

Die psychotherapeutische Szene ist in Bewegung. Während vor nicht allzu langer Zeit in den verschiedenen „Schulen“ die Neigung vorherrschte, sich gegenseitig abzugrenzen und sich durch Frontenbildung zu profilieren, zeichnet sich in den letzten Jahren eine Auflockerung der psychotherapeutischen Dogmatismen ab. Diese Tendenz soll in der vorliegenden Arbeit anhand der Positiven Psychotherapie und neuerer Entwicklungen der Verhaltenstherapie skizziert werden.

Für viele ist der Begriff „Verhaltenstherapie“ auch heute noch mit Assoziationen wie „Skinner-Box“, „Rattenexperimente“, „Dressur durch Konditionierung nach dem Reiz-Reaktions-Modell“ etc., verknüpft. Frisch in Erinnerung ist der Anspruch von Verhaltenstherapeuten, ihre Therapierichtung sei die einzige „wissenschaftlich fundierte“ und dazu „streng experimentell überprüfbare“ unter den vorhandenen Psychotherapien. Der Verfasser erinnert sich an ein Podiumsgespräch, das 1969 stattfand. In ihm gipfelte der „Glaubenskrieg“ zwischen einem Psychoanalytiker und einem Verhaltenstherapeuten in folgendem Dialog:

Analytiker: „Gerade diese letzte Behauptung von Ihnen ist doch der Beweis dafür, daß Sie unbewußt die Problematik verdrängen!“ Darauf der Verhaltenstherapeut: „Sie machen es wie jemand, der zuerst die Ostereier versteckt und sich dann freut, wenn er sie wieder findet!“

Bekannt ist die Ironisierung analytischer Therapie durch „Black-box“-Theoretiker, Psychoanalyse sei der Versuch, in einem kohlrabenschwarzen Keller eine kohlrabenschwarze Katze zu fangen, die gar nicht drin ist. Spätestens seit der „kognitiven Wende“ der Verhaltenstherapie Anfangs der 70er Jahre wissen Behaviouristen nicht nur, sondern *arbeiten* auch damit, daß — um im Bild zu bleiben — im Keller nicht nur eine, sondern eine ganze Menge „Katzen“ drin sind, und daß es nicht so kohlrabenschwarz in diesem „Keller“ ist, wie ursprünglich angenommen.

Das überkommene Verständnis der 60er Jahre von Verhaltenstherapie klingt auch noch in *Peseschkians* Buch „Positive Psychotherapie“ an, wenn er schreibt: „Die Verhaltenstherapie basiert auf der Lerntheorie, nach der das Verhalten im Sinne eines Reiz (S) — Reaktions (R) — Modells gelernt wird. Diese Theorie konnte in einer Reihe wissenschaftlicher Experimente überprüft und bestätigt werden“ (S. 381).

Während *Eysenck & Rachmann* (1968) noch den Anspruch erhoben, verhaltenstherapeutisches Handeln basiere „auf einer durchgängigen, angemessen formulierten Theorie, die zu überprüfbaren Deduktionen führt“, reduzieren *Lazarus* (1971) und *London* (1971) Verhaltenstherapie auf die Anwendung therapeutischer Techniken beliebiger Provenienz, die sich in Kontrolluntersuchungen als wirksam erwiesen haben, und sehen damit das Ende der Ideologie in der Verhaltenstherapie gekommen. *Westmeyer* (1976) kommt im Rahmen seiner wissenschaftstheoretischen Überlegungen zu dem Ergebnis, daß sowohl im System der Aussagenkonzeption als auch der Nichtaussagenkonzeption von Theorien „Verhaltenstherapie . . . nicht als Anwendung einer gegenwärtig verfügbaren Verhaltenstheorie gedeutet werden kann“ (S. 15 - 17). Die Verhaltenstherapie teile vielmehr mit anderen Formen psychologischer Therapie die Frage-

Stellung: „Welche therapeutischen Techniken sind bei welchen Personen mit welchen Problemen geeignet, effektiv bestimmte Ziele zu erreichen?“ (S. 21). *Innerhofer* u.a. schreibt in seinen „Anmerkungen zu einer pragmatisch orientierten Wissenschaftstheorie“: „Während man in der Abbildtheorie die Arbeit des Wissenschaftlers als ein Suchen nach der Wahrheit (Übereinstimmung mit der Wirklichkeit) beschreibt, wird man sie im funktionalen Modell *Wittgensteins* besser als ein Suchen nach gangbaren Wegen zu bestimmten Zielen beschreiben; der Begriff der Wahrheit wird abgelöst durch den Begriff der Gangbarkeit bzw. Brauchbarkeit“ (1976, S. 55).

In diesem Kontext ist auch der Ansatz der Positiven Psychotherapie/Differenzierungsanalyse zu sehen. Wissenschaftstheoretisch ist er dem von *Innerhofer* (1976) skizzierten funktionalen Modell *Wittgensteins* zuzuordnen, läßt sich aber auch vor dem Hintergrund der Nicht-Aussagenkonzeption (*Kraiker*, 1976) diskutieren. „Von ihrer Entstehung und ihrem Wesen her ist die Differenzierungsanalyse eher Praxis als Theorie Das Buch gilt daher weniger der Darstellung einer perfekten Theorie, sondern soll statt

dessen ein praktikables und den menschlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten angemessenes therapeutisches System aufzeigen.“ (*Peseschkian*, 1977a, S. 15). Verhaltenstherapie und Positiver Psychotherapie ist sicher gemeinsam, daß sie „nicht als Anwendung einer gegenwärtig verfügbaren (Verhaltens)theorie gedeutet werden“ können (*Westmeyer*, 1976). Unter dem Gesichtspunkt der Gangbarkeit bzw. Brauchbarkeit (*Innerhofer*, 1976) gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen beiden „Schulen“, und Ansprüche, deren Einlösung noch aussteht.

Im folgenden möchte ich einige Beispiele analoger therapeutischer Prinzipien in Verhaltenstherapie und Positiver Psychotherapie/Differenzierungsanalyse aufzeigen:

1. Relativierung des eigenen Modells zugunsten einer integrativen Funktion

Verhaltenstherapie:

„Was entbehrlich ist, sind die künstlich errichteten Schranken, die einer Integration der Verhaltenstherapie in einen umfassenden Bereich psychologischer Therapieverfahren entgegenstehen. Über die Zugehörigkeit zu diesem Bereich entscheidet nicht eine, wie auch immer geartete Programmatik, die sich dann doch nicht einlösen läßt, sondern der tatsächlich geführte Effektivitätsnachweis. Das hat zur Folge, daß sich ein Verhaltenstherapeut nicht auf einen zu engen Bereich von Therapieverfahren beschränken sollte, sondern alle Verfahren verwenden sollte, die sich als wirksam erwiesen haben (*Jacobs*, 1972), auch wenn sie in einer anderen Schule

Positive Psychotherapie:

„Die Differenzierungsanalyse erfüllt diesen Anspruch dadurch, daß sie nicht auf eine einzelne Technik schwört, sondern prinzipiell eine Vielzahl verschiedener psychotherapeutischer Techniken (z.B. Einzelbehandlung, Gruppentherapie, Familientherapie, Entspannungsmethoden, lerntheoretische Ansätze, psychoanalytische Vorgehensweisen etc.) heranzieht. Nicht der Patient muß sich an eine zufällig vorgegebene Methode anpassen, sondern umgekehrt: die Methodik wird entsprechend den sich wandelnden psychotherapeutischen Bedürfnissen des Patienten ausgewählt.“ (*Peseschkian*,

Was hier als Eklektizismus beargwöhnt werden könnte, ist eher eine Konsequenz aus der Einsicht, daß in beiden Systemen therapeutische Techniken nicht streng deduktiv aus einer Theorie abgeleitet werden können, sondern daß ein funktionales Angehen der Probleme Methode der Wahl ist. In Richtung einer Integration therapeutischer Techniken und Schulen leistet die Positive Psychotherapie insofern mehr, als sie aufgrund der inhaltlichen Konkretisierung im Differenzierungsanalytischen Inventar (DAI) als gemeinsamem Bezugspunkt in der Therapeut-Therapeut-Kommunikation auch die un-umgänglichen Fachtermini leichter übersetzbar macht.

Ein Beispiel:

Ober-Ich

Psychoanalyse: Das Ober-Ich entspricht generell dem, was man als Gewissen bezeichnet. Doch im Gegensatz zum Gewissen ist dies Ober-Ich oft weitgehend oder vollständig unbewußt. Es besteht ursprünglich aus den verinnerlichten Bildern der moralischen Aspekte der Eltern in der frühen Kindheit

Positive Psychotherapie: Das Über-Ich als Ort der psychischen Repräsentanz psychosozialer Normen bezieht sich inhaltlich auf das Muster von Aktualfähigkeiten, das unser Verhalten und Erleben beeinflusst. Wir sprechen also nicht mehr allgemein vom Ober-Ich, sondern davon, worauf sich das Ober-Ich bezieht: auf Ordnung, Pünktlichkeit, Ehrlichkeit, Treue, Fleiß, Sparsamkeit etc." (*Peseschkian*,

Peseschkians Ansatz läßt sich als Schritt in Richtung einer integrativen Psychotherapie verstehen. *Benedetti* schreibt: „Sein Modell ist eine beachtenswerte Synthese von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Elementen und stellt damit einen wesentlichen Beitrag zu den Einheitsbeziehungen innerhalb der Psychotherapie dar.“ (Sexualmedizin 6/1979). Diese integrative Funktion versucht die Positive Psychotherapie auch zwischen anderen Schulen wahrzunehmen.

2. Das positive Vorgehen

Verhaltenstherapie:

In einer Verhaltensanalyse wird zunächst das funktionale Bedingungsgefüge symptomatischer Verhaltensweisen eruiert. Schon im Erstinterview wird jedoch auch nach „positiven“ Verhaltensweisen des Symptomträgers und seiner Bezugspersonen gefragt. Der Verhaltenstherapeut fragt nach „inkompatiblen“ Verhaltensweisen, d.h. Verhalten, das mit dem symptomatischen unvereinbar ist und deswegen aufgebaut oder verstärkt werden muß. Das alles ändert jedoch

Positive Psychotherapie:

Hier wird das positive Vorgehen zum Prinzip erhoben. Auf dem Untergrund der im DAI gewonnenen Informationen kann der Therapeut primär vom „Intakten“ — den in den Augen des Patienten bzw. seines Partners subjektiv „positiv“ ausgeprägten Aktualfähigkeiten — ausgehen, diese Bereiche weiterentwickeln und stabilisieren. Das Krankheitsbild ist zunächst sekundär. Positiv bedeutet hier entsprechend seiner ursprünglichen Bedeutung (lateinisch: *positum*) das Tatsächliche, das

der konventionellen) Verhaltensanalyse das „störende“ Symptom steht. (vgl. z.B. *Schulte, 1976*).

nicht notwendigerweise die Konflikte und Störungen, sondern die Fähigkeiten, die jeder Mensch als Grundfähigkeiten und Aktualfähigkeiten mit sich bringt. Indem der Therapeut primär vom Intakten ausgeht, vermeidet er es, den Klienten noch weiter auf sein oder seiner Bezugspersonen neurotisches Symptom zu fixieren und dieses möglicherweise noch zu verstärken. Die Störung selbst wird erst zu einem späteren Zeitpunkt — wenn noch notwendig — angegangen, im Rahmen der fünfstufigen Familientherapie z.B. erst auf der Stufe der Verbalisierung (vgl. *Peseschkian, 1977b*). Der positive Ansatz impliziert eine weitere therapeutische

3. Der Standortwechsel

Verhaltenstherapie:

Seit der kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie finden zunehmend mehr kognitive, imaginative und affektiv orientierte Modifikationstechniken Eingang. Ansätze zur „kognitiven Umstrukturierung“, paradoxe Intentionen etc. werden angewandt. *K.H. Mandel (1979)*: „Wer als Therapeut keine Ideen übermittelt darüber, was etwa werden könnte, der motiviert zu wenig, bringt Selbstheilungs- und Selbstentfaltungskräfte zu wenig in Bewegung ...

... Im Mittelpunkt einer solchen Behandlungsweise steht ein sehr elementares Prinzip ...: die Beeinflussung des Selbstwertgefühls und des „Beziehungsgefühls“ (hier: des Inferioritätsgefühls), in erster Linie beim Symptomträger, in zweiter Linie beim Partner, durch kognitive Umstrukturierung (Umdeutungen, Paradoxien, Symptomverschreibungen, „Patienten-Erzählungen“ etc.).

... Nimmt man als Therapeut das Selbst-

Positive Psychotherapie:

Hier wird prinzipiell bereits bei der ersten Begegnung zwischen Klient und Therapeut ein Standortwechsel versucht. Ein Mittel ist die Uminterpretation des Krankheitsbildes.

Ein Beispiel: Frigidität wird interpretiert als die Fähigkeit, durch den Körper nein zu sagen. Ausbaufähig sind: die Beziehungen zum eigenen Körper, zum Du, die Fähigkeit, auch verbal nein zu sagen. Durchgearbeitet und eventuell modifiziert werden die „Aktualfähigkeiten“ Höflichkeit, Ehrlichkeit und Kontakt. (Vgl. die Übersetzung konventioneller Krankheitsbegriffe in: *Peseschkian, 1977a*, S. 403 f.) Ein weiteres Medium sind orientalische Geschichten. „Geschichten mit ihrem spielerischen Charakter, ihrer Nähe zur Phantasie, Intuition stehen in offenkundigem Gegensatz zu den zweckrationalen, technologischen Vorbildern der modernen Industriegesellschaft ...

Dieser geschichtlich-kulturell bedingten Einseitigkeit können wir dadurch

oft genug erst der Partner umgehängt hat, Wohnheiten — andere Denkmodelle und entsteht ein iatrogener Schaden." (5.115) Spielregeln menschlicher Beziehungen in unsere Vorstellungswelt einbeziehen . . . Diesen Standortwechsel halte ich für eine der wesentlichsten Funktionen der Ge-schichten" *Weseschkian, 1979, S. 7f.*)

Geschichten haben darüber hinaus eine „Depot-Funktion“: Sie beginnen erst mit der Zeit, dann aber anhaltend zu wirken: ein ausgezeichnetes „Psychoserum“ zur Modifi-kation kognitiver und emotionaler Komponenten von Einstellungen und tieferer Schichten, die dann Verhaltensänderungen erleichtern.

4. Soziopsychologisches Krankheitsmodell

In beiden Therapierichtungen sind zwar biologische und/oder intrapsychische Prozesse als (Mit-)Bedingungen von Verhalten (medizinisches Krankheitsmodell) nicht ausge-schlossen. Sowohl Verhaltens- als auch Positive Psychotherapie betonen jedoch die Umweltbedingtheit aller Komponenten des Verhaltens: der Emotionen, der Kognitio-nen, der Motorik, teils auch der Sensorik, denen jeweils intra- und interindividuell unterschiedliche Grade von Bewußtheit eignen können. Verhalten wird in seiner Ent-stehung und Aufrechterhaltung wesentlich als Lernprozeß verstanden (soziopsycholo-gisches Modell).

Daraus ergeben sich zwei Konsequenzen:

- Therapien können nicht auf die Räumlichkeiten ärztlicher oder psychologischer Praxen beschränkt bleiben; die eigentliche Therapie findet in der natürlichen Um-welt statt.
- in jeder Therapie müssen die Bezugspersonen des Symptomträgers in seinen ver-schiedenen Lebensfeldern (Partner, Familie, Schule, Beruf etc.) einbezogen werden, aber auch die materiellen Strukturen seiner Lebenswelt (vgl. *Keupp, 1978*), also ökonomisch wirksame Faktoren. Je stärker letztere direkt oder indirekt an der Ent-stehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen mitbeteiligt sind, umso we-niger führt eine Therapie zum Erfolg, die lediglich Vermittlungsinstanzen, z.B. die Familie des Symptomträgers, mit einbezieht. Damit kommen wir zu einem weiteren Berührungspunkt beider Therapierichtungen.

5. Der präventive Aspekt

Sozialepidemiologische Studien lassen einen korrelativen Zusammenhang zwischen so-zialen Variablen und typischen Verteilungsmustern psychischer Erkrankungen als ge-sichert erscheinen. Inwieweit ein kausalanalytischer Zusammenhang besteht, darüber sind gesicherte Aussagen noch nicht möglich. Die Ergebnisse lassen jedoch über mikro-soziologische Ansätze hinaus, z.B. in Form von Familientherapie, präventive Strategien auf makrosoziologischer Ebene ökologische Perspektive) als notwendig erscheinen. Beide Therapierichtungen verfügen über ein methodisches Instrumentarium, das relativ leicht erlernbar und daher zur Mediatorenausbildung geeignet erscheint.

Unter „Mediatoren“ verstehen wir geschulte „Laientherapeuten“ (z.B. Lehrer, Erzie-her in Kindergärten), die am Ort der (möglichen, sich anbahnenden) Konflikte leben

und/oder arbeiten und daher sozioökonomische Strukturen und ihren Einfluß auf subjektives Erleben und Verhalten als (Mit-)Beteiligte kennen (diagnostisch-therapeutischer Aspekt). Aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit erreichen sie eine große Zahl potentieller Klienten (multiplikativer Aspekt) (vgl. *Goldstein, 1978*).

6. Sprache

Ein wesentliches Medium in jeder Psychotherapie ist die Sprache. Hier beansprucht die Positive Psychotherapie, gegenüber der Verhaltenstherapie im Vorteil zu sein:

„Die Positive Familientherapie versucht, diese psychotherapeutischen Sprachbarrieren“ (eleaborierter vs. restringierter Code; Anm. vom Verfasser)“ zu überwinden Auch wenn sich die Sprachstile in den sozialen Schichten unterscheiden, bleiben dennoch die Konflikthalte vergleichbar In der Positiven Familientherapie machen wir diese Inhalte zum thematischen Mittelpunkt. Sie sind als „Aktualfähigkeiten“ leicht verständlich, bieten unabhängig von der „sozialen Schicht“ (und unabhängig von der jeweiligen Kultur, in der jemand aufgewachsen ist; Anm. vom Verfasser) einen Einstieg in die jeweilige individuelle und familiäre Problematik und sind geeignet, Wechselwirkungen mit den gesellschaftlichen Bezugssystemen aufzuzeigen“ (*Peseschkian, in Vorbereitung*).

Die inhaltliche Systematisierung, wie sie in Form des Differenzierungsanalytischen Inventars in der Positiven Psychotherapie vorliegt, fehlt in der Verhaltenstherapie. Sie läßt sich jedoch, z.B. während der fortlaufenden Verhaltensanalyse, beim Explorieren und Neulernen kognitiver Strategien (Regeln, Regelsysteme ▶, bei der Erstellung von Verstärkungsplänen etc. mit Gewinn integrieren.

Hier ist ein weiterer Gesichtspunkt zu nennen, der weiter oben im Abschnitt „Standortwechsel“ schon anklang:

„Das verbalisierende Vorgehen fordert einseitig sprachliche Abstraktionsleistungen. Der Zugang zur Phantasie muß erst mühsam durch die sprachliche Form hindurch gefunden werden.

Aus diesen Gründen macht die Positive Familientherapie durch Geschichten, Parabeln, Spruchweisheiten, Beispiele aus anderen Lebenssituationen und Kulturen den Patienten Angebote.

Sie helfen ihm zu assoziieren und über diese therapeutische Brücke schrittweise die bestehende Konfliktsituation preiszugeben. Damit wird indirekt auch die Verpflichtung gegenüber den Selbstverständlichkeiten der familiären Tradition relativiert. Das quälende Schweigen, das manche noch verbal undifferenzierte, gehemmte und „unergiebig“ Patienten sonst nachhaltig von einer Psychotherapie abschreckt, wird durch diese therapeutischen Angebote vermieden“ (*Peseschkian, in Vorbereitung*).

Lassen sich diese Ansprüche einlösen, bietet sich mit dem differenzierungsanalytisch-positiven Ansatz ein Instrumentarium — vor allem auch im transkulturellen Bereich (Gastarbeiter) — zur Prävention und Therapie psychischer und psychosomatischer Störungen und Interaktionsprobleme (Gastarbeiter - Einheimische) an, soweit diese aus der subjektiven Aneignung gesellschaftlicher Realität resultieren.

Zusammenfassung

Der Autor beschreibt eine gegenwärtige Tendenz der Auflösung dogmatischer Fronten innerhalb des psychotherapeutischen „Schulstreits“. Exemplarisch wird dies für die Verhaltenstherapie, die Psychoanalyse und die Positive Psychotherapie dargestellt. Dabei wird vor allem auf gemeinsame Fragestellungen und Analogien zwischen diesen Richtungen abgehoben. Als Themen erscheinen typische therapeutische Prinzipien (wie die Relativierung des eigenen Modells zugunsten einer integrativen Funktion, das Positive Vorgehen und der Standortwechsel). Besonders betont wird, auf dem Boden eines soziopsychologischen Krankheitsmodells der präventive Aspekt.

Literatur

- Eysenck, H.J. & Rachmann, S.: Neurosen - Ursachen und Heilmethoden. Berlin 1968
- Goldstein, A.P.: Ausbildung von Laientherapeuten.
In: ders., Strukturierte Lerntherapie. Ansätze zu einer Psychotherapie der sozial Benachteiligten, München 1978
- Innerhofer, P. u.a. Anmerkungen zu einer pragmatisch orientierten Wissenschaftstheorie. In: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie, Sonderheft 1/1976 der „Mitteilungen der DGVT e.V.“
- Keupp, H.: Psychologische Tätigkeit in der psychosozialen Versorgung.
In: Verhaltenstherapie in der psychosozialen Versorgung, Kongreßbericht Berlin 1977, Sonderheft 11/1978 der „Mitteilungen der DGVT e.V.“
- Kraiker, C.: Zum Problem von Theorien und ihrer Anwendung in der Psychologie. In: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie, wie oben.
- Lazarus, A.A.: Behavior therapy and beyond. New York: McGraw-Hill, 1971.
- London, P.: The end of ideology in behavior modification.
American Psychologist, 1972, 27, 913-919
- Mandel, K.H.: Sexualtherapie durch Beeinflussung des Selbstwert- und Beziehungsgefühls. Zusammenfassung in: Mitteilungen DGVT, 1/1979.
- Peseschkian, N.: Psychotherapie des Alltagslebens.
Fischer Taschenbuch Nr. 1855, Frankfurt, 1977 (a)
- derselbe: Positive Psychotherapie: Theorie und Praxis einer neuen Methode.
Fischer Verlag, Frankfurt, 1977 (b)
- derselbe: Der Kaufmann und der Papagei: Orientalische Geschichten als Medien in der Psychotherapie.
Fischer Taschenbuch Nr. 3300, Frankfurt, 1979
- derselbe: Positive Familientherapie. In Vorbereitung
- Schulte, D.: Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In: Diagnostik in der Verhaltenstherapie, Fortschritte der klinischen Psychologie, München - Berlin - Wien 1976

- Westmeyer, H.: Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis? Möglichkeiten und Probleme einer theoretischen Fundierung der Verhaltenstherapie.
In: Gottwald, P. u. Kraiker, C. (Hrsg.), Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie.
Sonderheft 1/1976 der „Mitteilungen der DGVT e.V.“

Buchbesprechungen

Raymond Battegay: Narzissmus und Objektbeziehungen — Über das Selbst zum Objekt

Hans Huber Verlag, Bern, 1977

Eine orientalische Weisheit besagt: Wer gut ist zu sich selbst, ist auch gut zu anderen. Dieses Sprichwort umreißt die Problematik des Narzissmus, der sich nicht nur auf eine überzogene Selbstliebe beschränkt, sondern die Möglichkeiten der Objektbeziehungen vorweg bestimmt. In diesem Sinn ist der Narzissmus nicht nur ein engeres Problem der Psychopathologie, sondern greift in alle Lebensbereiche, den sozialen Kontakt, die politische Werthaltung, Leistungsbereitschaft, Partnerschaft, Religion und nicht zuletzt in die Erziehung ein. Diese Vielfältigkeit der Erscheinungsformen des Narzissmus, seine psychodynamischen Voraussetzungen und therapeutischen Implikationen reflektiere das Buch „Narzissmus und Objektbeziehungen“ von Prof. *Raymond Battegay*, Basel. Die zentrale und umfassende Bedeutung dieses Problems wird in dem Untertitel deutlich: Über das Selbst zum Objekt. Dieses sympathisch geschriebene und angenehm zu lesende Buch spricht vor allem den Leser deshalb an, weil es den Narzissmus nicht von vornherein als Störung diskriminiert, sondern ihn als ein wesentliches Element der Ich-Entwicklung und der Entwicklung (sozialer) Objektbeziehungen sieht. Battegay bezeichnet in diesem Zusammenhang, das engere Freudsche Konzept erweiternd, jene Störungen, die in einem ungenügend gefestigten Selbst begründet liegen, als narzisstische Neurosen.

Dabei tritt der entwicklungspsychologische Aspekt in den Vordergrund, der auf die Bedingungen des krankhaften Narzissmus hinweist und damit Wege zur Prävention aufzeigt.

Die einzelnen Kapitel sind nach den Aspekten des Narzissmus kurz und übersichtlich gegliedert und enthalten eine Fülle aufschlußreicher und informativer Falldarstellungen.

Dieses Buch bietet nicht nur für den Psychotherapeuten wertvolle Denkanstöße, sondern enthält für jeden von uns wichtige Gesichtspunkte zur Selbsterfahrung und Selbstreflektion. Nicht umsonst lautet das Motto dieses Buches: Du sollst deinen Nächsten lieben, wie dich selbst . . ."

Dr. med. N. Peseschkian

Positive Psychotherapie

Peseschkian, N.: Positive Psychotherapie. Theorie und Praxis einer neuen Methode. 452 S., Frankfurt/Main: Fischer (1977)

Wird eine neue psychotherapeutische Methode vorgestellt, darf man sich fragen, auf welchen Ansätzen sie in der Psychotherapie früherer Jahrzehnte basiert. Versuche ich, ein Bild von der Methode zu gewinnen, die *Nossrat Peseschkian* entwickelt hat und die er in seinem Buch darlegt, scheint es mir, daß die Methode der Persuasion von *Duboi* aus den Anfängen dieses Jahrhunderts als Vorstufe der „Positiven Psychotherapie“ genannt werden kann: Der Psychopathologie wird ein vernünftiges Modell einer gesunden Lösung gegenübergestellt, und der Patient wird durch Persuasion angeregt, dieses zu verstehen. Freilich hat *Peseschkian* diese Ansätze in der „Positiven Psychotherapie“ weiterentwickelt. Der Patient wird als Ko-Therapeut herangezogen. Die Registrierung und Katalogisierung der psychopathologischen „Ist“-Situation führt ihn in eine rechte Besinnung über seine psychosoziale Lage. Vor allem ist der Autor bemüht, den Patienten durch die Entwicklung der „positiven“ Aspekte seiner Psychopathologie zu gewinnen, ein Anliegen, dessen Bedeutung auch mir besonders in der Schizophrenie-Therapie bewußt geworden ist. In diesem spezifischen Sinne spricht *Peseschkian* von „positiver“ Psychotherapie. Sein Modell ist eine beachtenswerte Synthese von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Elementen und stellt somit einen wesentlichen Beitrag zu den Einheitsbeziehungen innerhalb der Psychotherapie dar.

Um das Konzept herauszuarbeiten, das dem Verhalten des Patienten zugrunde liegt, bedient sich der Autor der Assoziationen seiner Patienten, indem er gezielte Fragen stellt. Freilich werden bei der kurzen Zeit der Exploration vorbewußte Aspekte des Krankheitskonzeptes gewonnen, denn um das Unbewußte zu verarbeiten, wäre eine längere Untersuchung notwendig. Dem psychopathologischen Konzept wird dann im Gespräch das psychotherapeutische Gegenkonzept, die Soll-Situation gegenübergestellt. Dabei ist *Peseschkian* darum bemüht, nicht direkt auf die Widerstände des Patienten zu stoßen. Die Beratung erfolgt in einer lebenswürdigen Weise durch Hinweise auf Dichterzitate, Sprichwörter, orientalische Märchen und Mythen, zu den *Peseschkian* als Perser einen unmittelbaren Zugang besitzt. In einem unerschöpflichen Maße kann er seinen Patienten einen großen Schatz überlieferter Weisheiten anbieten. Wer die therapeutische Begeisterung und den Optimismus des Autors persönlich erfahren hat, versteht, daß diese Methode eines kurzen Psychotherapieverfahrens äußerst erfolgreich wirkt.

Prof. Dr. med. Gaetano Benedetti
Psychiatrische Universitäts-Poliklinik, Basel

Sebastian Goepfert: Perspektiven psychoanalytischer Literaturkritik

(Hrsg.). Rombach, hochschul paperback band 92, Freiburg/Br., 1978

Die Psychoanalyse, die sich in der Medizin als Behandlungsmethode etabliert hat, greift auch auf andere Bereiche über. So wurde die psychoanalytische Denkweise als Hilfsmittel, politische Phänomene zu deuten, aber auch als Interpretationsansatz in der Literaturwissenschaft verwendet. Der von *S. Goepfert* herausgegebene Reader weist auf die Problematik dieses Vorgehens hin. Psychoanalyse ist nicht nur eine Methode,

die instrumentell angewendet werden kann, sondern bleibt ihrer Ursprungssituation der Arzt-Patient-Beziehung verpflichtet. Dies bedeutet auch, daß die grundsätzliche Unterscheidung zwischen literarischem Text, der Persönlichkeit des Autors und der des Lesers für die psychoanalytische Interpretation durchgängig wird. Das von *Goep-pert* herausgegebene Buch umfaßt eine Anzahl von Beispielen psychoanalytischer Literaturkritik und methodenkritische Betrachtungen, von denen die Arbeiten von *Lorenzer, Urban* und *Goepfert* besonders eindrucksvoll sind. Dieses Buch ist ein gutes Beispiel für die Möglichkeiten und Probleme interdisziplinärer Zusammenarbeit.

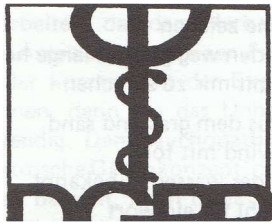
Dr. med. N. Peseschkian

Gedicht

und das meer ist nicht einsam
für meinen gang in der gegend am meer
sehe ich keine wichen
daß jemand den weg ging ist lange her
und keiner mit mir zu sprechen
die fragen aus dem gras und sand
nimmt der wind mit fort
die antwort der wasser ist bekannt
ein beichtstuhl für ein wort
ich höre die brandung die kommt und geht
ihr strömen das nicht nach den winden dreht
was ich sehe sind möven die gleiten
und sich im flug um beute streiten
den alten fischer dem von nichts getrieben
die augen und hände zum bessern geblieben
und die sonne die lange schon eingetaucht
und den Strand der keinen zum sprechen braucht
und auf dem rückweg der abend hängt tief
zerstört den sand mein fuß
zur heilung läuft die welle aus
das ewige rauschen als gruß
aber keine antwort obwohl jemand rief

Dr. med. E. Kreilos
Frauenarzt u. Arzt f. Sportmed.
Kaiserstraße 14, 6418 Hünfeld

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft
für Positive Psychotherapie (DGPP)



16.0%.101111

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FOR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE E.V.

Veranstaltungen

Seminare „Psychotherapie der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen — offen für Nichtmitglieder —

Seminare „Psychotherapie — offen für Nichtmitglieder

Tagungsort: Akademiegebäude der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim

Positive Psychotherapie in der ärztlichen Praxis — 7 Seminarveranstaltungen mit Fallbesprechungen für: Allgemeinmediziner, Internisten, Kinderärzte, Gynäkologen, Hautärzte, Psychiater und Orthopäden, Augenärzte, HNO-Ärzte, Röntgenärzte.

Leitung und Durchführung: Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden, und Mitarbeiter

Sonnabend, den 10. November 1979 von 10.00 bis 17.00 Uhr

3. Seminar: Techniken der kleinen Psychotherapie — Psychotherapie in der ärztlichen Praxis — situative Ermutigung — Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Jakobson-Training) — Ist-Wert-Soll-Wert-Technik — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

Sonnabend, den 8. Dezember 1979 von 10.00 bis 17.00 Uhr

4. Seminar: Das psychotherapeutische Gespräch in der Praxis — Konzepte — Gegenkonzepte — Familientherapeutische Maßnahmen — Partnergruppe — Ärztliche Kontrolle der Selbsthilfeeinrichtungen — Gruppenarbeit — Fallbesprechungen — Selbsterfahrung.

Sonnabend, den 19. Januar 1980 von 10.00 bis 17.00 Uhr

5. Seminar: Zielerweiterung — Ablösung aus der therapeutischen Situation — Übertragung — Gegenübertragung — Erweiterung des Konzeptes — Millieutheraeutische Maßnahmen — Medikamentöse Therapie — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

Sonnabend, den 16. Februar 1980 von 10.00 bis 17.00 Uhr

6. Seminar: Selbsterfahrung — Balintgruppe und Positive Psychotherapie — Arzt/Patient-Beziehung — Arzt und eigene Familie — Arzt und seine Beziehung zu Kollegen — Selbsterfahrung.

Sonnabend, den 15. März 1980 von 10.00 bis 17.00 Uhr

7. Seminar: Plenarsitzung — Psychotherapeutische Probleme in der ärztlichen Praxis (Patientenführung, Fragen der Überweisung an Fachpsychotherapeuten — Behandlung psychosomatisch gestörter Patienten — Ärztliche Ethik und Weltanschauung — Krankheitskonzepte — Diskussion und Erfahrungsaustausch — Selbsterfahrung.

Ziel dieses Seminars ist es, den Kollegen für psychische und psychosomatische Fragestellungen in seiner Praxis zu sensibilisieren, ihm Richtlinien, Indikationsstellungen und die 5-Stufen-Behandlung für den Umgang mit psychisch und psychosomatisch Erkrankten an die Hand zu geben. Dies soll unter den folgenden drei Schwerpunkten erfolgen: Arzt/Patient-Beziehung — Der Arzt und andere Ärzte — Der Arzt und seine Familie.

Die Teilnahme von Praxisangestellten ist möglich.

Für Nichtmitglieder der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen wird ein Kostenbeitrag in Höhe von DM 50,— pro Veranstaltung erhoben. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, an den Tagen der Veranstaltungen Mitglied der Akademie zu werden.

Anmeldungen erbeten an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim, Tele-fon: 0 60 32 /61 71 oder 6172.

Sonntag, den 28. Oktober 1979 in Bad Teinach/Schwarzwald

Thema: Positive Psychotherapie: Ein integrales Modell für Selbsthilfe und Psychotherapie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt.

Referent: Dr. med. N. Peseschkian

Verband der Pneopäden AFA und PSG

Donnerstag/Montag, 15./19. November 1979 in Travemünde

XI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

Psychotherapie und Weltanschauung

Demonstration einer Lebenssituation und Selbsterfahrung

Referenten: Studien-Professor A. Kärcher „Psychologie - Pädagogik" Dr. med. N. Peseschkian, Psychiater und Psychotherapeut „Differenzierungsanalyse"

Termine: Samstag, den 3. November 1979, 18.30 Uhr

Freitag, den 7. Dezember 1979, 19.30 Uhr

Kostenbeitrag für alle Veranstaltungen: DM 75,— (Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V. - DGPP - DM 25,—)

Begrenzte Teilnehmerzahl: Interessenten bitten wir, sich anzumelden bei: Dr. med. N. Peseschkian, Burgstraße 16, 6200 Wiesbaden, Telefon 0 61 21 /37 37 07

Selbsterfahrungsgruppe: Schwerpunkt Pädagogische Psychologie

Mittwoch, den 7. November 1979, 18.00 Uhr

Mittwoch, den 12. Dezember 1979, 18.00 Uhr

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

Selbsterfahrungsgruppe: Schwerpunkt Beruf und Partnerschaft

Dienstag, den 6. November 1979, 18.30 Uhr

Dienstag, den 4. Dezember 1979, 18.30 Uhr

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

Psychotherapeutische Erfahrungsgruppe Wiesbaden für **Ärzte (PEW)**

Gruppe 1: Samstag

Samstag, den 3. November 1979, 10.00 und 15.00 Uhr

Samstag, den 1. Dezember 1979, 10.00 Uhr

Gruppe 11: **Mittwoch**

Mittwoch, den 28. November 1979, 15.00 Uhr

Mittwoch, den 12. Dezember 1979, 15.00 Uhr

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

C L U B 7 9 E i n l a d u n g

„Treffpunkt: Praxis“

WANN Donnerstag, 20.00 Uhr

18. Oktober 1979

29. November 1979

13. Dezember 1979

WER Alle, die sich mit zwischenmenschlichen Beziehungen auseinandersetzen

WO Praxis Dr. med. N. Peseschkian, Burgstraße 16, 6200 Wiesbaden

WAS Freunde, Partner, gute Laune, Musikinstrumente
mitbringen? (Überraschungsleckerbissen mitzubringen bleibt jedem überlassen)

Getränke sind vorrätig

Auf Ihren Besuch freut sich: Familie Dr. Peseschkian

Mitgliederversammlung der DGPP in Wiesbaden: Februar 1980

Zu dieser Veranstaltung erfolgt eine gesonderte Einladung

3. Kontaktadressen

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie Fragen zur Positiven Psychotherapie haben?

Name	Anschrift	Telefon
Dr. med. Hans Bastian Facharzt für Radiologie	5000 Köln 90 (Port) Alfred-Nobel-Str. 10	(022 03) 5 30 72
Dr. med. Werner Becker Arzt für Allgemeinmedizin	6277 Camberg Birkenweg 2	(06434) 64 44
Dr. phil. Ingeborg Bergen Sprachtherapeutin	6200 Wiesbaden Am Erkelsborn 11	(06121) 7 88 99
Dr. Rosemarie Bohrer Diplom-Psychologin	6229 Martinsthal	(06123) 71636
Hans-Peter Bremges Psychoanalytiker	4000 Düsseldorf	(0211) 37 02 95
Hans Deidenbach Diplom-Psychologe Verhaltenstherapeut	6 2 0 0 W i e s b a d e n Ernst-v. Harnack-Str. 12	(0 6121) 46 3567
Dr. med. Ellen Fleischer	6200 Wiesbaden Herminenstraße 6	(06121) 306255
Dr. med. H. A. Frech Praktischer Arzt	6120 Michelstadt Erbacher Straße 32 - 34	(06061) 55 50
Dr. med. B. Frederick Facharzt für innere Medizin	6114 Groß Umstadt Carlo-Mierendorff-Str. 3	(0 60 78) 32 85 privat 3242
Dr. med. Ingo A. Heiskel Arzt für Allgemeinmedizin	6367 Karben Großgasse 1	(06039) 78 90
Dr. med. S. Hilali Kinderfacharzt	6050 Offenbach am Main Waldstraße 122	(0611) 85 46 70 privat 83 80 48
Dr. med. Ingeborg Hennighausen Ärztin für Allgemeinmedizin	6320 Alsfeld	(0 66 31) 23 53
Dr. med. Margit Hintz	3 5 7 5 K i r c h h a i n 1 Auf dem Vogelsang 7	
Dr. med. Anna-Maria Ihm Ärztin für Allgemeinmedizin	6272 Niedernhausen Goethestraße 2 - 4	(0 61 27) 24 54
Adolf Kärcher Studienprofessor	7030 Böblingen Kopenhagener Straße 12	(0 70 31) 27 93 44
Dr. med. Elmar Kreilos Frauenarzt	6418 Hünfeld	(0 66 58) 32 12
Willi Köhler Lektor	6000 Frankfurt a.M. 90 Strubbergstraße 19	(0611) 78 69 67
Dr. med. Ludwig Koschinsky Arzt für Allgemeinmedizin	6530 Bingen Mainzer Straße 3	(06721) 1 5807

Dr. med. Franz J. Lang Facharzt für Kinderkrankheiten	6114 Groß-Umstadt Roentgenstraße 26	(0 60 78) 44 33
Detlev E. Linden Diplom-Psych., Klin.-Psych.	6200 Wiesbaden Taunusstraße 79	(06121) 527795
Dr. med. Elfriede Loch Ärztin für Allgemeinmedizin	6270 Idstein/Ts. i.d. Eisenbach 50	(0 61 26) 42 89
Christa Messer Rechtsanwältin und Notarin	6200 Wiesbaden Bahnhofstraße 38 Nassauer Straße 2	(0 6121) 37 3316
Prof. Dr. Werner E.G. Müller Universitätsprofessor	6200 Wiesbaden Sammelweisstraße 12	(0 6121) 6 7161
Isabel Müller-Zahn Diplom-Psychologin	6200 Wiesbaden Sammelweisstraße 12	(0 6121) 67161
Dr. med. Michael Ohligs Facharzt für Neurologie und Psychiatrie	6370 Oberursel/Ts. Adenauerallee 26	(06171) 54232
Dr. med. Nossrat Peseschkian Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie	6200 Wiesbaden Burgstraße 16	(0 6121) 37 37 07
Gabriele Regensburger Diplom-Psychologin, Klin.-Psych.	6200 Wiesbaden Taunusstraße 79	(06121) 52 77 95
Dieter Schön Diplom-Psychologe, Klin.-Psych.	6200 Wiesbaden Hermannstraße 28	(0 61 21) 40 5519
Dr. med. Werner Schulen Frauenarzt	6200 Wiesbaden Rheinstraße 15 6100	(0 6121) 37 49 29
Dr. med. Anne Striebler Gynäkologin	Darmstadt Heidelberg Straße 13	
Dr. med. Wolfgang Theobald Arzt für Allgemeinmedizin	6320 Alsfeld/Oberh. Jahnstraße 7	(06631) 3528
Dr. med. Ortrun Werner Ärztin für Allgemeinmedizin	6320 Alsfeld Bahnhofstraße 3	(0 66 31) 23 53
Dr. med. Rolf-Dieter Werner Facharzt für Augenkrankheiten	6320 Alsfeld Marburger Straße 28	(06631) 23 53

Eine Geschichte auf den Weg

Die goldenen Zeltnägel

Ein Derwisch, dessen Freude die Entsagung und dessen Hoffnung das Paradies war, traf einst einen Fürsten, dessen Reichtum alles übertraf, was der Derwisch je gesehen hatte. Das Zelt des Adligen, der außerhalb der Stadt zur Erholung lagerte, war aus kostbaren Stoffen und selbst die Zeltnägel, die es hielten, waren aus purem Gold. Der Derwisch, der es gewohnt war, Askese zu predigen, überfiel den Fürsten mit einem Wortschwall, wie nichtig doch der irdische Reichtum, wie eitel die goldenen Zeltnägel, wie vergeblich das menschliche Mühen seien. Wie ewig und herrlich seien dagegen die heiligen Stätten. Entsagung bedeute das größte Glück. Ernst und nachdenklich hörte der Fürst zu. Er ergriff die Hand des Derwisch und sprach: „Deine Worte sind für mich wie die Glut der Mittagssonne und die Klarheit des Abendwindes. Freund komm mit mir, begleite mich auf dem Weg zu den heiligen Stätten.“ Ohne rückwärts zu schauen, ohne Geld, ein Reitpferd oder einen Diener mitzunehmen, begab sich der Fürst auf den Weg. Erstaunt eilte der Derwisch hinterher: „Herr! Sag mir doch, ist es dein Ernst, daß du zu den heiligen Stätten pilgerst? Wenn es so ist, warte auf mich, daß ich schnell meinen Pilgermantel hole.“ Gütig lächelnd antwortete der Fürst: „Ich habe meinen Reichtum, meine Pferde, mein Gold, mein Zelt, meine Diener und alles, was ich hatte, zurückgelassen, mußt du dann wegen eines Mantels den Weg zurückgehen?“ „Herr“, staunte der Derwisch, „erkläre mir bitte, wie konntest du alle deine Schätze zurück-lassen und selbst auf deinen Fürstenmantel verzichten?“ Der Fürst sprach langsam, aber mit sicherer Stimme: „Wir haben die goldenen Zeltnägel in den Erdboden geschla-gen, nicht aber in unser Herz!“

Hierdurch erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE e.V. (DGPP)
PSYCHOTHERAPIE — SELBSTERFAHRUNG — SELBSTHILFE
TRANSKULTURELLEPROBLEME

Jahresbeitrag: DM 120,— (ordentliche und außerordentliche Mitglieder)
DM 180,— (Ehepaare)
DM 60,— (Studenten)



Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

An weiterem Informationsmaterial bin ich interessiert ja — nein
Beitrag als Spende gem. § 1 Ob, Abs. 1, EStG abzugsfähig.

Bankkonto: Naspa Wiesbaden (BLZ 510 500 15) Konto Nr. 1 1 1 1258448