




Erziehung
Selbsthilfe
Psychotherapie
Transkulturelle Probleme

1  **Entwicklung der
Familientherapie**

 **Familienkonfrontation - praktische
Psychosomatik für den Arzt**

 **Wiesbadener Differenzierungs-
analytischer Fragebogen (WDF)**



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, Allfeld
Dr. med. W. Ritter, Bad Sooden

Anschrift der Redaktion

Dr. med. N. Peseschkian
An den Quellen 1
6200 Wiesbaden
Telefon (0 6121) 37 37 07

Erscheinungsweise

zweimal jährlich

Bezugsbedingungen

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft
für Positive Psychotherapie (DGPP): frei
Einzelheft DM 6,— zuzüglich Zustellgebühren.

Bestellungen und Anzeigenaufträge
an die Redaktion.

Zahlungen an: Nassauische Sparkasse, Wiesbaden,
Konto-Nr. 111 1 25 848, BLZ 510 500 15

ZEITSCHRIFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE
Erziehung - Selbsthilfe - Psychotherapie - Transkulturelle Probleme

Heft 1/80

Inhalt	Seite
Einführung des Herausgebers	1
Geschichte: Der kleine Unterschied	2
Entwicklung der Familientherapie	3
Dr. med. Nossrat Peseschkian	
Familienkonfrontation — praktische Psychosomatik für den Arzt	11
Prof. Dr. med. Boris Luban-Plozza, Dr. med. Dipl. Psychologe Alex Ammann	
Scheidungsprozeß und familiäre Konflikte	14
Christa Messer, Rechtsanwältin und Notarin	
Gedicht: Unser Erbe, Dr. med. Elmar Kreilos	17
Transkulturelle Aspekte der Positiven Familientherapie	18
Dr. med. Nossrat Peseschkian	
Gedicht: Angst vor der Veränderung, Dr. med. Hugo Schneider	25
Positive Familientherapie aus der Sicht einer Patientin	26
Dr. med. Nossrat Peseschkian	
Wiesbadener Differenzierungsanalytischer Fragebogen (WD F)	31
Hans Deidenbach, Dipl.-Psychologe	
Informationen der DGPP	40
Eine Fabel auf den Weg	42

Das nächste Heft: Psychosomatik

*Der Wert von Menschen und
Diamanten läßt sich erst schätzen,
wenn man sie aus der Fassung
bringt.*

Einführung des Herausgebers

Familientherapie ist nicht nur eine spezielle therapeutische Anordnung. Sie ist eine besondere Denkweise, die den Menschen als soziales Wesen begreift.

Die Möglichkeiten familientherapeutischen Vorgehens reichen weit: von der familientherapeutischen Situation im engeren Sinne, zu der sich eine Familie und ein Therapeut oder ein Therapeutenteam zusammengefunden haben, bis hin zu konfliktbesetzten Lebenssituationen, die ihren Ursprung in der Familie haben, bzw. deren Folgen in das familiäre Zusammenleben hineinreichen.

Psychotherapie, wie sie sich im Anschluß an die großen Entdeckungen S. Freuds entwickelten, hat es gelernt zu problematisieren, das heißt: Probleme in den Vordergrund zu rücken, Konflikte auszutragen, bislang verdrängte oder verleugnete Aggressionen zu beleben und sie dem Bewußtsein zugänglich zu machen und Unterschiede zu betonen. Dies geschieht im Sinne des klassischen Zitats S. Freuds: „Erst, wenn man das Krankhafte studiert, lernt man das Normale verstehen“. So wichtig dieser Ansatz für das Verständnis von Konflikten ist, so sehr trägt er zur Verunsicherung, Beängstigung und Regression derer bei, die sich von ihm Hilfe versprechen. Potentiell geht ihr gesamtes Selbstbild in Konflikten und konflikthaften Besetzungen auf.

Die Familientherapie und hier insbesondere die Positive Familientherapie stellt dieses klassische Vorgehen in einem wesentlichen Punkt auf den Kopf oder besser gesagt, zurück auf die Füße. Bevor die konfliktbesetzten Unterschiede innerhalb einer Familie therapeutisch differenziert werden, stellen sich die Fragen: Was hält die Familie bei allen diesen Schwierigkeiten noch zusammen? Welche Gemeinsamkeiten verbinden die einzelnen Familienmitglieder noch ? Welche Bedeutung hat das Symptom für die Aufrechterhaltung des familiären Gleichgewichtes und die Stabilisierung der psychischen Ökonomie? Über welche Möglichkeiten, Strategien und Stile der Konfliktbewältigung und -Verarbeitung verfügen die Mitglieder einer Gruppe und die Gruppe selber?

Diese Art, an Menschen und ihre Konflikte heranzutreten, erläßt dem Patienten jene extrem enge Doppel-Bindung an einen Therapeuten, die für das klassische psychotherapeutische Vorgehen typisch war. Sie eröffnet vielmehr neue Möglichkeiten, die Selbsthilfekapazitäten von Menschen freizusetzen und erlaubt dem Therapeuten in vieler Hinsicht menschlicher auf den Patienten und seine Familie einzugehen. Vielleicht, so hoffe ich, ergeben sich daraus neue Perspektiven dafür, wie Menschen mit sich selbst und ihren Mitmenschen umgehen.

Dr. med. Nossrat Peseschkian

Der kleine Unterschied

Ein orientalischer König hatte einen beängstigenden Traum. Ihm träumte, daß ihm alle Zähne, einer nach dem anderen, ausfielen. Beunruhigt rief er seinen Traumdeuter herbei. Dieser hörte sich sorgenvoll den Traum an und eröffnete dem König: „Ich muß dir eine traurige Mitteilung machen. Du wirst, genau wie die Zähne, alle Angehörigen, einen nach dem anderen verlieren.“

Die traurige Deutung erregte den Zorn des Königs. Er ließ den Traumdeuter, der ihm nichts besseres zu sagen hatte, in den Kerker werfen. Dann ließ er einen anderen Traumdeuter kommen. Der hörte sich den Traum an und sagte: „Ich bin glücklich, dir eine freudige Mitteilung machen zu können: Du wirst älter werden als alle deine Angehörigen. Du wirst sie alle überleben.“ Der König war erfreut und belohnte ihn reich für diese Worte. Die Höflinge wunderten sich darüber sehr. „Du hast doch eigentlich nichts anderes gesagt, als dein armer Vorgänger. Aber wieso traf ihn die Strafe, während du belohnt wurdest?“, fragten sie.

Der Traumdeuter antwortete: „Wir haben beide den Traum gleich gedeutet. Aber es kommt nicht darauf an, was man sagt, sondern auch, wie man es sagt.“



Zur rechten Zeit schweigen ist ein Zeichen von Weisheit und besser als alles Reden.

Plutarch

Entwicklung der Familientherapie

Von der Volkspsychotherapie zur Positiven Familientherapie

Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Vom Begriff her steht die Familientherapie im Gegensatz zur Individualtherapie. Während sich die letztere mit dem Einzelmenschen beschäftigt und eine Zweierbeziehung von Therapeut und Patient einrichtet, gilt in der Familientherapie die Familie als Einheit der Behandlung. Das Wort »Familientherapie« bezeichnet also zunächst eine besondere Art, eine therapeutische Situation zu gestalten. Es sagt allerdings nichts über eine verbindliche familientherapeutische Theorie und Methode aus. An ihre Stelle treten mehrere familientherapeutische Ansätze, die sich von verschiedenen Ausgangspunkten her entwickelt haben. Im folgenden wollen wir einen kurzen, eingeständenermaßen unvollständigen Abriss dieser Entwicklungen geben und die derzeitige Situation der familientherapeutischen Methoden beschreiben. Dabei kommt es uns darauf an, diese Entwicklung nicht nur auf die akademische Theoriebildung zu beschränken.

Familiäre Heilungsprozesse: Die Geschichte der Familientherapie begann lange, bevor Psychotherapie überhaupt wissenschaftlich institutionalisiert wurde, ein Prozeß, der durch die gesellschaftlichen Veränderungen der Industrialisierung, der Arbeitsteilung und der Desintegration der Familie erst notwendig und möglich wurde. Hypothetisch können wir sagen: solange es Menschen gibt, gab es auch zwischenmenschliche und innerseelische Konflikte. Wahrscheinlich ebenso lange gab es Versuche, mit diesen Schwierigkeiten zu Rande zu kommen. Die Bezugsgruppe, in der sich ein wesentlicher Teil dieser Ereignisse abspielte, war die Familie, so sehr sich ihre Gestalt auch im Wandel der Geschichte änderte.

»Familientherapie« war damals – wie in der überwiegenden Mehrzahl auch heute noch – Selbsthilfe. Man »behandelte« sich gegenseitig aufgrund der eigenen Erfahrungen, überlieferten Strategien der Konfliktbewältigung und, unter dem Einfluß der herrschenden Moral. Erfahrene Familienmitglieder übernahmen die Aufgaben eines »Beraters«. Diese wurden auch von solchen Angehörigen der weiteren Sippe wahrgenommen, die als Autorität anerkannt wurden und genügend Vertrauen genossen. In den Einrichtungen der Erziehungs-, Ehe- und Familienberatung setzte sich diese Entwicklungsrichtung fort. Auf der Grundlage pädagogischer und psychologischer Erkenntnisse erfolgte die Beratung nunmehr durch private und öffentliche außerfamiliäre Einrichtungen.

Religiös-weltanschauliche Einflüsse: Den ideologischen Rahmen der familiären Selbsthilfe gab die gesellschaftliche Ordnung mit

ihren weltanschaulichen Bezugssystemen. Sie stellte auch Hilfskräfte, wenn es darum ging, individuelle und familiäre Probleme in den Griff zu bekommen. Der Wert der Familie ist in nahezu allen religiösen und weltanschaulichen Systemen als Norm festgelegt. Als ihre Basis gilt die Ehe. In der römisch-katholischen Lehrmeinung beispielsweise wurde die Sexualität auf die Ehe beschränkt. Im Vordergrund stand die Gemeinschaft von Mann und Frau (Bonaventura, Duns Scotus) und deren reproduktive Funktion. So sieht Augustinus den Sinn der Ehe in der Nachkommenschaft, der ehelichen Treue und der Unauflöslichkeit der christlichen Ehegemeinschaft (Lau, 1965). Auch die Eltern-Kind-Beziehung unterlag diesen Regeln. Nach Augustinus sollte die Nachkommenschaft »mit Liebe entgegengenommen, mit herzlicher Güte gepflegt und gottesfürchtig erzogen« werden. Den Kindern schreibt das *Alte Testament* sogar bei Androhung der Todesstrafe vor, Vater und Mutter zu ehren und ihnen gehorsam zu sein. Vor diesem Hintergrund war nicht die Familie zu behandeln, sondern ihre abweichenden Mitglieder. Da vor allem die Ehe – als von Gott zusammengefügt – unter allen Umständen zu erhalten war, ging es vor allem darum, ein Ausbrechen der Ehepartner zu verhindern, selbst auf die Gefahr hin, daß sie in der gestörten Ehe zerbrachen. In Form von Gesprächen, Beratungen, Anordnungen, Identifikationsangeboten und einem Katalog diesseitiger und jenseitiger Strafen wurde eine Verhaltenskorrektur und mitunter eine subjektive Entlastung erzielt.

Zur Notwendigkeit der Familientherapie: Mit dem Zeitalter der Aufklärung trat die religiös getragene Weltordnung zugunsten des Individuums in den Hintergrund, ohne allerdings ihren Einfluß gänzlich zu verlieren. Der Mensch »als Maß aller Dinge« besann sich auf die Eigenständigkeit seiner Bedürfnisse und die Vernunft in den Regeln der zwischenmenschlichen Beziehungen. Damit erhielt auch die Familie eine neue Bedeutung. Ihre Begründung wurde nicht mehr allein in der göttlichen Ordnung gesucht. An deren Stelle traten das »Band des gemeinsamen Blutes«, die Bedeutung der Familie als emotionaler Nährboden für das Kind und als Absicherung gegenüber der menschlichen Vereinsamung. Im Verlauf der Industrialisierung gab die Familie ihre Eigenart als handwerkliche und bäuerliche Produktionseinheit auf. Der Vater büßte an Autorität ein. Seine Oberlegenheit und die Vertrauenswürdigkeit des hohen Alters verloren ihre Bedeutung. Horkheimer (1967) argwöhnt darin eine Entwicklung zum autoritär fixierten Charakter: »In früheren Zeiten war die liebende Nachahmung des selbstsicheren, klugen Mannes, der sich seinen Pflichten widmet, für das Individuum die Quelle moralischer Autonomie. Heute freilich hält

das heranwachsende Kind, das anstatt eines Vaterbildes nur die abstrakte Vorstellung einer willkürlichen Macht empfing, Ausschau nach einem stärkeren, machtvolleren Vater, nach einem Über-Vater.« Mitscherlich (1963), faßt diesen Strukturwandel in dem eigentümlich dialektischen Begriff der »Vaterlosigkeit« und verweist auf den »Weg zur vaterlosen Gesellschaft«. Ähnlichen Wandlungen sieht Horkheimer die Rolle der Mutter unterworfen: »Die ideale moderne Mutter plant die Erziehung ihres Kindes nahezu wissenschaftlich. Ihre gesamte Einstellung zum Kind wird rational; selbst die Liebe wird gehandhabt wie ein Bestandteil pädagogischer Hygiene ... Die Mutter hört auf, ein beschwichtigender Mittler zwischen dem Kind und der harten Realität zu sein, sie wird selbst noch zu deren Sprachrohr« (S. 277 f.). In dieser >Entmachtung< der Familie ist nach Marcuse (1967) eine Gefahr enthalten: Die Familie, solange sie einen intakten Privatbereich sicherte, war ein Gegengewicht zur öffentlichen Macht. Die erschütterte Autorität innerhalb der Familie wirkt deshalb nicht nur als Befreiung; zugleich gibt sie auch einer ungebrochenen Sozialisierung der Kinder im Interesse der öffentlichen Macht freie Bahn (Habermas, 1963). Diese kulturpessimistischen Feststellungen werden vor der Tatsache interessant, daß gerade in dieser Zeit der drohenden Auflösung der Familie die Familientherapie als eigenständige Methode ihren Aufschwung erlebt. Zusammen mit der Entwicklungspsychologie und der Sozialpsychologie versucht sie, das Selbstverständnis der Familie auf eine neue psychosoziale Grundlage zu stellen; eine Tendenz, die auch in scheinbar gegensätzlich konzipierten Ansätzen wie dem von Cooper (1971) enthalten ist, der den Tod der Familie thematisiert. Vor diesem Hintergrund scheint für die Familientherapie die Parole zu gelten: Die Familie ist tot, es lebe die Familie!

Mit der Verlagerung des Schwerpunktes von der religiösen Weltordnung zum Menschen wurde der Arzt zum Fachmann, dem die Aufgabe zufiel, mit Problemen, Konflikten, Verhaltensauffälligkeiten und seelischen Krankheiten umzugehen. Dies zunächst im Sinne des beratenden Haus- und Familienarztes, der für sein Verständnis und seine guten Ratschläge bekannt und gesucht war. Später sonderte sich die Disziplin des Psychiaters ab, der allerdings die Beziehung zum familiären Krankheitsgeschehen verlor.

Von der Psychoanalyse zur Familientherapie: Mit der Entwicklung der Psychoanalyse durch S. Freud zu Beginn dieses Jahrhunderts gelang es, Einblick in psychodynamische und psychogenetische Vorgänge zu gewinnen. Die Psychodynamik bezieht sich vor allem auf die drei psychischen Instanzen der Strukturhypothese Freuds: das Ich, das Es und das Über-Ich. Bei dem Ich handelt es sich um

eine Struktur der Persönlichkeit, die zwischen den anderen beiden Instanzen und der Realität vermittelt. Das Es umfaßt alle Wünsche und Affekte, die eine Triebbefriedigung zum Ziel haben. Das Über-Ich beinhaltet die in die Persönlichkeit aufgenommenen Normen und moralischen Forderungen. Daraus leiten sich wesentliche Funktionen der Familie ab: Die Familie als Ort der Bedürfnisbefriedigung (Es-Funktion), als der Ort, an dem über Verhaltensnormen das Gewissen vermittelt wird und Triebe zugunsten familiärer und gesellschaftlicher Regeln unterdrückt werden (über-Ich-Funktion), und als der Ort, an dem Kompromisse, Anpassungsleistungen und Abwehrvorgänge erprobt werden (Ich-Funktion). Noch deutlicher wird die Verflechtung des psychischen Apparates mit den familiären Strukturen im psychogenetischen Modell. Dieses beschreibt die Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Triebwünsche in verschiedenen Stufen, die jeweils mit spezifischen Objektbeziehungen verknüpft sind. Diese »Objektbeziehungen« spiegeln die für ein Kind wichtige (familiäre) Umwelt wider: In der oralen Phase, die etwa die ersten zwölf Lebensmonate umfaßt, ist der Säugling total abhängig von seiner Umgebung. Seine Realität beschränkt sich auf die Mutter-Kind-Beziehung. Die anale Phase (zweites bis viertes Lebensjahr) geht einher mit der Reinlichkeitserziehung, der motorischen Entfaltung und Körperbeherrschung. Das Kind lernt hier, elterliche Gebote zu übernehmen. In der ödipalen Phase zentriert sich der Konflikt auf die Dreierbeziehung: Vater-Mutter-Kind. Dieses möchte das gegengeschlechtliche Elternteil für sich gewinnen und rivalisiert mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Die phasenspezifischen Bedürfnisse werden im familiären Beziehungsnetz so beantwortet, wie es die gesellschaftlichen Normen und die »Moral« der Familienmitglieder zulassen. Damit wurden wesentliche Anteile auch des familiären Geschehens erfaßt, wenigstens soweit sie für die Reifung des einzelnen Menschen bedeutsam waren. Das Kind war Mittelpunkt: »Seine familiären Partner erscheinen perspektivisch verkleinert als Objekte, deren das Kind sich einseitig bedient, um seine Impulse darauf richten zu können, um Vorlagen für seine Identifizierungsbedürfnisse zu erhalten, die zum Aufbau seines Ichs und seines Über-Ichs nötig sind« (Richter, 1972).

Obwohl die familiären Beziehungen in der Lebenswirklichkeit des Patienten, in seiner Phantasie und in der Übertragungsbeziehung zum Analytiker wirksam waren, beschäftigte man sich mit ihnen nur als imaginären Größen. Die reale Familie blieb zugunsten des Dogmas der psychoanalytischen Prozedur ausgeschlossen und stand meist kulissenhaft im Hintergrund. Zudem unterkühlte das psychoanalytische Setting die familiären Beziehungen. Im Sinne

der Abstinenzregel ist es dem Analytiker verboten, dem Patienten gegenüber gefühlsmäßige Zuwendungen in Form von Tröstungen, Anteilnahme usw. zu geben. Er darf auch keine Ratschläge erteilen und keine Meinungen und Überzeugungen kundtun. Der Analysand seinerseits sollte sich einem Dritten gegenüber nicht darüber äußern, was in der Analyse geschieht. Weiterhin wird ihm nahegelegt, während der Dauer der Therapie keine lebenswichtigen Entscheidungen wie Eheschließung, Scheidung, Berufswechsel usw. zu treffen. Diese Regeln, die in der analytischen Situation ihren unbestreitbaren Sinn haben, isolieren den Patienten vor allem gegenüber seiner Familie und schließen diese von dem therapeutischen Geschehen aus. Die Analyse wird so für den Patienten zu einem »funktionellen Klinikaufenthalt«. Eine Aufgabe der Abstinenzregel ist die bessere Kontrolle der oft komplizierten Übertragungsbeziehungen. Sie läßt aber auch orthodoxe Psychoanalytiker nahezu phobisch jede Einbeziehung eines weiteren Familienmitgliedes als drohenden Verlust der therapeutischen Kontrolle beargwöhnen. Die in der Psychodynamik und Psychogenese vorgezeichneten familiären Strukturen ließen die Psychoanalyse jedoch zu einem hervorragenden Wegbereiter der Familientherapie werden. Zeugnis dafür legen die Analysen S. Freuds und vor allem die kulturvergleichenden und biographischen Beschreibungen Eriksons ab. Namhafte Ansätze der Familientherapie (Richter, Stierlin), die in der Bundesrepublik Deutschland propagiert werden, entwickelten sich auf der Grundlage der psychoanalytischen Theorie, unter Einbeziehung der Kommunikationstheorie, der Sozialpsychologie und Soziologie zu eigenständigen therapeutischen Ansätzen.

Die Familie als System: Die Modelle der Kommunikationstheorie, Systemtheorie und Kybernetik gaben der Familientherapie neue Impulse. Nach diesen Modellen ist die Familie ein sich selbst regulierendes System, das nach eigenen Regeln funktioniert, die es im Verlauf der Zeit erworben hat. Wie Watzlawick, Beavin und Jackson (1969) feststellen, ist jedes Verhalten eine Kommunikation. Sie ruft notwendigerweise eine Antwort hervor, die ihrerseits wiederum kommunikative Funktionen erfüllt. Es ist demnach unmöglich, nicht zu kommunizieren. Dieser Sachverhalt formuliert den Hintergrund einer familiären Störung. »Familien, die einen oder mehrere Angehörige mit einem Verhalten aufweisen, das man traditionellerweise als »pathologisch« diagnostiziert, regulieren sich durch Transaktionen (Beziehungsmuster), die genau auf die Art dieser Pathologie zugeschnitten sind« (Selvini et al., 1977, S. 13). Die Familienmitglieder werden nach diesem Paradigma als Elemente eines Interaktionskreises betrachtet. Das Verhalten eines

Familienmitgliedes beeinflusst das Verhalten der anderen. Als System verfügt die Familie über zwei sich scheinbar widersprechende Funktionen: (a) die Tendenz zur Homöostase; diese bedeutet, daß das familiäre System nur einen begrenzten Spielraum für Veränderungen zuläßt. Jackson (1957) bezog den Begriff der Familienhomöostase auf die klinische Erfahrungstatsache, daß die Besserung der Symptomatik eines (schizophrenen) Patienten oft drastische Rückwirkungen auf die Familie hat. Sie ist eine Störung des familiären Gleichgewichts, das z. B. durch eine Symptombildung bei einem anderen Familienmitglied wiederhergestellt werden kann; (b) die Fähigkeit zur Änderung; auf sie gehen die Anpassungsleistungen der Familie zurück. Eine therapeutische Änderung erfolgt über eine Änderung der Spielregeln des familiären Systems: »Hat man erkannt, daß die Symptome ein Teil der diesem System eigentümlichen Transaktionen sind, so bleibt, wenn man die Symptome ändern will, nur der Versuch übrig, die Regeln auszuwechseln« (Selvini et al., 1977, S. 13). Kennzeichnend für eine gefährdete Kommunikation sind Spielregeln, die »Spiele ohne Ende« zulassen. Ein Beispiel dafür ist der Double-bind (Doppelbindung), der von Stierlin als Beziehungsfalle, von Loch (1961) als Zwickmühle übersetzt wird. Typisch für eine Doppelbindung (Bateson et al., 1975) ist, daß vor einem lebenswichtigen Kontext Mitteilungen gegeben werden, die unvereinbar sind und den Partner vor die Illusion von Alternativen stellen. Ein Jugendlicher, der in einer ambivalenten Abhängigkeit von seiner überbeschützenden Mutter steht, bekommt von ihr in verschiedenster Form die Aufforderung: »Sei endlich spontan!« Dieser Appell scheint zunächst ihrem eigenen uneingestandenen Interesse zu widersprechen, die Bindung zu ihrem Sohn unter allen Umständen aufrechtzuerhalten. Unabhängig von den Ängsten und Schuldgefühlen, die dieser Appell auslösen kann, stellt er die Betroffenen vor ein Dilemma: Wenn der Sohn spontan handelt, hat er lediglich die Anweisung der Mutter befolgt, war also nicht wirklich spontan. Andererseits verzichtet er auf Spontaneität, wenn er versucht, der Aufforderung der Mutter entgegen zu handeln. Mit anderen Worten: gleichgültig, was er macht, er hat keine Möglichkeit, spontan und selbständig zu sein (Watzlawick, Weckland und Fisch, 1975). Therapeutisch sollen diese Spiele ohne Ende durch Gegenspiele gebrochen werden. Eines dieser paradoxen Gegenspiele ist die Symptomverschreibung (Bateson). Der Patient erhält die Aufgabe, das als unbeherrschbar und autonom empfundene Symptom willentlich hervorzurufen. Im Sinne der dargestellten »Sei-spontan-Paradoxie« ist dadurch das Symptom nicht mehr spontan. Der Patient tritt außerhalb des Rahmens seines symptomatischen Spiels ohne Ende.

Selvini Palazzoli et al. (1977) beschreiben ein Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung, in dem dieses Paradoxon und Gegenparadoxon therapeutisch Anwendung findet. Ebenfalls auf die Systemtheorie geht die strukturelle Familientherapie nach Minuchin (1977) zurück. Minuchin analysiert die Zuordnung der einzelnen Subsysteme innerhalb des Familiensystems mit Hilfe eines Organisationsschemas und versucht, durch neustrukturierende Maßnahmen die Familie zu einem therapeutischen Wandel herauszufordern. Der systemtheoretische Ansatz zum Verständnis der Familie läßt sich nach außen hin erweitern. So berücksichtigt die Beziehungsnetztherapie nach Speck und Attneave (1973) zusätzlich zu der Kernfamilie deren Freunde und weitere Angehörige. Der ökologische Ansatz (Auerswald, 1973) stellt eine darüber hinausgehende Ausweitung der Familientherapie dar. Dieser Ansatz ist interdisziplinär und bezieht zusätzlich zur Familie die sozialen Einrichtungen (Arzt, Klinik, Sozialarbeiter usw.) ein, mit denen sie in symptomrelevanter Beziehung steht.

Verhaltenstherapeutische Familientherapie: Die Verhaltenstherapie erschien eine Zeitlang als typische Vertreterin einer Individualbehandlung. Ihre Verfahren, z. B. die systematische Desensibilisierung in der Behandlung von Ängsten, sind zunächst auf den einzelnen Patienten zugeschnitten. Nichtsdestoweniger verweist die Verhaltenstherapie schon früh auf das soziale Lernen und die Belohnungs- und Bestrafungsmechanismen, die in einer Gruppe, z. B. in einer Familie, bestehen. Hier setzt die verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapie an. Libermann (1973) umreißt die Grundlinie dieses Vorgehens: »Statt ein schlecht angepaßtes Verhalten mit Aufmerksamkeit und Besorgnis zu belohnen, können die Familienmitglieder lernen, gegenseitig ein erwünschtes Verhalten anzuerkennen und zu billigen« (S. 398). Therapeutischer Ansatzpunkt sind die Verstärkungskontingenzen, als die Art, wie die Familienmitglieder miteinander umgehen. Als soziale Verstärker wirken die verbalen und nichtverbalen Mittel, Aufmerksamkeit und Anerkennung zu geben. »Oft erhält das abweichende Familienmitglied große Mengen solcher >Anteilnahme< oder sozialer Verstärkung, die auf sein schlecht angepaßtes Verhalten ausgerichtet und davon abhängig sind. Das abweichende Mitglied erhält die Botschaft: >Solange du weiterhin dieses unerwünschte Verhalten beibehältst, werden wir an dir interessiert und um dich besorgt sein.< Das Lernen solcher Botschaften führt zur Beibehaltung symptomatischen oder abweichenden Verhaltens und zu charakterologischen Mustern der Aktivität und Identität« (S. 399). Neben der sozialen Verstärkung besitzt das Lernen am Modell für die lerntheoretisch orientierte Familientherapie besondere Bedeutung.

In groben Zügen entspricht es der Imitation oder der Identifikation.

Als die drei Hauptaufgaben eines Therapeuten bezeichnet Libermann (1) die Schaffung und Erhaltung einer therapeutischen Allianz mit dem Patienten (vgl. Tausch, 1974); (2) die Erstellung einer behavioristischen Analyse der Probleme. Ein praktikables Modell dafür ist z. B. die Interaktionsanalyse nach Innerhofer (1978); (3) die Ergänzung der behavioristischen Prinzipien der Verstärkung und des Modellernens im Kontext der weitergehenden interpersonellen Interaktion. Deidenbach (1978) schlägt dafür ein ökologisch orientiertes Modell vor.

Positive Familientherapie: Die Entwicklung der Familientherapie hat eine neue Dimension der Psycho- und Milieuthérapie eröffnet. Es ist der wirkliche Fortschritt dieser Entwicklung, daß der Mensch nicht mehr isoliert als Einzelwesen, sondern ' wie es ihm als sozialem Wesen entspricht – innerhalb der mitmenschlichen Beziehungen gesehen wird, die seinen primären Lebensraum ausmachen.

Die Familientherapie selbst ist ein pragmatischer und praxisorientierter Ansatz (vgl. Haley, 1973; Ferber und Ranz, 1973). Dies macht es möglich, die Widersprüche zwischen den Theorien als sekundär zu betrachten. Wir stellen vielmehr die Gemeinsamkeiten und Ergänzungsmöglichkeiten der unterschiedlichen psycho- und familientherapeutischen Methoden in den Vordergrund. Die Positive Familientherapie versucht, in diesem Sinne – über die Bedeutung hinaus, die sie als eigenständige familientherapeutische Methode hat – die anderen theoretischen und praktischen Ansätze zu integrieren und Beziehungen zu ihnen herzustellen. Dies bedeutet, daß die Positive Familientherapie sie als ergänzende bzw. alternative Möglichkeiten in einem Therapieplan berücksichtigen kann (vgl. Peseschkian, 1977). Der folgenden Darstellung der Positiven Familientherapie sei eine kurze Skizze unserer therapeutischen Konzeption vorausgeschickt: Für die Positive Familientherapie ist die Familie eine zentrale Bezugsgröße der Behandlung. Uns kommt es wesentlich darauf an, das Selbsthilfepotential zu mobilisieren, das in jedem Menschen, in jeder Familie und auch in jeder anderen zwischenmenschlichen Beziehung enthalten ist. Wir wollen der Familie und deren Mitgliedern die Kompetenz vermitteln, die heute fast ausschließlich der kleinen Gruppe der Psychotherapeuten zugewilligt wird: in einer differenzierten, reifen Weise mit Problemen und Konflikten umzugehen.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Nossrat Peseschkian
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie
An den Quellen 1, 6200 Wiesbaden

Familienkonfrontation — praktische Psychosomatik für den Arzt

Prof. Dr. med. Boris Luban-Plozza und Dr. med. Dipl. Psychologe Alex Ammann

Wie kann der praktische Arzt psychosomatische Symptome seiner Patienten behandeln? Oft wird dies eine zentrale Frage sein, wenn die Symptomatik eines Patienten sich einfach nicht bessern will oder wenn ein Krankheitszeichen das andere ablöst.

Dem Familienarzt stehen in dieser Situation verschiedene Möglichkeiten offen: Er kann

- nichts tun oder den Patienten einem spezialisierten Kollegen zur Weiterbehandlung überweisen,

- sich und dem Patienten die Fortschritte der psychopharmakologischen Forschung zunutze machen,

- eine Veränderung der Einstellung und des Verhaltens des Patienten durch persönliche Gespräche mit ihm anstreben,

- die reale Situation des Patienten in dessen sozialem Umfeld zu verstehen und eine Veränderung in diesem Beziehungssystem des Patienten zu erreichen suchen.

Da die letzte Möglichkeit den Familienärzten meist weniger bekannt ist, wollen wir hier besonders darauf eingehen.

Gerade in den letzten zwanzig Jahren waren die Fortschritte der therapeutischen Intervention in sozialen Systemen groß: Ausgehend von dem seit langem bekannten Wissen, daß psychische Krankheiten situationsabhängig sind und vom besseren Verständnis kybernetischer und systemtheoretischer Prozesse, wurde es möglich, psychische und psychosomatische Störungen in einer ganz neuen Sichtweise zu sehen. Im Zentrum des therapeutischen Interessens steht nicht mehr nur das Individuum als in sich geschlossenes biologisches System sondern auch die soziale Umwelt der Person und damit die Beziehungen, die das Individuum zu anderen Personen zuhause, am Arbeitsplatz oder in der Schule, im Verein und im Freundeskreis unterhält. Für die meisten ist dabei eine Paarbeziehung oder die eigene Familie das wichtigste Beziehungssystem. Deshalb wird die neue Sichtweise oft vereinfachend „Paar- oder Familientherapie“ genannt.

Familientherapie ist nicht, wie irrtümlich angenommen werden könnte, eine weitere unter vielen verschiedenen Psychotherapieformen, sondern vielmehr stellt sie ein neues Paradigma, eine neue Denkweise dar, die der Behandlung des Einzelnen — losgelöst von seinem persönlichen sozialen Beziehungssystem — in Individual- oder Gruppentherapie gegenübergestellt werden muß. Daher ist es auch einleuchtend, daß es nicht eine familientherapeutische Vorgehensweise geben kann, die als einzig richtige gelten kann, sondern daß Grundzüge und einzelne Techniken verschiedenster Psychotherapieschulen innerhalb der systemischen **Interventionstechnik** (wie wir die Paar- und Familientherapie lieber bezeichnen) realisierbar sind.

Familienkonfrontation nennen wir die „kleine“ Familientherapie des Arztes, wobei „klein“ sich auf das Ausmaß des Zeitaufwandes bezieht. Der Erfolg einer psychotherapeutischen Intervention hängt ja bekanntlich nicht so sehr von der Dauer der Psy-

chotherapie als von vielen anderen Faktoren ab. Die Familienkonfrontation ist für uns eine meist einmalige, intensive Intervention in der ganzen Familie des psychosomatischen Symptomträgers. Die Dauer von 30 Minuten braucht dabei nicht überschritten zu werden.

Gerade der Familienarzt hat für eine solche Intervention eine Position inne, die ihm die Möglichkeit einer raschen Veränderung der intrafamiliären Beziehungen erlaubt: Er kennt die Familie oft schon seit langer Zeit. Er kennt sogar meist auch die spezielle Geschichte der Familie des psychosomatisch Erkrankten von verschiedenen Sichtweisen her: Einerseits so wie die umgebende Gemeinschaft im Ort diese Familie und ihre Entstehungsgeschichte erlebt und bewertet. Andererseits aber auch von früheren Konsultationen von Familienmitgliedern und von Hausbesuchen her die Art und Weise wie sich die Familie selbst sieht und die „Familienmythen“, die diese Familie braucht, um sich ihre eigene Vergangenheit zu rechtfertigen und sich ihre gegenwärtige Situation und die damit verbundenen Probleme zu erklären.

Der Arzt erhält so eine gute Chance, sich als Außenstehender empathisch in das System einzufühlen und damit bereits Vertrauen zu erlangen und zu verstärken, ohne selbst in diesem System zu versinken. So kann er auch wirklich aktiv sein und im familiären Beziehungssystem verändernd intervenieren.

Wie auch im Erstgespräch einer längeren Familientherapie erweist es sich für die Familienkonfrontation als sehr nützlich, darauf zu „beharren“, daß wirklich alle Personen, die momentan in der Wohnung des psychosomatischen Symptomträgers leben, anwesend sein sollen. Sonst ist es nicht selten, daß das Gespräch als sinnlos erlebt wird, weil einzelne Familienmitglieder immer wieder auf die zentralen Funktionen der eben gerade abwesenden Person zu sprechen kommen und der Arzt dann selbst unsicher wird, ob die fehlende Person nicht doch unentbehrlich ist.

In systematischer Denkweise hat jedes Systemmitglied (Familienmitglied) eine bestimmte systemregulierende Funktion. Durch eine Veränderung im Beziehungssystem werden deshalb auch meist die Aufgaben aller Systemmitglieder betroffen und verändert.

Nicht nur der Patient sondern alle im Beziehungssystem Beteiligten müssen zu der Neustrukturierung beitragen. Ist diese allseitige Veränderung nicht möglich, wird sich das System nicht weiterentwickeln, sondern in das alte Systemmuster zurückfallen. Familienmitglieder, die an der Familienkonfrontation nicht teilnehmen wollen, sind meist leicht zu motivieren, wenn man ihnen zu verstehen gibt, daß es keinem Familienmitglied wohl ist, solange der Patient an seiner Krankheit leidet und daß dem Kranken am besten geholfen werden kann, wenn alle Familienmitglieder mithelfen.

Es ist ganz klar, daß in einer 30-minütigen Intervention nicht alle in einem familiären Beziehungssystem gültigen, pathogenen Einstellungen und Verhalten erkannt, rationalisiert und verändert werden können. In einer Familienkonfrontation kann aber erreicht werden, daß ein bestimmtes psychosomatisches Symptom für dessen Träger nicht mehr notwendig ist und sich die Familie auf den oft langen Weg einer Veränderung ihrer Beziehungsstruktur begibt.

Der Arzt geht in der Familienkonfrontation etwa folgendermaßen vor: Nachdem er der Familie sein Einfühlungsvermögen in die Schwere des Problems gezeigt hat, versucht er im Gespräch herauszuarbeiten,

1. wie die einzelnen Familienmitglieder reagieren, wenn das psychosomatische Krankheitszeichen beim Patienten auftritt,
2. was die einzelnen Familienmitglieder (inkl. der Symptomträger) vom Auftreten des Symptoms profitieren, bzw. wie sich das Verschwinden des Krankseins auf jedes einzelne Familienmitglied auswirken würde, und schließlich
3. wie die so herausgearbeitete Funktion des psychosomatischen Symptoms mit der Art und Weise wie sich die Familie selbst sieht und wie sie von Außenstehenden (auch dem Arzt!) erlebt wird zusammenhängt.

Während in den ersten beiden Teilen offene, direkte und klare (= digitale) Gesprächsweise wichtig ist, wird im dritten Teil, in welchem die Familie und der Syptomträger die spezifische Funktion des psychosomatischen Symptoms in ihrem intrafamiliären Beziehungssystem erkennen sollen, die Kommunikation in Metaphern, Bildern, Ähnlichkeiten zu anderen Familien oder gar Fabeln und Anekdoten (= analoge Gesprächsweise, durchaus auch im Sinne der positiven Psychotherapie wie sie N. Pesseschian beschreibt) am ehesten eine Veränderung des Familiensystems ermöglichen: Direktes Verbalisieren dieser tieferen Zusammenhänge bringt meist nur **Zustimmung** der Systemmitglieder, aber fast nie **Veränderung** des Systems.

Eine solch kurze therapeutische Intervention wie unsere Familienkonfrontation kann aber auch ganz ohne sichtbares Ergebnis bleiben. In der Zukunft muß die Beschreibung von Indikationskriterien für den praktischen Arzt angestrebt werden, die ihn erfolgversprechende Konstellationen eines familiären Beziehungssystems erkennen lassen, um den Einsatz der Arbeitszeit des Arztes weiter zu optimieren. Bis es aber so weit ist, soll die Gelegenheit mit geringem zeitlichem Aufwand durch eine Familienkonfrontation möglicherweise eine wichtige Veränderung im Beziehungssystem des psychosomatischen Patienten zu erreichen, nicht verpaßt werden.

Anschriften der
Verfasser:

Prof. Dr. med. B. Luban-Plozza
Piazza Fontana Pedrazzini
CH-6600 Locarno

Dr. med. Dipl. Psych. Alex Ammann
Psychiatrische Universitätsklinik der
Universität Bern
Bolligenstraße 111
CH-3072 Bern-Ostermündingen

Literatur

Ammann, A.: Familientherapie. Psychologie heute 6 (Heft Nr. 4), 47 - 53, 1979 und 6 (Heft Nr. 5), 42 - 50, 1979

Haley, J.: Problem-Solving Therapy. New York: Harper & Row 1976

Luban-Plozza, B., Pöldinger, W.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Heidelberg, Berlin, New York: Springer 1980 (4. Auflage)

Luban-Plozza, B. und Amman, A.: Familienkonfrontation als therapeutische Hilfe in der Praxis. Der praktische Arzt 16 (Heft Nr. 27), 3728-3733, 1979

Petzold, E.: Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1979

Scheidungsprozeß und familiäre Konflikte

Christa Messer, Rechtsanwältin und Notarin

Der Schnittpunkt von Rechtswissenschaft und Psychotherapie bildet ein vielfältiges Spannungsfeld, das vor allem in dem Teilgebiet des Eherechts spürbar wird. Das Scheidungsrecht scheint dabei in offenkundigem Widerspruch zur Familientherapie zu stehen. Wird jedoch das Anliegen der Familientherapie weitergedacht, ist die Trennung oder Scheidung eine von vielen gangbaren Möglichkeiten, einen partnerschaftlichen oder familiären Konflikt zu lösen. Umgekehrt sieht das Scheidungsverfahren die gütliche Einigung der beiden Parteien als ein vielleicht sogar vordringliches Ziel.

Hier ergibt sich jedoch die Schwierigkeit, daß Juristen oft mehr in der juristischen und finanziellen Festschreibung einer Scheidung geübt sind als in dem sicher dringlicheren Versuch, den Partnern effektiv beim Brückenbau zu helfen.

Auf diese Schwierigkeit geht die folgende Arbeit ein, die darüber hinaus ein Verfahren beschreibt, das die familientherapeutischen Aspekte innerhalb der Scheidungspraxis hervorhebt.

Ratlosigkeit und Hoffnung

Treten familiäre Konflikte in ihr juristisches Stadium, geraten sie in die Hände von Familienrichtern und Rechtsanwälten. Der mit Familienrechtsfällen betraute Jurist sieht seine berufliche Aufgabe nicht allein in der juristischen „Lösung eines Falles“, sondern auch in der Hilfe zur Bewältigung der von Leid, Verzweiflung und Aggression gezeichneten menschlichen Krise, die im Mittelpunkt einer Ehescheidung oder einer elterlichen Sorgerechtsregelung steht. Die schriftstellerische und ärztliche Arbeit Peseschkians bietet wertvolle Einsichten in die Hintergründe und eröffnet Bearbeitungsmöglichkeiten familiärer Konflikte, die sich andere Disziplinen zunutze machen sollten. Eine zumindest partielle Aneignung der „Differenzierungsanalyse“ und der therapeutischen Vorstellungen führt zum Verständnis der als Spannungsur-sachen wirkenden Konzepte und eröffnet Wege zu einer erfolgreicherer Befriedung der gegenläufigen Interessen der unter der Auflösung der Familie leidenden Beteiligten.

Die „Differenzierungsanalyse“ (Positive Psychotherapie) beruht auf der durch die transkulturelle Lebenssituation Peseschkians begünstigten Erkenntnis, daß bei der Entstehung zwischenmenschlicher und innerseelischer Konflikte eine Reihe psycho-

sozialer Normen auf Konzepte zurückgehen, die — häufig tradiert — Bestandteil der individuellen Lebensgeschichte sind. In allen kulturellen und sozialen Schichten sind elementäre Grundsätze (Verhaltensnormen) wirksam, die als Persönlichkeitsmerkmale verinnerlicht werden (Beispiel der ehelichen Treue: „Bis daß der Tod Euch scheidet).

Diesen psychosozialen Normen entsprechen „Aktualfähigkeiten“, die sich beispielsweise auf folgende Bereiche beziehen: Pünktlichkeit, Sauberkeit, Ordnung, Gehorsam, Höflichkeit, Ehrlichkeit/Treue, Gerechtigkeit/Leistung, Sparsamkeit, Zeit, Kontakt. Peseschkian betrachtet diese Aktualfähigkeit als Ausfluß der jedem Menschen eigenen beiden Grundfähigkeiten: Die Liebesfähigkeit und die Erkenntnisfähigkeit. Diese Grundeigenschaften befähigen nach dem Konzept Peseschkians auch den in seiner Persönlichkeit stark eingeschränkten (kranken) Menschen, durch eine Verstärkung einzelner Aktualfähigkeiten, die Problematik zu bewältigen, die aus dem Fehlen oder der mangelhaften Ausprägung anderer Aktualfähigkeiten entsteht. Nicht der kranke Persönlichkeitsbezug wird therapeutisch in den Vordergrund gerückt und damit auch im Bewußtsein des Patienten verstärkt, sondern die positiv besetzten Aktualfähigkeiten werden gestützt; durch eine gleichzeitige Ermutigung wird der Patient zu einem Standortwechsel und damit zu neuen Möglichkeiten der Problembewältigung geführt. **Zu** diesem Standortwechsel trägt häufig die Heranziehung anderer kultureller Normen bei, die in Gestalt orientalischer Weisheiten oder Fabeln die Phantasie des Lesers beschäftigen.

Im Rahmen der Positiven Psychotherapie wird anhand eines Kataloges von Aktualfähigkeiten ein Differenzierungsanalytisches Inventar aufgestellt, in das nach Möglichkeit die unmittelbaren Bezugspersonen einbezogen werden. Daraus wird ersichtlich, welche Aktualfähigkeiten besonders stark oder besonders schwach ausgeprägt, welche Konzepte wirksam und welche Entsprechungen bzw. Antinomien beim Partner vorhanden sind, so daß sich die Konfliktbereiche und ihr Hintergrund deutlich abzeichnen. Damit ist zugleich der Weg zu einer Heilung vorgezeichnet: Stärkung der positiv besetzten Aktualfähigkeiten, die dem anderen Partner bewußtgemacht werden müssen und — nach wechselseitiger Ermutigung — zu einer bejahenden Annahme des Partners beitragen.

Die Anwendung der Positiven Psychotherapie bei Familienrechtsfällen

Der in der Praxis tätige Familienrechtler kennt die oft nichtig erscheinenden Konflikte, die zum Scheitern von Ehen, zu Störungen des Eltern-Kind-Verhältnisses oder zu Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen führen. Bei genauerer Betrachtung zerbricht eine nicht geringe Anzahl von Ehen an banalen Divergenzen: Der Partner hat keine Zeit für den anderen, er widmet sich nur seiner Arbeit (Aktualfähigkeit: Zeit und Leistung); er ist geizig (Aktualfähigkeit: Sparsamkeit, Fleiß); er war untreu (Aktualfähigkeiten: Treue, Ehrlichkeit). Diese „Schwächen“ des Partners können häufig nicht verarbeitet werden, obwohl ihnen bei objektiverer Betrachtung häufig ausgeprägte gute Eigenschaften des Partners gegenüberstehen. Die dahinterstehenden, meist tradierten Konzepte lauten: „Hast Du was, dann bist Du was“, „Zeit ist Geld“ (Fleiß, Leistung, Zeit), „Wer einmal lügt, dem glaubt man nicht“

(Ehrlichkeit) und „Was sagen die Leute!“ (Kontakt, Höflichkeit). An das Kind werden die Forderungen gerichtet: „Ordnung ist das halbe Leben“ (Ordnung) oder „Kinder haben zu gehorchen“ (Gehorsam).

Die bei einem Partner stark besetzten Aktualfähigkeiten stoßen auf schwache oder fehlende Entsprechungen beim anderen Partner. Der Mangel wird generalisiert: „Mein Partner hat kein Interesse für mich, er ist geizig, er ist treulos; mein Kind ist unordentlich, ungehorsam“. Die dadurch hervorgerufene Blindheit gegenüber anderen Persönlichkeitsmerkmalen verhindert eine differenzierte Betrachtung der Bezugsperson, die Ansätze für eine positivere emotionale Beziehung bieten könnte.

Der tägliche Umgang mit Mandanten in Familienrechtsfällen fördert die erstaunliche Erkenntnis zutage, daß zum Scheitern der Ehen oder des familiären Zusammenhalts statistisch sehr viel häufiger die Aktualfähigkeiten „Sparsamkeit“, „Ordnung“, „Fleiß, Leistung, Zeit“ eine Rolle spielen als die Aktualfähigkeit „Treue“ oder „Ehrlichkeit“.

Was hat Scheidung mit Sparsamkeit zu tun?

Ein 50jähriger Dipl.-Physiker, der als beamteter Studienrat tätig ist, bestreitet von seinem Gehalt den Unterhalt seiner Ehepartnerin und die Studienkosten für drei heranwachsende Kinder. Während seines Berufslebens erwirbt er außerdem lastenfrei ein Einfamilienhaus und weiteres Grundvermögen. Die Kinder gehen so früh als möglich aus dem Haus, die Ehepartnerin muß sich psychotherapeutisch behandeln lassen, die Familienmitglieder empfinden das Zusammensein mit dem Vater als unerträglich und sondern sich auf Dauer von ihm ab. Seit Jahren vermeidet der Vater jede Geldausgabe: Urlaubsaufenthalte, Theater- oder Kinobesuche finden nicht statt, Gäste dürfen nicht eingeladen werden, Reparaturen an Häusern dürfen nicht ausgeführt werden, die Toilettenspülung darf nicht bedient werden, das elektrische Licht darf nur in dem jeweils gerade benutzten Raum des Hauses angeschaltet werden. Reaktiver Alkoholmißbrauch bringt aggressives Verhalten mit sich; körperliche Berührungen können nur noch mit dem Haustier, nicht aber mehr mit einem Familienangehörigen ausgetauscht werden. Eine notwendige ärztliche Operation bei einem Familienmitglied darf aus Kostengründen nicht ausgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlung wird abgelehnt. Die Ehepartnerin trennt sich; es wird voraussichtlich zur Scheidung der Ehe kommen.

Sparsamkeit und Fleiß/Leistung haben alle anderen Erlebensbereiche überlagert; eine Ausnahme bildet nur die Beziehung zum eigenen Körper (Alkoholkonsum). Die vollständige Einschränkung des Kontaktes bringt auch die Auflösung des Familienverbandes zwangsläufig mit sich.

Eine Frau, die inzwischen geschieden ist, kam in die Sprechstunde und berichtete: „Er gibt mir keinen Schlüssel zum Postkasten und läßt seine Bankgeschäfte von seinem Vater regeln. Alle schriftlichen Erklärungen muß ich unterschreiben, ohne den Text zuvor lesen **zu** dürfen. Wenn wir Gäste haben, spricht er kaum ein Wort und zieht sich nach kurzer Zeit in sein Zimmer zurück, um dort seine Wertpapiere und Briefmarken **zu** betrachten. Besonders leide ich darunter, daß er täglich, wenn er

nach Hause kommt, die Heizung abdreht, am Abend die Glühbirnen locker dreht, keine lokale Zeitung unterhält, die Benutzung des Telefons vor 20.00 Uhr untersagt, den Fernseher und andere Wohnungseinrichtungsgegenstände nicht reparieren läßt, obwohl er über ein überdurchschnittliches Arbeitseinkommen in der Industrie verfügt und ich in einem qualifizierten Beruf durch Teilzeitarbeit Beträge hinzuverdienne. Meine Ehe wird ausschließlich von dem Geist meines Mannes beherrscht, den ich nicht mehr zu ertragen bereit bin".

Die Ehe wurde zum Leidwesen mehrerer minderjähriger Kinder geschieden, weil der Ehepaarner trotz entsprechender Hinweise seine „Sparsamkeit" im emotionalen Kontakt zu seinen Familienmitgliedern nicht einmal erkennen, geschweige denn zum Guten wenden konnte.

Die Erkenntnisse über die Schwerpunkte ehelicher Störungen und partnerschaftlicher Schwierigkeiten befähigen nicht nur die Partner, sondern auch den Anwalt und den Richter, Aussöhnungsmöglichkeiten schneller und deutlicher zu erkennen, notwendige Ablösungen zu fördern und den dabei entstehenden Leidensdruck zu mildern. Klären sich die bei dem einen oder anderen Partner im Vordergrund stehenden Aktualfähigkeiten deutlicher ab, kann der Jurist querulatorische Neigungen besser steuern, um Kompromißlösungen zu fördern und Interaktionsmöglichkeiten der Partner wiederzubeleben, die letzten Endes immer einem gerichtlichen Urteil, das alle Beteiligten als Zwangslösung empfinden, vorzuziehen sind.

Anschrift der Verfasserin:

Christa Messer, Rechtsanwältin und Notarin
Bahnhofstraße 38, 6200 Wiesbaden

unser erbe

der rauch der aus uns wird
dehnt sich zum nebel unsrer kinder
die letzten worte die wir hauchen
gefrieren in dem winter
der in unsren kleidern steckt
der grüne tisch an dem wir richten
schafft graue tage ihrer wirklichkeit
die häuser die wir für sie bauen
die rohstoffsuche nach dem tod
vernichten landschaft um darin zu wohnen

sicherheiten aus atom
freundschaft aus verträgen
freude und genuß
geboren aus konserven
kunst des künstlich aufgeworfenen
mensch aus formeln mensch
durch mensch
mit gesichtern wie die neonleuchten
Dr. med. Elmar Kreilos, Hünfeld
Facharzt für Frauenheilkunde

Transkulturelle Aspekte der Positiven Familientherapie

Dr. med. Nossrat Peseschkian

Die transkulturelle Problematik gewinnt heute immer mehr an Bedeutung. Während früher Menschen verschiedener Kulturkreise durch große Entfernungen voneinander getrennt waren und nur in Ausnahmefällen miteinander in Kontakt kamen, ist in unserer Zeit aufgrund der neuen technischen Möglichkeiten die Kontaktwahrscheinlichkeit unvergleichlich erhöht worden. Schon beim Aufschlagen der Tageszeitung überschreiten wir unseren engeren Lebensraum und nehmen Kontakt mit Problemen anderer Menschen auf, die aus anderen Kulturkreisen und -gruppen stammen. In der Regel verstehen wir diese Ereignisse dann so, wie wir es von uns und unserem Denken her gewohnt sind, und wir sind leicht geneigt, die anderen wegen ihrer vermeintlichen Rückständigkeit, Naivität, Brutalität oder unverständlichen Sorglosigkeit zu kritisieren, zu belächeln oder zu verdammen.

Unser Kontakt mit fremden Kulturen wird jedoch nicht nur über die Presse vermittelt, sondern geschieht in der Realität: Gastarbeiter wohnen im gleichen Haus, am Arbeitsplatz stehen wir neben einem Angehörigen einer anderen Kultur, und wenn wir Urlaub machen, reizt vor allem das Anderssein des fremden Landes, das wir besuchen. Allerdings laufen diese Kontakte nicht immer problemlos und konfliktfrei ab. Vielmehr entwickeln sich alle Arten von Unverständnis, Angst, Aggressionen, Mißtrauen, Vorurteile, die sich bis zum Gruppenhaß hin steigern können.

Mit den Ursachen und Voraussetzungen dieser Störungen des menschlichen Zusammenlebens beschäftigt sich die transkulturelle Psychologie. Dabei hat sich meiner Erfahrung nach eine besondere Situation herausgebildet, in der die transkulturelle Problematik teils offen und deutlich zum Ausbruch kommt, teils sublim und fein differenziert unter der Oberfläche des alltäglichen Zusammenlebens schwelt. Ich meine hier die Ehe zwischen zwei Angehörigen verschiedener Kulturen.

Die transkulturelle Arbeitswelt gewinnt neben der transkulturellen Privatsphäre und der transkulturellen Politik immer mehr an Bedeutung, gleichgültig ob in einem Land Gastarbeiter Aufnahme finden oder es Gastarbeiter »exportiert«. Nach der sich andeutenden Entwicklungslinie ist zu erwarten, daß die transkulturelle Problematik eine der wesentlichen Aufgabenstellungen der Zukunft sein wird.

Beim transkulturellen Vorgehen beschäftigen wir uns mit den in einer Kultur gültigen Konzepten, Normen, Wertvorstellungen, Verhaltensstilen, Interessen und Perspektiven. Eine solche Be-

trachtungswise faßt die für eine Population charakteristischen Wesenszüge zusammen. Sie orientiert sich also an kollektiven Normen und Verhaltensweisen. Ein Versuch, diese Wertvorstellungen zu objektivieren, ist der Vergleich der in einem Staat gültigen Gesetze und Rechtsnormen. Vielschichtiger, schillernder, für mich interessanter teressanter sind die alltäglichen Verhaltensweisen, auftretende Konflikte und deren Verarbeitungsmöglichkeiten, wie sie in einer Kultur typisch, das heißt immer wieder zu beobachten und regelhaft sind. Gerade hier besteht eine Gefahr, der das transkulturelle Vorgehen in doppelter Weise ausgesetzt ist: Einerseits versucht der transkulturelle Ansatz zwischen den verschiedenen Auffassungen zu vermitteln, Formen der Metakommunikation des Gesprächs über Konflikte zu finden und damit Vorurteile abzubauen, andererseits aber können die mit dem transkulturellen Vorgehen verbundenen Typisierungen wie »der Deutsche«, »der Perser«, »der Orientale«, »der Italiener«, »der Franzose« usw. zu Stereotypen und Vorurteilen führen. Aus diesen Gründen erscheint es wichtig, sich bei transkulturellen Beschreibungen immer vor Augen zu halten, daß man es hier mit Typisierungen zu tun hat, also Abstraktionen und statistischen Mehrheitsverhältnissen, die jederzeit Ausnahmen zulassen und durch den Einzelfall widerlegbar sein können. In diesem Sinne sind Paradoxien möglich, denen wir ohne weiteres begegnen können. Der preußische Orientale, der es mit der Pünktlichkeit, Ordnung und Genauigkeit sehr ernst nimmt, ebenso wie der orientalische Preuße, der mit seiner toleranten und laxen Auffassung von Pünktlichkeit durchaus in die Atmosphäre eines orientalischen Basars passen könnte. Eine andere Schwierigkeit wird deutlich: Was ist eigentlich eine Kultur, mit der sich die transkulturelle Fragestellung beschäftigt? Gibt es eine solche in sich geschlossene, gewachsene und nach außen hin kulturell abgrenzbare Einheit noch?

Kulturelle Einheiten lassen sich auf einer Landkarte abgrenzen. Dies weist uns darauf hin, daß sie in irgendeiner Form mit dem zwischenmenschlichen Zusammenleben, den geographischen Voraussetzungen einer Landschaft, der gemeinsamen Geschichte und dem erreichten sozioökonomischen Stand zu tun haben. Innerhalb einer solchen gedachten Einheit finden sich Untergruppen, die sich durch andere Sitten teilweise von anderen Gruppen abheben oder sich mit dem Lebensstil anderer Kulturkreise überschneiden. Die letzte Erscheinung können wir in vielfacher Form in unserer Zeit als die Auseinandersetzung zwischen den traditionsgebundenen agrarorientierten Gesellschaftsformen und der industriellen Gesellschaft beobachten, wie sie akut in Ländern der dritten Welt und im Orient auftreten.

Gesellschaftssysteme, Produktionsformen und Weltanschauungen vermischen sich mit kulturellen Eigenarten. Die transkulturelle Betrachtungsweise kommt also mit den großen überlieferten Kulturen nicht aus, sondern muß Subkulturen, Gruppen, Lebensgemeinschaften und die Familie berücksichtigen. Ähnlich, wie jede Kultur ihre besonderen Normen und Wertvorstellungen hat, verfügt auch jede dieser Untergruppen über ihre kennzeichnenden Merkmale, bis hin zur Familie, in der beispielsweise Begriffe benutzt werden, die nur von den Familienmitgliedern wahrgenommen und verstanden werden können und in der psychosoziale Normen herrschen, die mit der herrschenden Gesellschaft übereinstimmen können oder nicht: »Bei uns zu Hause war es nicht so wichtig, daß man pünktlich kam. Die Hauptsache war, man war da. Ich habe das als sehr angenehm empfunden. Für mich war es immer ein Zeichen des Vertrauens und der Zuneigung, wenn ich trotz Verspätung von den anderen herzlich aufgenommen wurde. Die pünktlichkeitsfreie Zeit war für mich ein Paradies, in das in dem Augenblick der Wurm eindrang, als ich in die Schule kam. Immerfort gab es deswegen Ärger, und den gibt es auch heute noch« (*42jährige Ehefrau eines Patienten mit Herzbeschwerden*). Genauso wie es Kulturkreise gibt, gibt es in diesem Sinne auch Erziehungskreise, in deren Rahmen jeder sein eigenes kulturelles System entwickelt, mit dem er auf andere Systeme stößt. Das Prinzip der transkulturellen Problematik wird somit auch zum Prinzip zwischenmenschlicher Beziehungen und der seelischen Konfliktverarbeitung. Auf diese Weise wird es zum Gegenstand der Psychotherapie.

Ziel einer solchen Therapie kann nicht sein, auf seine kulturellen, gruppenspezifischen, familiären und persönlichen Eigenarten zu verzichten. Vielmehr erscheint gerade die Verwirklichung der individuellen Einzigartigkeit wie auch der kulturellen Einzigartigkeit wichtig, wenn auf der anderen Seite Möglichkeiten bestehen, die auftretenden Konflikte zu verarbeiten. Auf die Sprache übertragen: Es ist wichtig, daß jeder seine gelernte Sprache beibehält, aber er sollte auch eine Sprache sprechen können, mit deren Hilfe er sich mit den anderen verständigen kann. Eine solche »Sprache« versucht die transkulturelle Psychotherapie als Metakommunikation, als Kommunikation über Konflikte, zu erreichen.

Der »fremden Partner: Mein persischer Mann ist ein Sadist

Die deutsche Frau eines persischen Arztes, selber Ärztin, beklagte sich über ihren Mann: »Mein Mann ist ein Sadist. Er ist zu unserem Kind sehr grob. Er drückt es wie eine Zitrone zusammen, kneift es, beißt es .in den Oberarm und klopft ihm auf dem Rücken und

Bauch herum. Für Zärtlichkeit habe ich Verständnis, aber das ist keine Zärtlichkeit mehr, sondern Brutalität und Sadismus. Ich muß befürchten, daß mein Mann unseren Sohn zu einem Masochisten erzieht, dem es Spaß macht, gequält zu werden. Mich behandelt er ähnlich, und ich muß sagen, er stößt mich einfach ab.«

Was ist in einem solchen Fall zu tun? Man kann sich die Äußerungen der Frau zu eigen machen. Ihre Beschreibungen weisen tatsächlich auf sadistische Momente. Für sich genommen sind Beißen, Schlagen, Zwicken, Kneifen Attribute des Quälens, die allem Anschein nach ihrem Mann Spaß machen. Als Sadist wäre er dann der Kranke und müßte dementsprechend behandelt werden. Allerdings ist damit noch nicht geklärt, ob er auch bereit ist, diese Patientenrolle zu übernehmen und sein Verhalten therapeutisch in Frage stellen zu lassen. Verändern wir nur etwas unsere Position bei der Beurteilung dieses Falles und gehen von den in Mitteleuropa üblichen Erwartungen ab, stellt sich das Problem des »Sadisten« in einem anderen Licht dar:

Im Orient werden Kinder häufig umarmt und geküßt. Der Kuß als Inbegriff der Liebe und Zuneigung wird gerne mit einem leichten Beißen gekoppelt, das Umarmen mit einem Kneifen in die Hüfte und in die Brust. Das Unbehagen, welches das Kind bei diesen schmerzhaften Zuneigungsäußerungen empfindet, wird dadurch unterdrückt, daß die Bezugsperson, meist der Vater, laut lacht, die ganze Situation als »gut« und »angenehm« darstellt. Das Kind reagiert daraufhin nicht durch Weinen, wie es wahrscheinlich bei einer schuldhaften Betroffenheit der Bezugsperson reagiert hätte, sondern dadurch, daß es das Lachen des Vaters übernimmt und auch seinerseits die gesamte Situation, einschließlich des Schmerzes, als Ausdruck der Verbundenheit, Zuneigung und emotionalen Geborgenheit erlebt.

Das gegenseitige Berühren und Anfassen ziehen sich durch das gesamte Leben. Freunde und Bekannte werden auch später auf der Straße umarmt, geküßt, scherzhaft auch gekniffen. Orientalische Männer entwickeln meist ähnliche Zärtlichkeitsrituale ihren weiblichen Partnern gegenüber. Nun kann es passieren, daß die Frau, die Partnerin diese Zärtlichkeitsäußerungen nicht als solche versteht. Vor allem kann dies Frauen aus dem Okzident geschehen, die diese spezielle Zärtlichkeit nicht aus ihrer eigenen Entwicklung kennen und sie folgerichtig als »Grobheit«, »Brutalität« und »Sadismus« auffassen.

Unterschiedliche Zärtlichkeit

Vielen Europäern fällt es schwer, sich an die Zärtlichkeitsrituale im Orient zu gewöhnen, da diese zum Teil seinen im Verlauf der

Sozialisation erlernten Kontakteinschränkungen entgegensteht. Umgekehrt fällt es einem Orientalen schwer, sich in einer europäischen Umgebung auf europäische Weise distanziert zu verhalten und auf seine spontanen, bisher gültigen Reaktionsweisen zu verzichten. Das Umarmen wird durch Händedruck oder bloßes Zunicken ersetzt. Zärtlichkeit wird verdrängt und hinter sachlicheren Kontaktformen versteckt.

Beinahe modellhaft ist der Fall, daß ein orientalischer Mann eine europäische Frau heiratet und sich während seines Aufenthaltes in Europa auch den dort gültigen Verhaltensnormen anpaßt. Er gerät jedoch in dem Augenblick in Schwierigkeiten, in dem er mit seiner Frau in sein Heimatland zurückkehrt. Die Verhaltensformen, die er im Ausland nicht entwickeln konnte, werden hier von ihm gefordert. Er umarmt seine Freunde, Bekannte, küßt sie und benimmt sich, wie er es seit seiner Kindheit eigentlich gewöhnt ist. Für seine europäische Frau kann dies allerdings zu einer herben Enttäuschung werden: Der betonte familiäre Zusammenhang, die ausgeprägten Kontaktrituale und die betonte Aufgeschlossenheit sind ihr in dieser Weise fremd; sie fühlt sich als nicht zugehörig. Fast automatisch formuliert sich die Alternative-. Wen liebt mein Mann mehr, mich oder seine Familie und seine Freunde? Im europäischen Kulturbereich, vor allem in Deutschland, scheint das Anfassen weniger erwünscht. Während des ersten Lebensjahres stehen auch hier körperliche Zärtlichkeiten im Vordergrund. Sie werden jedoch mit zunehmendem Alter durch Leistungsforderungen abgelagert und in den verbalen Bereich verschoben. Zärtlichkeit gilt hier zumindest ab der späten Kindheit als »kindisch«. »Erwachsen« ist derjenige, der ohne Zärtlichkeiten und ohne emotionale Abhängigkeiten die von ihm geforderten Leistungen erbringen kann. Anfassen wird hier oft als Einschränkung und unzulässiger Eingriff in die persönliche Freiheit erlebt. An die Stelle der körperlichen Kommunikation treten verbale Kontaktformen: Man versucht durch Komplimente, Ironie, geistvolles Gespräch, Witze, anzügliche oder verbindliche Bemerkungen im übertragenen Sinn die Funktion der Umarmungen, ja sogar des freundschaftlichen Kneifens zu ersetzen.

Wer ist krank?

Vor diesem Hintergrund gewinnt das Verhalten des »sadistischen Ehemannes« eine andere Bedeutung. Es ist weniger eine persönliche krankhafte Abweichung, sondern wird in dem beschriebenen kulturellen Rahmen sinnvoll.

Das Experiment des Umdenkens, das wir eben anstellten, hat für die Behandlung besondere Konsequenzen. Während zuvor der Ehemann, dessen Verhalten den »gültigen« Verhaltensnormen zuwiderlief, als gestört und krank erschien, wird nun das Problem zu einer zwischenmenschlichen und darüber hinaus transkulturellen Fragestellung. Typische Erwartungen und Verhaltensweisen des Orients und des Okzidents treffen in denen einer deutschen Ärztin und ihres iranischen Mannes zusammen.

Die Ärztin war mit ihren Klagen in meine psychotherapeutische Behandlung gekommen, mit dem eher unbewußten Motiv, in dem Therapeuten einen Verbündeten gegen ihren Ehemann zu finden. In der Behandlung, die als Familientherapie durchgeführt wurde, legte der Ehemann dar, wie er sein Verhalten erworben hatte. Dabei war er selbst immer wieder über die Zusammenhänge überrascht, die sich vor ihm aufboten. »Ich habe zwar am eigenen Leibe erlebt, wie ich erzogen wurde. Daß sich aber meine Erziehung bis in mein heutiges Verhalten auswirkt, habe ich noch nie zuvor so bewußt erlebt.«

Umgekehrt wurde der Ehefrau ihre Abneigung gegen allzu stürmischen körperlichen Kontakt zugänglich. In einem autoritären Elternhaus, in dem es auf Fleiß, Leistung und Ordnung ankam, verband sie die impulsive körperliche Berührung mit der Vorstellung, sie würde von ihrem Vater geschlagen. Man ging zu Hause recht sparsam mit dem körperlichen Kontakt um, hielt auf Distanz, reduzierte den körperlichen Kontakt auf das Handgeben und sanftere Kontaktformen, wie »den Arm auf die Schulter legen« oder über »die Wange streicheln«. Für sie war somit das Verhalten ihres Mannes aggressiv und verletzend.

Folgende Konzepte kristallisierten sich heraus:

Konzept des Ehemannes: Jemanden fest an sich drücken, beißen und kneifen ist die geeignete Ausdrucksform für Liebe und Zärtlichkeit.

Konzept der Ehefrau: Drücken, Beißen, Kneifen sind aggressiv, verletzend und sadistisch. Ausdrucksformen für Liebe und Zärtlichkeit sind Streicheln und sanftes Anfassen.

Für beide, sowohl für die Ärztin, als auch für ihren Mann, begann eine Zeit des Umlernens und der Differenzierung. Die Behandlung dauerte zehn Sitzungen, die sich über ein halbes Jahr erstreckten. Dabei kam das Instrumentarium der Positiven Familientherapie zur Anwendung. Besonders die Beziehung zum Körper (Zärtlichkeit), und die Aktualfähigkeiten Pünktlichkeit, Ordnung, Leistung und Kontakt wurden zu fokalen Themen. Beide Ehepartner, aber auch das Kind, brachten sowohl ihre persönlichen Schwierigkeiten als auch die typischen transkulturellen Probleme ein. Der thera-

peutische Schwerpunkt lag bei der Ehefrau auf den Stufen der Beobachtung/Distanzierung, Inventarisierung und situativen Ermutigung, bei dem Ehemann auf den Stufen der Inventarisierung und Verbalisierung. Bei dem Sohn ging es primär um Beobachtung/Distanzierung und Verbalisierung. Für alle Familienmitglieder gemeinsam und als Aufgabe für die Familiengruppe war die Stufe der Zielerweiterung zu erarbeiten, die vor allem die Ablösungsproblematik in den Vordergrund rückte und die positiven Aspekte der Selbständigkeit der Familienmitglieder hervorhob.

Die Ärztin, die ihren Mann als »Sadisten« bezeichnet, sich von ihm emotional zurückgezogen und alle Anzeichen der Sexualabwehr entwickelt hatte, berichtete: »Ich habe meinen Mann als einen völlig neuen Menschen kennengelernt. Vieles an ihm war früher für mich ungewohnt und unheimlich. Die Abneigung gegen ihn war in den letzten Jahren immer größer geworden. Vor allem weil er unseren Sohn in einer von mir verabscheuten Weise erzog. Seit ich weiß, weshalb mein Mann so reagierte, und noch mehr, warum ich mich innerlich so sehr dagegen auflehnte, komme ich mit ihm viel besser zurecht. Für mich war es der größte Fortschritt, daß ich meinem Mann zum erstenmal sagen konnte, welche Zärtlichkeit ich von ihm möchte. Im übrigen habe ich mich schon ganz schön emanzipiert. Wenn ich sehr übermütig bin, schlage ich auch einmal meinem Mann scherzhaft auf den Po.«

Gäste kosten zuviel Geld

Eine 38jährige deutsche Frau beschrieb den Feierabend mit ihrem Mann folgendermaßen: »Wenn er kommt, muß schon das Essen fertig sein, dann setzt er sich vor den Fernseher, trinkt ein Bier, geht dann ins Bett und liest seine Zeitung. Sein Feierabend steht unter dem Motto: Ich will meine Ruhe haben, und davon weicht er nicht ab ...«

Dagegen sagte mir eine Perserin: »Meine Hauptaufgabe ist es, abends für Gäste zu sorgen. Mein Mann entspannt sich am besten, wenn er sich mit den Gästen unterhält ...«

Wir können also sehen, daß es keine festen Regeln dafür gibt, wie man sich entspannt, sondern man entspannt sich, wie man es gelernt hat.

Der deutsche Ehemann der 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 die Möglichkeit, selber für den lange vernachlässigten Kontakt zu sorgen und Gäste einzuladen. Hier konnte der Ehemann lernen, sich auf eine für ihn neue Art zu entspannen.

Es zeigt sich erneut, daß keines dieser kulturellen Systeme für sich gut ist. Ihre Qualität erweist sich erst darin, wie sie sich für die Menschen auswirken, die in ihnen leben, und inwieweit ihre Spielregeln eine konstruktive Auseinandersetzung mit anderen soziokulturellen Systemen und ihren Angehörigen zulassen. So bleibt manches, was die Angehörigen der verschiedenen kulturellen Systeme voneinander lernen könnten – und wenn es nur das wäre, daß sie einander verstehen lernten.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Nossrat Peseschkian

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie

An den Quellen 1, 6200 Wiesbaden

Angst vor der Veränderung

Seit Jahr und Tag
ist jeder Laut bekannt,
jeder Vogelschrei
und Küchenduft,
die knarrenden Schlösser
und quietschenden Stiegen,
das schuhlose Schweben dessen,
der wieder zu spät kommt.
Auch der Wind ist bekannt,
der am Trapeze schaukelt,
und der Regen, der heute
den Paso doble markiert.
Alles bekannt.

Auch deine Gefühle, Gedanken,
dein verewigtes Leiden.
Alles bekannt.

Nur nicht dran rühren,
nur nichts verändern,
selbst wenn's bereichert.

So bleib denn
im Lande
und nähre dich redlich.
Bleib treu deinem Ich
verehrter Philister!

Dr. med. Hugo Schneider, Waiblingen,
aus „Kostspieliges Leben“,
1979 Eva Stein-Verlag

Positive Familientherapie aus der Sicht einer Patientin

Dr. med. Nossrat Peseschkian

In dem Buch „Positive Familientherapie“ habe ich auf den Seiten 80 und 81 die Geschichte einer Patientin skizziert, die seit Jahren unter schweren bis lebensbedrohlichen Asthmaanfällen litt. Diese Beschreibung zentrierte sich vor allem auf die Funktion der positiven Symptomdeutung für das Krankheitskonzept der Patientin und die bestehenden familiären Strukturen:

„Ein gutes Beispiel für die Bedeutung einer positiven Umdeutung liefert eine 56-jährige Asthmatikerin, die bereits acht Jahre lang, allerdings vergeblich, somatisch auf Asthma behandelt worden war. Die Patientin war innerhalb dieser Zeit in 14 Kliniken untersucht und therapiert worden. Ihre Lebenssituation und der Ausbruch der Asthmaanfälle waren in gewisser Hinsicht typisch. Aufopfernd pflegte sie ihre alte Mutter und paßte sich deren Wünschen an, obwohl sie dies innerlich als ungerecht empfand und Aggressionen und Ablösungswünsche abwehren mußte. Ein zweiter Problembereich war die berufliche Überforderung, zu der es regelmäßig dadurch kam, daß die Patientin sich bereits durch die Pflege ihrer Mutter genügend gefordert fühlte und daher auch die zusätzliche berufliche Belastung als ungerecht erlebte. Es kam so weit, daß die Patientin auf Anraten ihres Hausarztes die Berentung beantragte.

In dieser Situation traf ich sie zum ersten Mal. Der entscheidende Prozeß war, die Patientin für die Psychotherapie zu gewinnen. Im Sinne des positiven Vorgehens fragte ich sie, welche Bedeutung das Asthma für sie hätte, und weiterhin, welche positiven Aspekte die Krankheit gerade für sie biete. Mit dieser Frage beschäftigte sie sich mehrere Sitzungen lang. Ohne daß es für sie kränkend gewesen wäre, enthüllte sie selber den sekundären Krankheitsgewinn und erkannte das Asthma als eine sinnvolle körperliche Reaktion infolge beruflicher und häuslicher Überlastung.

So schrieb sie unter anderem: „Meine Asthmaanfälle erforderten die Krankschreibung. Ich sehnte mich einfach nach Ruhe und Befreiung vom Streß ...“ Das positive Vorgehen machte den Weg frei für die Arbeit mit den beteiligten Konfliktthemen. Im dritten Abschnitt der Behandlung wurde die Patientin als Therapeutin ihrer Mutter eingesetzt, eine Funktion, die ihr erlaubte, sich von ihrer infantilen Abhängigkeit zu lösen und die Beziehung zu ihrer Mutter neu zu definieren. Die positive Umdeutung der Krankheit war so ein Einstieg in die schließlich erfolgreiche Behandlung zweier Patienten.“

Ein Jahr nach Beendigung der Behandlung, die insgesamt 28 Sitzungen umfaßte, bat ich die Patientin zu einem katamnestischen Gespräch und darum, ihre Erfahrungen im Anschluß an die Positive Familientherapie niederzuschreiben. Diese Niederschrift ist in doppeltem Sinn interessant: als Kontrolle und Bestätigung des therapeutischen Erfolges, der sich in vielerlei Weise zeigen kann, und als die subjektive Reflexion des therapeutischen Geschehens aus der Sicht der Patientin.

Innerhalb dieses Jahres war die Patientin hinsichtlich ihrer Asthmaanfälle vollkommen beschwerdefrei. Welche Schwierigkeiten und welche Erfolge sich aus der Behandlung ergaben, beschreibt die Patientin in ihren eigenen Worten, die ich unkommentiert wiedergeben möchte:

„Nachdem der Arzt mir in seiner Therapie immer wieder gesagt hatte, daß ich als Folge der bei mir sehr stark ausgeprägten „Höflichkeit“ gegen die von mir ebenfalls stark betonte „Ehrlichkeit“ verstoße, also unehrlich werde und diese Unehrlichkeit gegen mich selbst richte, kam ich zu der Erkenntnis, daß ich in meinem Leben wirklich etwas falsch mache.

Beispiele von Unehrlichkeit gegen mich selbst:

1. Wollte meine Mutter im Fernseher das I. Programm sehen, akzeptierte ich dies, obwohl ich mir lieber die andere Sendung angesehen hätte.
2. War meine Mutter müde und wollte schon um 21.00 Uhr zu Bett, so schloß ich mich ihr an, weil ich Streit vermeiden wollte, obwohl ich mich gerne bei Rundfunk oder Fernsehen noch etwas entspannt hätte.
3. Die gleichen Probleme gab es morgens an arbeitsfreien Tagen. Ich hätte gerne noch etwas länger geschlafen, dann machte meine Mutter einfach die Jalousien auf. Explodierte ich, war der ganze Tag verdorben.
4. Meine Mutter öffnet einfach meine Post, trotz meiner Bitte, dies nicht zu machen. Sie sagte dann, was ich wohl zu verbergen hätte, was gar nicht der Fall war. Dies paßte mir nicht, ich duldete es dann aber immer wieder, um Ruhe in meiner Freizeit zu haben.
5. Bei allem was ich tat: Mach dies so und das so, das wird anders gemacht. Frei, nach eigenem Ermessen, konnte ich nichts unternehmen. Wollte ich wohin, hieß es: bleib nicht zu lange, weshalb machst du das nicht so, usw.
6. Selbst in Bezug auf Kleidung paßte ich mich ganz der streng soliden Richtung meiner Mutter an. Ich hätte mir alleine modischere Sachen gekauft, ließ mich dann aber immer beeinflussen.
7. Ich hätte mir gerne ein eigenes Zimmer eingerichtet, in dem ich einmal die Türe hinter mir zugemacht hätte, um alleine zu sein, dies scheiterte aber am Widerstand meiner Mutter.

Mir wurde vom Arzt zur Einleitung des „Heilungsprozesses“ gewissermaßen verordnet:

1. Räumliche Trennung von meiner Mutter, evtl. auch örtliche Trennung durch Wohnsitzänderung und nur ein Zusammentreffen am Wochenende.
2. Freizeitgestaltung durch Besuch von Veranstaltungen, Kontaktpflege usw.

Mir aber fehlte immer noch der Mut zu diesem Schritt. Ich hatte Angst, wieder krank zu werden (Luftbeschwerden) und dann alleine ohne Hilfe zu sein. Daß ich mit dieser Entscheidung meine Beschwerden beheben könnte, konnte ich immer noch nicht glauben. Mein größter Wunsch war es, gesund zu sein und ohne Angst zu leben. Ich war nach dem alten Spruch zur Quelle geführt worden, fürchtete mich aber noch davor, zu trinken. Es ging um die Entscheidung, mich von meiner Mutter und unserem Familienkreis zu trennen. Dies war nicht allein dadurch geschafft, daß ich von zu Hause wegzog, um allein selbständig zu leben. Statt dessen bekam ich Mut zu einer Entscheidung, die ich bisher immer weit von mir gewiesen hatte: zu heiraten und mit einem Mann gemeinsam zu leben.

Ich machte mir diese Entscheidung nicht leicht. Mich quälte der Gedanke, ob ich es gesundheitlich schaffe und ich nicht nur einem anderen Menschen durch mich eine Last aufbürde.

Nach einer anschließenden Behandlungsstunde faßte ich den Entschluß zur Heirat. Meine Mutter hatte nach einer Aussprache, in der ich ihr meinen, nun entgültigen, Entschluß mitteilte, für mich nur noch Vorwürfe und Beschimpfungen, die sich auch auf meinen zukünftigen Mann ausdehnten. Sie hielt mir Undankbarkeit vor, ich könnte doch nicht eine alte Frau im Stich lassen, das sei ihr Tod und ich hätte sie auf dem Gewissen. Selbst vor Selbstmorddrohungen schreckte sie nicht zurück. Was sollten wohl die Leute denken, in meinem Alter noch einmal zu heiraten, das sei ja verrückt.

Es ging nur kurze Zeit, bis ich einen schweren Asthmaanfall hatte mit einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt. Während dieser Zeit verhielt sich meine Mutter wieder normal, ich sollte nur wieder gesund werden. In einer daran anschließenden Behandlungsstunde machte mir Dr. P. klar, daß mein neuerlicher Anfall nun nicht auf dem jahrelang bestehenden Verhältnis zu meiner Mutter beruhe, sondern eine ganz andere Konflikt-Ursache habe:

Ich habe mich innerlich noch nicht entschieden und darauf reagiert mein Körper mit Abwehr.

Es sei nun eine ganz klare, schnelle Entscheidung erforderlich, sonst müßte ich so weitermachen und er könne mir nicht helfen. Ja, ich sei es sogar meiner Mutter und allen anderen Familienangehörigen schuldig, meinen Entschluß in die Tat umzusetzen. Aufgrund meiner Entscheidung könne die ganze familiäre Atmosphäre für alle Teile nur besser werden, was ich zu diesem Zeitpunkt auch noch nicht glauben konnte.

Der Arzt „verordnete“ mir, ihm bei meinem nächsten Besuch meinen Hochzeitstag zu benennen.

Wir kauften uns nun neue Möbel und richteten die Wohnung ein. Der späteste Termin sollte nach Aussprache mit meinem zukünftigen Mann mein Geburtstag sein.

Meine Mutter ließ von ihren Beschuldigungen nicht ab und hatte immer wieder andere Argumente, um meinen Entschluß noch rückgängig zu machen.

Ich wurde dadurch auch immer wieder in Zweifel und Schuldgefühle verstrickt und nach ca. 6 Wochen reagierte ich wieder mit einem Asthmaanfall, der einen 8-tägigen Krankenhausaufenthalt nötig machte. Auch in dieser Zeit verhielt sich meine Mutter wieder ordentlich, ohne Auftritte.

Einige Tage wieder zu Hause, kam es am Pfingstmontag zu einer häßlichen Auseinandersetzung. Ich konnte mir alleine nicht mehr helfen und rief meine Schwester und meinen Schwager zur Unterstützung. Auch diese erlebten es nun, wie meine Mutter sich gebärdete. Sie hatte Alkohol getrunken, nichts gegessen, drohte wieder mit Selbstmord und war völlig außer Kontrolle.

Schwester und Schwager sahen jetzt auch keine andere Lösung mehr, als Auszug, selbst wenn es zu einem endgültigen Bruch kommen sollte.

Nun mußte ich die Tat folgen lassen.

Mein heutiger Mann und ich nahmen uns einen Tag Urlaub, um das Aufgebot usw. zu bestellen, denn ich wollte nur als Ehefrau in unsere gemeinsame Wohnung ziehen.

Es stellte sich nun heraus, daß die Aufgebotsfrist nicht mehr 4 Wochen, sondern nur noch 7 Tage betrug. Kurz entschlossen machten wir davon Gebrauch und konnten unseren Hochzeitstag noch auf meinen Geburtstag legen. Davon unterrichtete ich dann meine Mutter und meine Verwandten.

Zur kirchlichen Trauung kam meine Mutter auf Betreiben meiner Schwester, Schwager und sonstigen Verwandten mit, hatte aber kein gutes Wort für uns. Sie war noch immer verbittert und gab dies auch in jeder Beziehung von sich.

Nach einigen Tagen, in denen ich mich immer wieder aufregte und weinte, sagte mein Mann meiner Mutter dann in aller Deutlichkeit, daß er dies nicht mehr dulde, daß sie mich bei jedem Besuch oder Telefongespräch mit ihrem Verhalten nervlich ruiniere und ich wieder krank werde. Den Umständen gehorchend mußten wir dann die persönlichen Beziehungen abbrechen. Er habe ihr ja gesagt, daß er gerne „Mutter“ sagen würde und sie auch so behandeln wolle und ihr auch in jeder Beziehung behilflich sei; aber sie sei wohl dazu nicht bereit. Obwohl es mir sehr, sehr schwer gefallen ist, meldete ich mich einfach einige Tage nicht mehr bei meiner Mutter. Zu meinem großen Erstaunen und auch zu meiner Freude rief sie dann bei uns an und sagte mir, wir sollten doch alles, was war, vergessen, sie nahm auch das Anliegen meines Mannes an und wir sollten doch wieder zu ihr kommen.

Wir haben dies dann auch getan und immer wieder betont, daß wir sie nicht alleine lassen und immer für sie da sind. Wir hätten sie gerne noch lange bei uns und wollten sie auch zu kleinen Ausflügen mitnehmen. Meine Mutter machte mir das Angebot, sie wolle gerne Kleidungsstücke waschen, somit hätte sie auch etwas zu tun. Sie glaubte wohl auch nicht, daß ich alles schaffe und hatte Angst, die Arbeit und der Haushalt wären zu viel für mich. Dann fing sie damit an, daß sie uns zu jedem Wochenende Kuchen backte. Wir dankten ihr und sprachen auch unser großes Lob über die gute Qualität aus. Es macht ihr nun solche Freude, daß sie nicht nur Weihnachtsg Gebäck für uns, sondern auch für ihre Enkelkinder backt.

Durch Besuch von Verwandten meines Mannes aus Mexico, den wir auch meiner Mutter vorstellten, lockerten wir unsere Beziehungen weiter auf. Wir bezogen sie in unseren Lebenskreis mit ein und merkten, wie sie sich freute, ja sie machte sogar ein Gastgeschenk. Es war für uns das Zusammentreffen von zwei verschiedenen Lebensgewohnheiten und Lebens- ja Weltanschauungen. Bei uns die ausgeprägte deutsche Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Sauberkeit, Ordnungssinn in jeder Beziehung, bei den „Mexicanern“ ganz das Gegenteil. Was man da heute nicht macht, verschiebt man einfach auf morgen. Pünktlichkeit übergeht man und feiert gern im sehr großen Familienkreis aus jedem Anlaß Feste.

Wir stellten fest, daß doch Toleranz nötig wäre, um mit solch verschiedenen Lebensstilen zusammen zu leben.

Zu der Zeit, in der wir „Gastgeber“ für unsere Mexicaner waren, bat uns meine Nichte, ihr doch in ihren Eheschwierigkeiten zu helfen. Mein Mann stand ihr mit Rat und Tat zur Seite. Er stellte ihr als Familien-„Neutraler“ Fragen nach Ursache und Grund des Zerwürfnisses und bat sie, zu überdenken, was sie wohl falsch gemacht hat usw. Ich kann fast sagen, er vertrat die „Vaterstelle“ bei ihr.

Meine Mutter, meiner Nichte als erstem Enkelkind sehr zugetan, freute sich sehr über diesen Einsatz meines Mannes und bat ihn auch selbst um Unterstützung für sie, da die Eltern mehr darauf abzielten, daß es zu einer Scheidung kommen sollte. Heute sieht es so aus, daß beide sich nach langer Aussprache wieder zusammengefunden haben. Die Tochter meines Mannes (verheiratet, 1 Kind) war gegenüber ihrem Vater sehr verschlossen, kontaktarm und mir gegenüber natürlicherweise noch reservierter. Nachdem ich mit meinem Mann darüber gesprochen hatte, daß ich, wenn er damit einverstanden sei, die Tochter selbst ansprechen wolle, um zu versuchen, auch hier das „Eis“ zu brechen, habe ich dies auch getan. Alle Anzeichen sprechen heute dafür, daß ich den richtigen Weg eingeschlagen habe und es uns gelingt, auch hier alles zu „Besserem“ zu bringen.

Mein Mann führte mich bei einer kleinen Feier mit seinen Arbeitskolleginnen und -kollegen (bis hin zum Chef) als seine Ehefrau ein. Ich fühlte mich dort sehr wohl, konnte unterhaltsame Gespräche führen und hatte sehr viel Freude, wie ich dies überhaupt noch nicht erlebt habe.

Abschließend möchte ich feststellen:

Nachdem ich zur Quelle geführt wurde und gelernt habe aus dieser Quelle selbst zu trinken, bin ich ein anderer Mensch geworden und habe soviel Erkenntnis und Kraft daraus geschöpft, daß ich auch meinem Familienkreis Gutes habe geben können:

1. Meine Mutter kenne ich fast nicht wieder, mein Verhältnis zu ihr war noch nie so frei und gut wie heute.
2. Das Verhältnis zu meiner Schwester und der ganzen Familie ist ebenfalls viel gelöster, liebevoller, offener und damit besser geworden.
3. Meine Arbeitskollegen gaben mir zu verstehen, daß ich viel aufgeschlossener geworden bin; ich arbeite ganz ungezwungen und froh mit ihnen zusammen.
4. Ich fühle mich in unserer Wohnung immer wohler, es ist mein eigenes Heim, in dem ich mich frei und ungezwungen bewegen kann, es macht einfach Freude.
5. Mein Gesundheitszustand hat sich erheblich gebessert. Ich befinde mich in einem Zustand körperlichen Wohlbefindens, was die Folge der für mich so positiv verlaufenden Lebensumstände und Lebensveränderung ist."



W Wiesbadener Differenzierungsanalytischer Fragebogen (WDF)

D Eine Hilfe für den Therapeuten

F Hans Deidenbach, Dipl.-Psychologe

Die Strukturen einer Familie stehen in dynamischer Beziehung zu den Persönlichkeitsstrukturen ihrer Mitglieder. Als durchgängige Beschreibungsmerkmale, die sowohl prägnante Persönlichkeitsbezüge als auch spezifische Interaktionsformen der (familiären) Gruppe spiegeln, schlägt die Positive Familientherapie die Aktualfähigkeiten und die vier Formen der Konfliktverarbeitung vor.

Diese Kriterien haben sich im praktischen therapeutischen Vorgehen bereits vielfach bewährt. Offen blieb bislang die Frage nach einem psycho- bzw. soziodiagnostischen Meßinstrument, durch das die Einstellungen der Probanden objektiviert werden können.

Ein solches Hilfsmittel zur Beschreibung, Analyse und Dokumentation wurde in den letzten Jahren entwickelt.

Im folgenden soll, ausgehend von einer Fallbeschreibung, die Anwendung dieses Fragebogens vorgestellt werden.

Herr S. ist 32 Jahre alt, seit 4 Jahren verheiratet; er hat ein Kind von zwei Jahren. Von Beruf ist er Laborant in einem Chemiewerk. Seine Frau, 30, hat seit der Geburt ihres Kindes ihre Berufstätigkeit als Verkäuferin aufgegeben. Im Hause wohnt noch die Schwiegermutter von Herrn S.

Herr S. berichtet im Erstinterview unter anderem:

„Seit Jahren leide ich unter unerklärlichen Kopfschmerzen. Kein Arzt findet etwas . . . Vor allem im Büro verkrampfe ich mich total. Nicht als ob ich ein Blatt vor den Mund nähme, aber ich fühle mich den Kollegen gegenüber sehr unsicher. Das kleinste Versagen gibt mir das Gefühl, weniger wert zu sein als die anderen. Noch schlimmer ist, daß der Streß zu Hause weitergeht. Es gibt dauernd Krach zwischen mir und meiner Frau, wegen der kleinsten Kleinigkeiten. Ich halte das nicht mehr aus.“

Am Ende des ersten Kontaktes bitte ich den Patienten, mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit zusätzlicher Informationen, um die Bearbeitung des WDF. Er benötigt dazu etwa 15 bis 20 Minuten, die Anleitung finde er auf dem Deckblatt. Wenn er noch Zeit habe, könne er im Wartezimmer gleich beginnen und den bearbeiteten Fragebogen anschließend bei der Sekretärin abgeben. Herr S. willigt ein.

Die Sekretärin benötigt für die Auswertung des Fragebogens mittels einer Schablone etwa 10 Minuten. Sie legt den Auswertungsbogen (Anlage 1) in die Patientenakte.

ANLAGE A

A I J S W E R T I I N G S B O G E N

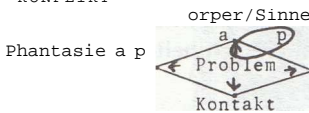
WIESBADENER
DIFFERENZIERUNGSANALYTISCHER
FRAGEBOGEN

Name/Code-Nr.
e) E / J / K

H.err.E5-
- F: E / J / K

Anzahl		schwach	stark
	1. Ordnung	0	15
	2. Sauberkeit		15
	3. Pünktlichkeit		15
	4. Höflichkeit		
	5. Offenheit/Ehrl.		15
	6. Fleiß/Leistung		12
	7. Zuverlässigkeit		13
	8. Sparsamkeit		15
	9. Gehorsam		12
	10. Gerechtigkeit		12
	11. Treue	0	14
	12. Geduld	0	14
	13. Zeit		14
	14. Kontakt		13
	15. Vertrauen		14
	16. Hoffnung		13
	17. Sexualität		13
	18. Vorbild/Modell		13
	19. Glaube/Rel./Kirche	0	13
	20. Körperreaktion (p)		12
	21. Körper-Aktivität (a)		11
	22. Arbeit/Leistung (a)		10
	23. Leistungsverweig. (p)		10
	24. Kontakt	x	10
	25. Phantasie (p)		12
	26. Kreativität (a)	w	10

KONFLIKT-



a Leistung p

	v	M
Geduld		
Zeit		

KONFLIKT Eltern/Ich
Eltern/
Religion
Weltansch.
Eltern/
Außenwelt
Eltern/
unterein-
ander

Beim nächsten Kontakt fragte Herr S. gleich nach der Begrüßung, was denn bei seinem Fragebogen herausgekommen sei. Er habe sich mit einzelnen Fragen doch etwas länger beschäftigt und auch seiner Frau davon erzählt. Ob er einen zweiten Fragebogen für seine Frau haben könne, der Vergleich der Resultate werde sicherlich interessant. Vielleicht werde seine Frau dann auch einmal mitkommen. (Beim ersten

Kontakt hatte ich Herrn S. angeboten, seine Frau könne beim nächsten Mal mitkommen, wenn sie wolle. Herr S. meinte damals, das würde sie bestimmt ablehnen; sie habe schon mehrmals gesagt, sie sei doch nicht verrückt.) Ich willigte unter der Bedingung, daß er seine Frau zur Bearbeitung des Bogens nicht drängt, sondern ihn als Möglichkeit zur Erweiterung der Selbst-Kenntnis anbietet.

Zum dritten Termin bringt Herr S. den durch seine Frau ausgefüllten Fragebogen mit. Die Sekretärin wertet ihn wiederum aus und zeichnet die Resultate mit einer anderen Farbe in den Auswertungsbogen von Herrn S. ein: es entstehen zwei Profile (Anlage 2).

A 11 S W E R T I I N G S B O G E N

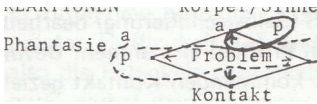
W I E S B A D E N E R
DIFFERENZIERUNGSANALYTISCHER
FRAGEBOGEN

Name/Code-Nr.:

O E / J / K F : E i
K

Anzahl		schwach	stark
	1. Ordnung	0	15
	2. Sauberkeit		15
	3. Pünktlichkei		U
	4. Höflichkeit		15
	5. Offenheit/Ehrl.		15
	6. Fleiß/Leistung	i t	12
	7. Zuverlässigkeit		
	8. Sparsamkeit		15
	9. Gehorsam		12
	11. Treue	0	14
	12. Geduld	0	p 14
	13. Zeit		14
	14. Kontakt		13
	15. Vertrauen		14
	16. Hoffnung		13
	17. Sexualität		13
	18. Vorbild/Modell		13
	19. Glaube/Rel./Kirche	0	--Z-- 0 13
	20. Körperreaktion (p)		12
	21. Körper-Aktivität (a)		11
	22. Arbeit/Leistung (a)		10
	23. Leistungsverweig.		i() 10
	24. Kontakt	C x	10
	25. Phantasie (p)		12
	26. Kreativität (a)		10

KONFLIKT-



- "Leistung"

GRUND-

KONFLIKT	Eltern/Ich		V	M
		Geduld	(-)	(+)
		Zeit		
Eltern/Religion/Weltansch.				Eltern/untereinander
M+	Eltern/Außenwelt			
V (-)				

Was kann nun der Therapeut mit diesen Profilen anfangen?

Bevor ich auf diese Frage eingehe, sei zunächst der Aufbau des Auswertungsbogens erklärt.

Die Skalen 1 bis 11 betreffen sekundäre, 12 bis 19 primäre Aktualfähigkeiten (Beschreibung: vgl. N. Peseschkian, 1977a, S. 55ff und 1977b, S. 413ff). Die Skalen 20 bis 26 gehen auf die vier Formen der Konfliktverarbeitung ein (Peseschkian 1980, S. 91 ff):

Körper (Mittel der Sinne)

Skala 20: Körperreaktion (p = passiv); gibt Auskunft, wie stark der Körper bei Konflikten reagiert.

Skala 21: Körper-Aktivität (a = aktiv); zeigt an, ob der Patient etwas für und mit seinem Körper tut.

Leistung (Mittel des Verstandes)

Skala 22 fragt nach der sog. „Flucht in die Leistung“,

23 nach der Fähigkeit, Leistungsanforderungen aus dem Wege gehen zu können (Peseschkian 1977 b, S. 405).

Kontakt (Mittel der Tradition)

Skala 24 zeigt an, wie stark der Patient dazu neigt, bei Konflikten Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen (Familienangehörige, Freunde, Kollegen ...

Phantasie (Mittel der Intuition)

Skala 25: wie stark neigt der Patient dazu, bei Problemen sich in seine Phantasie, in die Einsamkeit zurückzuziehen? Oder stimulieren Konflikte ihn dazu, sich etwas einfallen zu lassen (Skala 26).

Die einzelnen Konfliktreaktionen brauchen sich nicht gegenseitig auszuschließen. In der linken unteren Ecke des Auswertungsbogens ist das Modell noch einmal graphisch dargestellt. Das Schema unten rechts zeigt die vier Medien der Liebesfähigkeit (Peseschkian 1977 b, S. 124).

Sämtliche Skalen gehen von „schwach“ nach „stark“. Diese Begriffe beinhalten keine Wertung (vgl. Peseschkian 1977a, S. 109f: Relativität der Werte), sondern lediglich eine Aussage darüber, wieviele Fragen ein Patient für jede der Skalen in einer bestimmten Richtung beantwortet hat. Herr S. z.B. hat bezüglich der Aktualfähigkeit „Ordnung“ im Fragebogen 4 Behauptungen, seine Frau 13 Behauptungen so beantwortet, daß er/sie jeweils einen Punkt erhielt. In der vorliegenden ersten Erprobungsform beziehen sich unterschiedlich viele Fragen auf die einzelnen Aktualfähigkeiten und Reaktionsmechanismen: So z.B. betreffen 15 Fragen bzw. Behauptungen „Ordnung“ (Skala 1), nur 10 dagegen die Reaktionsform „Kreativität“ (a) (Skala 26).

Kehren wir nun zum Auswertungsbogen des Ehepaars S. zurück.

Beide haben — unabhängig voneinander — die Form S (Selbstschilderung) bearbeitet. Welche Hinweise kann nun der Therapeut den beiden Profilen entnehmen? Bevor er sich Hypothesen bildet, die ihm helfen können, den kommenden Kontakt gezielter strukturieren zu können, wird er sich folgende Fragen vorlegen:

Hade

einⁿ Herr und Frau S. die Fragen subjektiv wahrhaftig beantwortet? Oder zeichnen n Wunschbild von sich selbst?

beantworten sie die Fragen im Sinne „sozialer Erwünschtheit“ also so, wie sie von anderen gesehen werden möchten?

Die besonders bei sogenannten „heiklen“ Themen wie z.B. Treue (Skala 11) und Sexualität (Skala 17).

Alle drei Möglichkeiten sind diagnostisch und therapeutisch relevant. Um mögliche Verzerrungen der Profile in Richtung sozialer Erwünschtheit abschätzen zu können, wird in der Endform eine sogenannte „Lügenskala“ enthalten sein. In der vorliegenden Erprobungsform gibt die Skala 4 „Höflichkeit“ einen Hinweis: so kann bei Frau S. angenommen werden, daß sie den Fragebogen unter dem — ihr nicht notwendigerweise bewußten — Vorbehalt „Was könnte der Therapeut (oder mein Mann) von mir denken!“ bearbeitet hat; denn ihr Punktwert liegt mit 14 nur eine Einheit unter dem Maximum. Der Punktwert des Ehemanns liegt bei Skala 4 im Mittelfeld; die Annahme bewußter Falschantworten ist bei ihm weniger begründet.

Die folgenden Fragen zielen ab auf die „Hypothesenbildung“ (Diagnose- und Therapieplanung):

1. In welchen Skalen weichen die Punktwerte beider Partner stark (**um mehr als ein Drittel**) voneinander ab?

Bei dem Ehepaar S. ist dies der Fall in den Skalen Ordnung (1), Höflichkeit (4), Offenheit/Ehrlichkeit (5), Zuverlässigkeit (7 ▶, Sexualität (17 ▶, Vorbild/Modell (18), Körperreaktion p (20), Arbeit/Leistung (22) und Phantasie p (25). Es ist wahrscheinlich, daß einige dieser Faktoren als Konfliktpotentiale („Kleinigkeiten“) fungieren.

2. **In welchen Skalen sind Extremwerte („schwach“ oder „stark“) sichtbar, wobei die Punktwerte beider Partner nahe zusammenliegen?**

Es ist möglich, daß beide in solchen Aktualfähigkeiten sich gegenseitig verstärken und damit „gut verstehen“, gleichzeitig aber Schwierigkeiten mit ihrer Umwelt provozieren oder sich gegenseitig auf ihr neurotisches Symptom fixieren. Bei dem Paar S. zeigt sich eine Tendenz bestenfalls bei „Gehorsam“ (9).

3. In welcher Beziehung stehen die sekundären Aktualfähigkeiten (Skalen 1-11) zu den primären (12-19)?

Die primären Fähigkeiten stellen das Basisphänomen dar, auf das sich die sekundären Fähigkeiten beziehen. Der emotionale Bereich bietet dabei die Verstärkungen, Belohnungen oder Bestrafungen für einen Verhaltensbereich der sekundären Fähigkeiten. Umgekehrt erfolgt auf besondere sekundäre Verhaltensformen affektive Resonanz im Sinne der primären Fähigkeiten“.

(Peseschkian, 1977a, S. 52; vgl. 1977 b, S. 135).

Im Falle unseres Paares liegt die Vermutung nahe, daß die von Herrn S. beim Erstinterview beklagte „Frigidität“ seiner Frau (vgl. Skala 15) mit deren ausgeprägter Höflichkeit (4) und mangelnder Offenheit (5) zusammenhängt; daß sie also die Fähigkeit entwickelt hat, mit dem Körper nein zu sagen, aber noch lernen muß, verbal nein zu sagen (vgl. Peseschkian, 1977b, S. 405 ▶. Außerdem dürften

die differenten Ordnungsvorstellungen (Skala 1), sprich: seine „Unordnung“ gegenüber ihrer „Ordnungsliebe“, und seine in ihren Augen möglicherweise mangelnde Zuverlässigkeit (Skala 7) etwas mit den Basisphänomenen Sexualität (17) und Kontakt (14) zu tun haben. So ist beispielsweise auch denkbar, daß die nur schwach ausgeprägten Kontaktwünsche der Frau (14, vgl. auch 24) dadurch mit-bedingt sind, daß durch Gäste „Unordnung“ (1) entstehen könnte.

4. Welche Reaktionsmechanismen sind beobachtbar?

„Trotz aller kultureller, sozialer Unterschiede und der Einzigartigkeit jedes Menschen können wir beobachten, daß alle Menschen bei der Bewältigung ihrer Probleme auf typische Formen der Konfliktverarbeitung zurückgreifen“ (Peseschkian 1980, S. 91).

Bei Herrn S. zeigt der Fragebogen an, daß er bei Konflikten vorwiegend mit seinem Körper (20) reagiert. Frau S. reagiert eher mit (Flucht in die) Leistung (22) und in ihre Phantasie (25). Beiden gemeinsam ist, daß sie offensichtlich wenig für und mit ihrem Körper tun (21), kaum gelernt haben, Leistungsanforderungen aus dem Wege zu gehen, also im positiven Sinne „faulenzen“ zu können (23; vgl. 6 und 13), und Probleme kaum durch Kontakte mit anderen Menschen angehen (24): hier bietet sich vermutlich ein „positiver“ Einstieg in die Therapie an (vgl. Peseschkian 1980, S. 89f).

Die bevorzugten Konfliktlösungsmechanismen sind links unten noch einmal graphisch dargestellt.

5. Auf welchem Hintergrund wurden Aktualfähigkeiten und Konfliktreaktionen erlernt („Grundkonflikt“)?

„Wir unterscheiden vier Medien der Liebesfähigkeit. Sie charakterisieren typische Grundbeziehungen, die jeder Mensch in irgendeiner Form eingeht ... Auf die Entwicklung jeder dieser Beziehungen nimmt eine charakteristische Vorbild-Dimension Einfluß“ (Peseschkian, 1977 b, S. 123).

Das Schema in der rechten unteren Ecke zeigt, wie Frau S. diese Grundbeziehungen einschätzt: Während der Vater wenig Zeit und Geduld für sie aufbrachte, erlebte sie ihre Mutter gegenteilig. Das Verhältnis der Eltern untereinander wird ausgesprochen negativ eingeschätzt. Kontakte der Eltern zur Außenwelt — berufliche ausgenommen — werden eher als spärlich geschildert. Während die Mutter offenbar eine positive Beziehung zu religiösen und weltanschaulichen Fragen hat, stand der Vater diesem Bereich eher ablehnend gegenüber.

6. Wirft die unterschiedliche Beantwortung einzelner Fragen/Behauptungen durch die Partner weiteres Licht auf Konfliktpotentiale?

Während sich die „Hypothesenbildung“ bis jetzt aus der Analyse der einzelnen Skalen und der Profile im AUSWERTUNGSBOGEN ergab, kann man jetzt die Antwortrichtung bei einzelnen Items in den beiden FRAGEBÖGEN vergleichen. Ehepaar S. kreuzt für den Bereich Ordnung z.B. so an (Auszug):

	Frau S.		Herr S.	
	stimmt	stimmt nicht	stimmt	stimmt nicht
Die Wohnung muß immer tiptop aufgeräumt sein.	x			X
Wenn alles kreuz und quer liegt, könnte man verrückt werden.	X			X
Wie es bei anderen Leuten aussieht, ist mir egal, aber bei mir muß Ordnung herrschen.	X			X
Äußere Ordnung läßt auf innere Ordnung schließen.	x		X	
Es macht mir nichts aus, wenn andere mich für schlampig halten.		x	x	

Ein Hauptkonfliktpotential dürfte hier im Bereich „Ordnung/Unordnung in der Wohnung“ liegen. Darüberhinaus gibt die Beantwortung des letzten Satzes einen Hinweis, daß bei Frau S. die Regel „Was die Leute über mich/uns denken/sagen, ist sehr wichtig“ den hohen Punktwert bei „Höflichkeit“ (Skala 4) mitbedingt.

Wie am Beispiel des Ehepaares S. deutlich wurde, bekommt der Praktiker durch die sechs oben genannten Fragestellungen genügend Hinweise, in welcher Richtung er weiter untersuchen (Diagnose) und eventuell Änderungen einleiten kann (Therapie). Es wird aber auch klar, daß dieser Fragebogen ein Interview nicht ersetzen kann und will. Im Falle von Familie S. sind die durch den Fragebogen gegebenen Informationen noch höchst unvollständig, denn die Rolle des Kindes und der Schwiegermutter bleibt weiterhin im Dunklen; vielleicht sind die Schwierigkeiten von Herrn S. auch durch den Arbeitgeber oder einzelne Kollegen mitbedingt. Aufgabe des behandelnden Fachmannes ist es nun, diese Aspekte der „Familiendynamik“ und der „Arbeitsplatzdynamik“ in seine Planung mit einzu beziehen. Aber wie? Es gibt mehrere Möglichkeiten:

- Er kann Herrn S. danach fragen, z.B. in Form des Differenzierungsanalytischen Inventars (DAI): so erhält er womöglich detaillierte Angaben; es stellt sich für den Praktiker jedoch die Frage nach dem Zeitaufwand.
- Er kann außer der Ehefrau z.B. die Schwiegermutter (und das 2-jährige Kind?) zur nächsten Familiensitzung mit einladen: einen solchen (Zeit-)Aufwand kann (und muß) sich der Psychologe und Psychotherapeut leisten; aber z.B. der Hausarzt? Und wie, wenn die Ehefrau oder die Schwiegermutter nicht mitkommen möchten? Wenn also eine „Familientherapie ohne Partner“ oder eine

„Therapie ohne Patient“ stattfinden muß, weil der „eigentliche“ Patient nicht im Behandlungszimmer, sondern vielleicht zu Hause sitzt? (Vgl. Peseschkian 1980, S. 174)

- Er kann die Schwiegermutter durch Herrn S. bitten lassen, ebenfalls einen Fragebogen auszufüllen. Wie, wenn sie sich weigert, dieser Bitte nachzukommen? Herrn S. für seinen Chef oder Kollegen einen Fragebogen mitzugeben, dürfte nur in Ausnahmefällen möglich sein. Psychologe und Psychotherapeut können es sich mit dem Einverständnis von Herrn S. vielleicht zeitlich leisten, einen Besuch am Arbeitsplatz (in der Schule etc.) zu machen oder wenigstens anzurufen. Aber z.B. der Allgemeinmediziner, der durch volle Wartezimmer und Hausbesuche schon mehr als „ausgelastet“ ist?

Im ungünstigsten Falle stehen also dem Praktiker „nur“ die Informationen zur Verfügung, die der Patient selbst gibt, und die sind höchst subjektiv. Aber muß diese von Nachteil sein? Sieht man einmal von gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen ab (z.B. Schichtarbeit, Lohn, Größe der Wohnung), so spielen weniger objektiv beobachtbare Verhaltensweisen — wie z.B. das Aufräumen des Wohnzimmers durch Frau S. — eine Rolle, sondern deren subjektive Interpretation als inhaltlich definierbare Konfliktpotentiale: In den Augen von Herrn S. hat seine Frau einen „Ordnungsfimmel“. Es geht ja nicht um normierbare Größen — welches Maß von „Ordnung“ ist z.B. „normal“? — sondern gerade um die Relativität solcher Werte; nicht um Logik, sondern um „Psycho-Logik“!

Von hierher gesehen erweisen sich die mittels des DAI erhobenen Daten als höchst relevant. Um die Stichprobenauswahl auf eine etwas breitere Basis zu stellen, also repräsentativer zu machen, kann nun eine weitere Form des Wiesbadener Differenzierungsanalytischen Fragebogens (WDF) gute Dienste leisten: die Form F = Fremdschilderung. Ein Satz, der in der Form S = Selbstschilderung so lautet: „Wenn jemand nicht zur vereinbarten Zeit kommt, werde ich ärgerlich“, und hinter dem der Klient dann „Stimmt“ oder „Stimmt nicht“ ankreuzt, würde in der Form F (Fremdschilderung), bearbeitet durch Herrn S., so aussehen können:

Wenn jemand nicht zur vereinbarten Zeit kommt, wird er / sie / es ärgerlich:

1. Frau S.		2. Schwiegerur.		3. Kind		4. Chef	
stimmt	stimmt nicht	stimmt	stimmt nicht	stimmt	stimmt nicht	stimmt	stimmt nicht
	X	X			X	X	

Herr S. hatte in der Form S = Selbstschilderung diese Frage mit „Stimmt nicht“ angekreuzt; wie der niedrige Wert der Skala 3 „Pünktlichkeit“ zeigt, scheint er auf diese Eigenschaft weniger Wert zu legen. Die Einstellung seiner Frau und seines Kindes zur Pünktlichkeit schätzt er als der seinigen verwandt ein, Schwiegermutter und Chef legen seiner Meinung nach auf Pünktlichkeit mehr Wert (Form F). Insofern sich

die subjektiven Einschätzungen von Herrn S. als beobachtbare Verhaltensweisen zeigen, dürften sie sich am Arbeitsplatz und im Kontakt mit der Schwiegermutter als Konfliktpotentiale erweisen.

Die Form F enthält wie die Form S 26 Skalen, die analoge diagnostische Informationen und Möglichkeiten der Therapieplanung hergeben, analysiert man sie unter den oben skizzierten Fragestellungen. Während die Form S bereits den ersten Probelauf durchmacht, befindet sich Form F noch in der Konstruktionsphase. Beide Formen müssen noch mehrere statistische Prozeduren durchlaufen. Ich hoffe, den Wiesbadener differenzierungsanalytischen Fragebogen mit genauen Auswertungsanweisungen im Sommer 1981 den Praktikern anbieten zu können.

Anschrift des Verfassers:

Hans Deidenbach, Dipl.-Psychologe und Verhaltenstherapeut
Tulpenweg 4, 6229 Kiedrich

Literatur

- Peseschkian, N.: Psychotherapie des Alltagslebens
Fischer-Taschenbuch 1855, Frankfurt/Main, 1977 (a)
- ders. Positive Psychotherapie
Frankfurt/Main, 1977 (b)
- ders. Positive Familientherapie
Frankfurt/Main, 1980

VON DEM
VA5 MAN
HEUTE
D~N^{KT} H
N GT, DAG
^t5
pOKGUN
Aü(F
P^{IZLN}
I(NP
ST"Issf N
C,LLEST VVIKP
O K.T.E.C.A Y



Veranstaltungen

Seminare „Psychotherapie“ der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen - offen für Nichtmitglieder.

Tagungsort: Akademiegebäude der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 6530 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

Samstag, den 6. 12. 1980 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 — Fallbesprechung.

Samstag, den 10. 1. 1981 von 10.00 bis 17.00 Uhr — 5. Seminar:

Zielerweiterung — Ablösung aus der therapeutischen Situation — Übertragung — Gegenübertragung — Erweiterung des Konzeptes — Milieutherapeutische Maßnahmen — Fallbesprechung.

Samstag, den 14. 2. 1981 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.

Samstag, den 14. 3. 1981 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 — Diskussion und Erfahrungsaustausch).

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,— 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, Telefon 0 60 32/6171 oder 61 72.

Seminare Psychotherapie:

Ab September 1981 finden in Bad Nauheim 7 Seminar-Veranstaltungen statt. Auskunft und Information: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim, Telefon 0 60 32 /6171 oder 61 72

Weitere Seminare der DGPP:

Selbsterfahrungsgruppe: Schwerpunkt Pädagogische Psychologie (PEW V)

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

Selbsterfahrungsgruppe: Schwerpunkt Beruf und Partnerschaft (PEW VI)

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

Psychotherapeutische Erfahrungsgruppe Wiesbaden für Ärzte (PEW 1 - V)

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

Mittwoch, 21. 1. 1981, Volkshochschule Wiesbaden e.V.

Positive Familientherapie - Zusammenhänge zwischen Beruf, Familie und Partnerschaft

Seminarleiter: Dr. med. N. Peseschkian

Auskunft: VHS, „Villa Schnitzler“, Biebricher Allee 42, 6200 Wiesbaden
Telefon 0 61 21 /81 24 65

Mittwoch, 11. 3. 1981 - Teil 11

Mittwoch, 25. 2. 1981, Museum Wiesbaden

Vortrag: Wie entstehen Ängste und Depressionen?

Referent: Dr. med. N. Peseschkian

Mitgliederversammlung der DGPP in der Reformhaus-Fachakademie, Oberursel-Oberstedten, Gotische Straße 4, am 25. 1. 1981 von 16.30 bis 18.00 Uhr. Zu dieser Veranstaltung erfolgt eine gesonderte Einladung.

Montag, den 1. Dezember 1980 in Wiesbaden

Thema: Aggression ein Mittel der Kommunikation?

Referent: Prof. Dr. med. R. Battegay
Psychiatrische Universitätspoliklinik, Basel

Information: Geschäftsstelle der DGPP, Wiesbaden

Samstag/Sonntag, 24./25. Januar 1981 in Oberursel-Oberstedten

3. Studientagung der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie (DGPP)

Thema: Angst

Ort: Reformhaus-Fachakademie, Oberursel-Oberstedten

Gotische Straße 4, 6370 Oberursel 4, Tel. (06172) 2 50 75-6-7

Freitag, den 27. bis Sonntag, den 29. März 1981 in Ascona

9. Internationales Balint-Treffen

Thema: Psychologische Ausbildung des Arztes

Patronat: Gesellschaften für psychosomatische Medizin Frankreich, Österreichs, Italiens und der Schweiz; Internationale Balint-Vereinigung Thema 1981: Sprache des Patienten, Sprache des Arztes

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. B. Luban-Plozza, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno

Eine Fabel auf den Weg

Der Mensch, der Ochse, der Hund und der Affe

Als Gott die Welt erschaffen hatte, kam der Mensch zu ihm und sagte: „Du hast mich als Mensch erschaffen; sage mir auch, wie lange ich leben, wie ich leben, wovon ich mich nähren und was ich arbeiten soll“

Gott sprach zu ihm: „Dreißig Jahre sollst Du leben. Nähren sollst Du Dich von allem, was Deine Gesundheit nicht zerstört, und Deine Arbeit wird es sein, alles zu beherrschen, was es auf der Erde gibt.“

Der Mensch sagte: „Gott, ich danke Dir für das gute Leben, das Du mir schenkst, aber die Jahre sind mir zu wenig.“

Gott sprach: „Geh' und setze Dich dort in die Ecke.“

Da kam der Ochse und fragte Gott: „Gott, Du hast mich als Ochsen auf der Welt geschaffen. Sage mir auch, wie lange ich leben, wie ich leben, was ich arbeiten und wovon ich mich ernähren soll?“

Gott sprach zu ihm: „Siehst Du den Menschen, der dort in der Ecke sitzt? Er wird Dein Herr sein. Deine Arbeit wird es sein, den Acker zu pflügen und die Fuhren zu ziehen. Nahrung sollen Dir Gras und Stroh sein, und dreißig Jahre sollst Du leben!“

Der Ochse sagte zu ihm: „Oh Gott, welch ein Ochsenleben! Nimm ein wenig von meinen Jahren.“

Als der Mensch in der Ecke das hörte, gab er Gott ein Zeichen und flüsterte: „Nimm von seinen Jahren und gib sie mir!“

Da lachte Gott und sprach: „Nimm Dir zwanzig von dem Ochsen!“

Er gab ihm zwanzig Jahre Ochsenleben.

Da kam der Hund und sagte: „Gott, Du hast mich als Hund geschaffen. Sag mir, wie lange ich leben, was ich arbeiten und wovon ich leben soll?“

Gott sprach zu ihm: „Siehst Du den Menschen in der Ecke? Er wird Dein Herr sein. Du wirst ihm sein Haus, seine Schafe und allen Besitz bewachen. Nähren sollst Du Dich von den Brotrinden und Knochen, die an seinem Tische übrigbleiben, und dreißig Jahre leben.“

Der Hund sagte: „Ach Gott, welch ein Hundeleben! Nimm ein wenig von den Jahren!“

Als der Mensch in der Ecke das hörte, gab er Gott ein Zeichen und flüsterte: „Nimm von den seinen und gib sie mir!“

Gott lachte wieder und sprach: „Nimm die zwanzig von dem Hund.“

Und so wurden dem Menschen siebzig Jahre zuteil und dem Hund zehn.

Zu allerletzt kam zu Gott der Affe und sagte: „Gott, Du hast mich auf der Welt als Affen geschaffen. Sage mir, wie lange ich leben, wovon ich leben und was ich arbeiten soll?“

Gott sprach zu ihm: „Siehst Du den Menschen, der in der Ecke sitzt? Er wird Dein Herr sein. Nähren sollst Du Dich von Nüssen und anderen Früchten. Mit Deinen Späßen und Spielereien sollst Du ihn und seine Kinder erheitern. Dreißig Jahre sollst Du leben.“

Der Affe sagte: „Ach Gott, welch ein Affenleben! Nimm ein wenig von den Jahren.“

Als der Mensch, der in der Ecke saß, das hörte, machte er Gott wieder ein Zeichen und flüsterte: „Nimm von seinen Jahren und gib sie mir!“

Gott lachte und sprach: „Nimm auch von ihm die zwanzig Jahre.“

Da nahm der Mensch noch zwanzig Jahre und es wurden neunzig.

Und so lebt der Mensch dreißig Jahre ein freies Menschenleben. Vom dreißigsten bis zum fünfzigsten lebt er ein Ochsenleben. Er legt den Ochsenriemen um den Hals, plagt sich, um Frau und Kinder zu ernähren und Geld zu sparen. Mit fünfzig wird er alles, was er bis dahin erworben hat, wie ein Hund bewachen und bis zum siebzigsten Jahr ein Hundeleben führen. Er wird den ganzen Tag mit allen schelten, über jede Kleinigkeit fluchen, schimpfen und keifen. Und schließlich vom siebzigsten bis zum neunzigsten Jahr lebt er ein Affenleben, wo alle über ihn spotten und lachen, ihn für ein kleines Kind oder einen Affen halten.

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

Jahresbeitrag: DM 60,— (ordentliche und außerordentliche Mitglieder)
DM 90,— (Ehepaare)
DM 30,— (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. 1111258448