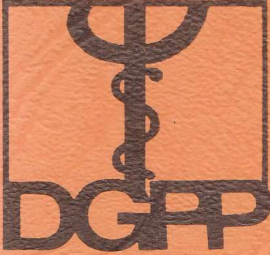


Zeitschrift für Positive Psychotherapie

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

Heft 8 - 8. Jahrgang - Mai 1986 • DM 5,—



Erziehung
Selbsthilfe
Psychotherapie
Transkulturelle Probleme

Arbeit mit der Positiven Psychotherapie 2, Teil

Depression: Schatten auf der Seele

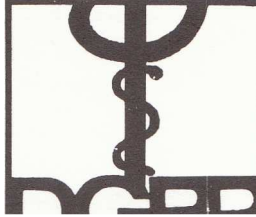
Falldarstellung und Selbstschilderung einer depressiven Patientin

Habituellem Abort

Über Phantasie zur Heilung

Terminanfragen in einer psychotherapeutischen Praxis

Das internationale Jahr des Friedens



M - - w - -

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
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Psychotherapie
Prof. Dr. med. S. Goeppert
Leiter der med. Psychologie, Universität Freiburg

Redaktion

Dr. med. N. Peseschkian
Diplom-Psychologe Hans Deidenbach
Dipl. rer. pol. Ingrid Hofmann

Beirat

Dr. med. Aziz, Aachen
Dr. med. Killing, Darmstadt
Dr med. Walburg Maric, Bad Homburg
Dr med. Ohligs, Oberursel
Dr med. Lang, Groß-Umstadt
Dipl. Soz. päd. Hübner, Hofheim

Anschrift der Redaktion

Dr. med. N. Peseschkian
An den Quellen 1
6200 Wiesbaden
Telefon (0 61 21) 37 37 07

Erscheinungsweise

zweimal jährlich

Bezugsbedingungen

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft
für Positive Psychotherapie (DGPP): kostenlos
Einzelheft DM 5,— zuzüglich Zustellgebühren
Zahlungen an: Nassauische Sparkasse, Wiesbaden,
Konto-Nr 111 125 848, BLZ 510 500 15

ZEITSCHRIFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE

Erziehung - Selbsthilfe - Psychotherapie - Transkulturelle Probleme

I N H A L T	Seite
Einführung des Herausgebers	4
.....	4
Geschichte: Es fällt kein Meister vom Himmel	6
Depression: Schatten auf der Seele	7
.....	7
Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden	
Aus der Psychiatrischen Praxis	17
Aus der Gynäkologischen Praxis	24
Habitueeller Abort	
Dr. med. Horst Sauer, Bad Orb	
Über Phantasie zur Heilung	34
Gunther Hübner, Hofheim	
Der weiße Elefant	41
Terminanfragen in einer psychotherapeutischen Praxis	
Ingrid Hofmann, Wiesbaden	
Das Internationale Jahr des Friedens 1986	49
Manije Peseschkian, Wiesbaden	
Geschichte: Mut zur Wahrheit	56
.....	56
Rezensionen	57
.....	57
Veranstaltungen	

EINFÜHRUNG DES HERAUSGEBERS

POSITIVE PSYCHOTHERAPIE ALS BEZUGSPUNKT FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT VERSCHIEDENER FACHDISZIPLINEN

Die heutige Situation in der Psychotherapie zeigt, daß eine Vielzahl der angebotenen therapeutischen Methoden teilweise zusammenhanglos neben- und gegeneinander stehen und eine Kommunikation nicht möglich ist.

Diese Situation ist nur dann zu überwinden, wenn eine Metatheorie den einzelnen Verfahren und theoretischen Ansätzen den entsprechenden Stellenwert zubilligt.

Eine solche Metatheorie versuchten wir in der Positiven Psychotherapie zu begründen.

Die Vielfalt der darin erscheinenden Methoden erweckt den Eindruck eines Eklektizismus. Allerdings ist dieser Eklektizismus systematischer Art und keine bloße Aneinanderreihung von Verfahren. Vielmehr wird genau festgelegt, warum und wann in der Psychotherapie welche Methode angewendet werden kann. Der scheinbare Eklektizismus ist somit Antwort auf die Vielfalt der Störungen und Persönlichkeiten, die jeweils ihr besonderes Heilmittel brauchen.

Diesen Sachverhalt kann man ignorieren. Dies hat aber zur Folge, daß einzelne Krankheitsbilder und Patientengruppen, die durch engere Theorie nicht abgedeckt werden, von der psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen werden.

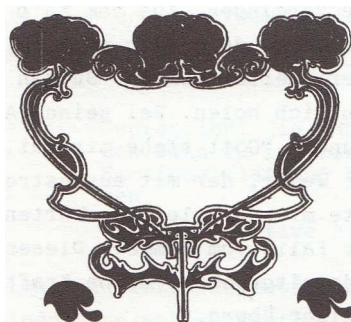
Gerade dies macht ein komplexes Vorgehen unter Berücksichtigung der verschiedenen Therapieformen mit ihren unterschiedlichen Indikationsstellungen notwendig. Damit treffen wir eine zeitgemäße Tendenz, nämlich das Streben nach interdisziplinären Brücken und Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Schulen (Zusammenarbeit zwischen Physik und Medizin, Psychologie und Gesellschaftswissenschaften, gemeinsame Anwendung von Gruppentherapie und Einzel-

therapie). Die Positive Psychotherapie besitzt eine eigenständige Theorie, aus welcher die Anwendungsmöglichkeiten anderer Verfahren abgeleitet wird.

Verschiedene Kollegen werden in dieser Ausgabe dazu Stellung nehmen und in ihren Beiträgen interdisziplinär vorgehen.

Das Echo auf die bisher veröffentlichten Buchbesprechungen war so positiv, daß Rezensionen zukünftig ein fester Bestandteil der Zeitschrift sein werden.

Dr. med. N. Peseschkian



ES FÄLLT KEIN MEISTER VOM HIMMEL

Ein Zauberkünstler führte am Hofe des Sultans seine Kunst vor und begeisterte seine Zuschauer. Der Sultan selber war außer sich vor Bewunderung: "Gott, stehe mir bei, welch ein Wunder, welch ein Genie!" Sein Wesir gab zu bedenken: "Hoheit, kein Meister fällt vom Himmel. Die Kunst des Zauberers ist die Folge seines Fleißes und seiner Übungen." Der Sultan runzelte die Stirn. Der Widerspruch seines Wesirs hatte ihm die Freude an den Zauberkunststücken verdorben: "Du undankbarer Mensch! Wie kannst du behaupten, daß solche Fertigkeiten durch Übung kommen? Es ist wie ich sage: Entweder man hat das Talent oder man hat es nicht." Abschätzend blickte er seinen Wesir an und rief: "Du hast es jedenfalls nicht, ab mit dir in den Kerker. Dort kannst du über meine Worte nachdenken. Damit du nicht so einsam bist und du deinesgleichen um dich hast, bekommst du ein Kalb als Kerkergenossen."

Vom ersten Tag seiner Kerkerzeit an übte der Wesir, das Kalb hochzuheben, und trug es jeden Tag über die Treppen seines Kerkerturmes. Die Monate vergingen. Aus dem Kalb wurde ein mächtiger Stier und mit jedem Tag der Übung wuchsen die Kräfte des Wesirs. Eines Tages erinnerte sich der Sultan an seinen Gefangenen. Er ließ ihn zu sich holen. Bei seinem Anblick aber überwältigte ihn das Staunen: "Gott stehe mir bei, welch ein Wunder welch ein Genie!" Der Wesir, der mit ausgestreckten Armen den Stier trug, antwortete mit den gleichen Worten wie damals: "Hoheit, kein Meister fällt vom Himmel. Dieses Tier hattest du mir in deiner Gnade mitgegeben. Meine Kraft ist die Folge meines Fleißes und meiner Übung."

Aus: Nossrat Peseschkian
Der Kaufmann und der Papagei
Fischer Taschenbuch Nr. 3300

sagt: 'Die Flasche ist halb voll.' Der Pessimist sagt: 'Die Flasche ist halb leer.-

Dem Patienten wurde auf diese Weise mitgeteilt, daß er, selber Pessimist, seine Situation auch anders sehen kann, als er es gewohnt ist. Er erhält eine Verhaltensalternative zur Auswahl, und zwar so, daß er sich mit ihr identifizieren kann, sich aber nicht verletzt fühlen muß. Mit dem Alternativkonzept erhält er die Möglichkeit, zunächst versuchsweise seine Einstellung zu relativieren.

Eine andere Patientin klagte: "Ich war bereits zwei Jahre in analytischer Behandlung. Mir ist nicht mehr zu helfen. Ich bin vollkommen verkorkst." Man hätte mit dieser Patientin die Hintergründe ihrer Aussage, deren Widersprüchlichkeit zur Tatsache, daß sie dennoch zur Psychotherapie gekommen war, durcharbeiten können. Damit hätte man sich notwendigerweise mit den Störungen beschäftigen müssen, eine Beschäftigung, der die Patientin bereits seit Jahren nachgegangen war. Ein solches Verfahren hätte das Grundkonzept der Patientin weiter verstärkt, denn zuerst hätte sie ihre Mythologie des rationalisierenden Selbstbetruges einsehen müssen. Statt einer solchen Analyse erzählte ich ihr das Folgende: "Stellen Sie sich bitte die Sonne vor. Wenn die Sonne nicht scheint, woran liegt es dann? Die Sonne scheint immer. Sie ist lediglich von Zeit zu Zeit durch Wolken verdeckt."

Diese Geschichte leistete etwas Ähnliches wie die bereits beschriebene Aufarbeitung: Sie weist auf den Widerspruch hin, in dem sich die Patientin befindet, und auf die Halbwahrheit ihrer Aussage:

"Depressionen sind nur Wolken."

Die Patientin reagierte spontan: "Könnte es also sein, daß meine Depressionen nur Wolken sind, die das Verhältnis, das ich zu mir habe, überschatten?"

Mit dieser Frage stellte die Patientin ein neues Konzept ihrer Krankheit auf, das die therapeutische Arbeit erleichterte.

Die sogenannten Kleinigkeiten (Mikrotraumen)

Nahezu jeder von uns kann am eigenen Leibe die Erfahrung machen, daß seine Stimmung vom Gefühl der Niedergeschlagenheit, abgrundtiefer Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und dem Gefühl der Sinnlosigkeit geprägt ist. Meist findet sich für eine solche Verstimmung ein Anlaß: Man traut sich selbst deshalb wenig zu, weil man nicht die Leistungen erbringen konnte, die man selbst oder andere von einem erwarteten. Man hat einen wichtigen Partner verloren, sieht durch Mißerfolge seine Zukunft bedroht oder fühlt sich isoliert und von dem sozialen und seinem bisher vertrauten Umgang abgesondert. Da man seine Bedürfnisse von der Umgebung abgezogen hat und sie nur in äußerst verdeckter Form äußert, ist man "wunschlos unglücklich".

Bei vielen Patienten hat es den Anschein, als habe sich die Depression von ihrem Auslöser losgelöst oder als habe es nie einen solchen Auslöser gegeben. Die Aussage, es gäbe deshalb auch keinen entsprechenden äußeren Anlaß für diese Depression, gilt im strengen Sinn nur, wenn man nur nach großen auslösenden Ereignissen, wie dem Tod eines Angehörigen fahndet. Als psychischer Hintergrund der Erkrankung finden sich auch hier über Jahre hinweg erduldeten Kränkungen, die als Mikrotraumen die spätere Depression vorbereiten. In Reaktionen darauf finden wir Aussagen wie: "Seit Jahren rege ich mich schon darüber auf und leide darunter." "Ich habe mich in der Zwischenzeit damit abgefunden." "Es ist immer dasselbe." "Ich kann tun, was ich will, er ändert sich doch nicht." "Es hat alles keinen Zweck mehr."

Inhalt dieser Mikrotraumen sind Aktualfähigkeiten, für die ein Mensch im Laufe seiner Kindheit und späteren Entwicklung empfindlich gemacht worden ist.

Depression im Rahmen der Positiven Psychotherapie

Bei allen depressiven Reaktionen besteht ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Verbundenheit, oft in der Form, wie man es aus der Kindheit her sich wünschte. Auslösend wirken vor diesem Hintergrund Ablösungsprobleme, welche eben dieses Gefühl der Verbundenheit und Geborgenheit infrage stellen. Insgesamt wird nur die Kehrseite der Dinge differenziert. Die Unterscheidung der Wirklichkeit erfolgt lediglich unter dem Gesichtspunkt des pessimistischen Konzepts: Die halb volle Flasche wird halb leer gesehen.

Die Spannungshaltung, die sich z. B. um das Problem Pünktlichkeit entwickelte, mündet schließlich in eine schwere Depression, die mit erheblichen Ängsten verbunden ist. In diesem Sinne lohnt es sich, auch nach den weniger auffälligen Belastungsmomenten -zu suchen, die zu einem Teil aus der sozialen Umwelt des Patienten herrühren, außerdem nach der zunächst in dem speziellen Bereich (z. B. Pünktlichkeit) und später weitgehend verallgemeinerten Verringerung der Tragfähigkeit. So erscheint die Depression als das Gefühl des Niedergedrücktseins, der Entschlußlosigkeit, der Selbstanklage, verminderter Initiative, Schlaflosigkeit, der Verarmungsangst und des Wunsches, allen Schwierigkeiten durch Selbstvernichtung auszuweichen. Oft genug manifestieren sich diese Depressionen in körperlichen Beschwerden, die so zum psychosomatischen Ausdruck einer seelischen Konfliktsituation werden. Diese Beschreibung trifft nur einen Teil des Erscheinungsbildes der Depression.

Im Sinne der Positiven Psychotherapie müssen wir die Beschrei-

bung erweitern.

Depression ist die Fähigkeit, mit tiefster Emotionalität auf Konfliktsituationen und Belastungen zu reagieren. Statt nach außen, wird der Konflikt nach innen ausgetragen. Der Depressive besitzt die für seine Umgebung oft erschreckende Fähigkeit, den Sinn zu ignorieren und damit den existentiellen

Ängsten unseres Lebens offen, aber zugleich ungeschützt entgegenzutreten. Im Vordergrund steht der Konflikt zwischen Höflichkeit als Hinanstellung der eigenen Interessen sowie Aggressionshemmung und Ehrlichkeit als Zeichen des schwachen Durchsetzungsvermögens.

Der Depressive gleicht einem Dampfkessel, dessen sämtliche Ventile verschlossen sind. Nach außen hin scheinbar ruhig, steht er fortwährend in der Gefahr, durch explosive Reaktionen seiner eigenen Existenz ein Ende zu setzen. Die verhinderte dosierte Offenheit nach außen hin, von dem Betroffenen als unerlaubte Aggression erlebt, wendet sich nach innen.

Die Frage der Dosierung der Aggression, in anderen Worten, nach einer Integration von Höflichkeit und Ehrlichkeit wird zur zentralen Frage in der Therapie der Depression.

Therapie der kleinen Schritte

Daraus ergibt sich als therapeutischer Ansatz eine Therapie der kleinen Schritte:

- a) für den Patienten: eine realere Beziehung zum ich, mehr Selbständigkeit und Offenheit gegenüber dem Partner, Erweiterung des sozialen Kontaktes, Entwicklung neuer Interessen und Mut zur Verwirklichung der eigenen Phantasie:
"Was würden Sie machen, wenn Sie gesund wären und keine Depressionen mehr hätten?"

b) für die Bezugspersonen: Der Depressive äußert mit seinen Beschwerden seine vermeintliche Unfähigkeit, mit den Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Unausgesprochen ist darin die Erwartung, daß Bezugspersonen aus der Umgebung ihnen diese Anforderungen abnehmen sollen. Für die Umwelt kann dies zu einer Falle werden. Besonders dann, wenn die Entlastung bei dem Patienten in das Konzept mündet: Jetzt habe ich gar keine Funktionen mehr zu erfüllen, weshalb bin ich überhaupt noch da? Die therapeutische Entlastung des Depressiven von seinen Pflichten ist ein wichtiger Bestandteil in der akuten Phase der Depression. Es ist aber auch wichtig, daß der Depressive zum richtigen Zeitpunkt wieder in kleinen Schritten lernt, die täglichen Anforderungen auf sich zu nehmen.

Die Ratlosigkeit des Depressiven verleitet seine Umgebung in der Regel dazu, ihn mit Ratschlägen zu überhäufen. Oft sind es sogar einander widersprechende Ratschläge, die an den Kranken herangegtragen werden: "Reiß Dich zusammen, sei fröhlich, sieh die angenehmen Dinge des Lebens, Sorge Dich nicht, lebe!" Dies hört der Patient ebenso wie: "Du bist überfordert, tritt langsamer, sei nicht so streng mit Dir, daß Dich etwas gehen."

In den wenigsten Fällen können diese Anweisungen befolgt werden, einmal weil sie inkonsequent, zu wenig praxisbezogen, zu wenig verbindlich sind, zum anderen, weil sie ihrerseits einen unerhörten belastenden Anspruch an den Depressiven stellen. Für die Bezugspersonen kann sich hier schnell eine Beziehungsfalle entwickeln. Werden ihre gutgemeinten Ratschläge nicht befolgt, entwickeln sich daraus nicht selten Aggressionen und Haßgefühle gegenüber dem Depressiven: "Er tut doch nicht, was man ihm sagt, er macht doch nur das, was er will, es ist so, als wenn man gegen eine Wand spricht."

Die Folge ist, daß dies den Bezugspersonen das moralische Recht gibt, sich von dem Depressiven zu distanzieren und von sich aus eine konfliktbesetzte kommunikative Beziehung aufzubauen. Oft werden in diesem Konfliktfeld schlummernde Probleme wach und belasten den Kranken zusätzlich.

Betrachtet man die typische Reaktionsweise des Depressiven, bietet sich ein anderes Vorgehen an. Der Depressive hat nicht nur seine lustbesetzte Beziehung zu seiner Umgebung abgezogen, er versucht darüber hinaus diese Haltung zu verteidigen und versteht dementsprechend nahezu alles, was um ihn herum geschieht als Bestätigung der Sinnlosigkeit, der ausweglosen Ungerechtigkeit, der Hoffnungslosigkeit und der Schuldhaftigkeit.

In dieses Konzept verrennt sich der Depressive immer mehr und entwickelt ein erstaunliches Geschick im Uminterpretieren der Wirklichkeit. Würde man sich ausschließlich mit diesen Uminterpretationen beschäftigen, würde man nur die melancholischen Ansichten verfestigen und wiederholen. Das depressive Konzept erfährt somit eine fortwährende Bestätigung.

Um dem zu begegnen, können dem depressiven Gegenkonzepte angeboten werden. Auf das pessimistische Konzept: die Flasche ist halb leer, folgt das optimistische Konzept: die Flasche ist halb voll. Damit wird weder der Patient angegriffen noch zusätzlich belastet. Vielmehr artikuliert so die Bezugsperson offen ihre Sicht der Dinge und bietet sie dem anderen als Alternative dar. Im Gegensatz zu den üblichen Ratschlägen beinhalten solche Erweiterungskonzepte keine Verpflichtung. Das Erweiterungskonzept verzichtet auf diesen Druck und läßt dem Partner Zeit, sich auf die erweiterte Sichtweise einzustellen. Der Bezugsperson wird durch diese Methodik die Geduld erleichtert, die er im Umgang mit dem depressiven Partner aufbringen muß.

Dieses Vorgehen erleichtert es auch der Bezugsperson, sich von der depressiven Einstellung zu distanzieren. Selbstverständlich benötigt gerade der Depressive das Einfühlungsvermögen und das Verständnis seiner Umwelt. Wenn diese sich aber durch derartige Identifikation das depressive Konzept zu eigen r. „acht, kann der Kranke von ihr keine Hilfe mehr erwarten.

Es kommt so zu der paradoxen Situation, daß nicht der Therapeut den Patienten, sondern der Patient den Therapeuten von der Richtigkeit seiner Auffassung überzeugt. Sich in den anderen einfühlen, muß also nicht bedeuten, das Konzept des anderen be-dingungslos zu übernehmen. Die Tatsache, daß man die eigene Auf-fassung als Erweiterungskonzept anbietet, ist eine Art Selbst- schutz: Wenn ich sehe, daß ein anderer ins Eis eingebrochen ist, verlasse ich nicht meine sichere Scholle und springe ins Wasser, in dem beide verloren wären, sondern verasche, auf meiner Eis-scholle dem Verunglückten so nahe wie möglich zu kommen, um ihm zu helfen.

Im akuten Stadium schwerer Depression, in dem der Betroffene fast körperlich unter dieser Krankheit leidet, können Medi-kamente eine wertvolle Hilfe bieten. Da die Situation des De-pressiven sehr differenziert zu sehen ist, muß auch die Ver-sorgung mit Medikamenten sehr differenziert erfolgen. Antide-pressive Medikamente sind die Mittel der Wahl, die bei einzel-nen Patienten mit angstlösenden Medikamenten gekoppelt werden können. Leider werden sehr oft anstelle der gezielten antide-pressiven Behandlung lediglich Beruhigungs- oder Schlafmittel genommen. Diese führen mitunter dazu, daß zusammen mit dem Weg-fall der anderen Hemmungen, auch die Hemmung vor der Selbst-tötung abgebaut wird und der Patient, nach außen hin ruhig und gefaßt, plötzlich und unerwartet einen Selbstmordversuch un-ternimmt. Für die medikamentöse Behandlung gilt, daß sie eine un-terstützende Therapie des psychotherapeutischen, milieuthera-peutischen Vorgehens und der Selbsthilfestrategien ist.

Depressionen unter dem transkulturellen Gesichtspunkt

Nach meinen Erfahrungen entwickeln Mitteleuropäer und Nord-amerikaner eher depressive Verstimmungen, weil ihnen Kontakt fehlt, sie isoliert sind und sie unter dem Mangel an emotionaler Wärme leiden.

Im Orient entwickeln sich Depressionen eher, weil sich die Menschen durch die Enge ihrer sozialen Verpflichtungen und Verflechtungen überfordert fühlen und denen sie nicht ausweichen können. Das große Erscheinungsbild der Depression scheint sich über nahezu alle Kulturkreise hinweg als eine menschliche Ausdrucksfähigkeit zu entsprechen. Allerdings unterscheiden sich die Inhalte der Depressionen oft in vieler Hinsicht voneinander. Im europäischen Kulturbereich stehen Ängste im Vordergrund, die sich auf das äußere Aussehen, Schönheit, sexuelle Potenz, aber auch soziale Isolation, Ordnung, Sauberkeit und in besonderem Maße Sparsamkeit beziehen. "Die Schulden, die ich für unseren Hausbau auf mich genommen habe, lasten auf mir, daß ich manchmal meine, keine Luft mehr zu bekommen. Wenn ich an die Zukunft denke, wird mir Angst. Innerlich habe ich oft genug aufgegeben, mit dem Gefühl, daß doch alles keinen Zweck hat." In anderen Kulturbereichen, wie dem Orient, steht die Angst um die Fruchtbarkeit, das soziale Ansehen und das Verhältnis zur Zukunft im Vordergrund. Analog der Beobachtung, daß im europäischen Raum das Verhältnis zum Ich und Du und im Orient das Verhältnis zum Wir betont wird, erhält der soziale Kontakt als Konfliktauslöser eine eigene Bedeutung.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. N. Peseschkian

Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie an
den Quellen 1

6200 Wiesbaden

Zwei Leben
habe ich gelernt zu
leben:
meines
und das andere

tsagsety,2

Mit freundlicher Genehmigung der Autorin Anne
Glock: Tango im Ohr - Gedichte Verlag Junge
Literatur / Reihe Lyrik

A U S D E R F S Y C H I A T R I S C H E N P R A X I S
Falldarstellung und Selbstbeschreibung einer depressiven
Patientin

von Dr. med. Michael Ohligs, Oberursel

In der psychiatrischen Praxis gehören die endogenen Depressionen zum Alltag. Ublicherweise sind sie die Domäne der somatogenen - medikamentösen Therapie. Je länger der Verlauf ist, um so problematischer wird die Prognose einer Besserung, ja Heilung angesehen.

E n d o g e n wird hier als schicksalhaft und unabwendbar aufgefaßt, als motivlose und anlagemäßig vererbte Krankheit. Durch die entsprechende Vererbungsideologie wird dem Patienten Hoffnungslosigkeit suggeriert und er fühlt sich zunehmend diskriminiert. Das Leben erscheint ihm ohne Sinn und als Last. Als Beispiel mag der Fall einer 36-jährigen Patientin dienen, die mit dem Instrumentarium der Positiven Psychotherapie konfrontiert wurde. Es handelt sich bei ihr um eine ehemalige Krankenschwester, die seit 1980 in zweiter Ehe verheiratet ist und seitdem Hausfrau. Ihr Ehepartner ist 45 Jahre alt, Ingenieur, ebenfalls das zweite Mal verheiratet. Sie hat eine leibliche Tochter im Alter von 7 Jahren, welche schwer sehbehindert ist und zwei Stiefsöhne im Alter von 16 und 20 Jahren.

In der primären Familiensituation war der Kontakt in erster Linie auf die dominierende Mutter zentriert, die die Patientin einerseits leistungsmäßig überforderte, andererseits in ihren expansiven Strebungen stark einengte. Zu Hause galt das Motto: "Mit Geld kann man alles kaufen" - "Hast du was, dann bist du was." - "Männer wollen nur das eine." - "Wenn Du mit einem Kind ankommst, fliegst du raus." - "Wenn du nicht tust, was ich dir sage, kommst du in ein Kinderheim."

Die Anforderungen bezogen sich besonders auf Leistung, Fleiß, Sparsamkeit, Sauberkeit, Gehorsam und Höflichkeit. Der Vater zeigte sich dagegen nachgiebig, aufopfernd und unterwürfig. Im Rahmen der oedipalen Problematik identifizierte sich die Patientin mit den Normenvorstellungen der Mutter und übernahm die Aspekte des Mutterbildes und das eigene Ich bzw. Über-Ich-Ideal. Aggressive Impulse gegen die strenge Mutter wurden verdrängt oder gegen das eigene Ich gerichtet und im Form überkompensatorischer Leistungsmotivation verarbeitet.

Die ständigen Ehestreitigkeiten der Eltern und die damit verbundenen Trennungsabsichten einerseits und die Geburt des Bruders, der von der Mutter eindeutig vorgezogen wurde, andererseits, hatten einen erheblichen traumatisierenden Charakter. Es entwickelte sich eine intensive, ambivalent besetzte Mutter - Tochter - Beziehung im Sinne einer Gerechtigkeitsproblematik.

Im Zusammenhang mit dem Tode des Vaters, der 1971 an Lungenkrebs starb, wurde bei der damals 22-jährigen Patientin der Grundkonflikt aktualisiert und es entwickelte sich eine abnorme Trauerreaktion, die scheinbar psychosomatisch und teils in verstärkten Bemühungen im Leistungsbereich auswirkte. Hinzu kamen als weitere Traumata im Jahre 1977 die Geburt der sehbehinderten Tochter und 1978 die Scheidung der ersten Ehe. Durch die berufliche Entlastung 1980 und die damit verbundene Isolation, konnte die Patientin aus eigenen Kräften keinen Ausweg mehr finden und reagierte mit einer neurotischen Depression in Begleitung psychosomatischer Störungen.

Den anschließenden Leidensweg, in dessen Rahmen unter anderem die Diagnose einer endogenen Depression gestellt wurde, schildert die Patientin nachfolgend selbst:

"Es würde zu weit führen, meine Problematik hier detailliert zu beschreiben. Ich möchte lediglich bemerken, daß ich nach tiefgreifenden Schwierigkeiten im privaten Bereich von einem hohen Berg in ein tiefes Tal fiel. Ohne Vorwarnung, einfach so. Als ich unten aufwachte und mich umsah, entdeckte ich an mir die Symptome der verschiedensten Krankheiten und begann eine Wallfahrt zu Internisten und Praktikern, mit dem Ergebnis, daß ich anschließend in der Lage gewesen wäre, eine Apotheke mit bestgefülltem Lager an Psychopharmaka zu eröffnen.

So landete ich nach einigen Anläufen in der Praxis von Dr. O. Nach wenigen Terminen glaubte ich jedoch, ich wäre geheilt und käme alleine weiter. Ich brach die Therapie ab. Es dauerte etwa 1 - 1 1/2 Jahre, bis ich mir eingestehen mußte, daß es so nicht weiter gehen könne. In der Tiefe war ein weiterer Abgrund verborgen, es war s e h r schlimm.

Wochen habe ich gebraucht, um zum Hörer zu greifen und einen erneuten Anlauf zu wagen. Wer, der es nicht selbst erfahren hat, versteht diese Dunkelheit? Ich verstand sie nicht. Ich war völlig hilflos. Nach dem Beginn der Therapie fiel mir auf, daß der Therapeut nach der Positiven Psychotherapie arbeitete. Innerhalb der letzten 1 1/2 Jahre hatte ich von dieser Therapie gehört und gelesen. Ich fühlte mich von dieser Therapieform sehr angesprochen. Bei mir wurde etwas in Gang gesetzt, was bis zum heutigen Tag nicht abgeschlossen ist. Ich weiß nicht genau, was es ist. Die Art, mich anzuhören, vor allem, mich ernst zu nehmen? Mir wurde eine Tür geöffnet, die in mir die Bereitschaft wachrief, zu graben und zu arbeiten. Diese Therapie bedeutet Arbeit. Wenn man ernsthaft eingestiegen ist,

hat man nicht die Möglichkeit, einfach mal zu pausieren, die Arbeit beiseite zu legen, sondern man beschäftigt sich stark mit den in den Sitzungen aufgeworfenen Fragen. Vielleicht erkannte ich in dieser Therapie für mich die einzige Möglichkeit, aus dem Teufelskreis der Depressionen auszusteigen, die einzige Chance, dem immer dichter werdenden Nebel zu entkommen.

In den Sitzungen, besonders etwa ab der 6. Stunde, wurde mein Leben analysiert. Plötzlich fielen mir längst vergessene Episoden und Begebenheiten meiner Kindheit ein, von denen ich jetzt glaube, daß sie nur dicht unter der Oberfläche verscharrt waren und nur darauf warteten, ans Licht geholt zu werden, um sie zu klären. Und zwar so zu klären, wie ich mir schon oft die Lösung meiner Probleme vorgestellt hatte. Dieses aber nur ganz tief im Inneren und uneingestanden. So, wie ich manchmal bestimmte Fähigkeiten in mir spürte, diesem Gefühl jedoch nicht traute. Tiefes Mißbehagen gegen mich selbst zerstörte langsam aber sicher mein Leben. Dieses Mißtrauen war schon in der Kindheit, schon zu Kindergartenzeiten vorhanden. Nebenbei möchte ich erwähnen, daß die ersten fünf Therapiestunden in mir manche Verwirrung hervorbrachten. Sicher war dies für den Therapeuten wichtig, um zu erkennen, ob er mit mir weiterarbeiten kann. Auch heute noch - ich befinde mich zu diesem Zeitpunkt noch in Behandlung - beschleicht mich von Zeit zu Zeit solch ein vages depressives Gefühl. Es ist allerdings nur noch die Ahnung dessen, was vorher war.

Nun zur Methode der Positiven Psychotherapie. Sie wirkt! Und wie! Ich habe mein Selbstvertrauen wiedergefunden. Die Versicherung, daß es vielen Menschen so geht wie mir, daß ich eigentlich ganz normal bin, ja, daß in der Depression

sogar eine Fähigkeit verborgen liegt, war für mich eine ungeheure Erkenntnis. Ich habe in mir immer etwas Unnormales gesehen, habe mich nie annehmen können. Und wenn ich mich angenommen habe, dann nur negativ. Jetzt weiß ich, ich bin nicht negativer als andere Menschen auch. Nun noch zu meinem Mißtrauen. Nachdem ich mich entschlossen hatte, diese Therapie zu machen, begann sich auf der Stelle meine innere Stimme zu rühren. Man muß bedenken, daß man so eine Therapie immer erst dann beginnt, wenn man sowieso schon im Keller ist. Bei mir lief das etwa so ab: "Spinnst du? Läufst jetzt schon zum Psychiater! Bekannterweise haben alle, die dahin gehen, einen Schaden. Wenn du nun abhängig wirst? Es soll eine Menge Menschen geben, die von ihrem Therapeuten abhängig wurden und nichts mehr alleine entscheiden können." Diese und andere Gedanken gingen mir durch den Kopf und drängten auf eine Antwort.

Parallel dazu beobachtete ich übersensibel die Reaktion meiner Umwelt auf die Nachricht, daß ich eine Therapie mache. Mein Mann wollte es erst nicht wahrhaben, akzeptierte es aber, nachdem wir uns intensiv darüber unterhalten hatten. Zwei Freundinnen nahmen es gelassen, wobei sich herausstellte, daß eine davon ebenfalls eine Therapie hinter sich hatte, die andere eine Selbsterfahrungsgruppe. Aber keine hatte davon zu sprechen gewagt. Meine Mutter regte sich furchtbar auf und erklärte mich für verrückt. Kurz nach Beginn der Therapie besorgte ich mir Literatur über die Themen Depressionen und Ängste. Für mich ist es ungeheuer wichtig, ein Problem von mehreren Seiten zu beleuchten (Lerne zu differenzieren!) Alles, was ich bislang jedoch über die verschiedenen Therapieformen bei Depressionen und Ängste gelesen habe, ließ

mich zu der Überzeugung kommen, daß ich durch Zufall, oder vielleicht durch eine besondere Fügung, zu der für mich best-möglichen Methode gelangt bin. Ich könnte mir gut vorstellen, daß es Therapieformen gibt, die mich eventuell noch tiefer in die Depression hätten fallen lassen.

Durch die Positive Psychotherapie habe ich die Möglichkeit gefunden, auf meine speziellen Probleme einzugehen und - was für mich wichtig ist - mitzuarbeiten. Vor allem fühle ich mich nicht eingeengt. Die Therapie gibt den Anstoß und durch intensive Eigenarbeit hat man die Möglichkeit, an der aktiven Lösung der Probleme beteiligt zu sein. Anhand von Gleichnissen, die gewiß keine neuen Erkenntnisse aufdecken, sondern zeigen, daß alles, was es an Problemen gibt, so alt wie die Menschheit ist, kommt man ebenfalls ein gutes Stück weiter. Diese Erkenntnis hilft, sich zu bescheiden und mit offenen Augen und klarem Kopf zu erkennen und zu handeln. Wobei ich selbst erkenne, daß ich mich mit meiner Art zu denken und auch der Art mich zu verhalten, von vielen alten Normen abwende.

Die Positive Psychotherapie hat mich befähigt, zu erkennen, herauskommen zu lassen und anzunehmen. Mich nicht als "Spinner" zu sehen. Ich hoffe sehr, daß die Wirkung anhaltend ist und habe die feste Absicht, den eingeschlagenen Weg weiter-zugehen. Er ist viel ehrlicher."

Den Worten der Patientin, die ihre Situation sehr einfühlsam und *ehrlich* dargestellt hat, möchte ich nicht viel hinzufügen.

An diesem Fallbeispiel wird aber wieder einmal deutlich, wie sehr Patienten unter der Hoffnungslosigkeit leiden, die ih-

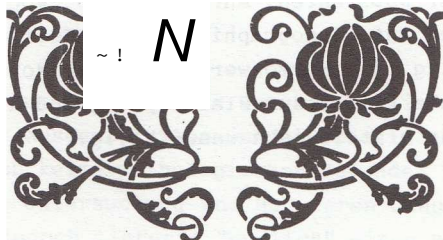
nen mit der Diagnose vermittelt wird, oft sogar mehr, als unter der Krankheit selbst. Der positive Ansatz bewirkt, daß der Patient sich annehmen kann und damit Kräfte für die Selbsthilfe und die Heilung frei werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Michael Ohligs
Arzt für Neurologie und Psychiatrie -
Psychotherapie -
Adenauer Allee 26

6370 Oberursel

Die vorliegende Arbeit wurde anlässlich der DGPP-Tagung am 12. Juni 1985 in Wiesbaden vorgetragen.



HABITUELLER ABORT

von Dr. med. Horst Sauer, Bad Orb

Die Vorgeschichte

Die Patientin, eine 23-jährige kinderlose Lehrerin, kam erst-mals im Mai 1980 in der siebten Schwangerschaftswoche in meine Praxis. Der Schwangerschaftsverlauf war bis zur 19. Woche un-auffällig. In der 20. Woche traten Kontraktionen auf. In der 24. Woche wurde die Patientin zum Ausschluß eines Blasensprungs in ein Krankenhaus eingewiesen. Von dort überwies man sie in eine Universitätsklinik und weiter in die Deutsche Klinik für Diagnostik nach Wiesbaden. Der Blasensprung konnte nicht nach-gewiesen werden. Nach der Entlassung wurde die Kliniktherapie zu Hause fortgeführt: Bettruhe, Sedativa, Partusisten. In der 26. Schwangerschaftswoche wurde die Patientin in die Universitätsklinik Frankfurt am Main eingewiesen, wo diesmal ein Blasensprung bestätigt wurde. Ende der 26. Woche kam es zum Spät-Abort. Placenta und Foet waren unauffällig. Im Dezember 1981 wurde wieder eine intakte Schwangerschaft in der siebten Woche festgestellt. Ab der 14. Woche klagte die Patientin zunehmend über Unterbauchbeschwerden. Die therapeu-tischen Maßnahmen bestanden wieder in Bettruhe und der Einnah-me wehenhemmender Substanzen. Anfang der 18. Woche traten leichte Blutungen auf. Sonographisch waren Foet und Placenta wieder unauffällig, die Hormonwerte lagen im Normbereich. Ende der 18. Woche kam es zum Blasensprung und Abort. Das Abortmaterial war histologisch unauffällig.

Diagnostische Maßnahmen

Da es sich um den zweiten Abort handelte, wurde jetzt eine entsprechende Diagnostik betrieben, um mütterliche Abortursachen auszuschließen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über mögliche Ursachen:

Ursachen habituellder Aborte (geschätzte Häufigkeit in %)

Ursache	Häufigkeit	Autoren
Corpus-luteum-Insuffizienz	30%	jenes 1975, Yip und Sung 1977, Horta u. Mitarb. 1977,
Uterusanomalien (angeboren und erworben)	30%	Javert 1957, Hofmann 1971,
Blutgruppeninkompatibilität (ABO und Rh-)	15%(?)	Lauritsen 1975 und 1976, Cohen 1970
Psychisch (Umweltfaktoren)	12%	Tupper u. Weil 1962, James 1963. Clyne 1972
Infektionskrankheiten Stoffwechselstörungen	7%	Lauritsen 1976, Dahm 1974, . Grossmann 1979, Nahmias u. Mitarb. 1975
Chromosomenanomalien Abwehrreaktionen	6%	Bhasin u. Mitarb. 1973, Tsenghi u. Mitarb. 1976,

Quelle: (2)

Eine Corpus-Luteum-Insuffizienz war bereits in der letzten Schwangerschaft ausgeschlossen worden. Die internistische Untersuchung ergab keine pathologischen Befunde.

Humangenetische Untersuchung und HSG waren unauffällig. Die Hysteroskopie jedoch lieferte "endlich" einen pathologischen Befund: Starke Portio- und Cervikalinsuffizienz.

Therapeutische Empfehlung: in der nächsten Schwangerschaft frühzeitig stationäre Aufnahme und Cerclage.

Ein neuer Versuch -

Die "Ursache" für vorausgegangene Aborte war gefunden. Jetzt wurde der Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft von der Patientin besonders nachdrücklich vorgetragen. In den folgenden Monaten wurde sie jedoch trotz anscheinend günstiger äußerer Bedingungen nicht schwanger. Die in der Sterilitätssprechstunde erhobenen Befunde waren unauffällig. Es wurde nun mit der Patientin besprochen, daß das Nichteintreten einer Schwangerschaft auch eine seelische Ursache haben könnte, möglicherweise, weil die Ursache für die früheren Aborte nun bekannt und somit therapierbar sei.

Im April 1983 wurde dann erneut eine intakte Schwangerschaft in der siebten Woche festgestellt. Die Patientin wurde frühzeitig, in der neunten Woche, stationär aufgenommen und, um die vermeintliche Abortursache auszuschließen, cercliert.

In der 15. Schwangerschaftswoche kam es wieder zu leichten Kontraktionen. In der 17. Woche traten leichte Blutungen auf und in der 18. Woche kam es zum Abort.

Bei erneuter Durchsicht der neueren Literatur fand ich eine prospektive Studie, die mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgesellschaft erstellt worden war und deren Ergebnis ich hier stellvertretend für ähnliche Berichte erwähnen möchte (10). Man hatte festgestellt, daß Patientinnen, die im 1. Drittel der Schwangerschaft Tranquilizer genommen haben, eine höhere Abortrate hatten, als Patientinnen, die keine oder andere Medikamente genommen haben. Die Empfehlung daraus: Die Abortprophylaxe wieder einmal völlig neu zu überdenken und "physiologische Zusammenhangsuntersuchungen der Schwangerschaftshormone und der Medikamente" vorzunehmen!

Die nächsten Schritte

In der gynäkologischen Psychosomatik werden für den habituellen Abort zwei Arten von Persönlichkeitsstrukturen beschrieben (4, 11). Es sind einmal die unreifen, kindlichen Frauen, die sich der Verantwortung einer Schwangerschaft nicht gewachsen fühlen und zum anderen die sogenannten gefühlkalten Frauen, die die weibliche Rolle und die Mutterschaft ablehnen. Der zugrundeliegende psychosomatische Mechanismus, der zu Wehen und der Ausstoßung der Frucht führen kann, ist unbekannt.

Mit der Patientin wurde nun besprochen, daß ich seelische Ursachen in ihrem Fall für wahrscheinlich halte. Die Fehlgeburten seien so auf eine seelisch-körperliche Abwehr zurückzuführen und eine Möglichkeit gewesen, die Bedrohung der Persönlichkeit, die durch die Schwangerschaften entstand, wieder abzuwenden. In diesem Zusammenhang berichtete ich der Patientin von der Positiven Psychotherapie, konnte ihr aber keine psychotherapeutische Gesprächsführung anbieten, da ich mich aufgrund meiner noch geringen Erfahrungen dazu nicht in der Lage sah. Auf einigen Umwegen hatte die Patientin aber einen Termin bei einer Psychoanalytikerin in Frankfurt am Main (Entfernung 70-km) bekommen. Dort wurde sie beim ersten Gespräch derart verunsichert, daß sie die Therapie nicht fortsetzte. Die Analytikerin hatte ihr mitgeteilt, daß die Therapie ca. zwei Jahre dauern würde und für ihre Ehe nicht ungefährlich sei. Danach könne sie zwar wahrscheinlich ein Kind austragen, möglicherweise habe sie sich in der Zwischenzeit jedoch von ihrem Mann innerlich getrennt.

Die *Patientin* konsultierte jetzt - ohne mein Wissen - einen weiteren Chefarzt einer größeren Klinik. Sie berichtete mir danach, der Professor habe ihr geraten, unbedingt eine operative Portionplastik durchführen zu lassen, wovon ich ihr so-

gleich "unbedingt" abgeraten habe.

In den folgenden Woche klagte die Patientin über wechselnde Unterbauchbeschwerden. Wir besprachen wieder mögliche seelische Ursachen und entschieden gemeinsam, eine sogenannte "kleine Psychotherapie" nach den Regeln der Positiven Psychotherapie zu versuchen und mit einer erneuten Schwangerschaft ein bis zwei Jahre zu warten.

Eine gemeinsame Besprechung mit dem Ehemann (Akademiker) verlief negativ, er lehnte seine Teilnahme an den Gesprächen und weitere Mitarbeit ab.

Der Weg zum Ziel

Bei einem ersten Gespräch über die vier Konfliktbereiche stellte ich bei der Patientin eine starke Betonung der Bereiche Körper/Sinne und Leistung/Verstand fest und sah eine erhebliche Leistungsanforderung auf mich zukommen. In dieser Situation tat ich etwas Ungewöhnliches, das für die weitere Therapie jedoch recht fruchtbar war: ich bat einen psychosomatisch interessierten Kollegen um Beistand. Wir beschlossen, gemeinsam die Patientin ca. ein Jahr lang psychotherapeutisch auf eine neue Schwangerschaft vorzubereiten.

Zum angekündigten inhaltlichen Vorgehen (vier Vorbild-Dimensionen, Differenzierungsanalytisches Inventar, DAI) kamen wir nicht mehr, weil die Patientin, jetzt "eigentlich ungewollt" schwanger geworden war. Als sie wegen Amenorrhoe zur Untersuchung kam, war sie bereits in der zehnten Woche. So beschränkten wir uns auf den positiven Ansatz mit Deutung und Umdeutung der Symptome und das Eingehen auf ihre Fähigkeiten. Die Patientin nahm unsere Deutung: "sie wolle zwar schwanger sein, aber kein Kind bekommen" an, und war bereit, mitzuarbeiten. Wir hielten uns an die bei habituellem Abort

bekanntem psychischen Ursachen und besprachen mit ihr immer wieder folgende Grundängste:

- 1) Die Angst, das Kind könne ihrer persönlichen Entfaltung im Wege stehen. Wir deuteten ihr, daß wir bisher - indem wir ihren Körper in den Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen gestellt hatten, ihren unbewußten Tendenzen entgegen kamen und so wahrscheinlich gegen das Kind gearbeitet hätten. Durch die ausschließliche Beschäftigung mit der Störung sei es deshalb zur Wiederholung des neurotischen Konzeptes gekommen. Es wurde besprochen, daß die Bedürfnisse des Kindes mit denen der Mutter auch kollidierten, daß sie, die Patientin, aber die Fähigkeit habe, ihre Entwicklung nicht aus den Augen zu verlieren. Sie könne es ruhig zulassen, das Kind als eine Erweiterung ihrer Persönlichkeit zu sehen. Da sie dies akzeptiere, könne sie bereits jetzt die Zukunft mit dem Kind planen. Damit verließen wir das Symptom, bewegten uns aber in einem Bereich - Leistung - in dem sich die Patientin sicher fühlte.
- 2) Als zweites sprachen wir die mögliche Angst an, der Mutterrolle nicht gewachsen zu sein und das Kind eventuell nicht lieben zu können. Wir versuchten ihr zu vermitteln, daß sie in dem Maße, wie sie das Kind einfach zulasse, sie ihm auch Geborgenheit schenke. Wir machten ihr das Angebot, daß sie sowohl den Kollegen als auch mich zu jeder Tages- und Nachtzeit anrufen könne, wenn sie mit ihren Ängsten und Konflikten nicht zurechtkomme. Dies geschah aus der Vorstellung heraus, ihr auf diese Weise etwas an Geborgenheit und Vertrauen zu geben, was ihr in der eigenen Kindheit vielleicht versagt wurde. Nach der Zahl der Anrufe zu schließen, hat sie hier denn auch reichlich nachgeholt.

Mit zunehmender Schwangerschaftsdauer wurde die Patientin unruhiger und ängstlicher. Ab der 16. Woche traten immer wieder einmal leichte Blutungen und Kontraktionen auf, die jedoch jedesmal nach einem Gespräch wieder verschwanden. Trotzdem bat sie immer wieder um wehenhemmende Medikamente und fragte nach einer Cerclage. Zuerst mich, dann den Kollegen. Aber wir hielten durch! Im Februar 1985 gebar sie spontan einen gesunden, 3.400 g schweren Jungen.

Fazit

Es handelte sich um eine Patientin mit drei Aborten. Dem üblichen multikausalen klinischen Diagnosekatalog folgend wurden bei ihr eine Reihe diagnostischer Maßnahmen durchgeführt. Während der Schwangerschaften kam eine intensive ambulante und stationäre Behandlung hinzu - ohne Erfolg.

Eine geplante psychotherapeutische Behandlung kam nicht zustande und bevor wir mit einer Positiven Psychotherapie *lege artis* beginnen konnten, wurde sie wieder schwanger und wir beschränkten uns auf die erste Stufe, den positiven Ansatz. Frau M. akzeptierte unsere Deutung, daß ihr lautes Verlangen nach einem Kind einhergehe mit einer tiefen Angst vor einem Kind und war bereit, mitzuarbeiten. Wir besprachen die aus unserer Sicht positiven Seiten der zu erwartenden körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen und versuchten, in vielen Gesprächen möglichen, zugrundeliegenden Konzepten und Ängsten eine positive Deutung zu geben. Die körperlichen Symptome, die in den drei vorangegangenen Schwangerschaften jeweils zu einem Abort geführt hatten (Wehen, Blutungen) wurden von der Patientin auch diesmal wieder hervorgebracht. Aber in dieser vierten Schwangerschaft konnte dieser psycho-somatische Prozeß zum ersten Mal so beeinflußt werden, daß es

nicht zum Abort, sondern zur Austragung eines reifen Kindes kam, und zwar ohne stationäre Aufenthalte, ohne Cerclage und ganz ohne wehenhemmende Medikamente, dafür allein mit der ersten Stufe des therapeutischen Konzepts der Positiven Psychotherapie.

Die vorliegende Arbeit wurde anlässlich der DGPP-Tagung am 30. Oktober 1985 in Wiesbaden vorgetragen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Horst Sauer
Arzt für Gynäkologie
von-Dahlberg-Str. 1
6482 Bad Orb

Literatur:

1. Clyne, M.B.: Der habituelle Abort
Sexualmedizin 1 (1972) 93
2. Gerhard, I.: Zur Diagnostik und Therapie des habituellen Aborts
in der Praxis des Frauenarztes Geburtshilfe und
Frauenheilkunde 41
(1981) 797
3. Helbing, W.: Pathologie der Frühschwangerschaft.
Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
Verlag Urban und Schwarzenberg, München
(1971) Bd V, 1 -1 42
4. Herzt, D.G.: Psychosomatik der Frau Springer
Verlag Berlin, 1980
5. Johannigmann, J.: Der habituelle Abort sollte nicht mehr
vorkommen. Referat für die Praxis Gynäk.
Praxis 9 (1985), 64
6. Jung, H.: Die Frühgeburt Der
Gynäkologe 8 (1975) 176

7. Klöck, F.K.: Möglichkeit der Behandlung einer drohenden Frühgeburt
Der Gynäkologe 8 (1975) 202
8. Knörr, K.: Das Abortgeschehen unter genetischen Aspekten
Der Gynäkologe 10 (1977) 3
9. Knorre, P.: Zu einigen psychischen Faktoren der ehelichen Sterilität und ihrer Behandlung für die spätere Erfüllung des Kinderwunsches
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 44 (1984) 42-46 und 114-117
10. Koller, S.: Chancen der Abortprophylaxe in der Frühschwangerschaft
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 42 (1982) 204
11. Molinski, H.: Die unbewußte Angst vor dem Kind Kindler Taschenbuch, München 1972
12. Peseschkian, N.: Positive Psychotherapie - Theorie und Praxis einer neuen Methode
Fischer Verlag 1977
13. Peseschkian, N.: Auf der Suche nach Sinn Fischer Taschenbuch Nr. 6770, 1983
14. Petersen, P.: Das Erleben der Frühschwangerschaft
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 43 (1983) 321
15. Saling, E.: Erfahrung mit dem frühen totalen Mutter-mundverschluß.
Sitzungsbericht der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Berlin 1982
16. Uexküll, Th. von: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin Verlag Urban und Schwarzenberg 1981
17. Weil, A.: Epidemiologische Aspekte der idiopathischen Frühgeburt
Z. Geburtsh. u. Perinat. 1 82 (1978) 410

läg7zđ IALTAW

.An



Ein Gutes
hat ein Unglück:
Es wird sich verändern zum
Besseren.

Ein Schlechtes
hat ein Glück: Es
bleibt nie.

Mit freundlicher Genehmigung der Autorin
Anne Glock: Tango im Ohr - Gedichte
Verlag Junge Literatur / Reihe Lyrik

ÜBER PHANTASIE ZUR HEILUNG

von Gunther Hübner, Hofheim

"Das Denken ist vielleicht als Naturbereich von dem künstlichen Bereich der Sprache zu unterscheiden, doch scheint die Sprache der einzige Weg zu sein, der unsres Wissens zum Denken führt."

Rudolf Arnheim

Die Emotionalität ist ein Bereich des Menschen, der eine solche Spannweite umfaßt, daß Worte nicht ausreichen, um es in gleicher Weise auszudrücken, wie es erlebt wird. Wir sind viel-mehr darauf angewiesen, eine Um-schreibung der Gefühlslage zu finden und nicht selten werden Formulierungen gebraucht wie:

es ist wie", "als ob es ...", "es erinnert mich an... Wir sind aber darauf angewiesen, es zumindest zu versuchen, denn sonst wäre jeder mit seiner subjektiven Wirklichkeit ein-sam innerhalb der Gesellschaft. Der Augenblick der Übertragung der Information, das Ausdrücken der Gefühle mit Worten ist so wichtig, 'denn es kommt darauf an, wie die Information ankommt und wie der Empfänger damit umgeht. Das nachfolgende Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein Arzt fragt seine Tochter: "Hast Du dem jungen Mann gesagt, daß ich nicht viel von ihm halte?" "Ja, Papa." - "Und was hat er darauf geantwortet?" - "Daß dies nicht Deine erste Fehldiagnose sei!"

Für die psychotherapeutische Arbeit lassen sich, wenn der Phantasiebereich schrittweise bewußter einbezogen werden kann, Erweiterungen erreichen. Damit ist nicht nur das freie Assoziieren der Erlebnisinhalte gemeint, es geht vielmehr darum, sich das Fähigkeitspotential Phantasie direkt nutzbar zu machen.

Was geschieht also, wenn die Phantasie, die rechte Hirnhälfte, angesprochen wird? "Die bildhaften Darstellungen der Geschichten lassen ihre Inhalte Ich-näher erscheinen und erleichtern die Identifikation mit ihnen. Der Hörer kann seine Bedürfnisse auf die Geschichte übertragen und ihre Aussagen in der Weise gliedern, die seinen eigenen momentanen physischen Strukturen entspricht. Diese Reaktionen können ihrerseits zum Gegenstand therapeutischer Arbeit werden. Indem er zu seiner Geschichte assoziiert, spricht der Patient über sich selbst, seine Konflikte und Wünsche."

(Peseschkian, Der Kaufmann und der Papagei, S. 29)

Auf diese Weise wird es dem Patienten möglich, trotz seiner Ängste, Zwänge, Depressionen oder körperlichen Störungen an einem besten Aufarbeitungsprozeß teilzunehmen, einen Standortwechsel vorzunehmen. Dabei bestimmt der Patient selbst, wie tief er sich mit der Phantasie "einlassen" möchte. Er kann sich stark auf die Inhalte einer Geschichte, einer Parabel oder eines Bildes konzentrieren, er kann sich aber auch gleich fragen, welchen Bezug die Geschichte, die Parabel oder das Bild zu seiner Situation hat. Über Phantasie zur Heilung

An dem nun folgenden Fallbeispiel zeigt sich, wie hilfreich der Einsatz der Phantasie in einer scheinbar festgefahrenen Situation während der Therapie sein kann.

Die 23-jährige Patientin klagte über Atemnot, Nieren- und Herzbeschwerden, machte sich Gedanken über Selbstmord und sah es als eine ungeheure Last an, daß sie ihr Eßverhalten nicht unter Kontrolle bekommen konnte. Es geschah immer wieder, daß sie Unmengen in sich hinein aß, um unmittelbar danach alles wieder zu erbrechen (Bulimarexie). Die Patientin schildert es selbst folgendermaßen: "Manchmal spüre ich, wie ich immer un-

ruhiger werde, von einer inneren Unruhe regelrecht ergriffen werde. Dann weiß ich, gleich kommt es wieder über mich und ich muß wieder so viel essen, so viel wie ich beim Einkaufen tragen konnte, besonders alle Süßigkeiten. Wenn ich alles in mich hineingestopft habe, wird mir schlecht, ich habe Schuld-gefühle, fühle mich hundeelend und traurig; der Brechreiz kommt dann schon von alleine. Früher mußte ich noch den Finger in den Hals stecken, damit ich mich erbrechen konnte, heute brauche ich das nicht mehr! Nachdem ich mich erbrochen habe, fühle ich mich sehr erleichtert, als wäre eine schwere Last von mir genommen worden."

Durch den positiven Ansatz war die Patientin rasch zur Mitarbeit bereit und es entwickelte sich eine positive Übertragungssituation. Daher war sie auch bereit, sich mit der Phantasie zu beschäftigen.

Therapeut: Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Strand denken?

Patientin: Mir fällt zu allererst Sonne ein, sie wärmt mich. es ist schön, in der Sonne zu sein.

Therapeut: Können Sie mir sagen, wo Sie sich momentan sehen? Ist es möglich, daß Sie mir genauer beschreiben, wie Sie das Bild sehen?

Patientin: Ja, da ist noch ein Wald, der ist auf gleicher Höhe mit dem Strand. Ich stehe nun in dem Wald und schaue in Richtung zum Strand. Der Wald grenzt gleich an den Strand an.

Therapeut: Wie ist der Wald beschaffen? Ist er dicht oder aufgelockert?

Patientin: Wo ich stehe ist er noch dicht. Zum Strand hin wird er aufgelockert und verändert sich.

Therapeut: Er verändert sich?

Patientin: Ja, die Bäume sind nicht mehr die gleichen, es sind Palmen.

Therapeut: Ah, Palmen. Wie Sie auch, wie der Wald um Sie herum aussieht? Welche Bäume umgeben Sie?

Patientin: Es sind Laubbäume, große dichte Laubbäume.

Therapeut: Können Sie mir auch beschreiben, wie der Wald hinter Ihnen beschaffen ist?

Patientin: Hinter mir wird der Wald immer dunkler. Dichte Nadelbäume stehen dort. Aber dahin möchte ich nicht schauen.

Therapeut: Stellen Sie sich vor, sie müßten Ihren Standort zeichnen, so daß ein anderer das Bild genauso sehen kann, wie Sie es sich vorstellen....

Patientin: Nun, ich erkenne noch Nebel, der mich gerade umgibt.

Therapeut: Nebel? Dann bedeutet das, daß es dort nicht so warm sein kann.

Patientin: Ja, es ist nicht warm hier.

Therapeut: Wie warm oder kalt schätzen Sie denn die Temperatur?

Patientin: Die Temperatur beträgt undgefähr 7 bis 8 Grad. Therapeut: Sehr schön. Was nehmen Sie noch weiter wahr?

Patientin: Da sind noch einzelne Lichtstrahlen, die durch die Baumkronen dringen. Ich friere. Es ist mir kalt.

Therapeut: Was haben Sie an?

Patientin: Ich bin leicht gekleidet, habe nur sehr wenig an. Ich kann mich so nicht vor der Kälte schützen.

Therapeut: Ich kann mir gut vorstellen, daß Sie gerne zum Strand schauen und dort die Wärme genießen wollen.

Patientin: Ja, aber ich kann nicht.

Therapeut: Was bedeutet das, wenn Sie sagen, Sie können nicht?

Patientin: Ich möchte gerne zum Strand gehen, aber ich sehe ihn nicht. Trotzdem habe ich die Gewißheit, daß er dort sein muß, wo ich hinschaue.

Therapeut: Angenommen, Sie gehen einfach drauflos zum Strand, wo Sie die angenehme Wärme erfahren können...

Patientin: Ich weiß nicht genau, aber ich habe Angst. Es ist eine Angst, die ich nicht genau beschreiben kann. Vielleicht habe ich Angst, etwas zu verlieren, etwas nicht mitnehmen zu können.

Therapeut: Das heißt, daß Sie das Gefühl haben, daß die Kälte und die Dunkelheit hinter Ihnen vielleicht einen Sinn haben und daß Sie sich noch damit beschäftigen?

Patientin: Ja.

Therapeut: Kann es sein, daß Sie das Gefühl haben, sonst hält Sie nichts mehr zurück?

Patientin: Ja. Ich weiß aber auch, daß der Strand da ist und ich vielleicht später hingehen werde. Irgendwie fühle ich mich in meiner Situation, in dem Laubwald, festgebunden.

Der Hintergrund öffnet sich

Mit diesem Bild hatte die Patientin ihre eigene Situation dargestellt, die gut verständlich wird vor dem Hintergrund der Familiengeschichte.

Der Vater der Patientin betrieb zeitlebens ein Doppelleben, von dem die Mutter erst sehr spät erfuhr und daraufhin die Scheidung betrieb, trotz des lebensbedrohenden Verhaltens seitens des Ehemannes. Nach der Scheidung zog die Familie

nach W. um auch eine geographische Trennung zu vollziehen. Der Vater starb einige Jahre später. Sein Tod ließ die Diskussion über den Vater in dieser Familie virulent wieder aufleben und besonders die Patientin beschäftigte sich in ihrer Phantasie viel mit ihm. Die Mutter dagegen sprach immer warnend vom Bei-spiel des Vaters gegenüber ihren Kindern um ihnen zu zeigen, wie man nicht sein sollte. Bei der Patientin hatte sie sich immer wieder bemüht, Eigenschaften und Verhaltensweisen des Vaters zu unterdrücken: "Bei S. mußte ich schon früh aufpassen und sie davor bewahren, so zu werden wie mein erster Mann. Manchmal kann ich bei ihr beobachten, wie sehr sie ihren Vater idealisiert und wieviele Verhaltensweisen meines Mannes ich ähnlich bei ihr wiederfinde. Es bereitet mir jedesmal einen Schrecken, wenn ich dies feststelle. Dabei lehnte er S. total ab, weil sie nur ein Mädchen war; er wollte immer nur einen Sohn. Ich habe festgestellt, daß alle Kinder einiges von ihrem Vater im Blut haben und dann habe ich große Befürchtungen, daß sie so werden wie ihr Vater, aber selbst wenn ich es ihnen vorhalte, nützt es nichts."

Für die Mutter war es selbstverständlich, daß sich Gewohnheiten und Verhaltensweisen genauso erblich fortpflanzen wie körperliche Merkmale. Für die Tochter bedeutete dieses "genetische Modell", daß es eine Modifizierung ihres Konzeptes nicht zuließ. Im Gegenteil, es verschärfte nur ihre innere verzweifelte Situation. Der Verstand sagte der Patientin, daß der Vater, gemessen an seinen Handlungen, ein schlechter Mensch war. Sie hatte es ja auch oft genug zu hören bekommen, da die Mutter insbesondere ihr gegenüber versuchte, sie durch die Erzählungen vor ähnlichen Fehlern zu bewahren. Auch verlangte die Mutter, daß die Patientin sich vom Vater distanzieren. Die Phantasie idealisierte den Vater, dem es stets gelungen war, sein Doppelleben vor den Kindern zu verbergen und den die Patientin als guten Vater in Erinnerung hatte. Sie wollte seinen Anteil an und in ihr nicht verleugnen, denn für sie bedeutete: den Vater zu verurteilen hieße sich selbst zur Hälfte zu verurteilen. Es entstand eine starke Identitätskrise mit Selbstwertproblemen, aus der die Patientin keinen Ausweg finden konnte, denn in dem Ausmaß wie sie es versuchte, sah die Mutter eine bedrohliche Entwicklung auf die Tochter zukommen und betonte das Gegenteil.

Ihr unkontrolliertes Eßverhalten war symbolisch das Bedürfnis nach Liebe und Verbundenheit mit dem Vater, die sie jedoch nicht behalten durfte und konnte. Der Akt des Erbrechen war dann das "in-sich-tragende" hinauszwerfen, sich davon zu befreien. Egal, was sie tat und wie sehr sie sich auch bemühte, sie konnte sich aus dieser Beziehungsfalle nicht lösen.

Über das Phantasieren erfuhr die Patientin nun einen kognitiven Zugang zu ihren emotionalen Erlebnisinhalten. Die Metapher vom Strand und ihr Gebundensein im Wald war gut auf ihre momentane Situation übertragbar. Der Strand symbolisierte für die Patientin das warme, glückliche Ziel, während sie noch in einem Konfliktbereich - der Kälte - stand. Die Dunkelheit, der Nebel,

stellte eine Konfliktlage dar, die ihr das Handeln - im Sinne dieser Beziehungsfälle - nicht möglich machten. Das Bewußtsein des nahen Zieles weckte aber in der Patientin die Hoffnung und die Gewißheit, dieses Ziel eines Tages erreichen zu können und ließ sie so die kalte und dunkle Situation ertragen. Sie spürte vielmehr, daß diese Situation auch gewisse Reize auf sie ausübte und sie wiederum festhielt.

In der gemeinsamen Deutung fiel es der Patientin zu, sich in diesem Bild wiederzufinden, was ihr auch sehr schnell gelang. Sie war sehr erstaunt über ihre Möglichkeiten und auch darüber, wie genau sie in der Phantasie ihre Situation beschreiben konnte. Nachdem sie dies erkannt hatte und bewußt damit umgehen konnte, sah sie auch einen Lösungsweg.

Anschrift des Verfassers:

Gunther Hübner
Diplom-Sozialpädagoge
Poststraße 2

6238 Hofheim 6

Literatur:

- Arnheim, Rudolf: Anschauliches Denken, Du Mont Dokumentation
Peseschkian, N.: Der Kaufmann und der Papagei, Fischer
Taschenbuch Nr. 3300
Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur
psychosomatischen Medizin 3, Suhrkamp Verlag
Pelletier, K. R.: Unser Wissen vom Bewußtsein, Kösel Verlag

DER WEIM ELEFANT

Ein orientalischer König schenkte einem Kalifen einen weißen Elefanten. Der Kalif war hoch erfreut über dieses wunderbare Geschenk und sah täglich nach dem Elefanten.

Eines Tages dachte er, wie schön es doch wäre, wenn der Elefant das Sprechen lernen würde, dann könnte er sich auch mit ihm unterhalten. Er rief alle Wesire seines Hofes zusammen und fragte sie: "Wer von euch kann dem Elefanten das Sprechen beibringen?" Die Wesire schauten sich an und schüttelten die Köpfe, einer nach dem anderen und murmelten vor sich hin, wer je schon so etwas erlebt habe, daß ein Elefant das Sprechen erlernen könne. Ein junger Wesir trat jedoch vor den Kalifen und sprach: "Ich will dem Elefanten das Sprechen beibringen, gib mir dazu zwei Jahre Zeit."

Der Kalif war über diese Antwort sehr glücklich und belohnte den Wesir reich. Die anderen jedoch fragten ihn: "Wie kannst du nur so etwas Dummes machen? Jedermann weiß doch, daß Elefanten nicht sprechen lernen können!" "Ja, das ist richtig," antwortete der junge Wesir, "doch warum sollte ich dem Kalifen nicht den Gefallen tun? Ich habe mir zwei Jahre Zeit aus-erbeten, wer weiß, was in dieser Zeit alles geschieht! Der Elefant kann sterben. Der Tod kann den Teppich des Lebens unseres erhabenen Kalifen zusammenrollen und wegtragen und das Gleiche kann auch mir geschehen." *)

Diese Geschichte - die erste Begegnung mit der bildhaften Sprache orientalischer Geschichten - löste bei einem Teilnehmer der Landegger Psychotherapie-Woche eine Initialzündung

Aus dem Buch "Psychosomatik in der Positiven Psychotherapie", das voraussichtlich Ende 1986 im Springer Verlag, Heidelberg erscheinen wird.

aus. - Am nächsten Morgen erklärte er mit einem spitzbübi-schen Lächeln, daß diese Geschichte eine Fortsetzung habe, es sei ihm dazu etwas eingefallen.

"Der Wesir begab sich zu dem Elefanten in dessen prächtiges Elefantenhäus und sprach zu ihm und erzählte ihm, warum er nun tagein tagaus bei ihm säße. Eines Tages, es waren schon einige Monate vergangen, ging er zum Kalifen und bat ihn um eine Unterredung: "Kalif," hob er an, "ich habe dir eine wichtige Mitteilung zu machen. Seit einigen Monaten bemühe ich mich nun schon, dem Elefanten das Sprechen beizubringen und es gibt ernsthafte Anzeichen, daß er es lernen wird. Aber stell dir vor, er hat mir zu verstehen gegeben, daß er deine Stellung als Kalif haben will, wenn er erst richtig das Sprechen gelernt hat. Ist es daher in deinem Sinne, wenn ich weiter mit ihm lerne?"

Am dritten Morgen hatte die Geschichte noch eine neue Fortsetzung. Sie begann folgendermaßen:

"Der Wesir, der einige Zeit bei dem Elefanten zugebracht hatte, kam eines Tages zu dem Kalifen und berichtete ihm über seine Bemühungen. "Kalif", sprach er, "in deinem Auftrag bemühe ich mich, dem Elefanten das Sprechen beizubringen. Sprechen kann er noch nicht, aber es gibt ernsthafte Anzeichen dafür, daß er schon versteht, was ich ihm erzähle.

Stell dir vor, als ich dem schönen weißen Elefanten vor dir und deinem Reichtum erzählte, da wurde er gelb vor Neid.

Am nächsten Tag erzählte ich ihm von dem Leben, das du führst und er wurde blau vor Sehnsucht. Ein wenig später erzählte ich ihm von den vielen wunderschönen Frauen, die du in deinem Harem hast und der Elefant wurde rot vor Liebe. Als ich ihm erzählte, daß er all diese Herrlichkeiten mit dir zusammen genießen könne, wurde er grün vor Hoffnung. Dann aber erzählte

ich ihm, was passiert, wenn er nicht sprechen lernt und er wurde vor Kummer und Trauer ganz grau und runzelig." Und wenn ihr heute irgendwo auf der Welt in einem Zoo oder einem Zirkus einen grauen Elefanten seht, dann ist das vielleicht ein Nachkomme jenes herrlichen weißen Elefanten."

Der weiße Elefant war zum Symbol für die Begegnung mit der Phantasie geworden, einer unerwarteten Begegnung, die ebenso unerwartete aber kraftvolle Ergebnisse hatte. Sie bewirkte eine Befreiung vom Korsett des Verstandes, in das die Eltern in schon früh gezwängt hatten. Er war jedesmal auf's Neue fasziniert von den Möglichkeiten, Dinge "von zwei Seiten" zu sehen, die sich ihm nun boten. Und er war überrascht, daß die Phantasie, die viele Jahre ungenutzt in ihm geschlummert hatte, diese Zeit der Brache so gut überstanden hatte und nun wirklich ganz ungestüm aus ihm herausbrach.

Nach Protokollnotizen niedergeschrieben von:

Ingrid Hofmann

Junge Leute reden von dem, was sie tun, alte von dem, was sie getan haben, und Narren von dem, was sie tun wollen.

Aus Frankreich

TERMINANFRAGEN IN EINER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS

von Ingrid Hofmann, Wiesbaden

"Ich hätte gerne einen Termin bei Ihnen, wenn es geht, noch diese Woche, mir geht es sehr schlecht."

"Von Dr. X habe ich eine Überweisung zur Psychotherapie. Er gab mir Ihre Telefonnummer. Wann kann ich kommen?"

"Ich habe die Bücher von Herrn Dr. gelesen (Seminar ... besucht) und den Eindruck gewonnen, daß er mir mit seiner Methode helfen kann. Wann kann ich persönlich mit ihm sprechen?"

So oder ähnlich beginnen alle Telefongespräche, in denen ein Mensch, der krank ist, der sich in einer schwierigen Situation oder Notlage befindet, um einen Termin - und damit um Aufnahme als Patient bittet. Für die Dauer dieses Gespräches kommt ein recht intensiver Kontakt zustande, vielleicht schneller und stärker als wenn man sonst mit einem fremden Menschen am Telefon spricht und durch die Art der Sprache, der Formulierungen, der Reaktionen etc. gewinnt man oft einen Eindruck vom Gesprächspartner. Es kommen ständig mehr Terminanfragen, als neue Patienten in

Behandlung aufgenommen werden können. Viele Ärzte sind heute durch Teilnahme an Seminaren oder Mitarbeit in Gruppen für Fragen der psychosomatischen und/oder psychosozialen Faktoren zahlreicher Erkrankungen sensibilisiert und suchen die Zusammenarbeit; sie möchten gerne ihre Patienten einer Behandlung nach dem Modell der Positiven Psychotherapie zuführen. Da die Aufnahmekapazität in einer psychotherapeutischen Praxis beschränkt ist, bedeutet dies, daß zwangsläufig viele

Menschen in ihrer Hoffnung auf Hilfe enttäuscht werden müssen.

Wie reagieren Sie darauf?

Es gibt den Typ der bescheidenen Anfrager, die eine Absage auch recht gefaßt hinnehmen, oft mit der Bemerkung: "Da kann man nichts machen."

Es gibt aber auch Menschen, bei denen man durch die Telefonleitung hinweg förmlich spürt, wie der rettende Strohalm, auf den sie sich in den letzten Tagen oder Wochen gestützt haben, wegknickt. Nach einer Pause fassungslosen Schweigens wird die scheinbare Ausweglosigkeit der Situation mit dem Satz: "Was soll ich denn jetzt bloß tun?" zum Ausdruck gebracht.

Sehr betroffen reagieren auch solche Anrufer, die ihren ganzen Mut zusammennehmen mußten, um überhaupt anzurufen. Oft sind dies Menschen, die schon durch ihr Verhalten am Telefon wenig Selbstvertrauen signalisieren und eine Absage als persönliches Versagen erleben.

Die "Ungläubigen", die im Gespräch durchblicken lassen, daß sie eigentlich nicht von der Richtigkeit einer Therapie überzeugt sind, sich aber "halt" melden, weil ihr Arzt es zur Abklärung der Symptome wünscht, reagieren unterschiedlich. Die einen sind über eine Absage beinahe erleichtert, die anderen, innerlich zumindest schwankend geworden, bemühen sich plötzlich intensiv um einen Termin, rufen mehrmals an oder nehmen nochmals Rücksprache mit dem Hausarzt.

Ein anderer Typ von Anrufer ist der "Rebell". Er empfindet eine Absage als Ungerechtigkeit, verweist darauf, daß ein Arzt die Verpflichtung habe, j e d e n Hilfesuchenden anzunehmen und droht, wenn er merkt, daß sich der Gesprächspartner nicht umstimmen läßt, mit Beschwerden bei übergeordneten

Stellen.

Oft übernimmt auch ein Familienmitglied die Aufgabe, für einen Dritten (Ehemann, Ehefrau, Mutter, Vater, Schwiegereltern, Enkelkind etc.) einen Termin zu erfragen. Eine Absage löst dann auch doppelte Enttäuschung aus: "Endlich sieht mein Mann ein, daß er ohne Hilfe nicht weiterkommt und jetzt ist bei Ihnen kein Termin möglich. Wer weiß, ob er zu einem späteren Zeitpunkt nochmal dazu bereit ist."

Der verschlossene Mensch reagiert auf Fragen nach seinen Beschwerden abweisend. Das reicht von: "Das geht Sie nichts an" über "Wozu wollen Sie das Wissen" bis zu "Das sag ich nur dem Doktor." Erstaunlicherweise ist hier die Reaktion auf eine Absage oft spontan und offen: "Ich will aber nicht zu einem anderen Arzt, ich will nicht noch länger nur Medikamente nehmen, die am Ende noch süchtig machen. Jetzt brauche ich jemand, der mir wirklich bei meinem Problem hilft!"

Der offene Mensch gerät schnell ins Erzählen. In epischer Breite berichtet er über seine bisherige Leidensgeschichte, erwartet Mitleid und Bestätigung, denkt nicht eine Sekunde daran, daß er durch ein endloses Gespräch den Praxisablauf blockiert. Er hat auch Mechanismen, die jedes vorzeitige Beenden des Gespräches fast unmöglich machen. Auf eine Absage reagiert er zum Teil sogar gelassen. Man hat den Eindruck, daß das Gespräch als solches schon Erleichterung verschafft hat.

Als Mitarbeiterin der Praxis werde ich auf diese Art und Weise mit vielfältigen menschlichen Notlagen und Problemen konfrontiert: Erziehungsschwierigkeiten, Schulsorgen, Leistungs-

verweigerung der Kinder, Verhaltensstörungen, Scheidungsfolgen, Partnerschaftsprobleme, Alkoholmißbrauch, Überforderungssituationen durch Krankheit, Tod eines lieben Menschen, finanzielle Sorgen, psychosomatische Beschwerden etc. Dies ist nur ein Ausschnitt aus dem Spektrum dessen, warum ein Mensch um Aufnahme als Patient bittet. Oft ist die Notlage des Anrufers einfühlbar, was - besonders am Anfang meiner Tätigkeit zu einer Identifizierung mit ihm und seinen Sorgen geführt hat. Es blieb das Gefühl der Hilflosigkeit und die Frage: "Was macht er jetzt? Findet er die Hilfe, die er braucht?" Durch den Anruf war eine Situation der Verbundenheit entstanden, die es zu lösen galt. Mir wurde bewußt, daß bei mir die Bereitschaft zur Hilfeleistung ausgeprägt vorhanden ist und mir das "Nein-sagen" schwer fällt. Es entwickelten sich Gefühle des Unmutes und gleichzeitig eine zunehmend größere Abneigung vor der Aufgabe, einem Anrufer absagen zu müssen. Hinzu kam anfänglich die zweifellos vorhandene Unsicherheit "Was sage ich und wie sage ich es", denn ich spürte wohl die zweifache Verantwortung, die mir übertragen war: dem Therapeuten und dem Anrufer gegenüber. Ein ausgeglichener und reibungsloser Praxisablauf ist Voraussetzung für die Arbeit eines Therapeuten. Auf der anderen Seite war es von der Wirkung der Absage auf den Anrufer abhängig, ob er resignierte oder sich um einen anderen Therapeuten bemühte. Hilfreich war es dann, in einer entsprechenden Situation dem Anrufer kurz zu erklären, daß die Aufnahmekapazität in einer psychotherapeutischen Praxis grundsätzlich so viel geringer ist, als der Anrufer es z. B. von seinem Hausarzt gewohnt ist oder sich vorstellt. Oft haben bereits wenige Worte die

Einsicht geweckt, daß eine Absage keine Ungerechtigkeit, bö-ser Wille oder Eigenmächtigkeit der Mitarbeiterin ist. Sie haben auch geholfen, Aggressionen gegen das "Fräulein an Te-lefon" zu mildern, so daß der Weg frei war, gemeinsam eine Lösung zu finden, so z. B. der Vorschlag, über die Kranken-kasse die Namen anderer Therapeuten zu erfragen, den Hinweis auf die eine oder andere Beratungsstelle, die zuständig sein könnte oder die Möglichkeit, nochmals mit dem behandelnden Arzt zu sprechen und seinen neuen Vorschlag abzuwarten. Diese Vorgehensweise, die sich durch die zunehmende Erfah-rung gefestigt hat, bewirkt gleich dreierlei:

Der Anrufer entwickelt keine Aggressionen gegen den Arzt, der ihn nicht als Patienten aufnehmen kann. Er zeigt ein gewisses Verständnis für die Situation des Arztes und kann aufgrund der Hinweise auf andere Hilfsmöglichkeiten einen anderen Weg beschreiten.

Der Arzt und Therapeut wird dadurch entlastet; er steht nicht mehr unter dem Zwang, Patienten aufnehmen zu müs-sen, was dann zu einer zeitlichen und kräftemäßigen Überforderung führen könnte.

Für mich als Vermittler zwischen Anrufer und Arzt bedeu-tet es, daß ich frei werde von Aggressionen der einen und Schuldgefühlen der anderen Person gegenüber. Mit der Beendigung des Gespräches ist die eingangs erwähnte Ver-bundenheit mit dem Anrufer gelöst. Der Weg zu möglicher Hilfe ist ihm gewiesen, mehr kann ich und darf ich nicht tun.

Anschrift des Verfassers

Ingrid Hofmann
Kaiser-Wilhelm-Str. 11
6200 Wiesbaden

DAS INTERNATIONALE JAHR DES FRIEDENS 1986



New York, 24. Oktober 1985: In Anwesenheit der größten Versammlung von Regierungschefs und Staatsoberhäuptern, die es je in der Geschichte gab, eröffnet die Generalversammlung der Vereinten Nationen das Internationale Jahr des Friedens.

Die Gedenkfeier zum 40jährigen Bestehen der Vereinten Nationen erinnert an einen historischen Tag: Am 24. Oktober vor vierzig Jahren trat die Charta der Vereinten Nationen in Kraft. Mit dem Internationalen Jahr des Friedens sollen die gemeinsamen Anstrengungen der Länder zur Förderung des Weltfriedens und der internationalen Sicherheit auf der Basis der UN-Charta gestärkt und ausgeweitet werden. 1)

"Dieses besondere Jahr des Friedens ist eine Antwort auf die größte Sehnsucht des Menschen. Natürlich können die Voraussetzungen zur Errichtung des Friedens nicht in einem Jahr geschaffen werden, aber es soll der Beginn für ein neues und wirkungsvolles Bemühen um den Frieden sein." Dies waren die Worte des Generalsekretärs der Vereinten Nationen, Perez de Cuellar, an-

läßlich der 40. Generalversammlung und der Proklamation des Jahres 1986 zum Internationalen Jahr des Friedens. Er führt weiter aus:

"Die Menschheit befindet sich an einem Scheideweg. Der Pfad in die Zukunft steht nach wie vor offen, allerdings muß eine Entscheidung über die Richtung, die eingeschlagen werden soll, gefällt werden. Einer der Wege führt zum Frieden, der andere zur Selbstzerstörung. Da die Militärausgaben immer mehr zunehmen und immer verfeinere Waffen und Technologien entwickelt werden, hat die Bedrohung der nuklearen Vernichtung einen kritischen Punkt erreicht. Das ist trotzdem nicht die einzige Herausforderung unserer Zeit. Die Welt von heute sieht sich auch den ernstesten Folgen regionaler und lokaler Konflikte, der destabilisierenden Effekte von Krankheit und Armut und des Elends von Hunger und Naturkatastrophen gegenüber. Im Sinn glücklicher Zukunftsaussichten für alle Nationen ist es jetzt an der Zeit zu handeln; dabei sind der Weitblick und die Geduld, die der Frieden erfordert, notwendig. Dieses Jahr bietet den Mitgliedstaaten, nicht-staatlichen Organisationen, akademischen Institutionen und anderen eine seltene Gelegenheit, sich auf die Probleme und Aussichten des Friedens zu konzentrieren. Drei größere Dimensionen des Jahres - Frieden und Abrüstung, Frieden und Entwicklung und Vorbereitung auf ein Leben in Frieden - illustrieren die Vielfalt der Perspektiven, in der die Suche nach Frieden erfolgen muß. Das Internationale Jahr des Friedens kann einen wertvollen Rahmen für die Strabsamkeit und die Entschlossenheit darstellen, die erforderlich sind, um die Wahrscheinlichkeit eines Krieges zu verringern.

Die Zeit ist gekommen, um sowohl die positiven als auch die negativen Entwicklungen der Vergangenheit abzuwägen und die Vielfalt der Möglichkeiten zur Stärkung des Friedens voll zu nützen.

In diesem Jahr bilden Wissenschaftler und Lehrer, Angehörige verschiedener Berufsgruppen und Vordenker in allen gesellschaftlichen Systemen gemeinsam eine weltweite Gemeinschaft, die sich um die Verwirklichung der Ideale des Friedens und die Verbesserung menschlicher Lebensbedingungen bemüht. Das ist ein einigendes Ziel, das über alle Unterschiede der Nationalität und des Glaubens, der Rasse oder der Ideologie, der Kultur oder der politischen Überzeugung hinaus reicht.

Die rasant angestiegene Aufrüstung in Ost und West, Nord und Süd, nicht zuletzt die umstrittene atomare Aufrüstung in Europa oder die Entwicklung weltraumgestützter Waffensysteme verlangen, daß man/frau sich mit der Gefahr eines neuen Weltkrieges auseinandersetzt.

Darüberhinaus: Solange große Teile der Menschheit in absoluter Armut leben, solange sie nicht ihre Grundbedürfnisse nach ausreichender Nahrung, Trinkwasser, Wohnung, Kleidung und Bildung befriedigen können und solange die Menschenrechte nicht überall beachtet werden, bleibt der Weltfriede gefährdet." 2)

Sehnsucht nach Frieden

So oder so, wir müssen jetzt zeigen - und zwar jeder von uns

ob die Menschheit weiter lebensfähig ist. Im Gegensatz zu anderen Spezies kann der Mensch die Zukunft abschätzen, gezielte Entscheidungen treffen und seinen Lebensweg willentlich ändern. Zum erstenmal in der gesamten Evolutionsgeschichte ist die Verantwortung für die weitere evolutionäre Entfaltung dem Evolutionsmaterial selbst in die Hand gegeben. Wir sind nicht mehr passive Zeugen des Geschehens, sondern können aktiv die Zukunft gestalten. Ob wir mögen oder nicht, wie sind jetzt die Sachwalter des Evolutionsprozesses auf der Erde. In unseren Händen -oder besser, in unseren Köpfen - ruht die evolutionäre Zukunft dieses Planeten.

Die Entscheidung zum Überleben liegt bei uns.

Werden wir sie noch rechtzeitig treffen können?

Das vermag niemand zu sagen. Doch solange das Tor offensteht und solange uns noch der Drang nach Weiterentwicklung erfüllt, sollten wir diesem inneren Antrieb folgen. Der Kosmos gebietet es. 3)

Folgende Texte sind Auszüge aus der Bahá'Erklärung zum Frieden "AN DIE VÖLKER DER WELT" 4)

Die Vorzeichen sind günstig:

Noch nie erlebte die Welt ein solches Ausmaß an internationaler Zusammenarbeit auch früher verfeindeter Völker, an wissenschaftlich-technischem Fortschritt und globaler Kommunikation. Aus dem Völkerbund, dessen Möglichkeiten sehr begrenzt waren, erwuchs die Organisation der "Vereinten Nationen" mit ihren weltweiten Organen. Trotzdem gelang weder die Kriegsverhütung, noch der Abschluß eines weltweiten Friedens.

Was blockiert den Weg zum Frieden?

Vorurteile, Argwohn, Zweifel, Mißverständnisse und engstirniges Eigeninteresse beeinträchtigen die Beziehungen zwischen den Nationen und verhindern eine Zusammenarbeit, mit der wir die drohende Wirtschaftskrise, die Ausbreitung von Anarchie und Terrorismus und das unsagbare Leid von Millionen Menschen bewältigen könnten.

Ein verzerrtes Menschenbild, das den Menschen trotz seiner Friedenssehnsucht als unverbesserlichen Egoisten ansieht, entmutigt viele Gutwillige. Sachliche Prüfung zeigt jedoch, daß des Menschen wahre, geistige Natur auf kreatives Schaffen und Zusammenarbeit ausgerichtet ist.

Für den Weltfrieden

sind einige dieser Themen besonders wichtig, obwohl sie scheinbar nicht in direktem Zusammenhang damit stehen:

- Der Rassismus verletzt die Menschenwürde und behindert die Entfaltung seiner Opfer. Die Menschheit als Einheit anzuerkennen, ist zur Lösung dieses Problems dringend notwendig.

Der krasse Unterschied zwischen arm und reich ist ein Grund der Instabilität der Weltlage. Das Problem muß neu durchdacht und durch kombinierte Anwendung geistiger, moralischer und praktischer Mittel gelöst werden.

- Ungezügelter Nationalismus, im Unterschied zu einem gesunden, berechtigten Patriotismus, muß einer globalen Loyalität der Staaten untereinander Platz machen. Die Welt ist auf eine einzige Nachbarschaft geschrumpft, in der der Nutzen eines Teils am besten gewahrt wird, indem man den Nutzen des Ganzen fördert.
- Religiöser Streit hat im Laufe der Geschichte viel Unheil angerichtet. Die Anhänger aller Religionen müssen sich bemühen, ihre Meinungsverschiedenheiten in der Theorie und in der Praxis beizulegen.

Der Frau die volle Gleichberechtigung zu verweigern, bedeutet ein Unrecht gegenüber der halben Weltbevölkerung. Erst wenn die Frauen in allen Bereichen menschlichen Strebens als gleichwertige Partner willkommen geheißen werden, wird das moralische und psychologische Klima für den Weltfrieden geschaffen.

Bildungsmangel hindert weite Kreise der Weltbevölkerung, Vorurteile zu überwinden und ihre Lebensqualität zu verbessern. Dabei hat die Bildung der Mädchen, der Mütter von morgen, höchste Priorität, und dem Lehren eines Weltbewusstseins in allen Schulen der Welt sollte besondere Beachtung geschenkt werden.

Ungenügende Kommunikation zwischen den Völkern schwächt die Bemühungen um den Weltfrieden ganz empfindlich. Die Annahme einer internationalen Hilfssprache, die in allen Schulen der Welt gelehrt wird, kann dieses Problem lösen helfen.

Geistige Prinzipien

oder, wie manche sie nennen, menschliche Werte, sind der Schlüssel für jede Problemlösung. Sie haben den Vorzug, nicht nur dem Wesen des Menschen entsprechende Perspektiven, sondern auch den Willen und die Kraft zum Handeln zu vermitteln. Besonders die Amtsträger der Nationen sollten die für das jeweilige Problem zutreffenden Prinzipien festzustellen suchen und sich davon leiten lassen.

Die Einheit der Menschheit

ist eine geistige Wahrheit, die alle Humanwissenschaften bestätigen. Anthropologie, Physiologie und Psychologie kennen nur eine Gattung Mensch, wenngleich unendlich mannigfaltig in den nebensächlichen Erscheinungsformen des Lebens.

Unser Optimismus

entspringt der jahrhundertalten Verheißung des Friedens, der weit über die Abschaffung des Krieges und die globale Zusammenarbeit hinausgeht. Sein krönendes Ziel ist die Vereinigung aller Völker der Welt zu einer universalen Familie.

Als Studienmodell

bieten die Bahá'í gerne das von ihrem Stifter vorgezeichnete globale System ihrer Zusammenarbeit an, in dem nach allgemein anerkannten Beratungsprinzipien auf der Grundlage geistiger Werte jeder in irgendeinem Bereich zur Willensbildung beiträgt. Sie zeigen, daß die Menschheit als globale Gesellschaft leben kann.

Zusammengestellt von:

Manije Peseschkian
Familientherapeutin

Literatur:

UN-Basis Information von der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen (1)

Auszüge aus dem Vortrag des Generalsekretärs der Vereinten Nationen, Perez de Cuellar zum "Internationalen Jahr des Friedens" (2)

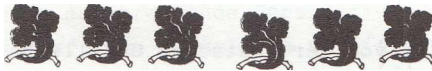
Die erwachende Erde - Peter Russel (3)

"An die Völker der Welt"
Eine Bahá'í-Erklärung zum Frieden (4)

MUT ZUR WAHRHEIT

Als Mohammed auf der Flucht war und man überall nach ihm suchte, kam Ali, sein Schwiegersohn auf den rettenden Einfall: Er versteckte den Propheten in einen hohen Tragekorb, lud sich die schwere Last auf den Kopf und balancierte sie zwischen den Wachen des Stadttors hindurch.

"Was hast du in dem Korb?" fragte ihn streng ein Zöllner. "Mohammed, den Propheten", antwortete ihm Ali. Die Wachen, die diese Wahrheit für eine schlagfertige Frechheit hielten, lachten und ließen Ali und den Propheten im Korb passieren.



Nicht die Dinge beunruhigen uns, sondern unsere Vorstellungen von den Dingen.

Epiktet, 1. jh. vor Chr.

R E Z E N S I O N E N

Ursula Goldmann-Posch: Tagebuch einer Depression

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. H.
Heimann. Kindler Verlag, München 1985

"Die Krankheit 'Depression' ... hat viele Gesichter." schreibt Prof.
Dr. Heimann in seinem Vorwort zu dem von Ursula Goldmann

-Posch geschriebenen "Tagebuch einer Depression".

Die Autorin beschreibt ihren persönlichen Leidensweg, die immer wiederkehrenden Angstanfälle, das Abgleiten in die Verzweiflung, die Entfremdung von sich selbst und von denen, die sie liebt. Neben den individuellen Aspekten des Krankheitsverlaufs stehen aber zugleich auch viele Erfahrungen, die so oder doch ähnlich auch andere Betroffene erleben: die Unfähigkeit, den täglichen Anforderungen in Familie und Beruf gewachsen zu sein, die aus Hilflosigkeit und Schuldgefühlen gespeiste Abwehrhaltung von Angehörigen und Freunden, die Konsultation verschiedener Ärzte - Internisten, Psychiater, Therapeuten die den depressiven Anteil der Symptomatik nicht erkennen und entsprechend ihrer Fachrichtung mit Minor-Tranquilizern ruhig-stellen oder zur Selbsterfahrungsgruppe raten.

Unterbrochen werden die Tagebuchaufzeichnungen immer wieder durch Zitate aus medizinischen und psychologischen Fachbüchern, die das subjektive Erleben in den Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen und Erkenntnisse stellen, aber auch die verwirrende Vielfalt unterschiedlicher Lehrmeinungen vor Augen führen, vor die Patient und behandelnder Arzt sich gestellt sehen.

Ursula Goldmann - Posch hat schließlich einen Arzt gefunden, der ihr durch eine kombinierte Behandlung mit antidepressiv wirksamen Medikamenten und psychotherapeutischen Gesprächen helfen konnte. Aus ihrem mit wachsender Gesundheit steigenden

Bedürfnis nach Einsicht und Rückblick ist ihr Tagebuch entstanden, das dem Leser eindringlich vor Augen führt, was jenseits aller Theorien, Klassifikationen und Verallgemeinerungen Depression für den Betroffenen selbst bedeutet.

Prof. Dr. med. S. Goeppert
Hildegard Broßmer-Link

Elisabeth Lukas: Psychologische Seelsorge.
Logotherapie - die Wende zu einer
menschenswürdigen Psychologie.
Mit einem Vorwort von Sandra Wawrytko
Herder-Taschenbuch, Freiburg 1985

Als Gegenstück und Ergänzung zu Viktor E. Frankls 1946 veröffentlichtem Buch "Ärztliche Seelsorge", das die Grundidee seiner Logotherapie enthielt, versteht Elisabeth Lukas, langjährige Schülerin Frankls, ihren Band "Psychologische Seelsorge". Die Würde und Sinnhaftigkeit eines jeden Menschenlebens steht dabei im Mittelpunkt ihrer Darstellungen.

Die Autorin gibt zunächst einen Überblick über die Grundaussagen der Logotherapie, die über die Schritte der Selbsterkenntnis und der Vermittlung von Selbstwertgefühl hinaus dem Patienten zur Sinnfindung und damit zur seelischen Gesundheit verhelfen möchte. In einem zweiten Schritt versucht Elisabeth Lukas sodann, die logotherapeutischen Grundsätze auf die Problemereiche des modernen Menschen anzuwenden, wobei sie die Lösung familiärer Konflikte, den Umgang mit Angst- und Schuld-

gefühlen und die Kontrolle sexueller und aggressiver Triebe in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellt.

Viele Beispiele aus ihrer Arbeit in einer psychologischen Beratungsstelle verdeutlichen die Aussagen der Autorin und tragen zur guten Lesbarkeit des Buches bei. Allerdings würde mancher Gedankengang überzeugender wirken, würde er nicht mit so deutlich erhobenen moralischem Zeigefinger vorgetragen.

Prof. Dr. med. S. Goepfert
Hildegard Broßmer-Link

Ellen M. Jensen: Streifzüge durch das Leben von Anna O. -Bertha Pappenheim.
Ein Fall für die Psychiatrie - Ein Leben für die Philantropie.
ztv-Verlag Dreieich, 1984

Dem Leben von Wirken der Bertha Pappenheim, die unter dem Decknamen Anna O. als klassischer Fall von Hysterie durch die Veröffentlichung von Breuer und Freud in medizinischen und psychoanalytischen Kreisen bekannt wurde, ist eine Veröffentlichung von Ellen M. Jensen gewidmet.

Bei ihren Streifzügen durch das Leben von Anna O. - Bertha Pappenheim, würdigt die Verfasserin durchaus den bedeutsamen Anteil der berühmten Patientin, die als die eigentliche Entdeckerin der karthatischen Methode gelten muß, für die Entwicklung der Psychoanalyse. Im Mittelpunkt ihrer Darstellung stehen jedoch die Leistungen der Bertha Pappenheim auf sozialpolitischem, karitativem und literarischem Gebiet.

Ihr Lebensweg - Kindheit und Jugend im begüterten jüdischen Elternhaus in Wien, die mehrjährige Behandlung wegen vielfältiger Symptome durch Breuer und in verschiedenen Sanatorien, ihre Arbeit in der Armenpflege und als Waisenheimleiterin in Frankfurt, ihr Engagement im jüdischen Frauenbund, dessen Mitbegründerin sie war, schließlich ihr Lebenswerk, ein Heim für unverheiratete Mütter in Neu-Isenburg - wird von der Verfasserin einfühlsam und engagiert beschrieben. Der Leser erlebt eine kluge, energische und aktive Frau, der es gelungen ist, die Schranken, die ihr durch ihre Herkunft als "höhere Tochter", durch ihre orthodox-jüdische Erziehung und durch ihre schwere psychische Erkrankung auferlegt waren, zu überwinden. Die merkliche Zurückhaltung der Autorin, psychologische Ausdeutungen der Biographie Bertha Pappenheims zu geben, mag manchen Leser enttäuschen. Da es jedoch nicht Absicht der Verfasserin war, eine medizinische Fallgeschichte zu schreiben, ihr Hauptaugenmerk vielmehr auf dem sozialen Engagement der Bertha Pappenheim lag, mag sie es getrost der psychoanalytischen Fachliteratur überlassen, Beziehungen zwischen der Problematik und Symptomatik der Mädchenjahre und der späteren Ehelosigkeit und dem "Helfersyndrom" der Anna O. aufzuzeigen. Ein Anhang mit Schriften von Bertha Pappenheim und Bilddokumenten runden die Darstellung ab.

Prof. Dr. med. S. Goepfert
Hildegard Broßmer-Link

W. G. H. Wolters (Hrsg.): Psychosoziale Betreuung im Krankenhaus.

Klinische Psychologie und Psychopathologie Band 38

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
1986

Das Buch, das bereits 1976 in der holländischen Originalfassung erschienen ist, liegt nunmehr in der deutschen Übersetzung vor. Es berichtet über die Entwicklung, personelle Ausstattung und Organisation der psychosozialen Betreuung. Die

Autoren, Ärzte aller Fachrichtungen, Psychologen und Sozialarbeiter beschreiben und analysieren ihre Erfahrungen.

Ein erster Teil des Buches ist dem Thema "Psychosoziale Betreuung im Krankenhaus" gewidmet und umfaßt Beiträge aus den Bereichen Frauenheilkunde, Innere Medizin, Kinderheilkunde, HNO-Abteilung und Dermatologie. Zwei weitere Beiträge befassen sich mit den Themen "Zusammenarbeit zwischen Facharzt und sozialem Dienst" und "Wird der Arzt zum Überweisungsspezialisten?"

Der zweite Teil steht unter dem Titel "Psychosoziale Betreuung in Abteilungen mit besonderer Problematik". Hier werden die Erfahrungen in der Betreuung von Herzpatienten, Patienten mit Brustkrebs, in der Abteilung für Hämodialyse, für plastische Chirurgie und Aspekte der Kinderpflege in einer Isolierstation beschrieben. Abschließend berichtet ein psychiatrischer Berater über seine Erfahrungen.

Der dritte Teil befaßt sich mit "Beiträgen nichtklinischer Fächer zur psychosozialen Betreuung" und beschäftigt sich u.a. mit der Beziehung von praktischem Arzt und Krankenhaus sowie dem Bereich "Armenpflege, psychosoziale Betreuung und Gesundheitsvorsorge".

Ausgangspunkt der psychosozialen Betreuung von Patienten ist, diesen bei der Auseinandersetzung mit sozialen, emotionalen und psychogenen Problemen, die mit der Krankheit und der ärztlichen Behandlung zusammenhängen, zu helfen und alle sich daraus ergebenden Veränderungen im Leben des Patienten und seiner Angehörigen zu berücksichtigen.

Ziel ist es, den kranken Menschen in seiner besonderen psychischen und sozialen Situation zu sehen, zu verstehen und zu behandeln, um so Ängste abzubauen.

Die einzelnen Beiträge, die sehr anschaulich geschrieben sind, können als Denkanstöße dienen, wie man trotz "Apparatemedizin" den Patienten als ganzen Menschen annehmen und auf seine Bedürfnisse eingehen kann.

Dr. med. N. Peseschkian

Eva Jaeggi/ Walter Hollstein: Wenn Ehen älter werden.
Liebe, Krise, Neubeginn.
Piper Verlag, München/Zürich
1985

Ein flüssig geschriebenes Buch über Chancen und Probleme in der Ehe haben die Psychologin Eva Jaeggi und der Soziologe Walter Hollstein verfaßt.

"Was ist nötig und was muß geschehen, um Liebe in Ehe und Partnerschaft lebendig zu halten?" Ausgehend von dieser Frage sprachen die Autoren mit verschiedenen Paare, die soziologisch gesehen durchweg im Mittelstand anzusiedeln sind, über deren Erfahrungen mit Liebe und Trennung.

In unterschiedlichen Darstellungsformen - Interviews und Berichte der Betroffenen wechseln mit Analysen und Kommentaren der Autoren - werden verschiedene Bereiche der Partnerschaft - die Organisation des Alltags, die Beziehung zu Kindern und Freunden, Sexualität, Arbeit und Freizeit, der Umgang mit Geld - angesprochen. Ausführlich werden die Krisen, die aus der Trennung entstehen und die Möglichkeiten ihrer Bewältigung dargestellt.

Besonders interessant dürften für die L^ser die Erfahrungen derjenigen Paare sein, die nach einer längeren Trennung wieder zusammen leben. Die Möglichkeit für eine dauerhafte glückliche Zweierbeziehung ergibt sich für die Autoren aus einer entritualisierten Partnerschaft, in der individuelle Eigenständigkeit und auf den Partner bezogene Rücksicht und Verantwortung sich die Waage halten und die den Alltag kreativ gestalten und ihn immer wieder mit Phantasie zu druchbrechen weiß.

Prof. Dr. med. S. Goepfert
Hildegard Broßmer-Link

Fritz Mattejat: Pathogene Familienmuster
Theoretische und empirische Analysen zum
Zusammenhang zwischen Familienmerkmalen und
psychischen Störungen bei Kindern und
Jugendlichen.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1985

"Ausgangspunkt der Untersuchung war die Frage, wie
familien-therapeutische Praxis, klinische Theorienbildung und
empirische Familienforschung einander vermittelt werden können.
Während die Theorienbildung und die praktische Therapie einen
sehr engen Bezug aufweisen, ist die 'Anbindung' an die empirische
Forschung problematisch. Die vorliegende Arbeit versteht sich als
Beitrag zu einer engeren Verbindung zwischen Forschung und Praxis.
Die Brücke zwischen beiden stellt das systemtheoretische
Familienmodell dar, das - abgeleitet aus praxisleitenden Konzepten -
als Interpretationszusammenhang für die empirischen Befunde diente."
(S. 347) Im Teil A diskutiert der Autor meta-theoretische Fragen, z.
B.:

- Empirische Forschung reduziert die Betrachtung auf einige wenige
Aspekte eines Gesamtzusammenhangs;
- das führt dazu, daß sehr viele Einzelergebnisse nebeneinander stehen;
- Bei Korrelationen zwischen psychischen Störungen und Umwelt-
variablen kann es sich um einen "Scheinzusammenhang" handeln. Es
werden "pathogenetisch zentrale Familienmerkmale" theoretisch
entwickelt. Mattejat versucht zu zeigen, wie einzelne
Merkmale der Eltern und der Eltern-Kind-Interaktion auf das
theoretische Modell bezogen werden können, und kommt zu dem Schluß:
"Die psychische Entwicklung (und damit auch psychische Störungen) des
Kindes wird vom Gesamtsystem, in dem das Kind lebt, zu dem es selber
gehört und das auch vom Kind mitgeprägt wird, bestimmt." (S. 93) Im
Teil B wird die empirische Ana-

lyse der Daten einer Population der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin und deren Ergebnisse referiert. Ein Fazit: "Selbst wenn man seine praktische Tätigkeit nicht an systemischen und familientheoretischen, sondern an anderen therapeutischen Konzepten orientiert, ist ein familienbezogenes Verständnis von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen kaum zu umgehen. Man kann nicht so tun, als ob man es nur mit einem klar definierten Patienten zu tun hätte." (S. 347)

In Mattejats Buch finden sich eine Reihe von Parallelen zur Positiven Psychotherapie:

- Der "eigentliche" Patient ist in der therapeutischen Sitzung oft nicht anwesend, lediglich der Symptomträger: vgl. z. B. "Familientherapie ohne Partner" (Positive Familientherapie, S. 174).
- Ein familienbezogener und ein patientenzentrierter Ansatz schließen sich nicht aus: Positive Psychotherapie als integrativer Ansatz
- Eine positive Interpretation der Symptome, die Erschließung von Ressourcen ist möglich.
- Der Patient wird nicht nur als passives Opfer pathogener Bedingungen, sondern ebenso als aktives Subjekt seiner eigenen Handlungen gesehen.
- Spezifisches Verhalten kann in unterschiedlichen Bedeutungsrahmen interpretiert werden: vgl. "Situation - Istwert - Sollwert"11.

Für einen Insider der Positiven Psychotherapie ist besonders der metatheoretische Ansatz des vorliegenden Buches interessant, zeigt er doch auf, wie die Applikation therapeutischer Modelle auch vom jeweiligen Bezugsrahmen ("Lebensphilosophie") des Therapeuten abhängen: eine Erleichterung eines "Standortwechsels".

Hans Deidenbach

Mario Gmür: Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung
Forum der Psychiatrie, Neue Folge 24
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1986

Das vorliegende Buch bietet einen Überblick über die aktuelle Thematik bei der Behandlung von schizophrenen Patienten. Nach einem historischen Abriss über die Geschichte der Entinstitutionalisierung werden alle wichtigen Schizophrenieverlaufsstudien (Katamnesen) systematisch reflektiert. Anschließend werden die zahlreichen empirischen Untersuchungen über die Versuche, Schizophrene außerhalb der Klinik gemeindenah, ambulant oder in teilstationären Einrichtungen zu betreuen, in wesentlichen Zügen dargelegt und kommentiert. Die Katamnese nimmt einen fundamentalen Stellenwert ein. Sie dient zur Beweisführung der theoretisch und hypothetisch gestellten Ausgangslage und stellt an den Leser die Frage, ob nicht auch die Praxis der Neuorientierung der theoretischen Inhalte folgen sollte. Der Autor scheint geradezu eine Notwendigkeit darin zu sehen und ist mit seiner Arbeit bemüht, konstruktiv dazu beizutragen, das Schicksal Schizophrener zu verbessern. Im Zentrum der Fragestellung und Beweisführung steht die "administrative Evaluation". Der Autor kommt zu dem Schluß, daß die außerklinischen Alternativen durchführbar und effizient sind. Außerdem besteht schon ein qualifiziertes Instrumentarium, das nur entsprechend erlernt und genutzt werden müsse. Es kann als sicher angenommen werden, daß die langfristige Betreuung Schizophrener in entinstitutionalisierter Form weitergehende Hilfestellungen anbieten kann, die auf eine allgemeine Neuorientierung der Behandlungsform positiv einwirken können. Das Buch gibt dankenswerte Denkanstöße, wie man einen "Standortwechsel" in der Behandlungsstrategie zum Nutzen des Individuums und der Gesamtheit der an Schizophrenie erkrankten Patienten vornehmen könnte.

Dr. med. N. Peseschkian

J. Eckert, E.M. Biermann-Ratjen: Stationäre Gruppenpsychotherapie
(Prozesse - Effekte - Vergleiche) Springer
Verlag, Heidelberg/Berlin, 1985

Das Buch beschäftigt sich in wissenschaftlich fundierter Form mit dem Gruppentherapie-Prozeß in der Klinik. Die Autoren zeigen auf, welche Zusammenhänge in den Gruppenprozeß einbezogen wurden und werden müssen. Die Arbeit befaßt sich schwerpunktmäßig mit folgenden Punkten: Wirksamkeit und Effekte der Therapie, katamnestische Untersuchungen nach durchschnittlich zwei Jahren und Prognose der Behandlungseffekte.

Im Rahmen der gesprächspsychotherapeutisch und psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie gibt das Buch Einblick in eine praxisbezogene Psychotherapieforschung. Im methodischen Vorgehen werden die Umstände und Bedingungen beschrieben, mit denen die Patienten konfrontiert waren und darüber der Zugang zum Gruppentherapieverständnis vollzogen. Es gibt Auskunft über die Wirkungen der stationären Gruppenpsychotherapie, die Veränderungen in den Lebensumständen nach der Therapie - Katamnese, 2 Jahre nach Abschluß der stationären Behandlung 7 sowie über Gruppenprozesse, die den Behandlungserfolg beeinflussten. Zusammenhängende Wechselwirkungen und deren Qualitäten werden vermittelt und geben Verständnishilfen für die Notwendigkeit einer Gruppentherapie und deren Nutzen. Darüber-hinaus formulieren die Autoren Möglichkeiten einer Prognose des Therapieerfolges.

Das Buch hilft, die eigenen Überlegungen daran zu messen und ggf. zu ergänzen und das therapeutische Handeln neu zu strukturieren.

Dr. med. N. Peseschkian
Gunther Hübner

Martin R. Textort Integrative Familientherapie

Springer Verlag Heidelberg/Berlin 1985

Die Arbeit ist eine systematische Darstellung der Konzepte, Hypothesen und Techniken amerikanischer Therapeuten, die sich mit dem Theorem Familie beschäftigen.

Der Autor wählte eine chronologische Vorgehensweise: Die Familie als älteste und beständigste Gruppe und Institution. Darauf baut er die Entwicklung der Familientherapie auf und vermittelt dem Leser, die Unterscheidung in die Elemente des Individuums und der Familie vorzunehmen und nachzuvollziehen. Für die Behandlung der Familie standen die Familientherapeuten vor der Aufgabe eine andere Pathologietheorie zu verstehen, wenn es gilt - im Sinne des systemischen Ansatzes - die Funktion eines komplexen Gebildes zu beschreiben, dessen Individuen in diesem Zusammenhang jeweils eine neue Rollenbeschreibung erhalten müssen. In der Fokussierung dieses Ansatzes versucht der Autor herauszustellen, welche konflikterzeugende, krankmachende oder entwicklungshemmende Familienstrukturen und -prozesse erfaßt worden sind. Dabei wird mehr auf die Kommunikationsstruktur und die Wechselwirkungen innerhalb der Familie geachtet, als daß er sich nur auf einzelne Teilbereiche beschränkt (Depression, Schizophrenie usw.). In diesem Zusammenhang erst bekommt die Familienpathologie ein anderes Gesicht. Das Individuum kann für sich alleine gesund sein, innerhalb der Familie ist oder wird es krank. Über diese Erkenntnis vermittelt dann der Autor verschiedene Familientherapieansätze und deren Ziele. Dem Autor ist es gelungen, die Mehrdimensionalität und die Multikausalität der relevanten Prozesse in zusammengefaßter und vergleichender Weise aufzuzeigen. Dem Leser wird die Qualität der Familientherapie nahegebracht, mit der Aufforderung, in der Zukunft an einem integrativen Vorgehen festzuhalten. Hier zeigt sich der gleiche Gedankengang, wie ihn auch die Positive Psychotherapie vertritt.

Dr. med. N. Peseschkian

R. Battegay, J. Glatzel, W. Pöldinger, U. Rauchfleisch (Hrsg):

Handwörterbuch der Psychiatrie Ferdinand

Enke Verlag, Stuttgart 1984

Die Autoren sind mit großem qualitativen Anspruch an die Aufgabe der Zusammenstellung eines Handwörterbuches der Psychiatrie herangetreten und legen ein Buch vor, das in Struktur und Inhalt übersichtlich, verständlich und fundiert gestaltet ist. Auffinden und Bearbeitung der Begriffe stellen sich als Fundgrube dar, die es dem Leser erleichtert, sich in das gesuchte Wissensgebiet einzulesen. In zusammengefaßter Form stellen sich einzelne Fachdisziplinen und Problembereiche vor. Das Wissensgebiet, das sonst oft einem Lehrbuch vorbehalten ist, wird hier in gekonnter Form komprimiert, ohne daß der Inhalt verzerrt oder verfälscht wird. Die gestellten Fragen werden überaus befriedigend beantwortet, zudem erfährt der Leser einen erweiterten Zusammenhang der Sachlage. Es reizt geradezu, weiteren Verweisungen quer durch das Buch zu folgen. Neben der gekonnt zusammengefaßten Form ist die Übersichtlichkeit besonders hervorzuheben. Tabelle und Diagramme unterstützen dies und öffnen den Zugang für die Tiefe der einzelnen Problemstellungen. Das Buch hat einen sehr großen praktischen Wert, da es schnell, verständlich und ausreichend in einem lehrbuchartigen Lexikonstil informiert und Wissen vermittelt.

Dr. med. N. Peseschkian

Hermann Pohlmeier, Armin Schmidtke, Rainer Welz (Hrsg.):

Suizidales Verhalten. Methodenprobleme und
Erklärungsansätze.

S. Roderer Verlag, Regensburg 1983

Rainer Welz und Jürgen Möller (Hrsg.):

Bestandsaufnahme der Suizidforschung.

Epidemiologie, Prävention und Therapie.

(Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven
Verhaltens, Band 1).

S. Roderer verlag, Regensburg 1984

Zwei im Roderer Verlag erschienene Bände geben Einblick in den Stand der Suizidforschung.

Der von Pohlmeier, Schmidtke und Welz herausgegebene Band "Suizidales Verhalten" ist das Ergebnis einer Tagung der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens, auf der die Suizid-Problemik interdisziplinär diskutiert wurde. In den einzelnen Beiträgen werden Suizid und Lebensalter in Beziehung gesetzt, Erklärungsmodelle vorgestellt, Risikovariablen wie z. B. psychiatrische Behandlung oder familiendynamische Beziehungen erörtert, schließlich methodische Vorgehensweisen diskutiert sowie einige katamnestiche Untersuchungen vorgestellt.

Das von Welz und Möller herausgegebene Buch "Bestandsaufnahme der Suizidforschung" dokumentiert die zweite Jahrestagung der o. g. Arbeitsgemeinschaft und ist gleichzeitig der erste Band einer neuen, von Hermann Pohlmeier herausgegebenen Reihe "Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens". Gegliedert nach der Epidemiologie und Methoden, Prävention und Therapie sowie Klinik und Persönlichkeit werden die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung dargestellt sowie Neuentwicklungen und aktuelle Forschungsansätze vorgestellt. So werden u. a. die Suizidstatistiken der Bundesrepublik diskutiert und die

Suizidraten verschiedener europäischer Länder einem Vergleich unterzogen. Die Bedeutung der Imitation bei Selbstmordhandlungen, die dem Massenselbstmord zugrundeliegenden Mechanismen und die Bewertung der Darstellung suizidalen Handelns in den Massenmedien sind Schwerpunkte weiterer Beiträge. Weitere Aufsätze berichten über die Ergebnisse verschiedener Therapie- und Katamnesestudien. Schließlich werden die Zusammenhänge zwischen Depression und Suizid, Drogenkonsum und Suizid sowie Alkoholabhängigkeit und Suizid diskutiert, außerdem die Faktoren Selbsterhaltungstrieb, Intelligenz, Feldabhängigkeit und dichotomes Denken zur Sprache gebracht, letztere in Bezug auf suizidalen Verhalten bei Jugendlichen. Der Leser erhält somit die Gelegenheit, suizidalen Verhalten unter den verschiedensten Aspekten zu sehen und sich einen gründlichen Überblick über Erkenntnisse und Forschungsstand zu verschaffen.

Prof. Dr. med. S. Goepfert
Hildegard Broßner Link

Hubert Reeves: Woher nährt der Himmel seine Sterne?
Die Entwicklung des Kosmos und die Zukunft des
Menschen. Aus dem Französischen von Norbert
Lauinger.
Birkenhäuser Verlag, Basel/Boston/Stuttgart
1983

Der kanadische Astrophysiker Hubert Reeves hat ein Buch über die Entwicklung des Kosmos geschrieben, das dem Leser eine Vielfalt wissenschaftlicher Erkenntnisse darbietet. Spannend und anschaulich, dabei stets mit wissenschaftlicher Gründlichkeit und Solidität, rekonstruiert der Autor die Geschichte des Universums von der atomaren Entwicklung über die chemische und biologische bis hin zur menschlichen Entwicklung. Schließlich wendet er sich der Frage nach der Zukunft unseres Sonnensystems, des Planeten Erde und des menschlichen Lebens zu, wie sie sich aus heutiger wissenschaftlicher Sicht abzeichnet.

Ein kompetenter, engagierter und verantwortungsbewußter Wissenschaftler läßt hier den Leser teilhaben an den Erkenntnissen aber auch den Schwierigkeiten und Grenzen seiner Wissenschaft.

Ein Anhang, in dem wichtiges wissenschaftliches Grundwissen systematisch und komprimiert dargestellt wird, einige astronomische Aufnahmen und eine ausgewählte Bibliographie ergänzen die Darstellung.

Prof. Dr. med. S. Goepfert
Hildegard Broßmer-Link

V E R A N S T A L T U N G E N

9. BAD NAUHEIMER PSYCHOTHERAPIE-WOCHE

vom 6. bis 12. Oktober 1986

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

Informationen und Anmeldung direkt bei der Akademie für ärztliche
Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim

Telefon: (06032) 60 95

4. PSYCHOTHERAPIE-WOCHE IN LANDEGG/SCHWEIZ

vom 18. bis 25. Oktober 1986 im

Tagungszentrum Landegg CH-9405

Wienacht / AR

Informationen und Anmeldung direkt beim Tagungszentrum Landegg

Telefon: (004171) 91 22 33



B L U T E N L E S E

Zu Anfang ist der B e r u f das Mittel, um unser Leben zu erhalten - am Ende kostet er uns das Leben.

O. W. Holmes

Sobald einer in einer Sache Meister geworden ist, sollte er in einer anderen Sache Schüler werden.

Gerhard Hauptmann

Wer nicht genießt, wird ungenießbar.

Heinz Körner

Das physikalische Weltbild hat nicht unrecht mit dem, was es behauptet, sondern mit dem, was es verschweigt.

Carl Friedrich v. Weizsäcker

Wer nicht von Grund auf umdenken kann, der kann am Bestehen-den nichts ändern.

Anwar el Sadat

Engagiert sein bezeichnet den Zustand, da einem irgendetwas wichtiger ist als die Wahrheit.

Mary Renault

Wenn der G l a u b e einen Menschen befähigt, Berge zu versetzen, so kann er ihn auch daran hindern, einen Stroh-halm aufzuheben.

Aldous Huxley