

# Zeitschrift für Positive Psychotherapie

---

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

---



Heft 15 - 14. Jahrgang - Dezember 1993 - DM j,-

**Erziehung  
Selbsthilfe  
Psychotherapie  
Transkulturelle Probleme**

---

- + Gruppenurteile und -vorurteile und Gruppenentartungen
  - + "Iß, damit du etwas zusetzen hast, wenn du krank bist"
  - + "Lieber Schläge als gar keinen Kontakt"
  - + "Ich kann die Last nicht alleine tragen"
  - + Schizophrenia and Schizophrenics in the Opinion of Average Man in the USSR - a sociological study
  - + "Liebe Freunde der DGPP"
-



## **Deutsche Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V.**

### **Impressum**

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

### **Herausgeber**

Dr.med. N. Peseschkian  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,  
Psychotherapie

### **Redaktion**

Dr.med. N. Peseschkian  
Dr.med. Helmut Röthke  
Dipl.rer.pol. Ingrid Hofmann

### **Beirat**

Dr.med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt/Main  
Hans-Jürgen Köttner, Arzt, Reinheim  
Dr.med. Hedwig Sombroek, Darmstadt  
Dipl.Soz.Päd. Gunther Hübner, Hofheim

### **Anschrift der Redaktion**

Dr.med. N. Peseschkian  
An den Quellen 1  
65183 Wiesbaden  
Telefon: (0611) 37 37 07  
Telefax: (0611) 39 99 0

### **Erscheinungsweise**

ein- bis 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.: 111125 848 (BLZ 510 500 15)

ISSN 0942 - 1203

## **Inhalt**

<b>Einführung des Herausgebers</b>	<b>4</b>
<b>Geschichte: Der Prophet und die langen Löffel</b>	<b>6</b>
<b>Gruppenurteile und -vorurteile und Gruppenentartungen</b> <b>Prof.Dr.med. Raymond Battegay, Basel</b>	<b>8</b>
<b>"Iß, damit du etwas zuzusetzen hast, wenn du krank bist"</b> <b>Hans-Jürgen Köttner, Reinheim</b>	<b>28</b>
<b>"Lieber Schläge als gar keinen Kontakt"</b> <b>Dr.med. Georg A. Killing, Darmstadt</b>	<b>37</b>
<b>"Ich kann die Last nicht alleine tragen"</b> <b>Dr.med. Udo Boessmann, Wiesbaden</b>	<b>48</b>
<b>Schizophrenia and Schizophrenics in the Opinion</b> <b>of Average Man in the USSR • a sociological study</b> <b>Vladimir Mendelevich, Kazan, Russia</b>	<b>56</b>
<b>"Liebe Freunde der DGPP"</b> <b>Brief von Arno Remmers, Varna</b>	<b>66</b>
<b>Rezensionen</b>	<b>74</b>
<b>Geschichte: Filntzfg Jahre Höflichkeit</b>	<b>83</b>

# Einführung des Herausgebers

Der Mensch als soziales Wesen ist auf andere Menschen angewiesen. Das Zusammenleben der Menschen vollzieht sich im ständigen Wechselspiel von Geben und Nehmen. Dabei bietet die soziale Gruppe viele Vorteile, die zum Teil lebenswichtig sind. Die Gruppe wird aber auch als Bedrohung erlebt: zahlreiche Menschen können sich nur schwer in einer Gruppe wohlfühlen. Die Haltung eines Menschen seiner sozialen Umgebung gegenüber ist aber nicht zufällig, sondern hat sich im Laufe der Zeit durch Erlebnisse und Lernerfahrungen entwickelt.

Mit dem Eintritt in eine Gruppe werden wir mit bisher unbekannten Menschen konfrontiert und stellen fest, daß sie Normen und Maßstäbe vertreten, die sich erheblich von den eigenen unterscheiden. Während der eine gelernt hat, seinen Intellekt zu gebrauchen, argumentiert der andere eher gefühlsmäßig und intuitiv. Der eine hält gerne an traditionellen Normen fest, ein anderer stellt gebräuchliche Verhaltensmuster in Frage.

In einer psychotherapeutischen Gruppe bringt jedes Gruppenmitglied seine eigenen Einstellungen und Verhaltensmuster ein, die zum Teil Gegenstand der Psychotherapie sind. Das einzelne Gruppenmitglied findet sich innerhalb der Gruppe mit seinen Einstellungen und Verhaltensweisen in oft unterschiedlicher Weise gespiegelt. Gegenstand dieses Prozesses sind die Aktualfähigkeiten oder ihre maskierten Erscheinungsformen. In jeder Gruppe, vor allem in der psychotherapeutischen Gruppe, die sich weniger mit Sachproblemen als mit persönlichen Schwierigkeiten beschäftigt, treffen die verschiedenen Konzepte der Gruppenmitglieder aufeinander. Die Interaktion im gruppentherapeutischen Geschehen läßt sich daher als Interaktion von Konzepten und Mythologien verstehen, die miteinander konfrontiert und ausgetragen werden. Das Gruppenmitglied lernt, andere Konzepte zu erkennen, sich mit diesen ver-

traut zu machen und auf diese Weise sein eigenes Konzept zu erweitern. Die vielfältige und vielseitige Übertragung teilt sich - über die emotionale Beziehung hinaus - als Übertragung von Konzepten auf der Basis der Aktualfähigkeiten und Medien dar. Auf diese Weise kann der Patient Probleme aus dem täglichen Leben in der Gruppe zur Diskussion stellen, zum anderen in der Gruppe Verhaltensalternativen entwickeln, die dann im täglichen Leben auf die Probe gestellt werden. Diese Wechselwirkung erleichtert es dem Patienten, sein favorisiertes Konzept zu relativieren und konfliktfreier mit seinen Mitmenschen umzugehen.

In den nachfolgenden Beiträgen wird das Gruppengeschehen zunächst theoretisch dargestellt. Danach zeigen die Autoren anhand der ganz unterschiedlichen Fallbeispiele wie das gruppentherapeutische Geschehen, unterstützt durch Geschichten, Lebensweisheiten und positive Symptomdeutung, diese Auseinandersetzung einleitet, begleitet und durch erste kleine Erfolge verstärkt, und so zu einer verbesserten Lebenssituation und Realitätssicht des Patienten führt.

Dr.med. N. Peseschkian





## Geschichte: Der Prophet und die langen Löffel

Ein Rechtgläubiger kam zum Propheten Elias. Ihn bewegte die Frage nach Hölle und Himmel, wollte er doch seinen Lebensweg danach gestalten, "Wo ist die Hölle - wo ist der Himmel?" Mit diesen Worten näherte er sich dem Propheten, doch Elias antwortete nicht. Er nahm den Fragesteller an der Hand und führte ihn durch dunkle Gassen in einen Palast. Durch ein Eisenportal betraten sie einen großen Saal. Dort drängten sich viele Menschen, arme und reiche, in Lumpen gehüllte, mit Edelsteinen geschmückte. In der Mitte des Saales stand auf offenem Feuer ein großer Topf voll brodelnder Suppe, die im Orient Asch heißt. Der Eintopf verbreitete angenehmen Duft im Raum. Um den Topf herum drängten sich hohlwangige und tiefäugige Menschen, von denen jeder versuchte, sich seinen Teil Suppe zu sichern. Der Begleiter des Propheten Elias staunte, denn die Löffel, von denen jeder dieser Menschen einen trug, waren so groß wie sie selbst. Nur ganz hinten hatte der Stiel des Löffels einen hölzernen Griff. Der übrige Löffel, dessen Inhalt einen Menschen hätte sättigen können, war aus Eisen und durch die Suppe glühend heiß. Gierig stocherten die Hungrigen im Eintopf herum. Jeder wollte seinen Teil, doch keiner bekam ihn. Mit Mühe hoben sie ihren schweren Löffel aus der Suppe, da dieser aber zu lang war, bekam ihn auch der Stärkste nicht in den Mund. Gar zu Vorwitzige verbrannten sich Arme und Gesicht oder schütteten in ihrem gierigen Eifer die Suppe ihren Nachbarn über die Schultern. Schimpfend gingen sie aufeinander los und schlugen sich mit denselben Löffeln, mit deren Hilfe sie ihren Hunger hätten stillen können. Der Prophet Elias faßte seinen Begleiter am Arm und sagte: "Das ist die Hölle!" Sie verließen den Saal und hörten das höllische Geschrei bald nicht mehr. Nach langer Wanderung durch finstere Gänge traten sie in einen weiteren Saal ein. Auch hier saßen viele Menschen. In der

Mitte des Raumes brodelte wieder ein Kessel mit Suppe. Jeder der Anwesenden hatte einen jener riesigen Löffel in der Hand, die Elias und sein Begleiter schon in der Hölle gesehen hatten. Aber die Menschen waren hier wohlgenährt und man hörte in dem Saal nur ein leises, zufriedenes Summen und das Geräusch der eintauchenden Löffel. Jeweils zwei Menschen hatten sich zusammengetan. Einer tauchte den Löffel ein und fütterte den anderen. Wurde einem der Löffel zu schwer, halfen zwei andere mit ihrem Eßwerkzeug, so daß jeder doch in Ruhe essen konnte. War der eine gesättigt, kam der nächste an die Reihe. Der Prophet Elias sagte zu seinem Begleiter: "Das ist der Himmel!"

Aus: *"Der Kaufmann und der Papagei"*,  
Fischer Taschenbuch Nr. 3300

# Gruppenurteile und -vorurteile und Gruppen-entartungen

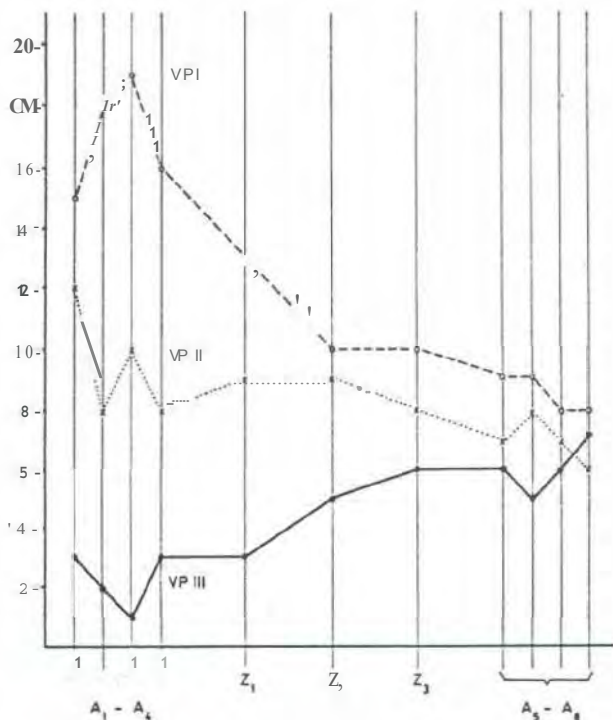
von Raymond Battegay, Basel

## Die Bedeutung der Gruppennorm

In jeder Gruppe entwickelt sich eine Norm der Einstellungen, Wertungen und Verhaltensweisen. Der türkische Psychologe **Muzafer Sherif** (1957), der in den USA gewirkt hat, verwendete in einem Experiment das sogenannte autokinetische Phänomen, bei dem in einem völlig verdunkelten Raum ein sehr kleiner und schwacher Lichtpunkt für kurze Zeit dargeboten wird. Da auch bei fester Fixation unsere Augen nie ganz ruhig bleiben (Nystagmus), scheint sich der Lichtpunkt, der objektiv feststeht, zu bewegen. Eine Versuchsperson besitzt nicht die Möglichkeit, den subjektiven Charakter dieser Bewegungserscheinung zu erkennen, da es dazu eines festen Bezugssystems bedürfte. Ist außerdem die Entfernung des Lichtpunktes unbekannt (der Projektor befindet sich hinter einem Schirm, der erst nach der Verdunkelung weggezogen wird), so fällt die Schätzung der scheinbaren Bewegungsweite des Punktes überaus schwer. Der Umfang wie auch die Form dieser scheinbaren Bewegung variieren bei verschiedenen Beobachtern und unter verschiedenen Versuchsbedingungen. **Sherif** fand, daß bei Einzelprüfungen von Versuchspersonen eine individuell charakteristische Variationsbreite der errechneten Bewegungen bestand. Der Mittelwert des Variations-spielraumes diente den Versuchspersonen mehr oder weniger als Richtpunkt ihrer Schätzungen. Die Variationsbreite und dieser Richtpunkt erwiesen sich bei wiederholten Versuchen als individuell relativ konstant. Wurden indes Versuchspersonen, die bei Einzeluntersuchungen sehr verschiedene Variationsbreiten und Bezugspunkte entwickelt hatten, bei einer gemeinsamen



(Intensitätsschwache Lichtquelle im dunklen Raum)



A<sub>1</sub> - A<sub>8</sub> \* Einzelversuch

Z<sub>1</sub> - Z<sub>3</sub> s Gruppenversuch

A<sub>1</sub> - A<sub>4</sub> 1 Einzelversuch, die nach der Gruppenversuch durchgeföhrt wurden.

Zwischen der ersten Gruppe der Anpassung, den drei zusammen-  
schätzungen und der zweiten Gruppe der Anpassung, in 30 Minuten.

(Nach Hofstätter)

Prüfung um laute Äußerung ihrer Beobachtungen gebeten, so zeigte sich eine Tendenz zu konvergierenden Urteilen. Im Laufe der Zeit neigten die meisten Beteiligten dazu, sich (ihnen selbst unbewußt) der Variationsbreite und der durchschnittlichen Tendenz der anderen Gruppenmitglieder anzugleichen. Diese durch die Gruppe erworbenen Normen blieben auch dann bestehen, wenn die Versuchspersonen späteren Einzelprüfungen unterzogen wurden. Es zeigte sich keine Rückkehr zu den bei den Einzeluntersuchungen entwickelten Normen (Abb. 1)

In jeder Gruppe läßt sich diese Tendenz zur Ausbildung einheitlicher Ansichten und Wertungen erkennen. Auch im Verhalten verschiedener Gruppenmitglieder ist mit der Zeit eine gewisse Konformität wahrnehmbar. Das kann sich beispielsweise in der Kleidung ausdrücken. Aber sogar im körperlichen Ausdrucksverhalten passen sich Gruppenmitglieder einander in individuell unterschiedlichem Ausmaß an. Wird ein Kleinkind von einer Adoptivfamilie übernommen, so gleicht es sich in Mimik und Pantomimik seinen Adoptiveltern und den - geschwistern dermaßen an, daß es etwa zu hören bekommt, wie es diesen, seinen (Adaptiv) - Eltern gleiche. Dabei ist das keine Fehlkonstataion, sondern eine Feststellung, die auf der Tatsache der Angleichung von Mimik und Pantomimik an ein Familienmuster beruht. **Adolf Portmann** (1944) hat darauf hingewiesen, daß sogar die Ausbildung eines Organs wie der menschlichen Wirbelsäule umwelt- bzw. gruppenbedingt erfolge: "Die Wirbelsäule des Neugeborenen ist fast gerade gestreckt. In den drei ersten Lebensjahren erlangt sie unter dem Einfluß der aufrechten Haltung allmählich die charakteristische Form eine tragenden Feder mit S-förmigem Schwung und ihre eigenartige Knickung im Beckengebiet. Im Vorgang dieser Ausformung aber ist untrennbar mitenthalten, als einer unter vielen wirkenden Faktoren, der Drang des kleinen Menschenkindes zum Stehen. Es ist mit darin enthalten, daß dieses Kind um sich lauter aufrechtgehende Men-

sehen sieht, und daß in ihm ein mächtiges Bedürfnis der spielenden Nachahmung lebendig ist. Aber dazu gesellt sich auch die Anregung und Aufforderung zum Stehen, die vielseitige Hilfe, die von der Umgebung ausgeht."

## Anomie und Stereotype

Nicht immer gelingt es einem Individuum aber, diesen Normierungs- und Konvergenzprozeß mitzuvollziehen. Andere möchten sich, umgekehrt, nicht in eine Norm hineinpressen lassen. Wie dem auch sei, werden jene, die sich außerhalb des Normverhaltens stellen oder es nicht befolgen können, in die Situation der «Anomie», d.h. der Regellosigkeit hineingeraten (**Dürkheim**, 1893). Sie werden von den Normierten gar als Regelverletzer beurteilt werden. Es wird also innerhalb einer Gruppe der Gesellschaft ein solches abweichendes, «deviantes» Verhalten rasch als pathologisch oder gar als gemeingefährlich abgestempelt. Bald kommt es zur Entwicklung einer Klassifikation der «Devianten» durch die Majorität der Gruppe. Eine solche be- oder verurteilende Bezeichnung nennt man nach **Hofstätter** (1957) ein Stereotyp. Innerhalb einer Gruppe kann sich die Mehrheit des Kollektivs mit einem positiven «Autostereotyp» werten, während sie die Abweichenden mit einem ablehnenden «Heterostereotyp» abstempeln. Der norwegische Dichter **Hendrik Ibsen** hat in seinem Drama «Der Volksfeind» eine solche Ausgrenzung eines Menschen beschrieben, der gegenüber den Normativen erschrocken seine eigenständigen Ansichten vertritt. Was Recht und was Unrecht ist, wird an Normen gemessen, wobei allerdings die Normen selbst menschenfeindliche Inhalte und Verhaltensweisen annehmen können. Deshalb sind es oft nur außerordentlich Mutige, die sich, aus einer Position der inneren Stärke, in eine Anomiestellung begeben, um sich für die menschlichen Grundrechte einzusetzen.

Es zeigt sich auch bei Heranwachsenden in Notstandssiedlungen, daß sie in einer Klasse, die mehrheitlich aus Kindern anderer Kreise zusammengesetzt ist, nicht zuletzt auch durch die Einwirkungen eines normierten Lehrers, in eine Anomiestellung hineingeraten, so daß sie durch die Mitschüler verfolgt werden und nicht die gleichen Chancen haben wie die anderen, das Schulziel zu erreichen. Diese Entwicklung wird dadurch verstärkt, daß solche Kinder sich nicht mit sich selbst und ihren eigenen Wünschen, sondern mit dem Vorurteil der anderen über sie identifizieren. Diese Identifikation mit dem Feind ist bei allen Außenseitergruppen und Minoritäten zu erkennen. **Horst Eberhard Richter** (1972) hat bekanntlich versucht, Initiativgruppen von jungen Menschen zu bilden, mit denen er Menschen in Notstandssiedlungen instand setzen wollte zu lernen, sich mit sich selbst zu identifizieren und damit Schritte zu unternehmen, um aus dieser Deviantenposition herauszukommen.

Wenn in dieser Weise Menschen, die nicht an der Norm teilhaben oder nicht teilhaben wollen, mit negativen Stereotypen belegt werden, oder im Extremfalle gar nicht mehr als gleichwertige Menschen erkannt werden, so ist Tür und Tor für Gewalttätigkeit (Rauchfleisch, 1992), ja sogar für Mord an ihnen geöffnet. Hitler hat sich dieser Methode bedient, indem er Juden und Zigeuner mit einer Unzahl von negativen Stereotypen belegte und ihnen die Lebensberechtigung absprach. Das nationalsozialistische Autostereotyp wertete die eigene Gruppe sehr hoch, indem es die Herrenmenschentheorie enthielt.

## Verlust der demokratischen Kontrolle/ Massenbewegung

Die Ausgrenzung von Abweichenden gegenüber der Majorität einer Gruppe ist ein archetypisches Phänomen (**C.G. Jung**, 1958), das in jedem Kulturkreis beobachtet werden kann. Daß es aber zu derartigen Folgen führte wie im Dritten Reich, ist wohl u.a. daher zu erklären, daß die demokratische Verantwortung und Kontrolle durch jeden einzelnen Bürger nicht ernst genommen wurde, und daher die erwähnten Tendenzen unkontrolliert, geschürt durch Hitler und seine Banden, vor sich gehen konnte.

Bei einer solchen Bewegung zur Gewalt gegen Außenstehende oder Ausgeschlossene sind Intellektuelle und anderweitig Gebildete nicht ausgenommen. **C.G. Jung (Stein, 1991)** selbst war zumindest in den Anfangszeiten der Nazidämmerung in Deutschland davon fasziniert. Auch viele andere Wissenschaftler haben sich in den Dienst der Nationalsozialisten gestellt, und im ganzen Volk fanden sich nur wenige, die sich dieser Massenbewegung entgegenstellten.

Besonders wenn eine Klein- oder eine Großgruppe, ein Staat nicht über ihre demokratische Einrichtungen und die entsprechende Rollenverteilung wacht, kann es zu Prozessen in Gruppen kommen, die ich an anderem Ort als "Defektentwicklung von Gruppen" bezeichnet habe. Dabei habe ich u.a. die Degeneration einer Gruppe zu einer Masse in kleineren oder größeren Rahmen beschrieben. Ein solcher Prozeß kann vor allem dann erfolgen, wenn ein Mitglied, ein Mann oder eine Frau, zu mächtig wird im Vergleich zu den anderen, und besonders wenn er oder sie durch eine Untergruppe gestützt wird, so kann er oder sie seine / ihre Position festigen und ausnützen, um die anderen in ihren Rechten zu beschränken und sie zu beherrschen.



Wie wir bei unseren gruppenpsychotherapeutischen Erfahrungen, beginnend seit 1953 und offiziell seit 1955, gesehen haben, kann dies insbesondere bei einem unerfahrenen Gruppenleiter vorkommen, wenn ein dominierender Patient in der Gruppe ist, der immer wieder, statt dem Leiter, die Führungsrolle übernimmt und als Schrittmacher wirkt. In einer solchen Situation droht dem Therapeuten und der Gruppe, allmählich abhängig zu werden von diesem einen, dem Monopolisten. Wenn dieser Teilnehmer auf diese Weise eine Machtposition erreicht hat, besteht die Gefahr, daß er sie in emotional betonten Situationen ausnützen wird, um seinen persönlichen Ehrgeiz zu erfüllen und die anderen in eine untergebenenposition zu drängen, in welcher sie nur noch ausführen können, was der Übergeordnete von ihnen will. Das bedeutet, daß die anderen Mitglieder nicht mehr eine individuell differenzierte Rolle in der Gruppe übernehmen können. Sie sind dann alle einander gleichgeschaltet. In einer solchen Gruppe besteht schließlich also nur noch eine zweistufige Hierarchie, bestehend aus dem Führer einerseits und den Geführten andererseits.

Als der Autor im Jahre 1955, als er noch wenig Erfahrung mit Gruppenpsychotherapie hatte, in einer Frauenaufnahmeabteilung ungefähr während eines Jahres sich immer auf eine dominierende paranoide Patientin verlassen hatte, deren Persönlichkeit noch gut erhalten war, und er eines Tages eine andere, die sich zahlreicher Diebstähle auf der Abteilung schuldig gemacht hatte, auf eine andere Abteilung verlegen mußte, stachelte die dominierende Patientin die Kranken der ganzen Abteilung gegen den Autor wie aber auch gegen die gesamte Psychiatrische Klinik und die Psychiatrie insgesamt auf, so daß es dann zu bewegten Szenen kam. Ruhe trat in dieser Abteilung erst wieder ein, als der damalige Chef der Psychiatrischen Universitätsklinik, Herr Prof. J.E. Staehelin, der dominierenden Patientin mittels eines Unterstützungsfonds die Ferien ermöglichte. Es



galt danach aber, zusätzliche Schuldgefühle bei den anderen Kranken durchzuarbeiten.

In solchen Situationen, in welchen, angeregt durch einen Monopolisten, Emotionen und Triebe angeregt werden, verhalten sich die Unterworfenen in der Regel kritiklos. Sie sind dann entweder koordiniert ausgerichtet auf das vom Führer angeordnete Massenverhalten, oder aber sie verhalten sich in dissoziierter Weise aggressiv, ohne mehr eine bewußte Kontrolle auf ihr Verhalten auszuüben.

Auf ähnliche Weise kam es zu den historischen Massenausbrüchen der nahen und fernen Vergangenheit. Vorher anscheinend vernünftige Menschen können dabei, angeregt durch einen Führer oder eine Führungsgruppe, derart von Gefühlen und Triebregungen ergriffen werden, daß sie das Menschliche in anderen, nicht dazugehörigen Menschen und/oder in Angehörigen anderer Völker nicht mehr zu erkennen vermögen. So hat der ehemalige Propagandaminister Dr. Josef Goebbels in einer "Volksbefragung" im Sportpalast zu Berlin, als er fragte: "Wollt ihr in den Krieg", und "Wallt ihr gegen Engelland?" einen Massenjubel und ein vieltausendfaches Ja ausgelöst. Die Kriegsbegeisterung und der Haß gegen die Feinde, aber auch gegen die Ausgeschlossenen im eigenen Volk wie die Juden und Zigeuner, kannten keine Grenzen. Jegliche Vernunft wurde ausgeschaltet.

Wohin die nationalsozialistische Bewegung schließlich führte, sollte allen bekannt sein, obwohl heute oft zu verleugnen versucht wird, daß Millionen von Menschen zu Opfern der nationalsozialistischen Ideologie wurden. Einem Artikel von **Helmut Krausnick** mit dem Titel "Judenverfolgung" im Buch «Anatomie des SS-Staates, Band 2» entnehme ich u.a. folgendes: «Überdies sprechen die Tatsachen selbst unmißverständlich. So ließ nach einem ebenfalls erst neuerdings verfügbaren Dokument das in Li-

tauen eingesetzte Einsatzkommando 3 der Einsatzgruppe A am 4. Juli 1941 - d.h. bereits zwei Tage nach Aufnahme seiner Tätigkeit und zwei Tage nach jenem (den Personenkreis bezeichnenden) schriftlichen Erlaß Heydrichs an die Höheren SS- und Polizeiführer - durch litauische Partisanen in Kowno ("Fort VII") 416 Juden und 47 Jüdinnen erschießen. Seit dem 15. August 1941 erschöß das Einsatzkommando (laut seiner «Gesamtaufstellung») fast täglich auch jüdische Kinder; so am 29. August 1941 in Utena und Moletai neben 582 Juden und 1731 Jüdinnen allein «1469 Juden Kinder». Unter «Exekutionen bis zum 1. Februar 1942» (die tatsächlich noch bis 25. November 1941 "durchgeführt" worden waren) verzeichnete es 1064 Kommunisten, nur 56 Partisanen, 653 Geisteskranke, 44 Polen, 28 russische Kriegsgefangene, 5 Zigeuner, 1 Armenier - aber 136 421 Juden! Diese Zahl befindet sich in einem Gesamtbericht der Einsatzgruppe A wieder, der bereits 229 052 exekutierte Juden verzeichnet. Einsatzgruppe B meldete bis 14. November 1941 Erschießungen von 45 467, Gruppe C bis Anfang Dezember 1941 von 95 000, Gruppe D bis 8. April 1942 von 92 000 Juden, Himmler selbst an Hitler am 20. Dezember 1942 aus den Monaten August bis November in der Ukraine, Südrußland und dem Bezirk Bialystok die Erschießung von weiteren 363 211 Juden, so daß man (zumal hier namentlich Weißrußland ab 1942 fehlt) im ganzen mit über einer Million allein durch die Einsatzgruppen und ihre Hilfskräfte (Polizei und einheimische «Milizen») ermordeter Juden zu rechnen haben wird. "

Wie man bei dieser äußerst peinlichen Buchführung durch die damaligen Machthaber und ihrer Helfershelfer die Tatsache leugnen kann, daß damals Millionen Menschen umgebracht wurden, erscheint mir kaum verständlich. Noch aber sind diese Leugnenden mit der nationalsozialistischen Ideologie und dem sogenannten Führer dermaßen narzisstisch - fusionär verbunden, daß die reiferen Ich-Anteile, so-

fern sie überhaupt bei diesen Leuten bestehen, oder koordiniert zum Tragen kommen können, nicht zur Geltung kommen. Doch dürfen wir nicht in den Fehler verfallen, dieses Leugnen nur als ein Problem solcher abnormer Persönlichkeit zu betrachten. Der Mensch neigt im allgemeinen dazu, alles ihm Unangenehme, alles, für das er sich schämen und sich Schuldgefühle bereiten müßte, abzuwehren und zu verleugnen.

Was die Gruppenpsychotherapie anbetrifft, werden viele Psychotherapeuten argumentieren, daß dabei eine solche Massenentwicklung zu einer Bande, einer «Masse im Kleinen» nicht geschehen dürfe. Da aber die Masse als hintergründige Gefahr in jeder Gruppe mit enthalten ist, kann nicht so argumentiert werden. In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß **Sigmund Freud** (1921) in seiner «Massenpsychologie und Ich-Analyse» die beiden Worte «Gruppe» und «Masse» synonym verwendet. Er nahm in diesem Werk eine Urhorde an, die von einem mächtigen Vater dominiert worden sei. Überlegen wir uns nun, weshalb er die beiden Worte Gruppe und Masse abwechseln für die von ihm supponierte Urhorde gebraucht hat, so müssen wir daran denken, daß, je mehr wir in der Geschichte zurückgehen, wir desto mehr auf Gruppen stoßen werden, welche nicht mehr eine differenzierte Rollenstruktur aufweisen, sondern lediglich eine zweistufige Hierarchie erkennen lassen, bestehend aus dem Führer einerseits und den Geführten andererseits. Gruppe und Masse haben in diesen archaischen Zeiten also eine gemeinsame Matrix. Von diesem Ursprung aus entwickelten sich wohl Gruppe und Masse allmählich auseinander, doch bleibt, *als* archetypische Möglichkeit, die Masse in jeglicher modernen Gruppe enthalten. Das heißt, es kann in der Gruppensituation bei entsprechender Anregung durch einen Führer, in emotional gefährdenden Situationen ein urtümliches Massenverhalten aktiviert werden. Das Mas-

senverhalten entspricht einer archetypisch (**Jung**, 1929) angelegten Möglichkeit des Menschen.

## **Das restlos auf sich selbst zentrierte Kollektiv**

Gelegentlich beobachten wir in der Gruppenpsychotherapie, nicht selten aber auch in größeren Gruppierungen sozialer oder religiöser Art, eine Entwicklung zu einem restlos auf sich selbst zentrierten Kreis. Die Mitglieder schließen einander dermaßen in ihr Selbst und Selbstgefühl ein, daß sie sich kaum mehr als getrennt voneinander erleben. In der Gruppenpsychotherapie führt das Entstehen eines derartig mächtigen "narzißtischen Gruppenselbst" (um die Gruppe erweitertes Selbst, das dann wieder narzißtisch besetzt wird) bei jedem Beteiligten zu einer intensiven Phase der Fusion in den Mitgliedern, so daß jegliche kritische Stellungnahme und damit jede therapeutische Weiterentwicklung in Frage gestellt ist.

Auch in gewissen religiösen und politischen Gemeinschaften, die sich vollkommen abschließen von den übrigen Menschen, besteht die Gefahr, daß sie durch diese Zentrierung auf sich selbst den Bezug zur Realität des Lebens und der Gesellschaft verlieren. Angehörige einer solchen Gruppe, die restlos ihre Eigenliebe mit jener des Gruppen Ganzen verbinden, geben damit die Möglichkeit aus der Hand, frei zu entscheiden. Es droht ihnen dann, durch Anführer, die zur Projektion von aggressiven Ich-Anteilen auf als Feinde erlebte Mitmenschen oder andere Völker neigen, fehlgeleitet zu werden. Auch der sogenannte Selbstmord der amerikanischen Volkstempelsekte im November 1978 in Guayana, auf Anordnung des Führers **Jim Jones**, beruht offensichtlich auf der gleichen Grundlage. Menschen, die in ihrer Selbstidentität gestört waren, vertrauten sich gänzlich ihrem Führer an, einem Mann, der ebenso eine Fusion mit der Gruppe erstrebte, wie die

Anhänger mit ihm. Als er die Macht einmal inne hatte, mißbrauchte er sie soweit, daß er sich - wohl nicht zu Unrecht - als Herr über sie fühlte. Den Befehl zum Selbstmord erteilte er, als er seine Welt durch die drohende Untersuchung einer amerikanischen Kommission in Gefahr sah. Der Mord am US - Abgeordneten **Leon Ryan** durch Mitglieder dieser Gruppe läßt erkennen, wie sehr **Jones** und seine Mitläufer bereit waren, alles, was sich ihren narzißtischen Größenvorstellungen entgegenstellte und sie bedrohte, gewaltsam zu beseitigen.

So kann die Aufhebung der individuellen Entscheidungsfähigkeit durch eine vollkommene Einschließung der anderen in den eigenen Narzißmus und den ebenso vollständigen Ausschluß anderer den ersten Schritt zu einer persönlichen oder kollektiven Katastrophe bedeuten.

Auch der Selbstmord der Davidaner in USA anfangs dieses Jahres 1993 auf Geheiß ihres Anführers dürfte in dieser engen Fusion der Mitglieder miteinander begründet liegen.

Als ich eine Frau des Divine Light Centers, das ehemals in Winterthur angesiedelt war, forensisch-psychiatrisch zu begutachten hatte, erklärte sie mir, daß der Anführer Swami Omkarananda wie ihr Rückgrat gewesen sei, so daß sie nicht anders habe handeln können, als auf seinen Befehl bei einem Gegner eine Bombe zu legen. Diese Ausdrucksweise zeigt anschaulich, wie sehr sie mit dem Swami fusionär verbunden war.

Soziale, politische oder religiöse Verbindungen, die also in einem abgeschlossenen narzißtisch-fusionären System leben, stehen in Gefahr, die Masse der Realität zu verlieren sowie menschen- und lebensfeindliche Ideologien zu entwickeln. In einer schweizerischen Gemeinschaft wurde eine noch nicht ganz 20-jährige Frau im Rahmen einer religiösen Gemeinschaft so lange gepeitscht, um ihr "den Teufel aus-



zutreiben", bis sie das Leben aushauchte. Die Religion wird in diesem Falle mißbraucht, zur blinden Ideologie entwickelt, so daß die dazugehörigen Menschen, vollkommen in deren Bann gezogen, angeblich im Namen der Religion, zu allen Handlungen an sich und den übrigen Menschen bereit sind.

In der Gruppenpsychotherapie kann selbstverständlich eine solche Tendenz zu einem völlig in sich geschlossenen Zirkel nicht angezeigt sein, schon allein wegen des Umstandes, daß damit jegliche Selbst- und Fremdkritik ausgeschaltet wäre. Eine therapeutische Gruppe muß darauf ausgerichtet sein, daß jedes Mitglied temporär in eine Hilfstherapeutenstellung kommen kann und damit eventuell zu Problemlösungen beiträgt, an die der Psychotherapeut unter Umständen gar nicht gedacht hätte. Nur eine möglichst demokratisch funktionierende Gruppe, in der die Beteiligten wechselnd unterschiedliche Rollen übernehmen können, vermag die Beteiligten zu einem Einsichtsprozeß und zu sozialem Handeln zu motivieren.

## **Prophylaxe gegen alle Formen der Gruppenentartungen**

Im Rahmen der Gesellschaft ist es nicht leicht, wie beispielsweise die Ereignisse mit dem Front National in Frankreich und den Rechtsgruppen in Deutschland gezeigt haben, solche Gruppenfehlentwicklungen zu verhüten. Besonders in einer Zeit wirtschaftlicher Krise werden oft durch psychisch gestörte Personen, meist Borderlinepersönlichkeiten, Menschen, die sich in einer gewissen sozialen Not befinden, gegen Feindbilder aufgestachelt. Alles, was nicht in die Vorstellungen dieser Führenden paßt, wird als feindlich abgestempelt. Deshalb ist es in jedem Staat wesentlich, daß jeder Bürger, jede Bürgerin, dafür sensibilisiert werde, die politische Verantwortung mitzutragen und über die demokratischen Einrichtungen zu wachen. In den



Kindergärten im übenden Spiel, in den Schulen in diskutierender Weise haben es die Heranwachsenden zu lernen, eine Mitverantwortung für das Funktionieren der Klasse zu übernehmen. Auch der autoritätszentrierte Unterricht sollte der Vergangenheit angehören, und jeder Schüler und jede Schülerin dazu angehalten werden, in einem bestimmten Teilgebiet eine Lehraufgabe zu übernehmen. Der Lehrer sollte vor allem als Berater dienen. Auch sollten in den Schulen Möglichkeiten zur Konfliktaustragung in Gruppen geschaffen werden, damit die jungen Menschen bereits früh lernen, mit ihren Problemen umzugehen und dafür Bewältigungsstrategien, ein Coping (**Lazarus, 1966, Heim 1988, Battegay 1991**) zu entwickeln. Es sollte aber auch in Elternzirkeln mit den Vätern und Müttern geübt werden, ihre Kinder nicht auf einen Kadavergehorsam hin zu erziehen, sondern sie zu frei verantwortlichen Bürgern werden zu lassen. Es muß den Eltern klar gemacht werden, daß Kinder, deren Selbstwerterleben durch Erziehungsmaßnahmen früh beeinträchtigt wird, später, im Erwachsenenleben, "!"legen fehlenden Selbstvertrauens dazu neigen, sich vor der Übernahme jeglicher Verantwortlichkeit in Familie, Beruf und Politik zu fürchten und etwa nach einer mächtigen Führerfigur Ausschau zu halten, durch die sie sich in ihrem Selbst verstärkt zu fühlen glauben. Das Kind sollte mit jener Würde angesprochen werden, wie es auch der Erwachsene von ihm Begegnenden erwartet. Die Heranwachsenden, ob schon sie noch kein Geld nach Hause bringen und in unserer materiell orientierten Gesellschaft noch keinen Status aufweisen, sollten nicht als Untergeordnete behandelt werden, die noch keine Rechte für sich beanspruchen dürfen. Es sind ja schließlich die Kinder die Träger der Zukunftshoffnungen ihrer Eltern. Die jungen Menschen können aber nicht einfach die Elternideale übernehmen, sondern müssen in ihren Wünschen und Eignungen geachtet werden, auch wenn sie andere berufliche und soziale Ziele anstreben, als die Eltern es sich vorstellen. Wir können als Erwachsene die Jungen auch nicht so behüten, daß ihnen

alle Probleme abgenommen würden. Gehen wir so vor, so werden wir aus primär Verwöhnten sekundär Frustierte schaffen, sie selbst im Erwachsenenleben alle Anforderungen an sie als zuviel erleben werden und Gefahr laufen zu versagen oder Anschluß in einer Massenbewegung zu suchen, die ihr Selbst vermeintlich verstärken könnte.

## Freiheit und Zwang

Hätte der Mensch alle Freiheiten, würde ihm bang vor dem Zwang des stetigen neuen Entscheidens. Wäre er ausschließlich, zum Beispiel in einer Gruppe oder einer Gesellschaft, dem Zwang unterworfen, fehlte ihm die Freiheit im Tun und Handeln, seine Gedanken könnten indes noch immer frei bleiben. Es ist so, wie es im Sprichwort heißt: «Gedanken sind zollfrei». Doch können sich die Gruppennormen derart auf die individuellen Einschätzungen und Wertungen auswirken, daß sich die Menschen selbst in ihrer Assoziationstätigkeit nicht mehr frei fühlen. Schon allein der Prozeß der Sozialisation beinhaltet, daß der Mensch, entsprechend der Gesellschaft, von Kleinkindesalter an zunehmend einen Normierungsprozeß durchläuft, der darauf hinausläuft, daß viele seiner Möglichkeiten nicht gelebt werden. Der als Zwang empfundene Anpassungsdruck und die damit gegebene begrenzte Freiheit des Menschen führen also dazu, daß viele seiner Potentialitäten verkümmern. Jedes Kind, mit Ausnahme der Gehirngeschädigten, bringt ein Gehirn auf die Welt, daß es eigentlich zum Genie befähigte. Um aber mit anderen Menschen in Kontakt treten zu können, muß auf eine volle Entfaltung aller im Gehirn begründet liegenden Möglichkeiten verzichtet werden. Man muß sich mit den anderen auf einem gemeinsamen Nenner treffen. In gewissen Gesellschaften wird diese gemeinsam eingehaltene Linie starr, bei anderen wieder flexibler gehandhabt und verstanden. Damit ist aber stets eine Freiheitsbegrenzung verbunden. Allerdings kann, wie **Bally**

(1945) gesagt hat, eine Freiheit ohne Ordnung nicht entstehen. So findet beispielsweise unser freier Entscheid stets dann eine Grenze, wenn das resultierende Tun das Wohl des Mitmenschen beeinträchtigt. **Jean Jaques Rousseau** (1792) hat in seinem «contrat social» schon darauf hingewiesen, daß der Mensch in dieser Sicht in einem Vertragsverhältnis zu anderen Menschen steht. Auf die Frage, was die Thora, die Gesetzesrolle mit den fünf Büchern Moses' enthalte, antwortete Rabbi Hilel: "Was Du nicht willst, das man Dir tu, das füg auch keinem anderen zu. Nun gehe hin und lerne." Der Mensch muß sich also im Rahmen einer Gruppe oder der Gesellschaft soweit bringen, seine Grenzen zu akzeptieren, und er wird sich umso freier fühlen, je mehr ihm das möglich ist. Je mehr er aber seine Grenzen überschreiten möchte, je mehr ihn der Ehrgeiz dazu treibt, mehr sein oder scheinen zu wollen, als er ist, desto unfreier wird er sich fühlen. Viele von uns Menschen neigen aber dazu, oft auch kompensatorisch bei schlechtem Selbstwerterleben, sich besser einzuschätzen und größer zu sehen als andere. Wir sind dann auf gefährlichem Pfade, wie die Geschichte gezeigt hat, denn nicht weit ist der Schritt dann dazu, daß man sich selbst, die Gruppe, oder das Volk, denen wir zugehören, als hochwertiger denn andere ansieht.

In der Antinomie zwischen Zwang und Freiheit müssen wir uns bewußt sein, daß wir ständig eingebunden sind in die menschliche Gemeinsamkeit und Gemeinschaft. Welcher Hautfarbe, Rasse oder Religion oder Nation wir auch immer angehören, immer werden wir der Tatsache gewahr werden müssen, daß unter dem Gesichtswinkel der Natur, für die Religionen im Angesicht Gottes, alle Menschen gleichwertig, wenn auch nicht gleichartig sind. Laßt uns die Stereotype überwinden und unsere Verschiedenartigkeit anerkennen. Es besteht für alle Menschen ein Platz auf Erden. Weshalb soll der eine dem anderen sein Betätigungsfeld oder seine Domäne einengen? Nur in gegenseitig-

gem Einvernehmen, das durchaus auch den Wettbewerb gestattet, werden wir, bei den der Menschheit erwachsenden Bedrohungen wie Umweltverschmutzung, Atomverseuchung, Neigung zu kriegesischen Auseinandersetzungen und dem verbreiteten Rassismus, die Zukunft für die Heranwachsenden retten können. Ein Ausgewogenes Verhältnis von Ordnung und Freiheit stellt dafür die beste Voraussetzung dar.

## Zusammenfassung

In jeder Gruppe bilden sich mit zunehmender Dauer ihrer Existenz relativ einheitliche Ansichten, Wertungen und Verhaltensweisen. Wer daran nicht teilnehmen kann oder will, gerät in die Situation der «Anomie» (**Dürkheim**, 1893). Bald kommt es zur Entwicklung von verurteilenden Einschätzungen, zu «Stereotypen», in bezug auf diese Außenseiter. Im Extremfall werden sie nicht mehr als gleichwertige Menschen anerkannt, und Tür und Tor für Gewalttätigkeit, ja sogar für Mord an ihnen, kann geöffnet sein. Die Ausgrenzung von Abweichenden gegenüber der Majorität einer Gruppe ist ein archetypisches Phänomen (**C.G. Jung**, 1958), vor dem auch Gebildete nicht gefeit sind. Wacht eine Klein- oder Großgruppe, ein Staat, nicht über ihre bzw. seine demokratischen Einrichtungen, kann es dazu kommen, daß eine Führerpersönlichkeit zu mächtig wird und sich die anderen unterordnet und sie gleichschaltet. Eine solche Entwicklung ist unter Umständen auch in der Gruppenpsychotherapie möglich, wenn der Therapeut stets ein dominierendes Mitglied stützt, so daß es mit der Zeit den anderen übergeordnet ist und sie dominiert. In der Politik können, wie vor allem die Erfahrungen in Deutschland gezeigt haben, Führer eine solche Gewalt, aber auch eine solche Faszination auf das Volk ausüben, daß es in eine Massenbewegung gerät und bereit ist, sogar vielfachen Mord auszuüben. Daß so im Nazireich Millionen getötet

wurden, kann nicht wegdiskutiert oder verleugnet werden. Dafür bestehen eindeutige Protokolle. Aber auch therapeutische Gruppen oder anderweitige Kollektive, die sich restlos auf sich selbst zentrieren, können vor allem für die Beteiligten selbst, gelegentlich aber auch für andere, gefährlich werden. Davon zeugen bekanntgewordene Selbstmorde ganzer religiöser Gemeinschaften wie aber auch durch solche Kollektive angezettelte Bombenattentate auf Gegner. Eine gründliche Prophylaxe gegen solche Gruppenentartungen bereits in der Schule durch frühes Üben der Verantwortlichkeiten, nicht nur in der Theorie, sondern in praktischer Gruppentätigkeit und Mitverantwortung für den Unterricht, sollen den Blick für die Notwendigkeit des stetigen Hütens der demokratischen Einrichtungen und der verantwortlichen Mitbeteiligung an der Entscheidungsfindung schärfen. Ein ausgeglichenes Gleichgewicht zwischen Ordnung und Freiheit wird mithelfen, Fehlentwicklungen zur Masse im kleinen oder größeren Rahmen wie auch zum restlos auf sich selbst zentrierten Kollektiv zu vermeiden.

## Literatur

Bally, G.: Vom Ursprung und von den Grenzen der Freiheit, Benno Schwabe, Basel 1945

Battegay, R.: Defense and Coping in the Antinomy between Self-maintenance and Adaption. The Journal of the American Academy of Psychoanalysis 19, 471 - 483, 1991

Dürkheim, E.: Les regles de la methode sociologique, Felix Alcan, Paris 1893, 9. Aufl 1938

Hofstätter, P.R.: Psychologie, Fischer, Frankfurt a.M. 1957



Freud, S.: Massenpsychologie und Ich-Analyse, Int. Psychoanalyt. Verlag, Leipzig/Wien/Zürich 1921 und Gesammelte Werke, Vol XIII, pp 71- 161, Chicago/London 1940

Heim, E.: Coping and Adaptivität: gibt es ein geeignetes oder ungeeignetes coping? Psychother. Med. Psychol., 38, 8-18

Jung, C.G.: Die Bedeutung von Konstitution und Vererbung für die Psychologie. Medizinische Welt, ärztliche Wochenschrift 111/47, 1929 und Die Dynamik des Unbewußten, Gesammelte Werke Bd. 8, pp 121 - 129, Rascher Zürich und Stuttgart 1967

Krausnick, H.: Judenverfolgung, in: Krausnick, H., Buchheim, H., Broszat, M., Jacobson, H.A.: Anatomie des SS-Staates, Band 2, Deutscher Taschenbuch Verlag (dtv) München 1967

Lazarus R.S.: Psychosocial Stress and the Coping Process, McGraw-Hill, New York 1966

Portmann, A.: Vom Ursprung des Menschen. Friedr. Reinhardt, Basel 1944

Rauchfleisch, U.: Allgegenwart von Gewalt, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992

Richter, H.E.: Die Gruppe: Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Rowohlt, Rheinbeck bei Hamburg 1972.

Rousseau, J.J.: Der Gesellschaftsvertrag. Felix Meiner, Leipzig 1919. Übersetzung der französischen Originalausgabe: "Du contract social ou principes du droit politique", Nouvelle Edition, Belin, Caille, Gregoire, Volland, Paris 1972



Sherif, M.: in: Hofstätter, P.R.: Gruppendynamik, Rowohlt, Hamburg 1957. - Einführung in die Sozialpsychologie. Kröner, Stuttgart 1963

Stein, R.: Jung's "Mana Personality" and the Nazi-Era, in: Maidenbaum, A., Martin, St.A.: Unering Shadows, pp 89-116, Shambala, Boston und London 1991

### **Anschrift des Verfasser**

Prof.Dr.med. Raymond Battegay  
Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik  
und Ordinarius an der Universität Basel  
Kantonsspital, Petersgraben 4

CH-4031 Basel, Schweiz



**"Iß, damit du etwas zuzusetzen hast, wenn du krank bist"**

## **Gutachten und Dokumentation für Gruppenpsychotherapie**

von Hans-Jürgen Köttner, Arzt, Reinheim

### **Spontanangaben**

"Seit Sommer diesen Jahres nehmen die schon länger bestehenden Angstzustände wieder an Häufigkeit und Schwere zu. Dabei kommt es zu Schwäche in den Beinen, Zittern ~~und~~ ganzen Körper, Herzrasen, Schwindel, Leere im Kopf, Übelkeit, Engegefühl und Platzangst, so daß ich manchmal nicht mehr aus dem Hause gehe und Kontakt meide und auch wieder Angst bekomme, Auto zu fahren. Seit drei Jahren habe ich weiterhin an Gewicht zugenommen. Ich esse häufig Süßigkeiten bei Spannungssituationen und komme mit meinem Aussehen immer weniger zurecht."

### **Anamnese**

#### **a) *Familienanamnese***

Mutter 59 Jahre, Hausfrau, verwitwet seit 1952, verheiratet seit 1953. Vater starb 25jährig 1952 an Magendurchbruch. Stiefvater 62 Jahre, bei der Post tätig, im August 1990 Herzinfarkt. Drei Stiefgeschwister, 2 Brüder und 1 Schwester.

#### **b) *Körperliche Entwicklung***

Unauffällige Schwangerschaft und Geburt. Laufen und sprechen normal. 1970 Schilddrüsen-OP. 1976 Sterilisation.

- c) *Psychische Entwicklung*  
Unauffällige Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Seit 15 Jahren rezidivierende Angstzustände,, deshalb erstmals 1977 in gruppenpsychotherapeutischer Behandlung für wenige Monate. 1988 3 Wochen stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik des Elisabethen-Stiftes in Darmstadt.
- d) *Sozialpsychologische Entwicklung*  
Geboren 1951, Hauptschulabschluß 1966, bis 1969 Lehre als Friseurin, bis 1970 in graphischer Werkstatt tätig, danach Hausfrau. Verheiratet seit 1969 mit K., geboren 1948, Elektroinstallateur, 2 Söhne, 21 und 19 Jahre alt, 1 Adoptivsohn 11 Jahre, 1 Pflege Tochter, 20 Jahre.

## **Psychischer Befund**

Bewußtsein klar, kein Anhalt für formale Denkstörungen, ängstlich, freundlich, gute Kontaktaufnahme, im Antrieb nicht gemindert, durchschnittliche Intelligenz, körperlich sehr fixiert, psychisch deutlich labil, emotional schwingungsfähig, kein Anhalt für Suizidalität, gute Motivation. Es besteht Krankheitsinsicht, aber auch Zweifel, ob nicht eine organische Krankheit vorliegt.

## **Psychodynamik**

Die Patientin wurde 1951 geboren. 21/2 Jahre später starb der Vater 25-jährig plötzlich wegen eines Magendurchbruchs. 1953 heiratete die Mutter einen Freund des Vaters. 1954 und 1959 wurden Stiefbrüder und 1956 eine Stiefschwester geboren. Die emotionale Beziehung zur Mutter sei nicht gut und kalt gewesen. Später mußte sie auf die Ge-

schwister aufpassen und wurde bestraft, wenn die Geschwister etwas anstellten. Auch zum Stiefvater, der als geduldig und warmherzig geschildert wurde, konnte sie keine tiefe emotionale Bindung aufbauen. Eine Tante, die Schwester ihres Vaters, warnte sie, daß Stiefväter sich sexuell an Stieftöchtern vergingen, deshalb habe sie als Kind immer Angst vor ihm gehabt. Die eigentliche emotionale Bindungsfigur war eben diese Tante, die ihr ihre ganze Aufmerksamkeit schenkte und ihr als Kind viele Wünsche erfüllte. Auf der anderen Seite wurde sie durch die Todesphantasien der Tante sehr verängstigt. Diese nahm sie sehr oft zum Grab des Vaters mit, erzählte, wie er in der Erde liege und die Würmer an ihm nagen würden. Auch sagte sie sehr oft, daß sie wohl auch im Alter ihres Vaters sterben würde. Die Angstzustände der Patientin traten dann auch mit etwa 25 Jahren erstmals auf. In der ödipalen Situation identifizierte sich die Patientin im Rahmen ihrer Ich-Findung mit den Pünktlichkeits- und Zuverlässigkeitsvorstellungen sowie den Konfliktvermeidungsstrategien dieser Tante. Die Trauerarbeit über den Vater wurde durch die nicht gelungene Beziehung zur Mutter und zum Stiefvater und die Todesphantasien der Tante blockiert. Die Sehnsucht nach Wärme und Geborgenheit wurde von der Tante nur teilweise erfüllt. Wohlverhalten wurde von ihr durch Belohnung mit Süßigkeiten verstärkt. Es entwickelte sich bei der Patientin sehr früh eine Neigung zum Übergewicht und dieser Mechanismus der Resomatisierung tritt heute noch bei Spannungssituationen auf. Als Delegationsauftrag übernahm die Patientin eine permanente Verpflichtung ihrer Familie gegenüber. Da sie nicht offen gegen die Eltern und Tante rebellieren konnte, gab sie schuldbewußt die Autonomiebestrebungen zugunsten von Abhängigkeit gerade dieser Tante gegenüber auf. Die aufkommenden Aggressionen wurden verdrängt und zum einen im Sinne der Kompensation ins Körperliche als unbewußte Triebregung verschoben und zum anderen gegen das eigene Ich gerichtet. Dieses labile Gleichgewicht mangelnder Objektkon-

stanz wurde zunächst durch die Beziehung zum Ehemann und die Kinder stabilisiert und dekompenzierte erstmals, als der Ehemann durch Hausbau und berufliche Überforderung weniger Zeit und Geduld für die Patientin hatte. Zu einer Verschärfung der Symptomatik kam es, als die Pflegetochter selbständig wurde und Beziehungen zu Freunden aufnahm und ein guter Nachbar starb. Durch die anschließende stationäre Behandlung kam es zunächst zu einer Stabilisierung der Angstzustände. Nach der Hochzeit der Pflegetochter Mitte 1991 und dem begonnenen Hausbau für die Söhne kam es seit Sommer 1991 zu einer Verschlechterung der Symptomatik, da erneut das labile Gleichgewicht der mangelnden Objektkonstanz ins Wanken kam. Der Ehemann hatte durch den Hausbau weniger Zeit und Geduld und der Auszug der zwei älteren Söhne steht unmittelbar bevor. Weiterhin machte sich die Patientin erhebliche Gedanken um den Gesundheitszustand des Ehemannes durch die Doppelbelastung von Hausbau und Beruf sowie den Gesundheitszustand des Stiefvaters nach seinem Herzinfarkt 1990. In dieser Zeit kam es auch zu einer erneuten Gewichtszunahme von 7 kg. Die Patientin wiegt jetzt 92 kg bei 161 cm Größe.

## Diagnose

Es handelt sich um eine angstneurotische Entwicklung auf der Basis einer abnormen Trüuerreaktion mit vegetativ-funktionellen Störungen und Übergewicht. Aktualkonflikt ist Ablösung der Kinder, Überforderung des Ehemannes und Erkrankung des Stiefvaters sowie sozialer Rückzug. Grundkonflikt ist der frühe Tod des Vaters sowie eine funktionale Eltern-Kind-Beziehung bei ambivalenter Objektbeziehung.



## Behandlungsplan

Angeichts der bestehenden aktuellen Problematik und der nachvollziehbaren ätiologischen Verarbeitung und dem objektivierbaren Zusammenhang zwischen der derzeitigen Konfliktlage und dem Grundkonflikt halte ich 50 Sitzungen Gruppenpsychotherapie, 1-2mal wöchentlich je 100 Minuten nach Ziff. x für unbedingt erforderlich. Die geplante Gruppenpsychotherapie bietet der Patientin mit multiplen und multidimensionalen Übertragungsmöglichkeiten eine Chance, die Frustration des Aktualkonfliktes besser aufzufangen und ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Die emotionale Übertragung innerhalb der Gruppenpsychotherapie hat sich positiv entwickelt, wobei die Anlehnungswünsche der Patientin der Gruppentherapie entgegenkommen.

## Prognose

Im bisherigen Verlauf ergaben die emotionalen Widerstände der Patientin (Verdrängung, Verschiebung, Wendung gegen das Selbst und Somatisierung) einen guten Einstieg in die Problematik der Patientin. Sie verhielt sich kooperativ und zeigte gute Mitarbeit. Die Übertragungssituation entwickelte sich positiv und war gut kontrollierbar. Die Patientin zeigte zunehmend Krankheitseinsicht.

Im Rahmen des positiven Vorgehens und der inhaltlichen Darstellung gelang es schrittweise einen Standortwechsel zu erreichen und die Selbstständigkeit der Patientin zu fördern. Aus der bisherigen Arbeit mit der Patientin wird die weitere Prognose als positiv beurteilt.

## Verlaufsbericht:

Zu Beginn der Therapie wurde unter Einbeziehung der Geschichte "Die Weisheit des Hakim" die positiven Aspekte von Angst als Fähigkeit, bedrohlich empfundenen Situationen und Objekten auszuweichen sowie die Deutung, daß Angst Energieaufwand ohne Zielsetzung ist, angesprochen.

Die Patientin selbst brachte in diesem Zusammenhang einen weiteren Aspekt in die Gruppe ein, sie zeigt auf, daß die im Vordergrund stehenden vitalen Ängste vor allem in Situationen des Alleinseins auftraten. Dies wurde nach Spiegelung durch die Gruppe von der Patientin als unbewußter Wunsch nach Nähe und Kontakt gedeutet und gewertet. Gleichzeitig fiel ihr auf, daß die Angstgefühle immer dann vermehrt auftraten, wenn Trennungen bevorstanden oder stattfanden. Dies wurde ganz deutlich an ihrer Darstellung des Auszugs der Pflögetochter.

Da 7 von 9 Patienten Übergewichtsprobleme hatten, wurde in der 2. Stunde die positiven Aspekte von Adipositas als Fähigkeit, sich etwas Gutes zu gönnen, unter Zuhilfenahme der Geschichte "Die geteilten Gebote" thematisiert. Bis zur 8. Stunde standen dann verschiedene Aspekte des Essverhaltens im Vordergrund. Bei der Patientin spielten folgende familiäre Konzepte zum Umgang mit dem Essen eine wichtige Rolle;

- der Teller muß leergegessen werden,
- Essen und trinken hält Leib und Seele zusammen
- iß, damit du etwas zuzusetzen hast, wenn du krank bist.

Auch die Mutter der Patientin war übergewichtig und wurde ansonsten von der Patientin als kalt geschildert. Es gab eine enge Koppelung zwischen Essen, emotionaler Zuwendung, denn unter dem Motto: "Liebe geht durch den Magen" wurde die Patientin von der Mutter gelobt, wenn

sie noch einen zweiten Teller aß. Ansonsten waren Lob und Zuwendung eher Mangelware.

Es gab auch feste Essenszeiten. Ob man nun Hunger hatte oder nicht, mußte gegessen werden. Die Portionen selber wurden von der Mutter bestimmt und mit dem Satz: "Im Krieg wäre man froh gewesen" noch ein Extralöffel draufgegeben. Der Vater, der keine Gewichtsprobleme hatte, war sozusagen anwesend, aber nur schweigend und eigentlich nicht da.

Die Patientin schilderte: "da schaufelte ich eben in mich rein, was auf dem Teller war, und damit ich es auch schaffte, fing ich an, immer schneller zu essen. Ich war dann knüppeldick satt und spürte nicht mehr, ob ich Hunger hatte oder satt war. Mein Sättigungsgefühl wurde nicht durch mein Inneres, sondern durch meine Mutter bestimmt. Dies führte dazu, daß ich bei Dingen, die mir schmeckten, dann nur noch aus Lust weiter aß, weil es eben gut schmeckte. Bei Dingen, die ich nicht mochte, mußte ich so lange vor meinem Teller sitzen, bis er leer war."

In der 4. Stunde schilderte die Patientin, daß ihr Eßverhalten auch noch von ihrer Tante mitbestimmt war, die die eigentliche emotionale Bindungsfigur in den ersten Lebensjahren war. Obwohl die Mutter wenig Zeit hatte und die Tante sich sehr um sie kümmerte, wollte die Mutter nicht immer, daß sie soviel Zeit bei der Tante verbringe und verbot ihr auch manchmal, hinzugehen. Diese Tante lockte dann sehr mit Lieblingsspeisen und Süßigkeiten und jedesmal, wenn sie spazierengingen, gingen sie zunächst bei einem Bäckerladen vorbei und die Patientin konnte sich aussuchen oder bekam auch bei Besorgungen Geld, sich etwas Süßes zu kaufen.

Durch die Interaktion in der GI11ppe wurde der Patientin bewußt, wie eng bei ihr Angst, Argergefühl und Essen zusammen lagen und schilderte, daß sie sehr oft mit ihrer Tante auf den Friedhof gegangen sei an das Grab ihres Va-

ters und die Tante ihr durch ihre Geschichten von Geistern und vom Veiwesungsprozeß im Grab des Vaters oft sehr große Angst gemacht habe. Sie habe dann fast immer, weil je so gut zugehört habe und weil wohl die Tante ihre Angstlichkeit bemerkt habe, nach dem Verlassen des Friedhofs oder dann kurze Zeit später bei der Tante immer etwas Gutes zu essen bekommen.

Bei der Selbstbeobachtung, die die Patientin in der nächsten Stunde mit einbrachte, zeigt sich, daß sie sehr oft bei Streit oder Ärger oder Wut sich etwas zu essen besorgte. "Immer, wenn ich sauer bin, gehe ich auch an den Kühlschrank und ich merke, wenn ich traurig bin, daß ich manchmal in Freßorgien ver falle und mehrere Tafeln Schokolade hintereinander esse."<sup>1</sup>

In der Phase der weiteren Selbstbeobachtung brachte die Patientin folgende Zusammenhänge in die Gruppe ein:

- ich esse auch ohne Hunger, wenn ich etwas sehe, aus Langeweile, immer wieder zwischendurch und auch wenn andere essen.
- In mir ist oft ein Spannungsgefühl oder innere Unruhe, das/die sich durch essen bessert.
- ich esse, wenn ich traurig bin und wenn ich einsam bin, wenn ich mich geärgert habe und wenn ich mich ungerecht behandelt fühle.
- ich lasse nichts auf dem Teller liegen.
- nach dem Essen fühle ich mich wohl - aber ärgere mich oft, weil ich zuviel gegessen habe.
- manchmal schmeckt es mir einfach so gut, daß ich weiteresse, auch wenn ich eigentlich schon satt bin.

In der 7. Stunde wurde der Patientin durch die Spiegelung in der Gruppe deutlich, daß im Körperbereich die Betonung ganz eindeutig auf dem Umgang und die Beschäftigung mit Nahrungsmitteln und die Angst, krank zu werden, fixiert sei. Die Patientin investierte bisher wenig Energie in

das eigene Aussehen und die Zusammenstellung der Kleidung, auch fand keine sportliche Betätigung statt. In ihrer Rolle als Hausfrau und Tagesmutter verbrachte sie auch viel Zeit im Sitzen. Sie betreute 2 Kinder ganztags und 1 Kind halbtags. Sehr häufig saß sie dabei auch vorm Fernseher und Video. In diesem Zusammenhng fiel der Patientin ein, daß sie dann oft auch in spannenden Situationen vor dem Fernseher naschen würde und daß sie dann häufig nicht merke, wieviel sie dann dabei zusätzlich esse.

Mitbedingt durch den Tod eines Verwandten eines Gruppenmitgliedes standen dann die Themen Tod und Trauer im Mittelpunkt. Dabei wurde die oben geschilderte Friedhofs-Situation, die die Patientin auch schon in den probatorischen Sitzungen schilderte, psychodramatisch dargestellt. In der Nachbesprechung kam die Patientin zu dem Schluß, daß es eigentlich die Ängste ihrer Tante im Umgang mit diesem Thema waren, die sie teilweise noch auslebte. Sie sagte: "Berta dachte nur immer im negativen oder pessimistischen Sinn. Leben nach dem Tod gibt es nicht, man ist zum Arbeiten da, denn nur wer arbeitet, ist gut. Gott gibt es nicht. Diese Fragen sind aber sehr wichtig für mich. Meine Eltern haben überhaupt nicht mit mir gebetet, bei uns wurde über Religion überhaupt nicht gesprochen. Auch über den Tod meines Vaters wurde nur selten gesprochen, und wenn, wurden nur die körperlichen Reaktionen bis ins Details geschildert."

#### **Anschrift des Verfassers:**

Hans-Jürgen Köttner  
Arzt / Psychotherapie  
Hinter der Kirche 7

64354 Reinheim



# "Lieber Schläge als gar keinen Kontakt!"

## Gutachten und Dokumentation für Gruppenpsychotherapie

von Dr.med. Georg A. Killing, Darmstadt

### Spontanangaben

"Während meiner Schwangerschaft vor fünf Jahren begann es, daß ich ständig krank wurde. Ich leide seitdem in regelmäßigen Abständen an Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich. Ich mußte ständig Antibiotika nehmen und bin seitdem in kontinuierlicher Behandlung beim HNO-Arzt. Allmählich stellte sich eine große Antriebsschwäche ein. Ich tue nur noch das Notwendigste, muß mich allerdings auch dazu zwingen. Ich habe keine Freude mehr am Essen, an Körperpflege, an Kontakten, und meine Wohnung verwairst zusehends. Meinem Kind gegenüber werde ich *immer* aggressiver, so daß ich zunehmend Angst bekomme, es zu schlagen oder zu verletzen. Daher habe ich auch Hilfe beim Kinderschutzbund gesucht, der mir dann zu einer Therapie rieten. Ich habe zur Zeit keine feste Partnerschaft. Meine Angst wächst täglich, daß ich die Probleme nicht mehr in den Griff bekomme. Ich versuche, möglichst viel Zeit mit Schlaf zu überbrücken."

### Anamnese

#### a) *Familienanamnese*

Die Mutter der Patientin heiratete zum ersten Mal 1934. Eines der beiden Kinder aus dieser Ehe starb. Es sei keine Liebesheirat gewesen. Der Vater der Mutter hätte die Ehe beschlossen. Doch dieser Mann habe sie sehr gut behandelt. Er starb im Krieg,

wo er Mitglied der SA war. Das 2. Kind, ihre Halbschwester, lebt heute noch im Haus und hat mit 18 Jahren geheiratet. Mit im Haus leben ihre Kinder und Enkel. "Meine Mutter hat 10 Jahre mit einem Mann in diesem Haus gelebt, der mein Vater war. Ich wurde am Silvesterabend 1955 geboren. Acht Tage danach, kam mein Vater durch einen Verkehrsunfall ums Leben." Auch später sah sie ihre Mutter nie mit einem Mann. Allerdings erinnert sie sich, eines Abends nicht ins Wohnzimmer zu dürfen. Die Mutter hatte einen Sessel vor die Tür geschoben. Am nächsten Tag fragte die Mutter ihre Tochter, was sie von einer nochmaligen Heirat halten würde. Das habe sie ziemlich im Spaß gesagt. Auf ihr bestimmtes "nein" schien die Mutter erleichtert zu reagieren. Die Tochter verstand unter "Heirat": da ist ein anderer Mann, der dich noch zusätzlich schlägt, demütigt und erniedrigt.

b) ***Körperliche Entwicklung***

Die Patientin lernte früh sprechen und konnte vor ihrem 1. Lebensjahr schon laufen. Die Patientin gibt an, daß sie als Kind des öfteren im Schlaf erbrochen oder Durchfall gehabt habe. Auch litt sie lange Zeit in ihrer Kindheit unter Asthma. Sie habe nächtelang im Bett gesessen und Luftnot gehabt. Sie sei dabei öfters aufrecht sitzend vor Erschöpfung eingeschlafen. Meistens aber konnten diese Anfälle nur durch Euphyllin-Injektionen unterbrochen werden. Diese Anfälle dauerten bis ins 10. Lebensjahr. In der Pubertät litt sie sehr unter Akne vulgaris, wogegen sie zahlreiche Therapieversuche unternahm. Ansonsten verlief die körperliche Entwicklung weitgehend unauffällig und altersgerecht.

c)

### *Psychische Entwicklung*

Lange Zeit konnte sie nur mit dem Schnuller einschlafen. Ihre Mutter habe ihr immer gesagt, daß sie ein böses Kind sei. Sie sei sehr häufig geschlagen worden. Die Mutter habe anderen Leuten im Umkreis "Schlagfreiheit" gegeben, wenn sie nicht gehorchen würde. Insbesondere wurde sie vom Mann ihrer Halbschwester, der im gleichen Haus wohnte, häufig geschlagen.

Kurz vor ihrem 18. Geburtstag unternahm sie einen ostentativen Suicidversuch mit 10 Schlaftabletten. Als Gründe gab sie an: den Rückzug ihres damaligen Freundes, Probleme mit ihrem Ausbilder und ihrer Mutter.

Mit 18 Jahren hatte sie ihren ersten Geschlechtsverkehr. Mit diesem Mann lebte sie 8 Jahre zusammen. Die Intimität, die sie hierbei erlebte, hatte für sie extrem große Bedeutung.

d)

### *Sozialpsychologische Entwicklung*

Die Patientin erlernte ihren Traumberuf Masseuse. Hierin schaffte sie es bis zur Ausbilderin. Allerdings arbeitete sie nie eigenverantwortlich in der ihr angemessenen Position. Sie kündigte damals, um sich ihrem Mann und ihrer Schwangerschaft zu widmen. Von ihrem ersten Freund trennte sie sich, da dieser erst zu einem späteren Zeitpunkt Kinder haben wollte. Anschließend heiratete sie einen geschiedenen Portugiesen, der ihr sehr kinderlieb erschien. Allerdings kam es schon in der Hochzeitsnacht zu heftigen Streitereien, ihr Mann litt wahrscheinlich unter einer pathologischen Alkoholintoleranz. Die Auseinandersetzung eskalierte derart, daß die Patientin drohte, sich mit einem Messer das Leben zu nehmen. Als sie schließlich schwanger wurde, konnte sie die Tobsuchtsanfälle ihres Mannes nicht mehr er-

tragen. Im 8. Schwangerschaftsmonat schließlich trennte sie sich von ihm. Die erste Zeit mit dem Neugeborenen muß extrem belastend gewesen sein. Sie hatte Probleme mit dem Stillen und ihre Tochter schrie 6 Wochen lang jede Nacht durch. Unter anderem bekam das Kind häufig hohes Fieber und mußte ins Krankenhaus wegen Verdacht auf Pneumonie. Zusätzlich bedrohte der Vater des Kindes die Patientin häufig massiv. Immer wieder drohte er, ihr das Leben zu nehmen und das Kind zu entführen. Da er sich ein Besuchsrecht erstritten hatte, konnte sich die Patientin schlecht gegen ihn wehren. Sechs Wochen nach der Geburt unternahm er den Versuch, die Patientin zu vergewaltigen. Schon früher während der Auseinandersetzungen hatte er sie oft geschlagen, so daß sie massive Blutergüsse im Gesicht hatte. Auch ging er in dieser Zeit wiederholt mit dem Messer auf sie los. In dieser Zeit bekam sie selbst auch häufiger Infekte und hohes Fieber. Nach der Trennung lebte sie bei ihrer Mutter, die sie zumindest finanziell etwas unterstützte und wo sie nach der Geburt mit dem Kind bleiben konnte. Schließlich bekam das Kind eine allergische Darmerkrankung, was eine sehr aufwendige Diät erforderlich machte. Die Patientin lebt jetzt seit 5 Jahren wieder im Haus ihrer Mutter, die Anfang dieses Jahres verstarb. Sie selbst lebt zur Zeit von der Sozialhilfe.

## **Psychischer Befund**

Die Patientin ist klar und kontrolliert. Sie ist intelligent und aufgeschlossen. Es besteht guter emotionaler Kontakt bei wechselhafter Stimmungslage. Sie wirkt oft ängstlich, gedrückt, voller Zweifel und Ängste, sich irgendwann nicht mehr kontrollieren zu können und ihr Kind zu schlagen. Sie

kommt pünktlich und regelmäßig zu den vereinbarten Sitzungen und ist bereit, die Patientenrolle in einem psychotherapeutischen Prozeß zu übernehmen. Bevorzugte Abwehrmechanismen sind Verleugnung, Idealisierung und Projektion. Es liegt eine gewisse anale Fixierung vor, die sich durch übertriebenen Ehrgeiz, Perfektionismus und eine tendentiell sado-masochistische Sexualität ausdrückt. Bei wechselnder Stimmungslage ist der psychopathologische Befund ansonsten unauffällig.

## Psychodynamik

Symptomorientierung: Depressive Verstimmung, vegetative Beschwerden, innere Unruhe, rezidivierende Infekte im HNO-Bereich, Angst vor Überforderung und Angst, die Kontrolle zu verlieren und dadurch ihr Kind zu schlagen und zu verletzen.

Die aktuelle Konfliktsituation der Patientin ist gekennzeichnet durch diskontinuierliche, sado-masochistische Partnerbeziehungen und der Ablösungsproblematik von der im April dieses Jahres verstorbenen Mutter. Als Alleinerziehende mit einem kranken 5-jährigen Kind fühlt sie sich leicht überfordert, da sie umfangreiche Diätmaßnahmen für das Kind einhalten muß und häufige Aufenthalte in Kliniken notwendig sind. Auf diesem Hintergrund fühlt sie sich auch beruflich völlig überfordert. Sie fühlt sich nicht mehr in der Lage, ihren Platz als Massage-Ausbilderin in absehbarer Zeit wieder einzunehmen. Der Grundkonflikt ist eine emotionsarme und auf sekundären Sozialisationsnormen ruhende Mutter-Kind-Beziehung (Funktionalität). Die Patientin erlebte emotionale Zuwendung und Körperkontakt hauptsächlich durch Schläge, insbesondere von der Mutter, dem Schwager und der Schwester. Doch orientierte sie sich im Rahmen ihrer Ich-Findung weitgehend an den Normen der Mutter. Ihre heutige so-



ziale Situation mit der Überforderung als Alleinerziehende ähnelt im Sinne eines Wiederholungszwanges sehr dem mütterlichen Vorbild. Ihrem Kind gegenüber möchte sie alles besser machen, ist aber darin so überfordert, daß sie ständig an ihre emotionalen Grenzen stößt. Die Reaktionen der Mutter und deren Erziehungsrichtlinien waren für die Patientin immer undurchschaubar, abgesehen davon, daß die Nichteinhaltung der geforderten sekundären Normen häufig mit großer Brutalität geahndet wurde. Als Über-Ich-Normierung übernahm sie das Konzept, alles besser, perfekter und liebevoller als ihre Mutter machen zu wollen, womit sie sich hoffnungslos überfordert. Der intrapsychische Konflikt besteht daher zwischen den überhöhten Anforderungen der Patientin an sich selbst und andere (Partnerschaften) und ihren realen Begrenzungen und Fähigkeiten. So kommt es nicht nur zwischen ihr und der kranken Tochter zu einer gewissen Wiederholung ihrer Lebensgeschichte. Auch in Bezug auf ihre Partnerschaften mit Männern besteht der neurotische Wiederholungszwang, sich emotionale Zuwendung durch Schläge und Gewalt sicherzustellen. Ihre defizitären Bereiche sind eine fehlende positive Beziehung zu ihrem Körper, Leistung und Zukunftsperspektiven. Sie kann sie derzeit durch die Antriebschwäche und ihre depressive Verstimmung nicht erleben.

## Diagnose

Es handelt sich um eine "Abwehrschwäche" mit rezidivierenden Infekten im HNO-Bereich auf dem Hintergrund einer neurotischen Depression. Die Neurosenstruktur ist zwanghaft-depressiv mit sado-masochistischen Tendenzen.

## Behandlungsplan

Zur Aufarbeitung der biographischen Anamnese mit deren tiefen Traumatisierungen halte ich eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie von 40 Sitzungen à 100 Min 1x wöchentlich für angezeigt. Angesichts der bestehenden aktuellen Problematik, deren nachvollziehbarer ätiologischer Verarbeitung und dem objektivierbaren Zusammenhang zwischen der derzeitigen Konfliktlage und dem Grundkonflikt ist die Gruppe mit ihren multiplen und multidimensionalen Übertragungsmöglichkeiten gut geeignet, der Patientin die Möglichkeit zu geben, sich mit den verschiedenen Aspekten ihrer Konflikte auseinanderzusetzen. Andererseits kann sie so die Frustration der sozialen Isolation besser auffangen und ihr Selbstwertgefühl stabilisieren. Die emotionale Übertragung hat sich positiv entwickelt, wobei die Anlehnungswünsche der Patientin der Gruppentherapie entgegenkommen. Zudem kann ein Teil ihrer Defizite Vaterbeziehung aufgearbeitet werden.

## Prognose

Die Patientin ist kooperativ und zeigt in den bisherigen Probesitzungen Krankheitseinsicht und bereitwillige, aktive Mitarbeit. Sie kommt regelmäßig und pünktlich zu den vereinbarten Terminen. Die emotionale Übertragung hat sich positiv entwickelt. Widerstände lassen sich gut ansprechen. Im Hinblick auf die umschriebene Konfliktsituation zeichnet sich eine ausreichend gute Wandlungsfähigkeit ab. Die Prognose ist im Rahmen der angesprochenen Ziele günstig.

## Therapieverlauf

Die Symptomatik schwächte sich in der ersten Therapiephase deutlich ab, insbesondere die depressiven Verstimmungen und die Inzidenz zu Infekten gingen zurück. Dies kann allerdings auch im Zusammenhang mit der vorübergehenden nachhaltigen Erleichterung durch den Tod der Mutter gesehen werden. Bald aber traten erneute Infekte und depressive Phasen auf, im Zusammenhang mit stark ambivalenten Gefühlen der verstorbenen Mutter gegenüber. So konnte sie allmählich auch ihre Trauer zulassen und sich selbst als Alleinerziehende mit einer ähnlichen sozialen Situation in ihrer Mutter wiedererkennen. Hierzu waren Übertragungen und konfliktreiche Auseinandersetzungen mit anderen weiblichen Gruppenmitgliedern, in denen sie ihre Mutter oder ältere Schwester wiedererkannte, sehr hilfreich.

Deutlich verändert hat sich die Haltung der Patientin ihrem Kind gegenüber. Akute Kindesmißhandlungen sind zur Zeit nicht mehr zu befürchten. Hierzu war die Auseinandersetzung mit den anderen Müttern in der Gruppe besonders hilfreich, wodurch sie die "Erlaubnis" erhielt, ihrem Kind gegenüber auch Fehler zu machen wodurch ihre intrapsychische Spannung erheblich reduziert wurde.

Gegen Mitte der Therapie nach ca. 20 Sitzungen trat eine erneute Verschlechterung ein, als sie versuchte, sich aus der immer noch bestehenden sado-masochistischen Familienkonstellation zu lösen und in eine eigene Wohnung zu suchen. Aufgrund ihrer finanziell angespannten Situation ist sie aber zur Zeit nicht in der Lage, aus dem "Mutterhaus" auszuziehen. Da sie dort lebenslanges Wohnrecht hat, die Halbschwester dagegen das Haus selbst erbte, würde sie ersatzlos auf ihre einzige materielle Sicherheit verzichten müssen. Also lebt sie in diesem Haus mit der Halbschwester, deren Familie und ihrer eigenen Tochter.

Diese wesentlich ältere Halbschwester hatte sie als Kind lange Zeit versehentlich für ihre Mutter gehalten und zu deren Sohn, mit dem sie gemeinsam aufwuchs, eine intensive brüderliche Liebesbeziehung entwickelt. So herrschen in dieser Hausgemeinschaft zwischen den 3 Frauen und dem jungen Mann massive Eifersüchteleien und Spannungen. Es kommt zu ständigen Einmischungen, Vorwürfen und Mißachtung von Grenzen bis hin zu tätlichen Auseinandersetzungen unter den Frauen. So wird ihr auch nicht erlaubt, ihren Hausteil, wo sie das Wohnrecht genießt, weiter zu vermieten, um selbst ausziehen zu können.

Nachdem ihr die "Harems-Situation" im weiteren Therapieverlauf bewußt wurde, versucht sie sich nunmehr innerhalb des Hauses deutlicher abzugrenzen. Sie versucht sich nun autonomer zu verhalten und unter anderem weniger Dienstleistungen zu erbringen und anzunehmen.

Durch diesen Schritt veränderte sich auch das private soziale Beziehungsmuster der Patientin. Unter anderem entdeckte sie die Beziehung zu einer ihr naheverwandten Tante und deren Familienzweig wieder, wo ein herzlicher, freundlicher Umgangstil herrscht. Dort hält sie sich nun öfters auf und fühlt sich zusammen mit ihrem Kind wohl. Des weiteren hat sie sich zusätzlich zur Gruppentherapie noch einer Selbsthilfegruppe angeschlossen. Hier verhält sie sich verbindlich und engagiert und versucht dort, das in der therapeutischen Gruppe Erfahrene weiterzugeben und auszuprobieren.

In der letzten Therapiephase ergab sich eine weitere wesentliche Veränderung. Inzwischen kann sie sich nämlich wieder vorstellen, eine Arbeit aufzunehmen. Leider aber war sie lange Zeit nicht fähig, zu ihrer erreichten Qualifikation als Ausbilderin zu stehen, sondern wertete sich massiv ab. In der Auseinandersetzung mit den männlichen Teilnehmern der Gruppe und wiederholten Machtkämpfen mit

diesen war sie allmählich fähig, ihre Ängste abzubauen, Enttäuschungen zu verarbeiten und Machtkämpfe durchzustehen, ohne den Kontakt mit dem entsprechenden Gegenüber zu verlieren.

Als Gegenübertragung löste sie bei den von diesen Auseinandersetzungen betroffenen Männern oft Gefühle des strukturierend helfenden Vater aus, der sie auf die Füße stellen möchte und sie am liebsten als erfolgreiche Tochter und Ausbilderin in einer eigenen Praxis sehen möchte: Gegen diese vermutlich zum damaligen Zeitpunkt reale Überforderung wehrte sie sich vehement und ärgerlich, wobei sie allerdings nach solchen Sitzungen oft tagelang keine depressiven Schübe mehr hatte. Ähnlich wie im Bezug zu ihrem Kind konnte sie nach und nach eher ihre aggressiven Impulse zulassen und die Erfahrung machen, daß sie diesen aggressiven Impulsen gewachsen war und die Beziehung unter dem Konflikt nicht litt.

Im Bereich ihrer Partnerschaften erlebt sie erneute Enttäuschungen. Nachdem sie im ersten Abschnitt der Therapie nicht fähig war, eine Beziehung einzugehen, konnte sie steh gegen Mitte des Therapieverlaufs auf eine distanzierte, vorsichtige Beziehung, allerdings mit größeren Unterbrechungen, einlassen. Hier kam es nicht mehr zu größeren massiven Grenzüberschreitungen sado-masochistischer Art. Anhand der verschiedenen Persönlichkeiten innerhalb der Gruppe wurde ihr ihre Gespaltenheit in Bezug auf ihre Partnerwünsche immer deutlicher bewußt. Die Partner, die ihr menschlich und zur Gründung einer Familie sympathisch sind und Geborgenheit und Sicherheit geben könnten, lassen sie sexuell erkalten. Wogegen die Männer, von denen sie sich massiv angezogen fühlt, sie eher tendentiell kränken und verletzen und nicht bereit sind, ihr emotionelle und materielle Geborgenheit zu geben.

Gegen Ende der Therapie ist doch eine sichtbare Stabilisierung eingetreten. Die Ablösung von der häuslichen Fami-



liensituation ist in Teilschritten gelungen, zusammen mit der Verankerung in einem neuen Freundes- und Familienkreis. Da ihr Kind jetzt bald in die Schule gehen wird, war sie dabei, ernsthafte Versuche zur Aufnahme einer Arbeit zu unternehmen. Sie lebt weiterhin alleine, aber innerhalb einer Partnerschaft, in der die Treffen in größeren Abständen stattfinden. Dieser Mann lebt ebenfalls als alleinerziehender Vater mit einer Tochter, die im gleichen Alter wie die der Patientin ist.

Die Frequenz und Schwere ihrer Infektionen hat erheblich abgenommen. Auch kommen längere depressive Episoden kaum noch vor. Die dauernde Gefahr, daß sie ihr Kind schlägt oder mißhandelt, war im letzten Halbjahr nicht mehr vorhanden. Die Patientin hält weiterhin Kontakt zu ihrer Selbsthilfegruppe, was für eine dauerhafte Stabilisierung sicher sehr wünschenswert ist.

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr.med. Georg A. Killing  
Arzt, Psychotherapie  
Orangerieallee 8

64285 Darmstadt

# "Ich kann die Last nicht alleine tragen"

## Gutachten und Dokumentation für Gruppenpsychotherapie

von Dr.med. Udo Boessmann, Wiesbaden

### Spontanangaben

"Seit dem Tod meines Mannes habe ich keine Nacht mehr geschlafen. Jeden Morgen frage ich mich, wie ich den Tag überstehen soll. Ich muß mich zu allem zwingen. Oft zittere ich am ganzen Leib. Alles tut mir weh. Ich habe solche Angst, bald gar nichts mehr machen zu können. Ich sehne mich jede Nacht zu meinem Mann. Doch dann denke ich: wie kannst du nur so egoistisch sein? Wenn die Zwerge (die Kinder der Pat.) nicht wären - mein Gott, ich hätte nie geglaubt, daß ich einmal an Selbstmord denken würde. Ich mache alles falsch. Ich muß mich jetzt um Dinge kümmern, die früher mein Mann erledigt hat. Ich fühle mich so hilflos. Geben Sie mir die Kraft, durchzuhalten, meine Kinder brauchen mich doch so dringend."

### Anamnese

#### a) *Familienanamnese*

Der Vater war Küster in der evangelischen Gemeinde. In Glaubensangelegenheiten streng, wird er sonst als gütiger Mensch dargestellt. Er war pflichtbewußt und engagierte sich weit über die beruflichen Aufgaben hinaus für die Gemeinde. Abends war er meist müde. Die Mutter verlangte von den Kindern, Rücksicht zu nehmen und ihn nicht zu stören. Die Mutter sei ein herzenguter Mensch gewesen, die

immer ganz für die Familie da war. Sie arbeitete unermüdlich und beklagte sich nie.

Die Ehe der Eltern wurde als ausgesprochen harmonisch erlebt. Es gab nie ein böses Wort. Die Eltern waren sich in allen Dingen einig, vor allem, weil die Mutter im Zweifelsfall immer nachgab. Nur einmal habe es eine laute Auseinandersetzung gegeben: Die Mutter hatte von ihrem Ersparten eine neue Küche gekauft und wollte ihren Mann damit zu Weihnachten überraschen. Dieser sei aber entsetzt gewesen. Solange so viele Menschen Not leiden, dürfe kein Christ so viel Geld für seinen persönlichen Luxus ausgeben.

Geschwister: Die Patientin ist die älteste von drei Schwestern (2 und 7 Jahre jünger). Früh half sie der Mutter im Haushalt. Sie war stolz, mit 5 Jahren schon auf die Jüngeren aufpassen zu dürfen. Die 2 Jahre jüngere Schwester sei aufsässig gewesen. Nach dem Grundsatz "Der Klügere gibt nach", habe sie versucht, Streit mit ihr zu vermeiden. Dafür habe sie mit der jüngsten Schwester ein besonders herzliches Verhältnis. Diese lebt jedoch mit ihrer Familie in New Guinea, so daß nur wenig Kontakt möglich ist.

b) ***Körperliche Entwicklung***

Die Patientin wurde zwei Wochen vor dem Geburtstermin geboren. Die körperliche Entwicklung, Laufen und Sprechen, Kinderkrankheiten regelrecht. In der Pubertät nahm ihr Körpergewicht stark zu. Bis heute leidet die Patientin an einer ausgeprägten Adipositas.

c) ***Psychische Entwicklung***

Die Patientin bemühte sich, immer den Wünschen der Eltern gerecht zu werden. Sie galt als besonders

Multipler Sklerose erkrankte. Zusammen mit der Mutter pflegte sie ihn 4 Jahre bis zu seinem Tod. Die Mutter konnte den Tod ihres Mannes nie verwinden. Sie starb 6 Jahre später an Krebs. Mit 20 Jahren lernte sie ihren Ehemann (den einzigen Mann ihres Lebens) kennen. Er war Lehrer und arbeitete im Kirchenvorstand der Gemeinde. In der schweren Zeit nach dem Tod des Vaters habe er ihr und ihrer Mutter Halt gegeben.

Die Ehe blieb kinderlos. Das Paar adoptierte einen Jungen und zwei Mädchen. Die Patientin verscrieb sich ganz der Mutterrolle. Sie bemühte sich, es den Kindern und ihrem Mann an nichts fehlen zu lassen. Der familiären Harmonie zuliebe und den Geboten Gottes und dem Willen ihres Mannes gehorchend stellte sie ihre Bedürfnisse weitgehend zurück. Vor einem halben Jahr verstarb der Ehemann plötzlich an einem Herzinfarkt.

d) ***Sozialpsychologische Entwicklung***

Die Patientin war immer eine gute Schülerin. Nach der mittleren Reife absolvierte sie eine Hauswirtschaftsschule. Sie arbeitet seit dem 13. Lebensjahr in den sozialen Diensten ihrer Gemeinde mit. Auch nach dem Tod ihres Mannes geht sie meist zweimal wöchentlich in die beschützende Abteilung eines Altenheims.

## **Psychischer Befund**

Die Patientin erscheint im Verhältnis zu ihren geklagten Beschwerden sehr gefaßt. Sie ist überpünktlich, dennoch geduldig, immer freundlich, anspruchlos und bemüht, den Therapeuten nicht zu sehr zu beanspruchen. Sie schildert prägnant und nachfühlbar ihre Situation. Auffallend ist die

große Hoffnung und das schnelle Vertrauen, das sie dem Therapeuten entgegenbringt. Das läßt eine primär-naive Persönlichkeitstruktur *mit* Neigung zur Verdrängung, Verleugnung vor allem aggressiver Gefühle und zu Idealisierung vermuten.

Die 43-jährige Patientin ist adipös (82 kg bei 154 cm Körpergröße) und im altersentsprechenden Allgemeinzustand. Bei der körperlichen Untersuchung imponiert eine deutliche Verspannung der Schultermuskulatur, Druckdolenz der okzipitalen myofaszialen Triggerpunkte und der paravertebralen Muskulatur sowie Druckschmerz beider Ueosakralgelenke und der kleinen distalen Fingergelenke. Laborchemisch ergaben sich keine Hinweise auf ein rheumatisches Geschehen. RR 130/90. Neurologisch o.8.

## Psychodynamik

Die Patientin wurde im Sinne christlicher Nächstenliebe zu Rücksichtnahme, Verzicht, Pflichterfüllung und Konfliktvermeidung erzogen. Im Gegensatz zur rebellierenden jüngeren Schwester unterwarf sie sich dem Konzept der Eltern und verinnerlichte es als starkes Über-Ich. Die Identifizierung mit der Mutter war so stark, daß sie in ihrer eigenen Ehe ähnliche Beziehungsmuster entwickelte: Auch sie heiratete einen Mann, der sich und seine Familie in den Dienst der Kirche stellte. Sie versuchte, eine perfekte Mutter, Ehe- und Hausfrau und Christin zu sein. Mit Verzicht, Aufopferung und Nachgiebigkeit erhielt sie die familiäre Harmonie aufrecht. Sie befriedigte so ihr Bedürfnis nach totaler Geborgenheit und Anerkennung und erfüllte die Forderungen ihres Über-Ich.

Mit dem Tod ihres Mannes ist ihre bisherige Lebensordnung gänzlich in Frage gestellt. Trotz aller Aufopferung hat sie die Sicherheit der Lebensgemeinschaft eingebüßt. In vielen Lebensbereichen, die in die Verantwortung ihres



Mannes fielen, muß sie jetzt eigene Entscheidungen treffen. Darauf ist sie nicht vorbereitet. Schutzlos ist sie auch ihrer jüngsten Adoptivtochter (13) gegenüber, die seit dem Tod des Vaters mit heftigen Wutausbrüchen gegen die familiäre Ordnung protestiert.

Die Patientin muß somit nicht nur den schmerzvollen Objektverlust verkraften. Vielmehr ist sie gezwungen, unabhängig von einer dominierenden Männergestalt sich selbst, eine eigene Identität, einen neuen Lebensplan zu definieren. Damit ist sie zunehmend überfordert.

## **Diagnose**

Es handelt sich um eine abnorme Trauerreaktion bei einer primär-naiven (abhängigen) Persönlichkeitsstruktur. Durch den Objektverlust werden Defizite in der Entwicklung eines eigenen Selbst offenkundig, die depressiv und psychosomatisch über den Bewegungsapparat verarbeitet werden (Sie muß alle Last alleine tragen).

## **Behandlungsplan**

Die therapeutische Beziehung hat bereits zu einer deutlichen emotionalen Entlastung geführt. Es gelingt der Patientin, ihre regressive Haltung zeitweise zu verlassen und sich mit den Entwicklungschancen, die sich aus der veränderten Lebenssituation ergeben haben, auseinanderzusetzen.

Die Patientin hat dem Vorschlag einer Gruppenpsychotherapie sofort zugestimmt, da sie ihrem Sicherheitsbedürfnis und ihren Anlehnungswünschen entgegenkommt. Multiple Übertragungsmöglichkeiten werden ihr bei der Ich-Findung behilflich sein. Vor allem kann die Gruppe dazu beitragen, ihre Fixierung auf eine allwissende väterliche Figur (Vater, Ehemann, Therapeut) aufzulockern. Angesichts vieler unterschiedlicher Differenzierungsangebote aus der Gruppe an

Stelle des ersehnten Ratschlages des Therapeuten wird sie eine eigenverantwortliche Haltung einnehmen müssen. Die bislang vermiedene Wahrnehmung und Äußerung auch aggressiver und ambivalenter Gefühle (Höflichkeits-Ehrlichkeitskonflikt) und die Relativierung ihrer Über-Ich-Forderungen durch eine liberalerer Gruppenethik können ermöglicht werden und zur Veränderung überkommener Konzepte beitragen.

## Prognose

Die Patientin ist deutlich über den aktuellen Leidensdruck hinaus motiviert, die unbewußten Anteile ihrer seelischen Erkrankung verstehen zu lernen und sich in der Gruppe selbst zu erfahren und neu zu definieren. Sehr angesprochen schien sie durch die positive Deutung, daß der Verlust ihr auch die Möglichkeit eröffne, die vielen in ihrem bisherigen Leben nicht gelebten Bereiche nachzuholen.

Ihre Intelligenz und Introspektionsfähigkeit, eine gesunde Realitätsprüfung, ihre Fähigkeit zu Hoffnung und Vertrauen sowie der wachsende Mut, sich neuen und angstbesetzten Erfahrungen zu stellen, lassen die Prognose gut erscheinen.

## Therapieverlauf

Die Patientin nahm regelmäßig an den Gruppensitzungen teil. Während der ersten Sitzungen sprach sie kaum, versicherte aber, sie sei froh, in einer so lieben Gruppe zu sein. Auf die regelmäßige Frage zum Abschluß der Gruppensitzungen, was die Teilnehmer angesprochen habe, lobte sie den Mut der anderen, sich so frei zu äußern.

In der 6. Sitzung bat sie gleich zu Anfang um das Wort. Sie beklagte die Schwierigkeiten mit ihrer jüngeren Tochter, mit der sie nicht mehr fertig würde. Sie bat die Gruppe um Hilfe. Sie erfuhr großes Interesse und Anteilnahme für ihre Problematik. Die Gruppe beschäftigte sich vor allem mit ihrer Ehe, in der sie sich völlig ihrem Mann untergeordnet hatte. Es wurde aber auch deutlich, daß sie durchaus eigene Vorstellungen von Richtig und Falsch hatte.

Sie erhielt von den anderen Teilnehmern verschiedene, teilweise entgegengesetzte Rückmeldungen, Anregungen und Vorschläge, wie sie ihre Probleme meistern könne. Sie bedankte sich für das große Interesse, wandte sich aber dann resigniert an mich: jetzt habe ich so viele gute Ratschläge bekommen und bin noch unsicherer als zuvor. Können Sie nicht sagen, was richtig ist? Ich bat ein Gruppenmitglied, ihr die Geschichte "Die Schwierigkeit, es allen recht zu machen" vorzulesen. Sie sagte daraufhin: Ich muß selbst entscheiden, was zu tun ist. Schließlich nahm sie eine recht energische Haltung gegenüber der Tochter ein. Die (miliäre Situation beruhigte sich allmählich, so daß die Übertragungen innerhalb der Gruppe mehr in den Vordergrund rückten. Hatte sie anfangs vorwiegend Mitgefühl am Erleben der anderen Mitglieder gezeigt, äußerte sie nach etwa der 15. Sitzung immer wieder auch negative Gefühle wie Ärger, Enttäuschung, Mißtrauen, besonders, wenn es inhaltlich um den Umgang mit Autoritäten oder Traditionen ging. In der 21. Sitzung überraschte sie uns mit einer zornigen Zurechtweisung eines jungen Mannes, der mich wiederholt angegriffen hatte. Erschrocken von ihrer eigenen Heftigkeit entschuldigte sie sich weinend für ihr schlechtes Benehmen. Doch anstelle der erwarteten Ablehnung erfuhr sie von der Gruppe begeisterte Zustimmung für ihr energisches Auftreten. Selbst der zurechtgewiesene Mann gratulierte ihr. Endlich habe sie für ihn Konturen gewonnen. Danach entfachte sich eine leidenschaftliche Diskussion über das Thema Autorität und Gehorsam. In der

Schlußrunde bekannte die Patientin, daß sie manches wohl zu eng gesehen hätte.

Die Patientin wurde während der weiteren Gruppensitzungen immer wieder mit den Aktualfähigkeiten Ehrlichkeit, Höflichkeit, Gerechtigkeit und Gehorsam konfrontiert. Mit der Zeit war sie in der Lage, anderen gerade bei diesen Konfliktthemen sehr einfühlsam Hilfestellung zu geben. Während der Gruppenbehandlung nahm die Patientin 4,5 kg an Gewicht ab. Sie trug farbenfrohe *Kleider* und sah jünger aus. Am eindrucksvollsten war jedoch, daß sie eine entstellende Perrücke, unter der sie auf Wunsch ihres Mannes 15 Jahre lang ihre eigenen Haar verborgen hatte, ablegte und sich eine kleidsame Frisur zulegte.

Zum Ende der Therapie zeichnete sich die Patientin durch ihre fröhliche, hilfsbereite Art aus. Sie schloß Freundschaft mit einer anderen Teilnehmerin, die von ihrem Mann verlassen worden war. Gegen die Tochter kann sie sich, wenn auch manchmal mühevoll, durchaus behaupten. Die Tochter habe ihr bereits signalisiert, daß ihr eine entschlossene Mutti viel lieber sei. Scherzend kündigte sie an, daß es allmählich an der Zeit sei, sich nach einem neuen "Schatz" umzusehen. Das uralte Ehebett habe sie bereits durch eines nach ihrem Geschmack ersetzt.

### **Anschrift des Verfassers**

Dr.med. Udo Boessmann  
Arzt für Naturheilverfahren, Psychotherapie  
Taunusstr. 57

65193 Wiesbaden

# **Schizophrenia and Schizophrenics in the Opinion of Average Man in the USSR - a sociological study.**

Vladimir Mendelevich, M.D., Kazan,

## **Summary**

The attitude of the society to the insane is one of factors influencing the rehabilitation of patients. Knowing real views of various strata on mental diseases one can prognose the termination of the disease. The current sociological study is the first research of this kind in the USSR. It has revealed widely spread antipsychiatric views, lack of information available for average man concerning manifestations, reasons, termination of schizophrenia. Results of investigation reveal hostile and distrustful attitude of people to schizophrenics up to proposals for forced sterilization. Diagnostics is subject to streng critics particularly, the psychopathologic method. It is assumed that this rmethod might cause hyperdiagnostics of mental diseases both due to its subjective nature and to practice of simulation and the impossibility of recognize it.

## **Introduction**

The history of world psychiatry convincingly testifies a rather dynamic character of relations between the society and psychiatry. The pendulum of public opinion swings with a inhibition of differently minded to the position of prevailing anti-psychiatric views and psychiatric nihilism. The level of public comprehension of psychiatric problems, the rate of sympathy and help for insane varies significantly with time and country, from canonization in the Ancient Russia (V.P. Ossipov, 1921) to their physical destruction in fascist Germany (Meyer, J.E., 1988). Tue psychiatric



ideology influences both the character of therapeutic effects and rehabilitation of patients in medical asylum, as well as social morality.

Although psychiatry is a strictly medical discipline, its relations with the society cannot be limited by therapeutic aspects typical for such a sphere. Its development is estimated not only by the degree of therapeutic effect achieved but also by the agreement of its principles with common humanitarian values. Psychiatry invades the internal sphere of an individual and the social life as well. This makes the society establish specific requirements to the organization of psychiatric aid and even to the psychiatric science itself.

In the mind of the average man madness is usually associated with a scientific term and notion of schizophrenia. And it is his attitude to the patient, suffering from schizophrenia, which allows to judge about his comprehension of psychiatry, needs of the insane, about moral and ethic aspects of relations between the society and psychiatry.

Up to the recent times the society in the USSR could not infringe upon the psychiatric diocese, being content with a role of detached and annoying observer. Neither the state institutions nor psychiatrists themselves wished to know the public opinion about psychiatry. The system was operated by the principle of self-sufficiency. The public opinion was considered to be unable either to improve the level of psychic health protection or to clear the situation being ignorant and amateurish. Besides, psychiatry was used by the authorities for the purpose of suppression of differently-minded, thus, being placed on secret list (A. Koryagin, 1989, V. Mendelevich, 1990).

## Methods

In order to examine the attitude of various social strata to psychiatry a sociological study was carried out in Kazan 1990. The size of the sample was 1000 persons (population 1 mio). Kazan is a typical industrial and cultural center of the USSR. A stratification principle of sampling was used. Five groups have been questioned, 200 persons in each. Among them there were industrial and office workers, school-children, students and pensioners. 239 of them have got insane relatives. The data obtained in this group were considered separately, allowing to reveal conceptions concerning psychiatry, specific for people indirectly familiar with it. The questionnaire proposed to respondents assumed anonymous answers and consisted of 47 questions. The respondent was to choose one of 4 to 5 optional answers per each question. Some questions were followed by up to 3 optional answers.

## Results

The first group of questions was related to the level of individual notion and information about manifestations of schizophrenia available. The purpose was to estimate anti-psychiatric views widely spread in the USSR, which were confirmed in the current study. Only 62,9% of respondents found it possible to consider psychiatry as a medical science. The rest consider that psychiatry "has nothing in common with science", as far it has not got any objective methods of investigation, estimating it as a means of ideological influence or as one of juridical institutions established by the authorities for maintaining social order.

However, the estimation of the possibility of diagnosing schizophrenia was not so sceptical. A large majority of respondents (75.4%) consider that schizophrenia can be diagnosed. The answers were interpreted by us as the

admission of the existence of schizophrenia as a disease. Opinions varied in methods of diagnosing. 57.3% of respondents mention a talk with the patient among the main diagnostic methods, in combination with exact information obtained from relatives, concerning details of patients' life. 28.1 % prefer tests and biochemical analyses, instead of clinical methods. 10.8% deny the possibility of diagnosing schizophrenia. Some of them give the answer of the following type: "At modern level of diagnostics any person can be considered as schizophrenic."

In spite of the data mentioned above, respondents, apparently proceeding from reports in Soviet periodic press describing abuses in psychiatry, consider that schizophrenia is not a disease, but a way of life. Stating the diagnosis of schizophrenia is considered to be a political or ideological measure but not a medical action. The investigation shows that only students and a small part of pensioners are aware of and condemn the diagnosis of continuous sluggish schizophrenia which is subject of disputes in Soviet and foreign psychiatric literature (Merskey, H. and Shafran, B. 1986 Smulevich, A., 1987; Tikhonenko, V. and Rumyantseva, G., 1990).

Answers concerning simulation of this mental disease prove a rather sceptic attitude of the possibility of diagnosing schizophrenia. Only 5.4% of respondents believe that schizophrenia cannot be simulated. The analysis of answers shows the following distribution of opinions: schizophrenia can be most easily simulated by psychiatrists (11%), actors (5.8%), the insane (2.7%), criminals (2.5%). The rest respondents think that it can be simulated by any person. Pensioners give the priority in this question to criminals, students to psychiatrists, school-children to the insane. No differences have been found between the answers of the those having insane relatives and those who have not got any.

According to the public opinion, a schizophrenic is, as a rule, a bad mixer, a person of few words, with a tendency to unmotivated actions. The majority of respondents consider that it is impossible to find common language "with a Schizophrenie, to understand him, because the patient's estimation of almost all that happens around, are unreal". A person, who from the point of view of psychiatrists, suffers from paranoia, i.e., a disease, influencing only a stricted circle of interest and problems, being "normal" in other spheres, according to the public opinion, cannot be considered a schizophrenic.

One should mention that according to Soviet psychiatric classification unlike a number of foreign ones, paranoia is not distinguished as a nosologic item. Usually, all cases of such sort are related to the subject heading of schizophrenic psychosis. Tue rmore surprising are the results of questioning various strata of population about specific features of schizophrenia, separating these two states unlike Soviet psychiatrists.

The second group of questions was proposed for investigating public notion of etiology of schizophrenia. Tue majority of respondents (57.3%) consider that schizophrenia is exclusively a constitutional disease: This opinion is characteristic for office workers (74.5%) and for students (72.5%). Among school-children and workers there were 36% and 38.5% thinking so, respectively 30.1 % of respondents mention not only constitutional, but external factors as weil, which might cause the development of schizophrenia, for example, intensive mental acitivities. As a consequence, they think that scientists are the first who are liable to schizophrenia, and people working physically are less liable. An opinion is spread, that the schizizophrenia rate increases annually (which is not proved by data of scientific and statistic research). Our research implies the analysis of reasons of the "increase in rate". 72,8% of the questioned think that increase is caused be "more complicated relations between people". (The answer to this



question partially refutes the version proposed by respondents themselves, concerning constitutional algorithm of schizophrenia). The next factor provoking the mental disease were "the acceleration of life rhythm" (32.7%), "the aggravation of ecological conditions" (25.1%), "bad education of children" (29.9%), "housing problems" (20.6%).

In the Soviet society an opinion is spread about the incurability of schizophrenia. To check this fact, a question was proposed to respondents. Schizophrenia is considered incurable by 12.3% of respondents. Among them pensioners are 4 times as much as students. 31.9% have called schizophrenia more incurable than curable (among them students mainly). 15.1% consider schizophrenia as curable (school-children and students among them are 3 times as much as office workers), 10.1% estimate the prognosis of therapeutic effect on schizophrenia as rather favourable than bad. A pessimistic, fatal view upon prognosis of schizophrenia is related by the respondents equally to the constitutional mechanism (38.7% and to the factors of "hard life" (38.8%), insufficient level of psychiatric aid (30.4%). Pensioners often put the insufficient level of psychiatric aid to the first place: low qualification of doctors, lack of drugs, bad sanitary and hygienic conditions in medical asylums. At the same time, the most significant factor for school-children is "hard life".

In order to reveal ethic attitude of the society to schizophrenics, both general (abstract) and specific questions were asked. Thus, the majority (66.5%) of respondents have declared that people in the USSR sympathize with schizophrenics (39.6%) or at least are indifferent (26.9%). Only 13.1% consider the attitude as unsympathetic or even hostile. Answers to this question strikingly differed from those of a concrete question about respondent's private opinion concerning forced sterilization of schizophrenics. Almost one third of respondents share a rather reactionary position. Even more sharp answers have



been obtained from 5.6% of respondents, who besides sterilization, had proposed to abandon procreation for close relatives of schizophrenics. 26.2% answered more softly, considering that families where one of the partners suffers from schizophrenia should be allowed to have children. Democratic position is characteristic only for 16.2%. Another indirect evidence of hostile attitude of the average man to the insane in general and to schizophrenics in particular can be found in the proposition (60.6% of respondents) to allocate medical asylums out of city (the sharpest statements were made by students, 71.5%), which can be interpreted as a wish to be at a distance from schizophrenics in direct and indirect sense.

## Discussion

The current sociological research of public opinion about psychiatry is one of the first in the Soviet psychiatry. Up to the present time psychiatry remains a closed field. People in the USSR had no reliable information on what was going on behind the walls of psychiatric asylums and could not efficiently influence psychiatric activities.

It is the lack of information on psychiatry, mental diseases and methods of their cure which can explain the results obtained. The level of knowledge about this disease and those subject to it turned to be very low. Many people, basing on films and books, imagine a schizophrenic as an "absolutely irresponsible, incurable person, dangerous for people around". Apparently, due to this a priori image of schizophrenic, the majority of respondents proposed anti-humanitary for modern civilized man means for preventing the spreading of schizophrenia, particularly, forced sterilization. This fact is striking, taking into account that anti-humanitary approach was masked by declarative statements about good-willing and sympathetic attitude of the majority of people to schizophrenics.

As multiple ethnopsychological researches (Dunham, H.W., 1968) show, an important role in the process of rehabilitation of schizophrenic patients should play the attitude of the society to this category of citizens. The prognosis of schizophrenia is more favourable in countries where an emphatic attitude to the insane is conventional. The results of the current sociological research allow to assume that social conditions in the **USSR**, negative attitude to schizophrenics among practically all strata of population, misunderstanding of their problems and unwilling to take part in the fate of patient released from medical asylum lead to his depreivation of social credits, being one of the reasons of low efficiency of therapy of schizophrenia.

The current sociological study permits to state that at present anti-psychiatric views are widely spread in the USSR. Besides, many people consider that psychiatry performs functions far from tasks of medical sciences.

At present, psychiatric diagnostics in many countries of the world is criticized by the society. But critical platforms are rather different: while in the west psychopathological method of diagnostics is criticized for its low informativeness, mental disease diagnostic in the USSR is the subject of severe criticism for being politicized.

Up to now, public opinion about psychiatry in the USSR has been never studied. Hence, it is difficult to estimate tendencies in public opinion. However, one can assume that anti-psychiatric views were hardly spread among Soviet average people 5 to 10 years ago.

Lack of information, hostility towards schizophrenics formed in the USSR reflect common social tendencies of lowered charity, sympathy and should be corrected not by means of medical and sanitary education but rather by social measures. One can agree with D. Armstrong's (1988) position concerning the significance of information on variations of public opinion about psychiatry for psychiatric science and practice.

## References

- Armstrong, D.(1988) The contribution of sociology to psychiatry: a review. *J.Roy.Soc.Med.*, 81, 3, 161-163
- Dunham, **H.W.** (1968) Epidemiology of psychiatric disorders as a contribution to medicine: *Int.J.Psych.*, 5, 2
- Koryagin, A. (1989) The involvement of Soviet psychiatric in the persecution of dissenters. *British J.Psychiatr.* 154, 336-340
- Mendelevich, V.D. (1990) Metamorphoses of repentance (in Russian), *Vechernjaja Kazan*, 323, 3.
- Merskey, H., Shafran, B. (1986) Political danger of the diagnosis of continuous sluggish schizophrenia. *British J. Psychiatr.*, 148, 3, 247-256
- Meyer, I.E. (1988) The fate of the mentally ill in Germany during the Third Reich. *Psychol.Med.*, 18, 3, 575-581
- Ossipov, V.P. (1921) Kurs obshchego uchenija o dushevnykh boleznyakh (in Russian). Petrograd, 763 pp
- Sass, H. (1987) Krise der psychiatrischen Diagnostik. *Fortschr.Neurol.Psychiatr.*, 55, 12, 255-260
- Smulevich, A.B. (1987) What is continuous sluggish schizophrenia: a myth of reality? (in Russian). *Zhurnal nevrol.i.psych. im Korsakova*, 12, 1866-1877

Tikhonenko, V.A. and Rumyantseva, G.M. (1990) On moral responsibility of psychiatrists to the society (in Russian) *Psikhiatria v SSSR*, 1, 47-54

**Anschrift des Verfassers:**

Vladimir D. Mendelevich, M.D.  
Chair of psychiatry of  
The Medical Institute of Kazan  
Volcova St. 80  
Kazan, 420012,  
Russia



An den Vorstand und die Mitglieder  
der Deutschen Gesellschaft für  
Positive Psychotherapie e.V.  
An den Quellen 1  
65183 Wiesbaden

## **Liebe Freunde der DGPP!**

Aus meinem zweiten Heimatland Bulgarien sowie von Seminarreisen nach Polen, Rußland und Rumänien, als Arzt und Referent für Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Familientherapie möchte ich Ihnen einige Eindrücke und Ergebnisse schildern.

In **Bulgarien** lebe ich seit Mai 1992, nach Übergabe der 11 Jahre von mir betriebenen Allgemeinarztpraxis in Büdingen an meine Kollegen in der Gemeinschaftspraxis. Nach einem kurzen Sprachkurs und Kennenlernen der Kultur und des Landes erfragte ich den Bedarf der ärztlichen Kollegen und Psychologen der Kliniken für die von mir vermittelbaren Kenntnisse. Im September 1992 begann ich mit eminaren in Psychosomatik und Psychotherapie für Ärzte und Psychologen an den Universitäten **Varna, Pleven, Stara Zagora** und **Plovdiv** sowie - im Oktober 1992 und März 1993 zusammen mit Dr. Peseschkian - an der Militäarakademie **Sofia**. Die Seminare der Einführungsstufe sind ähnlich dem Programm der Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche ge-



stattet, didaktisch an die landesspezifische Situation angepaßt. Über 300 Kollegen von nahezu allen psychiatrischen Kliniken und Militärkliniken des Landes, sowie Pädagogen, Schul- Transport- und Gefängnispsychologen haben bis jetzt an diesen Seminaren teilgenommen. Information, Fallbesprechung, Supervision und Beratung von Kollegen an einigen Kliniken Bulgariens ergänzen dieses Grundprogramm der Positiven Psychotherapie als psychosomatischer, psychotherapeutischer und metatheoretischer Methode der Diagnostik, Therapie, Selbsthilfe und Beratung.

Für das Modell der "Positiven Psychotherapie" von Dr. Peseschkian entschied ich mich bereits für meine Praxis. Nach dem Kennenlernen der hiesigen Situation benutze ich es auch in Bulgarien und den anderen genannten Ländern, da es eine Methode des ärztlichen Zugangs zum Patienten, der Selbsthilfe, Familientherapie und Therapietechnik ist, die nicht nur eklektisch vorhandene ärztliche Techniken der Psychotherapie nutzt, sondern durch ein eigenes metatheoretisches Modell die Integration verschiedener Methoden ermöglicht. Hier im "Osten" bedeutet das die Integration der funktional-biologischen Medizin und der empirischen westlichen Psychotherapietechniken durch einen Ansatz, der Philosophie, Erziehung, Therapie und Körper vereint und der der hohen Intellektualität und Bildung der Bulgaren entgegenkommt.

Der Leiter der etwa 34 psychologischen Institute für das Transportwesen Bul\*ariens bezeichnete die Positive Psychotherapie als die "humanste" der bisher hier bekannten Methoden und führt sie deshalb jetzt in den Zentren als Methode der Beratung und für die Weiterbildung der im Transportwesen tätigen Psychologen ein. Das in der Methode verinnerlichte positive Menschenbild wurde auch lange nach den Seminaren von der Arbeitsgruppe in St. Petersburg als die Ursache für eine gute Gruppenatmo-

sphäre beschrieben. Teilnehmer in Sofia und anderen bulgarischen Seminaren berichteten mehrheitlich von einer Änderung der inneren Einstellung im Laufe der Seminarwoche mit einem anhaltend guten Gefühl und einem systematischeren Verständnis der allgemeinen Psychotherapie. Hierzu liegen interessante Protokolle der Teilnehmer am Ende von Veranstaltungen vor.

Seminare in *St. Petersburg, Kaza,n, Novosibirsk* und *Isldtim in Rußland*, in *Warschau / Polen* und *Cluj / Rumänien* ermöglichten mir das Kennenlernen der biologisch-verhaltenstheoretisch orientierten, jedoch sehr exakt und kritisch arbeitenden Psychologie der östlichen Länder. Diese ergänzt die theoretischen Modelle der westlichen Psychologie und Analyse um die hier sehr exakt untersuchte Steuerung psychosomatischer Zusammenhänge durch Verhaltens-, Biorhythmus-, Hormonanalyse- und vegetative Regulationsforschung, auch in transkultureller Betrachtungsweise durch die Vielzahl von ethnischen und kulturellen Gruppen. Die psychologischen Testmethoden sind in den östlichen Ländern hervorragend ausgearbeitet unter dem früher westlichen Aspekt der Persönlichkeitsforschung - wir würden das in der Positiven Psychotherapie Grundkonflikt- und Konzeptdarstellung sowie eingehende Untersuchung der körperlichen Bedingungen und Fähigkeiten nennen.

Die Kollegen sind kritisches dialektisches Denken gewöhnt und - besonders in der biologisch orientierten, bisher fast ausschließlich medikamentös und mit Elektroschocks behandelnden Psychiatrie - gegenüber den vergleichsweise wenig naturwissenschaftlich begründeten vielfältigen Psychotherapietechniken des Westens sehr skeptisch. Sie wollen Ergebnisse sehen, die Funktionalität erleben, den "Vorsprung des Westens" realistisch prüfen und nicht zuletzt für die allmählich beginnende Privatisierung des Gesundheitswesens Marktvorteile durch Wissen erwerben. Im Vordergrund ihres Interesses steht die Neuorientierung der

eigenen Rolle in der Beratung, nachdem der lawinenartige Systemwandel, Materialismus, Grenzöffnung und Weltsituation neue soziale, Drogen-, Familien- und Arbeitsprobleme ausgelöst haben, gefolgt von - für diese Kulturen - **neuen Krankheitsbildern:**

- Psychosomatische Reaktionen bei Zukunftsangst;
- Neue Auswirkungen des alten Leidens Alkoholismus, Drogen ab dem Schulalter, Streßbrauchen;
- Streß durch bisher unbekannte Arbeitsplatz- und Versorgungsrisiken;
- Zwangsstörungen bei Autoritäts- und Ablösungskrisen wie Schulschwänzen und Lernstörungen;
- Entwurzelungssyndrom im Traditionsverlust und durch Migration, familiäre Desintegration;
- Verwahrlosung, Aggressivität, Rückzug in Kriminalität bei sozialer Gerechtigkeitsproblematik, gefolgt von kollektiver Angst und Rückzug hinter die diebstahlgesicherte Wohnungstür;
- Verfolgung von ethnischen Gruppen mit Sündenbockrollen (Zigeuner, "Ausländer");
- Sektenprobleme in Familien mit Jugendlieben, Sinnkrisen, besonders für die im Kommunismus aufgewachsenen, jetzt enttäuschten und haltlosen Menschen;
- Existentiell real begründete Angst der Alten;
- Selbstwertstörungen der Jugendlichen, besonders im Militär, mit erhöhten Selbsttötungsraten.

Zur Anwendung medizinischer und psychotherapeutischer Erkenntnisse in der **Pädagogik** habe ich seit November 1992 entsprechende Programme entwickelt und an den Pädagogischen Universitäten in *Varna*, *Schumen* und *Dobric* in verschiedenen Kursen für Früherzieher, Lehrer, Schulpsychologen und Direktoren vermittelt. Ein Kursprogramm für Schuldirektoren: **"Management in der Schule - Vorbild**

*sein, ermutigen und organisieren"*, beinhaltet die im Schulmanagement anwendbaren Methoden der Positiven Psychotherapie und Beratung.

Interessant ist ein Projekt, in dem ich als Berater und Referent mitarbeite: **"Schule für Eltern"** in **Dobric**: In Gruppen werden von den Eltern unter Anleitung die Erziehungsprobleme im Hinblick auf Fragen wie Drogen, Berufswahl, Jugendsekten und Krankheiten bearbeitet. Parallel dazu halte ich Unterricht in den neunten und zehnten Jahrgangsstufen des dortigen Sprachengymnasiums über präventive Aspekte der Gesundheit. Die Zielsetzung ist Drogenprävention sowie die Vermittlung von Selbsthilfe bei Konflikten. Bei der Gründung der präventiven Drogenberatungsstelle 1992 in Varna durch Privatinitiative war ich beratend tätig.

Am 5. Juni 1993 wurde die **"Gesellschaft für Positive Psychotherapie Bulgariens"** mit Sitz in Varna gegründet und jetzt gerichtlich eingetragen. Sie organisiert künftig viele Bereiche, für die ich bislang allein verantwortlich war, wie Seminarorganisation, Information, Zusammenarbeit mit Institutionen und Psychiatriegesellschaften - und hoffentlich zukünftig auch den arbeitsaufwendigen Buchverlag.

Anfang September 1993 erschien die **"Positive Familientherapie"** als erstes Lehrbuch für Familientherapie in Bulgarien - gegenüber der deutschen Version ähnlich wie bei der englischen Version - ergänzt um Geschichten und Spruchweisheiten. Das Buch **"Der Kaufmann und der Papagei"** steht kurz vor der Veröffentlichung. Beide habe ich mit Hilfe der Freunde der Medizinischen Psychologie in Varna und einer privaten Druckerei verlegt. **"33 und eine Form der Partnerschaft"** ist übersetzt, zur Zeit suche ich hierfür einen Verlag, ebenso für Teile aus **"Psychosomatik"** und **"Positive Psychotherapie"** in Auszügen. Mangels einer geordneten Infrastruktur des Buchhandels und traditionell billiger Literatur war dieser Bereich für mich mit hohen finanziellen Risiken,



Unsicherheiten und einer für einen Arzt ungewohnten Tätigkeit verbunden, und leider auch von hoher "mikrotraumatischer" Intensität.

In **Rußland**, führten Dr. Hamid Peseschkian von Jekaterinburg und sein Vater Dr. Nossrat Peseschkian von Deutschland aus viele Seminare für Positive Psychotherapie durch. Während unseres letzten Seminars in Kazan im März 1993 wurde die *"Assoziation für Positive Psychotherapie Rußlands"* gegründet, verantwortlich für Information, Wissenschaft, Richtlinien und Ausbildung, und ein Journal namens "Positum". Mehr als 16 Zentren für Positive Psychotherapie sind überwiegend als Abteilung an der Universität oder in privaten Institutionen angegliedert.

**Polen** hat nach einem Seminar mit Dr. Peseschkian an der Warschauer Universität und zwei privat organisierten Seminaren einen größeren Bedarf an Informationen über die Positive Psychotherapie nicht nur im Bereich der Medizin (Lublin, Warschau), sondern auch für die Pädagogik.

Die neue Gesellschaft für Psychotherapie in **Rumänien** und sehr aufgeschlossenen Kollegen an der Universität **Cluj-Napoca** wollen nach ersten Erfahrungen in einem Wochenendseminar in Cluj das Modell als Grundlage der Psychotherapie-Ausbildung einplanen. Deutsche Kollegen, die dort ausbilden wollen, habe ich hierzu herzlich eingeladen. Ein großer Bedarf besteht an englisch- und deutschsprachiger Literatur in Rumänien und Bulgarien, besonders zu den praktischen Aspekten der Therapie, Supervision und Balintgruppen.

Die Gruppentherapie- und Einführungs-Seminare in **Novosibirsk und St. Petersburg** haben zu weiteren Kontakten und Seminarwünschen seitens der Psychiatrischen Kliniken in Novosibirsk (Prof. Korolenko) und der 1. Universitäts-Kli-



nik "Pavlov" in St. Petersburg geführt. Ein Fortbildungsprogramm in St. Petersburg für Positive Psychotherapie und psychotherapeutische Techniken in der Managerschulung wird für September 1994 vorbereitet. Stets geht es dabei um die Vermittlung des positiven Menschenbildes in den Fachbereichen Medizin und Psychiatrie, Management und Pädagogik sowie Prävention aufgrund gemachter Erfahrungen in der Psychotherapie. Hierzu ist eine wissenschaftliche Multicenterstudie und Austausch von Erfahrungen zwischen den Ländern Rußland, Bulgarien, Deutschland und Rumänien in Vorbereitung.

In **Bulgarien** sollen bis zum Jahresende 1993 die drei Kurse der Grundstufe an 5 Universitäten und 2 Kliniken weitgehend abgeschlossen sein, gefolgt von einem geplanten Kursprogramm von Januar bis April 1994 für weiterführende Themen wie Psychosomatik, Therapeutische Erfahrungsgruppe, Psychodrama in der Positiven Psychotherapie, Praxis der Familientherapie, **WIPPF** (in bulgarischer Prüfungsversion vorliegender Fragebogen zur Therapie) und **Psychodynamik** als Weiterbildung in Psychotherapie am Lehrstuhl für Psychiatrie und medizinische Psychologie der Universität Varna. Eine "Psychosomatische Sprechstunde" in der Medizinischen Universitätsklinik Varna für behandelnde Ärzte und Patienten und Teamsupervision in der Psychiatrischen Klinik werde ich im Januar 1994 auf Wunsch der Kollegen beginnen.

Erfahrungsgruppen in den psychiatrischen Kliniken *von Varna, Stara Zagora und Russe* helfen den Kollegen vor Ort an ihren eigenen Patienten das erworbene Wissen praktisch einzusetzen.

Weitere psychotherapeutische Themen wie "Positive Gruppenpsychotherapie", "Relaxationstechniken", "Fallseminar" sind ab Mai 1994 im Weiterbildungsprogramm an der

Psychiatrischen **Klinik** in Zusammenarbeit mit den den medizinischen Psychologen vorgesehen.

Das Programm für die "Elternschule" und 15 Schulklassen in Dobric ist für 5 Monate in monatlichem Rhythmus vorgesehen. Reise-, Ubenachtungs- und Materialkosten werden von einem bulgarischen Sponsor in einer Höhe von 3000 Leva monatlich übernommen (zz umgerechnet 155,- DM). Die Weiterbildung aller Psychologen des bulgarischen Transportdienstes ist vereinbart und wird vom Transportministerium bezahlt, das Honorar und die Kostenerstattung für eine Woche betrug 500,- DM.

Die Kosten für die Programme (Material, Dolmetscher, Organisation und Honorar) werden im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten von den Kollegen getragen, die etwa 300 Leva pro Teilnehmer in der Woche (umgerechnet etwa 16,- DM) zahlen, bei einem Monatseinkommen von 2000 bis 3000 Leva. Meine eigenen Kosten für Reisen, Unterkunft, Lebenshaltung, Vervielfältigung, Büro, Übersetzung, Auto, Herausgabe der Lehrbücher, Versicherungen, Telefon und Porto habe ich bisher selbst aus eigenen Reserven aus dem Praxisverkauf beglichen, künftig sind sie jedoch von einer externen Finanzierung anhängig, um die obengeführten Vorhaben zu verwirklichen.  
Über Unterstützung jeglicher Art durch Sie, liebe Freunde, würde ich mich freuen.

Mit herzlichen Grüßen,

Arno Remmers  
Arzt / Psychotherapie  
Ul. "Sava Gerova" 16  
BG-9022 Varna - Vinitza  
Telefon und Fax: 00359-52-84 31 26

# Rezensionen

**Dirk Revenstorf (Hrsg.)**

**"Klinische Hypnose"**

**2. Auflage Springer Verlag, Berlin - Heidelberg**

Das Buch wird dem Anspruch gerecht, "das überkommene Wissen der Hypnose im Rahmen der modernen Psychologie und Medizin nutzbar zu machen". Somit ist es ein unentbehrliches Standardwerk für den deutschsprachigen Leser.

Historische Aspekte, theoretische Forschungsgrundlagen und praxisnahe Anwendungstechniken sind in diesem umfassenden Lehr- und Nachschlagewerk erläutert. Auch kritische und ethische Fragestellungen zur verantwortungsbewußten Handhabung der Hypnose werden abgehandelt.

Der 2. Teil des Buches umfaßt dann die klinische Anwendung der Hypnose und anderer verwandter Methoden im Rahmen der Psychotherapie (Psychosen, Neurosen), der Psychosomatik, der Medizin (Anästhesie, Geburtshilfe) und der Zahnmedizin. Jedem dieser Kapitel sind praktische Anleitungen und zahlreiche Fallbeispiele beigelegt.

Die klare Gliederung, die Markierung wesentlicher Passagen und die Betonung zusammenfassender Abschnitte durch einen umrahmenden Kasten zeugen von didaktischer Erfahrung. Und nicht zuletzt tragen auch die umfangreichen Literaturhinweise dazu bei, daß dieses Buch ein tatsächliches Standardwerk geworden ist.

Dr.med. H. Sombroek

**Isaac Marks**

**"Ängste: Verstehen und Bewältigen"**

**Herausgegeben von Patrizia Winter**

**Springer Verlag, Berlin - Heidelberg 1993**

Die hauptsächlich angesprochene Zielgruppe dieses Buches sind die betroffenen Laien, denen in verständlicher Ausdrucksweise und gut lesbarer Form ein umfassendes Bild der Ängste gegeben wird. Gleichzeitig wird über das Thema so sachlich fundiert informiert, daß das Buch für alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen, einschließlich Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Bewährungshelfer, von großem Interesse sein dürfte. Zum guten Verständnis trägt neben der klaren Gliederung auch die Veranschaulichung durch viele praxisbezogene Fallbeispiele bei.

Im umfangreichen 1. Teil des Buches gelingt es dem Autor, die gesamte Palette der Ängste und ihrer Probleme und Erscheinungsweisen darzulegen. Spezielle Fragestellungen werden in eigenen Kapiteln besprochen, z.B. Ängste bei Kindern, soziale Ängste, Ängste in dramatischen Situationen. Klar ist auch die Unterscheidung von eher depressiven bzw. zwanghaften Störungen mit Angstgehalten herausgearbeitet.

Besonders gut gelungen ist es, dem Leser die fließenden Übergänge von normaler Furcht zu lebenseneigenden bzw. krankmachenden Ängsten klar zu machen.

Der 2. Teil des Buches legt die heutigen Behandlungsstrategien dar; schwerpunktmäßig werden die modernen Therapieansätze der Verhaltenstherapie, vor allem die unterschiedlichen Praktiken der Konfrontation mit angstauslösenden Situationen beschrieben.

Im 3. Teil des Buches ist dann auf der theoretischen Grundlage der Verhaltenstherapie ein praxisorientiertes Selbsthilfe-Konzept für Angstpatienten entwickelt worden. Diesem Kapitel ist ein 10-Fragen Test vorangestellt, der es jedem Patienten ermöglichen soll, kritisch zu prüfen, ob er für eine Selbsttherapie geeignet ist oder die Schwere seines Problems fachmännische Hilfe erfordert.

Immer wird auch auf die Motivation des Patienten für das Gelingen der Therapie hingewiesen, aber auch auf die Notwendigkeit, die Bezugspersonen bis hin zur kompletten Familie in das Behandlungskonzept einzubeziehen.

Angesichts der Häufigkeit der Ängste ist dieses Buch sicher sehr nützlich.

Dr.med. H. Sombroek





**Helmut Remschmidt**

**Adoleszenz**

**Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter**

**Thieme-Verlag, Stuttgart New York 1992**

Als Adoleszenz bezeichnet man die Lebensphase zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter. Remschmidt beleuchtet diesen Übergang nicht nur aus der biologischen Perspektive (Wachstum und Veränderung der körperlichen Proportionen, funktionelle und morphologische Veränderungen in verschiedenen Organsystemen, hormonelle Regulationen). Besonders seine Ausführungen über psychologische und psychosoziale Aspekte können einen Verstehenshintergrund liefern: Grundbedürfnisse und "typische" emotionale Reaktionsweisen in der Adoleszenz, Selbstkonzept, Sexualität und Partnerschaft, Familie und Ablösungsprozeß, Bezugsgruppe Gleichaltriger und Subkultur. Der Autor schreibt im Vorwort: "Es ist auffallend, wie wenig die Tatsache, daß jeder einmal Jugendlicher war, dazu beiträgt, ein tieferes Verständnis für diese Entwicklungsphase aufzubringen." Schon 1926 meinte Eduard Spranger, in keinem Lebensalter habe der Mensch ein so starkes Bedürfnis nach Verstandenwerden wie in der Jugendzeit. Liegt im mangelndem Verstehen eine Wurzel auch für gewaltsame Verhaltensweisen Heranwachsender, die wir gerade in den letzten Jahren zunehmend beobachten? Erhellend - gerade für Kenner positiver Psychotherapie - können in diesem Zusammenhang besonders die Ausführungen Remschmidt's über historische und transkulturelle Aspekte sein: über Adoleszenz in Entwicklungsländern, ausländische Jugendliche im Gastland, transkulturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Hans Deidenbach

**Daniel Hell**

**Magret Fischer-Gestefeld: Schizophrenien**

**Verständnisgrundlagen und  
Orientierungshilfen**

**2. Auflage**

**Springer Verlag, Berlin - Heidelberg 1993**

In dem vorliegenden Buch ist es den beiden Autoren gelungen, ein schwieriges Krankheitsbild umfassend, übersichtlich und in gut lesbarer Form verständlich zu machen.

Der erste Teil des Buches (von D. Hell) vermittelt die Verständnisgrundlagen und den Wissensstand über die Schizophrenie entsprechend den neusten Forschungsansätzen. Einen großen Teil nimmt dabei die gelungene Darstellung der vielfältigen Krankheitssymptomatik ein. Diese wird treffend mit Beispielen aus dem Alltagsleben der Gesunden und Kranken belegt, so daß es dem Autor einerseits gelungen ist, den Leser an der fremden Erlebniswelt der Kranken teilhaben zu lassen, ihm andererseits auch vor Augen geführt wird, wie fließend die Grenze zum Abnormen ist. Ebenso fließend wie variabel wird auch der Verlauf der Erkrankung dargestellt, wobei insbesondere auf die vielen gutartigen Verläufe hingewiesen wird, die mehr als die Hälfte der Erkrankungen ausmachen - eine Ermutigung für alle Betroffenen. Der Zielgruppe der Betroffenen, nämlich den Kranken und ihren Angehörigen, wird dann ein Kapitel gewidmet, das die Betroffenheit clieser Menschen aufzeigt und ihren großen Leidesdruck nachempfinden läßt.

Der zweite Teil des Buches (von M. Fischer-Gestefeld) ist der Therapie gewidmet, mit den besonderen Schwerpunkten "Selbsthilfe und Umgebungshilfe". Das wichtige Standbein der Neuroleptikatherapie wird ausführlich abgehandelt, wobei praktische Hilfen zur Verbesserung der Patienten-Compliance gegeben werden. Daß ein so vielgestaltiges Krankheitsbild einen individuellen und ganzheitlichen Therapieplan für jeden Patienten erfordert, wird dem Leser

verständlich gemacht und durch Informationen über die verschiedenen stationären und ambulanten Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen ergänzt.

Ausgehend von der Erkenntnis, daß schizophrenes Kranksein an menschliche Fähigkeiten gebunden ist und daß jeder Kranke auch gesunde Anteile hat, werden viele Beispiele der Patientenselbsthilfe aufgeführt. Darüber hinaus ist es der Autorin ein Anliegen, auf die wichtige Rolle der familiären Helfer hinzuweisen, die durch niemanden zu ersetzen sind. Denn der Kranke als Individuum ist immer auch ein soziales Wesen mit zwischenmenschlichen Beziehungen, die gerade durch diese Krankheit ja in besonderer Weise belastet sind und deshalb "gepflegt" werden müssen. In diesem Sinne bedeutet Therapie eines Schizophreniekranken auch immer "Familientherapie". Viele praktische Anregungen und Hilfen für die Angehörigen zeugen von der großen Erfahrung der Autorin mit "Informationskursen für betroffene Laien".

Als sehr hilfreich erweist sich neben dem Glossar für Fachbegriffe die Liste der Kontaktadressen für Selbsthilfegruppen. Und für diejenigen, die sich ausführlicher belesen wollen, ist jedem Literaturhinweis ein Stichwort über die Thematik des Buches angefügt.

Zusammenfassend ist es den beiden Autoren gelungen, der angesprochenen Zielgruppe einen praktischen Ratgeber an die Hand zu geben, der nicht nur Aufklärungsbedarf deckt, sondern auch ermutigen soll, in jedem Kranken und seinem Helfer Fähigkeiten zu entdecken und zu mobilisieren.

Dr.med. H. Sombroek

**Gerhard Meyer, Meinolf Bachmann,**  
**"Glücksspiel" - wenn der Traum vom Glück zum Alptraum**  
**wird.**  
**Springer Verlag, Berlin - Heidelberg 1993**

"Spielen gehört zum Wesen des Menschen" und ist weltweit verbreitet, noch vorwiegend bei den Männern. Geldeinsatz verleiht dem Spiel besondere Bedeutung, so daß es nicht wundert, daß gerade die Werbung auf den "Traum vom schnellen Geld" zielt.

Der Staat als Glücksspielmonopolist hat in diesem "Wirtschaftszweig" eine lukrative Geldquelle und wird sicher mit Recht von den beiden engagierten Diplom-Psychologen immer wieder auf seine Verantwortung hingewiesen.

Ein praktisches und sehr informatives Buch zu einem aktuellen Thema. Das Buch enthält eine riesige Informationsfülle, die dabei übersichtlich und gut gegliedert angeboten wird, so daß tatsächlich alle Leser der angesprochenen Zielgruppe auf ihre Kosten kommen.

Viel praktische Erfahrung und Engagement für die Patienten spricht aus der detaillierten Darstellung, die Spielsucht als Krankheit verstehen zu müssen.

Ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen läßt die Spielsucht zum zentralen Lebensinhalt werden, woraus zunehmendes Desinteresse an allen "4 Qualitätsbereichen des Lebens", also Körper, Beruf, Familie und Zukunft resultiert. Genauso vielfältig und individuell zugleich muß dann auch das Therapiekonzept sein, das sich am kranken Menschen orientieren muß - nicht an einer Methode. Familientherapie wird dabei als eines der Zukunftskonzepte dargestellt, wobei die Selbsthilfe des Patienten im Dialog mit den Bezugspersonen gefördert werden muß und alle Ressour-

cen der Familie zur Therapie und Prävention genutzt werden müssen.

Dr.med. H. Sombroek

**Raymond Battegay**  
**Vom Hintergrund der Süchte**  
**Blaukreuz Verlag, Bern - Wuppertal,**  
**5.AuO. 1993**

Süchtigkeit - "das unwiderstehliche und unersättliche Verlangen nach Überwindung der dem Individuum in der Realität gesetzten Schranken durch äußere Mittel" - schlummert in jedem von uns.

Der moderne Mensch "berauscht" sich nicht nur an den klassischen Suchtgilfen wie Drogen, Medikamenten, Alkohol und Nikotin, sondern auch an Arbeits- und Geschwindigkeitsexzessen, Sportrekorden, Computer- und Glücksspielen.

Einen umfangreichen Teil des Buches nehmen medizinische und sozial-medizinische Informationen ein, die durch umfangreiches, auch "transkulturelles" Statistikmaterial belegt werden.

Zwei Kapitel verdienen dabei besondere Aufmerksamkeit. Die vielfältigen *Ursachen* der Süchte - besonders genetische und molekularbiologische Faktoren - werden detailliert beschrieben und auch auf Verbindungen zu Depressionen hingewiesen.

Unter dem *"Aspekt der Süchtigkeitskriterien"* wird dann die große Palette der individuellen und psychosozialen Motive zum Griff nach der Droge beschrieben. Zentrale Aussage dieses Kapitels ist, daß der Süchtige letztlich immer auf der



Suche nach Mitteln ist, um seinen "Hunger nach Mitmenschlichkeit" zu stillen. Dabei ist aber nicht nur der Süchtige krank, sondern er leidet auch an den kranken gesellschaftlichen Bedingungen. Diese Aussage ist verbunden mit dem Appell an die Verantwortung aller, unsere Vorurteile gegen diese Patienten zu hinterfragen und unsere gesellschaftspolitischen Bedingungen, einschließlich der Gesetzgebung zu überprüfen.

Und genau diese Überlegungen prägen auch die Kapitel "Therapie, Prognose, Prophylaxe". Neben praktischen Therapiehinweisen und vielen konstruktiven Anregungen zur Prophylaxe appelliert der Verfasser an uns alle, unsere Therapieziele der Realität anzupassen und uns auch an Teilerfolgen, wie Senkung der Kriminalität, Verbesserung der Gesundheit und Wiedereingliederung in Gesellschafts- und Arbeitsleben zu orientieren.

Dr.med. H. Sombroek



## Geschichte: Fünfzig Jahre Höflichkeit

Ein älteres Ehepaar feierte nach langen Ehejahren das Fest der Goldenen Hochzeit. Beim gemeinsamen Frühstück dachte die Frau: "Seid fünfzig Jahren habe ich immer auf meinen Mann Rücksicht genommen und ihm immer das knusprige Oberteil des Brötchens gegeben. Heute will ich mir endlich diese Delikatesse gönnen." Sie schmierte sich das Oberteil des Brötchens und gab das andere Teil ihrem Mann. Entgegen ihrer Erwartung war dieser hocherfreut, küßte ihr die Hand und sagte: "Mein Liebster, du bereitest mir die größte Freude des Tages. Über 50 Jahre habe ich das Brötchenunterteil nicht mehr gegessen, das ich vom Brötchen am allerlibesten mag. Ich dachte immer, du solltest es haben, weil es dir so gut schmeckt."

Aus: *"Der Kaufmann und der Papagei"*, Fischer Taschenbuch Nr. 3300

