

# Zeitschrift für Positive Psychotherapie

---

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

---



Heft 5.5. Jahrgang - Dezember 1983 - DM 6,—

Erziehung  
Selbsthilfe  
Psychotherapie  
Transkulturelle Probleme

---

## **Positive Symptomdeutung und ihre Auswirkungen**

Sinn der Krankheit

Gedanken zur Organsprache des Menschen

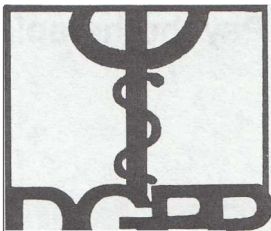
Anorexia nervosa eines 16jährigen Mädchens  
ein Fall aus einer Kinderarztpraxis

Bettnässen und Sprachstörungen

Die historische Entwicklung der Basler Psychiatrie

Weltsprache als Voraussetzung für den Weltfrieden

---



## **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  
Diplom-Psychologe Hans Deidenbach  
Dipl. rer. pol. Ingrid Hofmann

### **Beirat**

Willi Köhler, Frankfurt/M.  
Stud. Prof. Adolf Kärcher, Böblingen  
Prof. Dr. Werner Müller, Mainz  
Diplom-Psychologin Isabel Müller-Zahn, Wiesbaden  
Dr. med. Ortrun Werner, Bebra  
Dr. med. Walburg Maric, Bad Homburg  
Dr. med. Dieter Schön, Wiesbaden

### **Anschrift der Redaktion**

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

### **Erscheinungsweise**

einmal jährlich

### **Bezugsbedingungen**

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft  
für Positive Psychotherapie (DGPP): kostenlos  
Einzelheft DM 6,— zuzüglich Zustellgebühren  
Zahlungen an: Nassauische Sparkasse, Wiesbaden,  
Konto-Nr. 111 125 848, BLZ 510 500 15

---

## Zeitschrift für Positive Psychotherapie

Erziehung - Selbsthilfe • Psychotherapie • Transkulturelle Probleme

---

### Inhalt

	Seite
Einführung des Herausgebers .....	2
Geschichte: Untrügliches Zeichen für Dummheit .....	3
Sinn der Krankheit .....	4
Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden	
Gedanken zur Organsprache des Menschen .....	
16 Prof. Dr. med. Raymond Battegay, Basel	
Anorexia nervosa eines 16jährigen Mädchens — ein Fall aus einer Kinderarztpraxis .....	
34 Dr. med. Franz Lang, Groß-Umstadt	
Bettnässen und Sprachstörungen .....	
43 Dr. med. Horst Althaus, Wiesbaden	
Die historische Entwicklung der Basler Psychiatrie .....	52
Priv. Doz. Dr. med. Thomas Haenel, Basel	
Weltsprache als Voraussetzung für den Weltfrieden .....	
59 Dipl. Math. Heinz Dieter Maas, Saarbrücken	
Geschichte: Der Papagei und der Zuckersack .....	

## Einführung des Herausgebers

Wir alle sind von Konflikten und Problemen in unterschiedlichem Maß betroffen. Es besteht daher ein Bedürfnis nach neuen Aspekten und Methoden, die ebenso wirksam wie praktikabel sind.

Während viele der bestehenden psychotherapeutischen Verfahren von den Störungen und Krankheiten ausgehen, erfordert die vorbeugende, präventive Medizin und Psychotherapie eine andere Vorgehensweise, bei der statt von den Störungen zunächst von den Entwicklungsmöglichkeiten und Fähigkeiten des Menschen ausgegangen wird. Werden diese Fähigkeiten in ihrer Entwicklung gehemmt, vernachlässigt oder nur einseitig ausgeformt, entstehen, verdeckt oder offen, Konfliktbereitschaften: „Von Kind auf bin ich auf Leistung gedrillt worden... Der Beruf macht mir sogar Spaß, aber ich habe keine Beziehung zu anderen Menschen. Mit meinen Kindern kann ich auch nicht viel anfangen. Freizeit ist für mich eine Qual... (42jähriger Rechtsanwalt mit Depressionen)

Unterdrückte und einseitig aufgeblähte Fähigkeiten sind mögliche Quellen von Konflikten und Störungen im innerseelischen und zwischenmenschlichen Bereich. Sie können sich in Ängsten, Aggressionen, Verhaltensauffälligkeiten, Depressionen und dem, was man als psychosomatische Störungen bezeichnet, äußern. Da die Konflikte im Laufe der Entwicklung eines Menschen in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt entstehen, sind sie nicht notwendiges und unausweichliches Schicksal, sondern stellen sich als Probleme und Aufgaben dar, die wir zu lösen versuchen. Damit wird ein wesentlicher Unterschied deutlich: traditionelle Psychiatrie und Psychotherapie haben als Ausgangspunkt Störungen, Konflikte und Krankheiten. Demgemäß wird das Behandlungsziel gesteckt: Krankheiten heilen und Störungen beseitigen. Übersehen wird hier, daß nicht Störungen primär sind, sondern Fähigkeiten, die von diesen Störungen mittelbar oder unmittelbar betroffen sind. Mit der positiven Deutung spricht der Therapeut daher nicht nur Krankheiten an, sondern vor allem das vorgeschaltete subjektive und durch die Familientradition getragene Krankheitsverständnis. Diese Vorgehensweise eröffnet neue Möglichkeiten, die Selbsthilfekapazitäten von Menschen freizusetzen und erlaubt dem Therapeuten in vieler Hinsicht menschlicher auf den Patienten und seine Umwelt einzugehen.

Die einzelnen Autoren, deren Beiträge in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift erscheinen, untersuchen das Phänomen Krankheit und Gesundheit unter verschiedenen Gesichtspunkten, unter dem klinischen und historischen, dem individualpsychologischen sowie dem transkulturellen Aspekt.

*Dr. med. N. Peseschkian*

## Untrügliches Zeichen für Dummheit

Ein Faghih, ein Lehrer in früheren Tagen, las bei einer Unterrichtsvorbereitung in einem klugen Buch, das sieben Weise geschrieben hatten, den Satz: „Kleiner Kopf und langer Bart sind ein untrügliches Zeichen für Dummheit.“ Voll Interesse nahm er einen Spiegel und betrachtete sich lange Zeit: „Ich habe einen langen weißen Bart“, sprach er vor sich hin. Angestrengt starrte er weiter in den Spiegel: „Gott bewahre mich, mein Kopf ist auch nicht gerade groß. Wenn ich das Wort der Weisen morgen vor meinen Schülern lese, wie stehe ich dann vor Ihnen da?“ Das unglückliche Zusammentreffen der Merkmale Dummheit in seiner Person ließ ihn so schnell handeln wie denken: „Von kurzem Bart und kleinem Kopf als Zeichen für Dummheit steht nichts in dem Buch.“ Keine Schere war zur Hand, kein scharfes Messer, um den Bart zu kürzen. So griff der Faghih in seinem Eifer nach einem Leuchter, um die verräterische Länge des Bartes zu stutzen. Wie eine Stichflamme fuhr das Feuer an seinem Bart hoch. Bevor er die Flamme löschen konnte, war sein Bart versengt, die Haut seines Gesichtes vom Feuer verbrannt und schwarz vor Ruß. Da er sich ohne Bart und mit Brandwunden im Gesicht vor anderen Menschen — erst recht vor seinen Schülern — nicht zeigen konnte, hatte er genügend Zeit zum Nachdenken. Neben den verhängnisvollen Satz „Kleiner Kopf und langer Bart sind ein untrügliches Zeichen für Dummheit“ schrieb er in gestochenen Schriftzeichen: „Diese Behauptung hat sich in der Praxis als wahr erwiesen.“ (persische Geschichte).

Unsere Patienten leiden nicht nur unter ihren Krankheiten und Störungen, sondern auch unter der Hoffnungslosigkeit, die ihnen mit der Diagnose suggeriert wird. Positive Psychotherapie

## Sinn der Krankheit

Von Dr. med. N. Peseschkian

### Ein Optimist

Ein Mann kam während einer Reise durch eine kleine Stadt. Als er durch die Straßen ging, kam er an einem Süßwarenladen vorbei. Da bekam er plötzlich Hunger auf Süßigkeiten. Obwohl er kein Geld besaß, ging er in den Laden und aß, was ihm in die Finger kam. Da nahm der Ladeninhaber einen Stock und schlug dem Mann mehrmals auf die Finger. Der Reisende sagte: „Was für ein schönes Land, was für freundliche Menschen. Hier zwingt man einen mit dem Stock, Süßigkeiten zu essen.“

### Was heißt „Positive Psychotherapie“?

Die traditionelle Psychotherapie und Medizin beziehen ihr Menschenbild aus der Psychopathologie. Ihr Gegenstand sind Krankheiten. Ziel einer Behandlung ist, diese Krankheiten zu beseitigen, so, wie man in der Chirurgie ein krankes Organ entfernt. Zwar wird mitunter die Krankheit behoben, aber noch längst nicht Gesundheit hergestellt.

Der Patient lernt als erstes: Anspruch auf den Therapeuten habe ich nur durch meine Krankheit. Die Störung rückt noch mehr in den Vordergrund. Damit werden auch die therapeutischen Möglichkeiten eingeschränkt.

Diese Einseitigkeit ist geschichtlich-kulturell bedingt. Sie ließe sich vermindern, wenn wir bereitwären, andere Denkmodelle einzubeziehen. Diese geben den Krankheitsbegriffen unterschiedliche Bedeutung und legen alternative Behandlungsstrategien nahe.

Nach traditioneller Auffassung steht zwischen Therapeut und Patient die Krankheit:

Therapeut	Krankheit	Patient
<i>Traditionelles Vorgehen</i>		

Sobald wir uns nicht mehr nur mit der Krankheit beschäftigen, sondern auch die regenerativen Fähigkeiten der Patienten berücksichtigen, erhält die Beziehung zwischen Therapeut und Patient eine neue Qualität:

---

Therapeut	<b>Fähigkeiten</b> Krankheiten	Patient
-----------	-----------------------------------	---------

---

*Positives Vorgehen*

Das positive Vorgehen bedeutet in diesem Sinne, uns und andere Menschen so zu akzeptieren, wie sie gegenwärtig sind. Wir müssen in ihnen zugleich aber auch das sehen, was sie werden können. Dies bedeutet zunächst, den Menschen mit seinen Störungen und Krankheiten anzunehmen, um dann mit seinen noch unbekannten, verborgenen und durch die Krankheit verschütteten Fähigkeiten Beziehung aufzunehmen. Ziel der Positive Psychotherapie ist es, die bestehenden Sperren zu beseitigen und den Weg zur Integration frei zu machen, indem man die Liebesfähigkeit des betreffenden Menschen in die Lage versetzt, seine Erkenntnisfähigkeit zu unterstützen und umgekehrt. Von diesem Aspekt aus können Neurosen, Psychosen, psychosomatische Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten einseitige Differenzierungen der Aktual- und Grundfähigkeiten darstellen. Es reicht daher nicht aus, nur nach dem „Warum“ einer Störung, eines Leides, einer Prüfung zu fragen. Sie blieben unverstanden, wenn die Frage nach dem „Wozu“ nicht gestellt würde. Die Frage nach dem „Wozu“ meint die Reintegration, die Tendenz zur Einheit und Weiterentwicklung. Je nach den Bedingungen seines Körpers, seiner Umwelt und der Zeit, in der ein Mensch lebt, werden sich diese Aktual- und Grundfähigkeiten differenzieren und zu einer unverwechselbaren Struktur von Wesenszügen führen. Modell für dieses Vorgehen ist eine frühe Eltern-Kind-Beziehung: Die Fähigkeiten eines Kindes drängen nach außen. Die Bezugsperson, z. B. die Mutter, tritt in der Erziehungssituation unwillkürlich zu den unentwickelten und daher für sie unbekannten Fähigkeiten in Beziehung. Obwohl sie die Fähigkeiten des Kindes nicht sieht, glaubt sie daran. Diese Haltung gegenüber den unbekannten Fähigkeiten erleichtert es ihr, mit der Unbeholfenheit des Kindes, seiner Unsauberkeit, seinem ungeduldigen Schreien usw. umzugehen. Das Kind hat keine Zähne, kann nicht laufen, nicht sprechen, und trotzdem verhalten sich die Eltern so, daß es all dies beherrscht, wenn die Zeit dafür gekommen ist. Die Entwicklung des Kindes und die Haltung der Eltern ihm gegenüber läßt sich auf allgemeine zwischenmenschliche Beziehungsprobleme übertragen. Auch hier geht es darum, nicht allein von dem auszugehen, was an Defiziten, Schwierigkeiten, Problemen, Störungen und Krankheiten vorhanden ist, sondern auch davon, welche Fähigkeiten bestehen, die es erlauben, mit diesen Störungen fertig zu werden. Wir versuchen, wenn irgend möglich, nicht nur kritische Bereiche zu berücksichtigen, sondern das Ganze, das Tatsächliche. Erst die-

se Beziehung erlaubt es, das Bild vom dulddenden und passiven Patienten aufzugeben und ihn als Subjekt der Selbsthilfe zu begreifen.

## **Übersetzung konventioneller Krankheitsbegriffe**

Jedes Symptom, jede Krankheit ist grundsätzlich umdeutbar. Dies bezieht sich weniger auf den objektiven Befund als auf die subjektive und gruppenspezifische Verarbeitung dieser Störung. Da Symptome in der Regel negativ gedeutet werden, das heißt als ausweglos und unangenehm, bietet sich die positive Deutung geradezu an. Ihr Ziel ist es, im individuellen, familiären und gruppenabhängigen Verständnis eine Änderung hervorzurufen, die neue Lösungsmöglichkeiten anbahnt.

Praktisch sieht dies so aus, daß wir nach der Bedeutung fragen, die ein Symptom für einen Menschen und eine Gruppe hat und dabei auch die „positive“ Bedeutung miteinfassen: Welche positiven Aspekte hat das Erröten? Welche Vorteile bringen Hemmungen mit sich? Welche Funktion erfüllen Schlafstörungen? Was bedeutet für mich die Tatsache, daß ich Angst habe? usw.

Diese Denkweise ist sicher für die meisten Menschen ungewohnt, da sie Störungen der Gesundheit und des Wohlbefindens mit traditionellen — meist pessimistisch getönten — Einstellungen verbinden. Die positiven Umdeutungen sind daher im wesentlichen Anregungen und Provokationen, überkommene Konzepte zu überdenken und im Einzelfall zu erwägen, ob nichtalternative Behandlungsformen möglich sind. Wir sehen ihre Aufgabe vor allem darin, den Patienten alternative Einstellungen zu ihren Erkrankungen zu ermöglichen und an die Flexibilität des behandelnden Therapeuten zu appellieren.

Im folgenden werde ich versuchen, allgemeine Begriffe aus dem Bereich der Medizin, der Psychotherapie und der Psychiatrie differenzierungsanalytisch zu beschreiben, die neuen Denkformen auch auf der Grundlage dieser Begriffe verständlich zu machen und damit Anregungen für Neuorientierung bezüglich der Therapie zu geben. Es geht dabei zunächst darum, die Krankheit in ihrer Bedeutung umzuwerten und ihre positiven Aspekte zu berücksichtigen. Zum anderen werden Hinweise gegeben (Ausbaufähigkeit), die sich bei der Behandlung von Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern als günstig erwiesen haben und die zunächst eine konventionelle Therapie unter psychohygienischen Gesichtspunkten leiten bzw. als Orientierungspunkte für eine psychotherapeutische Behandlung dienen können. Wir versuchen, die Krankheit nicht abstrakt zu sehen, sondern stets inhaltlich im Zusammenhang mit den betroffenen und korrespondierenden Aktualfähigkeiten und Medien.



## Praktische Anwendung der „Positiven Übersetzung“

### Positive Aspekte der Verlassenheit

Eine 37jährige Patientin, für deren Persönlichkeitsentwicklung der mehrmalige Aufenthalt in Kinderheimen wegen der Erkrankung an Asthma bronchiale und Entwicklungsstörungen richtungsgebend war und deren Problematik in einer vorhergehenden psychotherapeutischen Behandlung im Zusammenhang mit der Trennungsangst, der Ablösungsproblematik und dem Verlassenheitssyndrom bearbeitet worden war, begann erst in dem Augenblick mit einer Änderung ihres Lebensplanes, als sie die positiven Aspekte ihres Schicksals begreifen konnte.

der Familie, in der sie aufwuchs, war es üblich, sehr viel über Probleme zu sprechen. Sehr oft stand sie dabei im Mittelpunkt: Entweder wurde sie wegen der Probleme, die sie mit ihrem Lehrer oder ihrem Vater hatte, bedauert oder wegen der Probleme, die sie ihrer Familie mit dem Essen machte. Sie habe dabei gleichzeitig gelernt, daß dieses Über-Probleme-Sprechen sie in den Mittelpunkt rückt, während sie sonst als älteres Kind wohl weniger beachtet worden wäre. Als sie 10 Jahre alt war, aß sie nichts mehr. Vielleicht wollte sie damit unbewußt ausprobieren, wer in der Familie zu ihr hält, sie nicht sterben läßt, und gleichzeitig ihren Vater provozieren, sich überhaupt um sie zu kümmern.

Durch intensive Beschäftigung mit Problemsituationen ist sie dann auch praktisch vorbereitet worden auf ihre Berufswahl, die sie dann später selbst traf, nämlich Sozialarbeiterin zu werden und schließlich Diplom-Pädagogin, um sich beruflich mit Problemen beschäftigen zu können. Aufgrund dieser gefühlsmäßigen, intellektuellen und praktischen Schulung während ihrer Kindheit, Problemsituationen zu erkennen, kann sie bei vielen Menschen Probleme und Schwierigkeiten ohne Mühe nachvollziehen und oft schon viel früher wahrnehmen als ihre Kollegen.

Sie stellte folgende Liste der positiven Auswirkungen des Kinderheimaufenthaltes und der häuslichen Situation mit ihrer Problematik auf:

- Durch das Erlebnis von Einsamkeit und Verlassenheit verstehe ich andere Menschen besser mit ihren Problemen;
- dadurch kann ich meines Erachtens meinen Beruf besser ausüben, habe mehr Verständnis und kann Rat geben;
- braves, freundliches, zurückhaltendes Verhalten gegenüber den Kunden meines Vaters wurde sowohl von meinen Eltern als auch von den Kunden positiv anerkannt, ich wurde gelobt;
- dadurch fühle ich mich wahrscheinlich bei Kontakten wohler, bei denen ich Kritik und meine Bedürfnisse verschweige;

- ich gehe sehr selten auf Menschen zu, sondern warte auf ihre Initiative — dadurch entgehe ich dem Risiko, daß ich abgelehntwerde, und vermeide so unnötige Verletzungen und Abgewiesen-Werden;
- wenn ich jemand einlade, bereite ich mich darauf vor, dadurch ernte ich das Lob, daß es schön und gemütlich und das Essen schmackhaft ist;
- ich lade so gut wie nie jemanden spontan ein, um zu vermeiden, daß ich die Leute enttäusche, daß es langweilig wird oder mir die spontane Freude genommen wird, wenn abgesagt wird;
- wenn ich früher meinen Wunsch, zu spielen, aufgab und meiner Mutter zu Hause half, wurde ich von ihr gelobt;
 

wenn ich auf meinen Wunsch verzichtete, zum Tanzen oder zu Parties zu gehen oder mich mit Gleichaltrigen zu treffen, wurde ich zum ersten Mal von meinem Vater meiner Schwester vorgezogen, er lobte mich, daß ich vernünftig wäre — auf diese Anerkennung hatte ich jahrelang gewartet;

da meine Mutter häufig äußerte, daß sie Angst um mich hat, mir könnte etwas passieren, wenn ich lange weg bin, wollte ich diesem Vorwurf entgehen und ihr eine Freude machen und verzichtete immer häufiger auf Kontakte;

früher konnte ich nie gleichaltrige Kinder einladen, da wir zu beengt wohnten, außerdem schämte ich mich wegen unserer Wohnung;
- indem ich früher zum Spielen andere Kinder besuchte, konnte ich diesen engen Wohnverhältnissen entfliehen und den ständigen Kontrollen durch die Familie entgehen, ich fühlte mich freier;
- indem ich später immer mehr darauf verzichtete, zu spielen und statt dessen Aufgaben für die Schule machte, wurde ich von meinen Lehrern als fleißige Schülerin anerkannt und bekam gute Noten. Diese Anerkennung erkaufte ich mir durch Verzicht, doch für mich waren die Beachtung, Lob und Anerkennung lebensnotwendig;
- indem ich heute mehr den Kontakt zu Männern bevorzuge, die mir bildungsmäßig unterlegen sind, entgehe ich dem Risiko, mich intellektuellen Auseinandersetzungen stellen zu müssen, bei denen ich evtl. unterlegen bin oder dumm angesehen werde (ich stamme aus einer Arbeiterfamilie, wo wenig gelesen oder diskutiert wurde).
- Spontane Kontakte mit vielen Menschen zu schließen, wie das mein Vater machte, wurde von meiner Mutter und den Großeltern verurteilt. Das nahm ich mir zum Vorbild und vermied, überhaupt in Kneipen zu gehen. Wenn ich also auf spontane Kontakte verzichtete, vermied ich die Nichtbeachtung oder Verurteilung durch die Familie.

## Das positive Vorgehen im therapeutischen Prozeß

In der therapeutischen Situation berücksichtigt das positive Vorgehen drei Ansatzpunkte:

- a) Beobachtung der Patientenfamilie und der Symptome. Dieser Ansatz erlaubt eine diagnostische Orientierung mit der Fragestellung: Welche Persönlichkeits- und Kommunikationsstrukturen liegen vor und welche differentialdiagnostische Erwägungen sind möglich? Welche Angebote machen die Patienten an den Therapeuten?
- b) Die positive Deutung der Symptome. Wir wissen, daß die Beobachtung, die aus ihr abgeleiteten Befunde und diagnostische Annahmen nicht objektiv sind. Vielmehr fließen die diagnostischen Bezugssysteme des Therapeuten, dessen subjektive Eindrücke und die Bewertungen der Patienten mit ein. Im Gegensatz zur somatischen Medizin kommt es in der Psycho- und Familientherapie auf eben diese Subjektivität an. Wenn wir andere Bewertungsmöglichkeiten (Umwertung, positive Deutung, Standortwechsel) versuchen, so nicht, weil diese objektiver wären. Wir tun dies mit dem Ziel, unsere eigenen Bezugssysteme, die der Patienten und ihrer Umwelt zu relativieren und alternative Lösungsmöglichkeiten zu initiieren. Damit verlassen wir das ursprüngliche Symptom und bewegen uns in den Bereichen, in denen sich der Patient „positiv“, das heißt symptomarm, relativ ich-stark und widerstandsfähig empfindet. Damit sind also zwei Aspekte beteiligt: die Umdeutung des Symptoms und das Eingehen auf die Fähigkeiten des Patienten.
- c) Aufwertung des „Patienten“. Die positive Umdeutung der Symptome und der Ansatz, den Patienten als Therapeuten seiner Situation zu sehen, verbessert dessen familiäre Position. Die familiäre Struktur wird dadurch umgewichtet. Andere Angehörige erhalten Gelegenheit, sich ihrerseits als Patienten einzubringen. Auf diesem Wege können die familiären Mechanismen der „Krankheitsverteilung“ aufgedeckt werden, wer also in der Familie die Aufgabe des Symptomträgers erhielt und warum dies geschah.

### Traditionelle Interpretation Positive Interpretation Alkoholismus

---

Trunksucht, psychische Symptome:  
Euphorie (Wohlbehagen),  
Selbstüberschätzung, Enthemmung,  
ungezwungenes Benehmen,  
Taktlosigkeit, Zudringlichkeit, lautes  
Verhalten, Neigung zu unüberlegten  
Reaktionen (Verkehrsdelikte und  
Kriminalität).

Die Fähigkeit, mit Hilfe des Alkohols  
Konflikte vorübergehend erträglich zu  
machen. Die Fähigkeit, über das Gefühl  
innerer Wärme die Illusion der  
Geborgenheit zu erzeugen und durch  
die Lockerung von Hemmungen und  
Ängsten das Akzeptieren der eigenen  
Persönlichkeit zu erleichtern.

## Traditionelle Interpretation

## Positive Interpretation

**Ausbaufähig:** Ehrlichkeit, Unterscheiden, welche Bereiche (Familie, Partnerschaft, Beruf, Sinn des Lebens) konflikt-haft besetzt sind; Statt passiver Konflikt-erwartung aktiv gestaltete Beziehungen.

---

### Anorexia nervosa

Appetitlosigkeit, Pubertätsmagersucht.

Die Fähigkeit, mit wenig Mitteln auszu-kommen. Die Fähigkeit, durch Hunger sich der weiblichen Geschlechtsrolle zu entziehen. Die Fähigkeit, an dem Hunger der Welt

---

### Depression

Das Gefühl des Niedergedrücktseins bei vorwiegend passiver Haltung. Seelische Niedergeschlagenheit, Abspannung.

Die Fähigkeit, mit tiefer Emotionalität auf Konflikte zu reagieren.

**Ausbaufähig:** Beziehungen zum Du, zum Wir, zum Ur-Wir, Zeit, Vertrauen und Hoffnung.

---

### Eifersucht

Suchthafte Angst, einen Partner zu verlie-ren, verbunden mit mangelnder Realitätskontrolle. Aus dem Ausschließ-lichkeitsanspruch besonders der Liebe ent-springende heftige Abneigung gegen je-den möglichen

Die Fähigkeit, zu lieben, ohne sich so zu verhalten, um geliebt zu werden. Positive Beziehung zum Ich, zum Partner und zur Treue, ausgeprägte Phantasie. Betont ist die Fähigkeit, den Partner zu lieben und ihn an sich zu binden.

**Ausbaufähig:** Die Entwicklung der Fähigkeit, sich so zu verhalten, um geliebt zu werden, Beziehung zum Wir, Erweiterung der Kontaktmöglichkeiten, Stabilisierung des Selbstwertgefühls, des Vertrauens und Zutrauens.

## Traditionelle Interpretation

## Positive Interpretation

### Existenzangst

Unsicherheit, Angst vor der Zukunft, ver-  
sorgen  
bunden mit psycho-vegetativen Störun-  
Sicherheit  
gen.

Die Fähigkeit, für die Zukunft zu  
und sich nicht der Illusion der  
hinzugeben.

**Ausbaufähig:** Differenziertes  
Verhältnis zur Zukunft, Rationalisierung der  
beteiligten sekundären Fähigkeiten.

Verzögerter Samenerguß verbunden mit Die Fähigkeit, auf den eigenen Höhe-  
partnerschaftlichen Problemen und Ver- punkt zu verzichten, um dem Partner  
sagensangst. Lustgewinn zu gewähren.

**Ausbaufähig:** „Lerne zu unterscheiden  
zwischen Sex, Sexualität und Liebe.“ Höf-  
lichkeit, Ehrlichkeit, Zeit, Leistung und  
Sparsamkeit.

### Ejaculatio praecox

Vorzeitiger Samenerguß.

Die Fähigkeit, schnell zum Ziel zu kom-  
men. Positive Beziehungen zum Partner,  
betonte Ausprägung von Fleiß/Leistung,  
Zeit.

**Ausbaufähig:** Zeit, Geduld, Pünktlichkeit,  
Vertrauen.

### Faulenzen

Leistungshemmung, Flucht aus dem Die Fähigkeit, Leistungsanforderungen  
Feld der Leistung, Mangel an Fleiß, Cha- aus dem Weg zu gehen. rakterschwäche.

**Ausbaufähig:** Zeit (wann und wo man  
faul ist), Differenzierung und Bewußtwer-  
dung der eigenen Fähigkeiten.

## Traditionelle Interpretation

## Positive Interpretation

### Hemmungen

---

Ein Ausdruck von Schwäche und Kontaktarmut. Kontaktarmut (Isolation) kann zu schweren seelischen Störungen führen, die sich nicht selten in Krankheits-symptomen manifestieren.

Die Fähigkeit, sich zurückzuziehen und das Aufgenommene in sich wirken zu lassen: Wenn ich mich nicht in Gefahr begeben, brauche ich auch keine Angst zu haben, verletzt zu werden.

**Ausbaufähig:** Hemmung ist nicht etwas allgemeines, sondern bezieht sich in der psychosozialen Umgebung des Menschen auf konkrete Inhalte. Wem gegenüber, wann, wo und in welcher Form treten Hemmungen auf? Hemmungen richten sich auf folgende Bereiche der Aktivitäten: Ordnung, Sparsamkeit, Sauberkeit, Leistung, Pünktlichkeit, Vertrauen, ...

### Aggressivität

---

Angriffslust,  
Gewalttätigkeit.

Die Fähigkeit, auf etwas spontan und hemmungslos zu reagieren.

**Ausbaufähig:** Wem gegenüber, Wann, wo und in welcher Form treten Aggressionen auf?

### Frigidität

---

Der Begriff kommt aus dem Lateinischen (frigidus=kalt) und bedeutet geschlechtliche Kälte und Orgasmusunfähigkeit bei Frauen.

Die Fähigkeit, durch den Körper nein zu sagen.

**Ausbaufähig:** Die Fähigkeit entwickeln, auch verbal nein zu sagen. Die eigenen Bedürfnisse besser formulieren.

## Traditionelle Interpretation

## Positive Interpretation

### Hysterie

---

Eine Psychoneurose, bei der sich psychische Eindrücke und Vorstellungen unter gesteigerter Gefühlsbetonung in krankhafte seelische und körperliche Vorgänge und Zustände umsetzen.

Die Fähigkeit, psychische Konflikte durch Reaktionsbildung zu verdrängen und durch die Symptome aufmerksam zu machen.

**Ausbaufähig:** Verbalisierung, Ehrlichkeit (die Bedürfnisse verbalisieren und nicht körperlich als hysterische Erkrankung formulieren), Mittel des Verstandes, Verbundenheit —  
.....

### Potenzstörung

---

Unfähigkeit zur sexuellen Betätigung oder Befriedigung.

Die Fähigkeit, sich aus dem Konfliktfeld der Sexualität zurückzuziehen.

**Ausbaufähig:** Beziehung zum eigenen Körper, zur Partnerin und zu deren Körper, Leistung, Kontakt, Zukunft.

### Psychosomatische Symptome

---

Auslösung körperlicher Krankheitszustände durch seelische

Die Fähigkeit, durch Organsprache darauf hinzuweisen, daß zur Zeit kein anderes Mittel der Konfliktverarbeitung zur Verfügung steht.

**Ausbaufähig:** Leistung, Kontakt, und Zukunft.

### Paranoia

---

Verrücktheit, Wahnsinn, Geisteskrankheit mit primären Wahnvorstellungen (Verfolgungs-, Größenwahn usw.)

Die Fähigkeit, sich selbst als Mittelpunkt der Welt und deren geheimnisvollen Mächten zu sehen.

## Traditionelle Interpretation

## Positive Interpretation

**Ausbaufähig:** Beziehungen zu den übrigen Aktualfähigkeiten, Phantasie, Verstand, Mittel der Sinne, Höflichkeit, Ehrlichkeit, Vertrauen und Hoffnung.

### Sadismus

Sexuelle Erregung durch Schmerzzufügung, Mißhandlung, Demütigung oder Beschmutzung der geliebten Person. Seine äußerste Steigerung ist das Lustmord.

Die Fähigkeit, die aktive Rolle zu übernehmen. Die Fähigkeit, das Bewußtsein der eigenen Macht und Gewalt zu genießen.

**Ausbaufähig:** Anerkennung menschlicher Grundfähigkeiten, Gerechtigkeit. Beziehung zum Wir und zu anderen.

### Schizophrenie

Seelenspaltung, Spaltungsirrsein; eine endogene Psychose, deren Genese un-aufgeklärt ist. Kennzeichen sind z.B. Zerfahrenheit, Spaltung zwischen Gedankeninhalten, schlechter Kontakt, Spaltung zwischen Krankem und Außenwelt. Selbstentfremdungserlebnisse, Gefühlsverarmung, Verstimmung und Denkstörungen. Wichtige Formen sind: Jugendirrsein, früh einsetzende Versponnenheit, Ansätze zu Wahnbildungen, Wahnbildungen mit Stimmenhören, Spannungsirrsein, Beeinflussungserlebnisse, Gedankenenzug.

Die Fähigkeit, untragbare Bereiche des Ichs abzuspalten und die nicht befriedigende Umwelt durch eine phantastische Innenwelt zu ersetzen.

Paranoide Form: Betonung der Phantasie und Tradition, z.B. Gerechtigkeitswahn, religiöser Wahn, Treuewahn, Höflichkeitswahn.

Bei hebephrenen Formen: Fähigkeit, sich aus dem Feld der Leistungsanforderungen

(Aktualfähigkeiten) zurückzuziehen und sie in Frage zu stellen. Bei Kata-tonen: Sich motorisch zurückzuziehen bzw. umgekehrt, Erregung durch unkoordinierte Bewegungen auszutragen.

**Ausbaufähig:** Auf welche Inhalte bezieht sich der Wahn? Welche



## **Konsequenzen**

Diese Übersetzungen sind nur Beispiele und Modelle für alle anderen möglichen Übersetzungen von Krankheiten und Störungen. Das Vorgehen ist zweifelsohne für die meisten ungewohnt, für die Krankheiten und Störungen fast notwendig mit einem negativen oder pessimistischen Konzept verbunden sind. Ein solches Konzept ist eine Garantie für eine realistischere Sicht der Dinge, aber es kann kaum erklären, warum -e Realität des Gesundheitswesens und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung genügend Anlaß zum Pessimismus bietet. Wenn man die positiven Aspekte einer Krankheit außer acht läßt, braucht man sich über die Konsequenzen nicht zu wundern: daß die Eltern ihre Kinderfrühzeitig aus dem Hause vertreiben; daß Jugendliche mit ihren Eltern und den Erwachsenen nichts mehr zu tun haben wollen; daß Partner sich trennen oder scheiden lassen; daß sehr viele Menschen frühzeitig aus ihrem Beruf ausscheiden; daß immer mehr Menschen die Lösung ihrer Probleme im Alkohol und in Drogen suchen; daß man versucht, den anderen zu helfen, ohne daß Ihnen — wie das Beispiel Entwicklungshilfe zeigt — effektiv geholfen wäre; daß Menschen und Gruppen sich gegenseitig hassen, nebeneinander her leben, statt zusammen für ein besseres Leben aller zu sorgen; daß psychosomatisch Kranke als Simulanten verkannt oder ausschließlich mit Medikamenten behandelt werden; daß psychisch kranke Menschen ins Abseits des Abnormen gedrängt werden; daß psychiatrische Patienten in Kliniken statt einer psychotherapeutischen Behandlung nur Verwahrung erfahren müssen.

## **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. N. Peseschkian

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie

An den Quellen 1

6200 Wiesbaden

DAS LDVEN  
 MACHT EM-P-  
 pNi  
 FÜ K-DEN  
 5CHAAUKa .N  
 DE-K WELT  
 ES KANN  
 0 MD LEH KEN  
 EIN E- 5U-5,SE-K  
 LI EM- A(A F -  
 FH5KINCFN  
 F1~KAL1 Fb1  
 WIAb,1sT<sup>fi</sup>  
 DOKOTHEE-SOLLE



## Gedanken zur Organsprache des Menschen Von

Prof. Dr. med. Raymond Battegay

### Allgemeine Einführung

Begegnen wir einem uns unbekannten Menschen, so interessiert uns nicht in allerer-ster Linie das Wort, das er an uns richten könnte, sondern sein körperhafter Ausdruck: das Ebenmaß oder aber die Unausgeglichenheit seiner Gesichtszüge, das Leuchten oder aber die Mattigkeit seiner Augen, das Vertrauens-erweckende oder aber das Ab-schreckende, Mißtrauen erregende, vielleicht aber auch das Gleichgültige seiner Mi-mik, die Bedrücktheit seiner Gesichtszüge, die Trauer, die aus seinen Augen spricht oder die übermäßige Freude, die Jugendlichkeit oder das Alter, die Saturiertheit oder die Armut, ein Blenden-Wollen oder Bescheidenheit. Erlebter Erfolg oder Mißerfolg wird uns aus seinem Antlitz ansprechen. Tritt uns ein Mensch entgegen, können wir al-so bereits aus seinem mimischen Ausdruck seine Lebensgeschichte erahnen. Neh-men wir die Körperhaltung hinzu, ob ein Mensch aufrechten, senkrechten Ganges schreitet, oder aber gebeugt, sorgenbeladen durch die Welt geht, ob er „mit hohlem Kreuz“ Bedeutung, die ihm objektiv vielleicht fehlt, markieren will, ob er gravitatisch,

- großen Schritten, maßvoll geht, oder aber mit kleinen Schritten, vorsichtig sich vor-  
et, alle diese Gegebenheiten tragen dazu bei, einen Menschen zu erkennen.

<sup>z</sup>~es Individuum ist von seinem genetischen Code her in einer Einmaligkeit geboren, e  
kaum je wiederbringlich ist. Die Individualität des Menschen ist schon daher auch

- -oerlich begründet. Wenn ein Mensch argumentiert, daß es ja, sup specie aeternita-  
gleichgültig sei, was er mit seinem Leben beginne, müssen wir hier entgegenhal-  
daß, bei Nicht-Verwirklichung, der Welt unwiderbringlich das verloren ginge, was
- in dieser speziellen Individualität genetisch zusammenkam. In dieser körperhaften  
E<sup>i</sup> maligkeit, bei allem äußeren Anschein einer gewissen Gleichartigkeit des Men-  
<sup>z</sup>~ien, müssen wir sagen, daß kein Individuum durch ein anderes ersetzbar ist. In der  
iagssprache heißt es zwar so leichtfertig, daß niemand unersetzlich sei, weil für alle  
sozialen Funktionen wieder Nachfolger gefunden werden konnten. Doch müssen wir  
Gedenken, daß niemand die ganz besondere Art eines Menschen, die mit genetisch  
ist, und die durch je besonderes Aufwachsen verstärkt wird, ersetzen kann.

-assen wir uns mit einem Individuum in ein Gespräch ein, so werden wir nicht nur auf  
-en Inhalt des Gesagten achten, sondern auch auf die Art der Rede. Wir werden aber  
auch unser Augenmerk darauf richten, ob der Betreffende gespannt oder locker wirkt,  
seine Muskeln bis zur Zerreißprobe gezertrt sind oder aber er sie lose hält, eventuell uns  
salopp entgegentritt. Wir werden schon an der Körperhaltung merken, vor allem an  
diskreten Veränderungen des muskulären Gleichgewichts erkennen, ob ein Mensch  
sich verstanden oder aber unverstanden bzw. gar gekränkt fühlt. Ein Zusammen-  
zucken kann uns zu verstehen geben, daß wir einen Faux-Pas gemacht haben.

Auch der Gebrauch pantomimischer Möglichkeiten, z. B. der Arme beim Sprechen,  
die Art, wie Arme und Hände eingesetzt werden, oder aber gar Ausdrucksbewegun-  
gen der Beine, wie das Stampfen, z. B. bei Kindern, zeugen von Affekten, die einen  
Menschen bewegen. In unserem westlichen Kulturkreis wurde, wohl als Folge der Ab-  
Nehrhaltung gegenüber unbewußten Regungen und Gefühlen, dazu angehalten, ja  
-,eine pantomimischen Bewegungen zum Sprechen auszuführen. Jemandem in ei-  
nem Gespräch gar freundschaftlich auf die Schulter zu klopfen, galt als der Ausbund  
der Unerzogenheit. Der ganze **Knigge** ist dazu angetan, entweder pantomimische Be-  
wegungen zu unterdrücken oder aber sie zu stilisieren und zu ordnen. Diese Dressur  
der groborganischen Bewegungen wurde zu einem Kulturphänomen des Westens im  
19. und im beginnenden 20. Jahrhundert. Es galt sogar als unschicklich — oder etwa  
auch als rührend-niedlich —, bei der Begegnung mit einer Vertreterin/einem Vertreter  
des anderen Geschlechts zu erröten. Da waren nun allerdings die Grenzen der Dome-  
stizierung und Normierung des Menschen erreicht. Unser autonomes Nervensystem  
läßt sich zwar, wie die Erfahrungen des Autogenen Trainings (**Schultz**, 1932) zeigen,  
bis zu einem gewissen Grade beeinflussen, doch brechen heftige Gemütsbewegun-  
gen, wie sie sich beispielsweise beim Erröten im Gesicht kund geben, meist durch. Die

Organsprache, die sich in diesem Erröten kund gibt, ist zwar keine eindeutige. Sie ist nur Indikator eines emotionalen Geschehens, nicht aber Ausdruck dafür, der uns verständlich machte, was in einem Individuum vor sich geht. Immerhin ist es schon Indikator genug, wenn eine junge Dame und ein junger Herr einander begegnen und beide erröten. Dieser Umstand zeigt immerhin auf, daß die beiden einander nicht gleichgültig lassen.

## **Affekt und sein organischer Ausdruck**

Wir kennen also organische Äußerungen, die über den Zustand unserer inneren Befindlichkeit Ausdruck geben, ohne daß wir das wirklich wollten. Die Organsprache ist demnach vorwiegend als eine unbewußt-autonom sich vollziehende Manifestation zu betrachten, in die man zwar, in einem Lernprozeß, einzugreifen lernen kann, die aber nie vollkommen bewußt beherrscht zu werden vermag. Auch ist die solchermäßen sich ergebende Organsprache nie so eindeutig, wie Worte es sein können. So kann beispielsweise die Rötung des Gesichts eine Liebesröte darstellen, aber auch eine Zorn-röte oder eine Röte nach einem Schrecken, der initial eine Blässe erzeugt hatte. Auch kann eine Erregung aus Angst beim Betroffenen zu einer Rötung des Gesichts führen. Bekannt ist auch die Schamröte. Fühlt sich der Mensch bei einer intimen Verrichtung ertappt oder merkt er, daß andere seine Aussagen für unwahr erkannt haben, so steigt ihm die Schamröte in den Kopf. Dieses Phänomen, das sich, wie gesagt, weitgehend autonom — unbewußt vollzieht, hat zur Folge, daß der Mensch in Tiefen als fühlend erkannt wird, auch wenn er sich verbergen möchte.

Allein schon dieses Phänomen der bei vielerlei Affekten aufsteigenden Gesichtsröte zeigt auf, wie nahe beieinander die verschiedensten Gefühlsregungen sind, wenn sie noch so gegensätzlich erscheinen. Ich habe das Beispiel der Gesichtsrötung angeführt, habe aber auch schon von der Blässe gesprochen. Auch da kennen wir, neben der Schreckensblässe, die Blässe bei Zorn, beim traurigen Ergriffensein, bei der Angst. Eine mitmenschliche Begegnung, auch eine Prüfung, kann z. B. Blässe bei den Beteiligten auslösen, wenn sie von der Bangigkeit beschlichen werden, sie könnten eine solche nicht bestehen. Ein Freier kann blaß in Erscheinung treten vor lauter Angst, abgewiesen zu werden. Ein Studierender kann blaß vor Ehrfurchtsein angesichts einer wissenschaftlichen Autorität.

Als junger Medizinstudent wurde ich in einer klinischen Vorlesung vor 250 mitanwesenden Studenten zum Praktizieren durch einen international anerkannten, etwas barsch wirkenden, hintergründig aber gemütsvollen Professor aufgerufen. Sachlich war ich gut vorbereitet, doch machte mich die Begegnung mit dem Professor, den ich hoch achtete, „in der Arena“ bang. Er sagte mir dann unvermittelt: „Sie sind aber bleich, was ist los? Sie sollten einmal in die Ferien!“ Nachdem ich so angesprochen worden war und die Worte einen menschlichen Hinterton erkennen ließen. Fühlte ich mich eigentlich eher etwas wohler. Die Blässe ließ nun anscheinend etwas nach, wie ich nachher erfahren habe, und ich konnte das Praktizieren recht gut bestehen. Es hatte sich offen-

st **IW-zider** meinen Willen, die Angst — und die Ehrfurcht — in meiner Blässe niedergeschlagen, dazu gekommen sein mag, daß ich wirklich etwas viel gearbeitet hatte in den vergangenen Jahren. Es war die Blässe also auch bei mir vieldeutig, zeugte von Angst und Ehrerbietung, aber auch von Vernachlässigung.

Die Organsprache ist also nicht erst durch die Wissenschaft erkannt worden. Das Volk hat schon längst darum. Davon zeugen Redeweisen wie „Da blieb mir die Spucke“, „Es schlug mir auf den Magen“, „Ich bekam 'Schiß“, „Da sträubten sich mir die Haare“, „Hören und Sehen ist mir vergangen“, „Da steigt mir die Galle hoch“, „Es ist mir kotzen“, „Es stieg mir in den Kopf“, „Der Kopf droht mir zu zerspringen“, „Da ist mir bitterer Geschmack“, „Ich bin übrig“, „Ich habe kein Rückgrat“, „Doch die Wissenschaft hat es aufgedeckt“, „Aber das ist O.k.“, „Viel wichtiger ist es, die Wissenschaft wiederentdecken.“

Heinrich hat bereits früh auf den damit verbundenen Zusammenhang aufmerksam gemacht und im Zusammenhang mit der Erfassung des psychologischen Hintergrundes mit dem Problem der „psychologischen“ das — U — U, Ma — h, y — zsen“ geschrieben.

Es ist beispielsweise von den Colitis-ulcerosa-Patienten bekannt, daß ihre gestalttherapeutischen Erzeugnisse, wie z. B. Zeichnungen und Malereien, oft schwer von denjenigen Schizophrenen zu unterscheiden sind. Das auf einer Autoimmunerkrankung beruhende Leiden der Colitis ulcerosa geht neuroendokriner Natur aus und ist mit einer Autozerfall des Darmes würde pars pro toto die Gefährdung eines solchen Menschen darstellen. Nicht immer jedoch ist die Organsprache so offenbar wie bei dieser Erkrankung. Bei der Untersuchung von Krebskranken hat **Lawrence Le Shan** (1977) — wie schon andere Autoren vor ihm — herausgefunden, daß die karzinomatöse Erkrankung sch beinahe ausnahmslos nach einer einschneidenden, alle Lebensbezüge in Frage stellenden, grundlegenden, bedrohlichen oder kränkenden Erfahrung einstelle, die die Betroffenen tragende Beziehung in Frage ziehe oder durch das Ableben der einzigen Bezugsperson oder den drohenden Verlust eines Geschäftes, einer Beschäftigung, entstehe. Es treffe vor allem Menschen, die infolge früher Trennungserfahrungen von Bezugspersonen Schwierigkeiten hätten, neue Ablösungserlebnisse durchzustehen. Der Zustand der Hoffnungslosigkeit und der Resignation, der eintrete, mündeschließlich in die Karzinomentstehung. Die Karzinomgenese, die nach heutiger Auffassung mit auf einer herabgesetzten Immunitätslage beruht, mögen Viren oder latent immer vorhandene Karzinomzellen oder beide daran mitbeteiligt sein, spricht dafür, daß die Abwehr des Menschen, vielleicht auch die Abwehrmechanismen des Ich, wie sie in klassischer Weise von **Anna Freud** (1964) beschrieben worden sind, darniederliegen.

So war es der Fall bei einer 62jährigen Ärztin, die ich während Jahren wegen einer Spätdepression zu betreuen hatte. Die Patientin wußte seit einigen Monaten, daß ihre ältere Tochter, der gegenüber sie größte Hoffnungen gehegt hatte, nachdem ein zerebral geschädigter Sohn vor Jah-

ren bereits gestorben war und die jüngere Tochter sich als wenig intelligent herausgestellt hatte, in einer äußerst schwierigen Ehe lebte und dann vom Mann verlassen wurde. Die Tochter hatte es abgelehnt, mit der Mutter über ihre Probleme zu sprechen und sich aggressiv ihr gegenüber verhalten. Die Kranke hatte es beschäftigt, daß ihre Tochter nun Freundschaften zu Männern unterhielt, mit denen sie, die Mutter, sich nicht einverstanden zu erklären vermochte. Plötzlich stellten sich bei ihr Schwindelanfälle ein. Der Otorhinolaryngologe fand keine Ursache hierfür. Bei einem Internisten wurden dann aber im Blut 100 000 Leukozyten pro mm<sup>3</sup> gefunden. Es wurde ihr mitgeteilt, daß auch das Knochenmarkspunktat nicht in Ordnung und die Milz vergrößert seien. Die Kranketelephonierte mit mir, nachdem sie über ihre Krankheit erfahren hatte und kam unmittelbar darauf zu einem Gespräch zu mir. Auf der einen Seite wollte sie mit mir über die Bedeutung dieser organischen Lebensbedrohung sprechen, auf der anderen Seite aber wünschte sie beruhigt zu werden. Die Patientin schien die Organsprache zu verstehen. Sie führte selbst an, daß die Erkrankung wohl die Folge der schweren emotionalen Enttäuschung in bezug auf ihre ältere Tochter sei, die sie in der nahen Vergangenheit durchgemacht und die sie zur Verzweiflung gebracht habe. Es schien ihr die Tragweite ihrer Krankheit bewußt, doch kam sie im Gespräch zwichenhinein immer wieder auf oberflächliche Themen zu sprechen, so daß sich keine Gelegenheit bot, mit ihr eine tiefergehende Einsicht zu entwickeln. Sie wurde in ihrer — die Krankheit emotional abwehrenden Art — unterstützt durch ihren Mann. Er war ebenfalls mein Patient, begann vor Jahren, in einer beruflich angespannten Situation, an einer essentiellen Hypertonie zu leiden, derentwegen er zu mir geschickt worden war. Sein Blutdruck hatte sich unter analytisch orientierter Psychotherapie und begleitender Behandlung mit Antidepressiva gebessert, doch er war immer noch wenig in der Lage, Schwierigkeiten zu ertragen. Die Patientin verstarb zweieinhalb Jahre nach Beginn der Krankheit. Sie war mit ihrem Mann in die Ferien gereist, obwohl sie um ihren desperaten körperlichen Zustand wußte. Zuletzt hatte sie so gewirkt, daß man annehmen mußte, sie habe das bevorstehende Ableben angenommen. Die Organsprache hatte bei der Kranken in einer Leukämie bestanden, die wohl mit als Ausdruck einer tief empfundenen Lebensenttäuschung aufgefaßt werden darf. Der bereits erwähnte Ehemann bewährte sich nach dem Tode seiner Gattin aufs vorbildlichste. Er nahm sich seiner Töchter an, übergab ihnen vom Erbe, was sie wünschten. Der Patient wirkte zufriedenen und erklärte, daß er nun alles geregelt habe. Man wisse ja nie, was geschehen könne. Eineinhalb Jahre nach dem Tod der Gattin wurde er, nach über 50 Jahren Diensttätigkeit bei einem Großunternehmen, pensioniert. Einige Monate darauf verstarb der Patient an einem akuten Herzversagen. Drückt das Herzversagen nicht auch bei diesem Menschen aus, daß er, nach dem Tode der Gattin, nach der Pensionierung und nach der Verteilung des Erbes kein eigentliches Lebensziel mehr vor Augen hatte? Er hatte für sich offenbar nichts zurückbehalten an Vermögenswerten und wollte nur noch von dem Leben, was ihm die Pensionsversicherung auszahlte. Auf alle Fälle hatte er sein Ableben richtig vorbereitet. Wir sehen, daß, wenn wir die Zeichen zu verstehen wissen, die Organsprache auch jene Verzweiflung und Niedergeschlagenheit, jene Selbstaufgabe, atme auch jenen inneren Abschluß manifestieren kann, die das Wachsen eines Tumors oder ein Herzversagen erleichtern bzw. ermöglichen.

## Die Psychologie körperlicher Krankheiten

Die Organsprache sollten wir aber auch dann verstehen, wenn ein Unfallgeschehen z. B. einer Fraktur eines Knochens geführt hat. Zwar kommen immer wieder Unfallereignisse vor, die auf den Betroffenen mehr oder weniger zufällig einwirken. Wenn aber jemand am Vorabend eines Skiunfalls erklärt hatte, daß er sehr müde sei und am

•en Tag doch zu einer Skitour aufbricht, dabei unglücklich stürzt und sich eine schwere Soliterfraktur des Oberarms zuzieht, so können wir nicht einfach von einem zufälligen Geschehen sprechen, sondern dürfen die organische Läsion als Ausdruck jener Müdigkeit und der damit zusammenhängenden Überforderung ansehen, die der Betroffene nicht beachtet hatte. Das Unfallgeschehen zwang den vielbeschäftigten Mann, sich selbst, seinem Körper und seiner vorher nicht beachteten Krankheitsanfälligkeit wieder mehr Beachtung zu schenken.

Nenn Unfälle in Familien etwas gehäuft vorkommen, kann dieser Umstand aufzeigen, daß in diesen Sippen die menschliche Verletzlichkeit und Vergänglichkeit nicht genügend beachtet wird. Wir sehen auf unseren Straßen vor allem junge, aber auch gezeigandene Menschen in einer Schnelligkeit und Unbedachtsamkeit Auto fahren, die uns Desagt, daß sie wähnen, unverletzbar, für ewig in den sozialen Daseinsbezügen verankert zu sein. Erleidet ein solcher Mensch einen Unfall, falls er ihn überlebt, so empfindet er ihn nicht selten unbewußt als eine Kränkung: „Daß gerade mir das passieren mußte.“ Er hielt sich für eine Ausnahme, muß nun aber der Tatsache gewahr werden, daß er eine zerbrechliche menschliche Existenz ist.

In der Medizin haben wir noch viel zu lernen, um die Psychologie einer jeglichen Erkrankung bzw. eines jeden Kranken zu erfassen. Jede Krankheit hat wohl ein besonderes Erleben im Gefolge, und jedes andauernde Erleben kann wieder zu Krankheiten orädisponieren, wobei wir allerdings nicht wissen, wie es zur sogenannten Organwahl kommt. Wir sprechen in der Medizin oft von psychosomatischen Leiden und sind uns doch wenig bewußt, daß auch somatische Krankheiten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle über das Erleben des Patienten zur Kenntnis des Arztes gelangen. Nur bei Bewußtlosen oder bei extrem psychoorganisch Geschädigten oder bei schwer Schwachsinnigen muß der Arzt allein entscheiden oder vorwiegend sich von der Organsprache leiten lassen.

Es wird herkömmlicherweise und besonders in den letzten Jahren der Terminus Psychosomatik in den Mund genommen, dabei aber gerade der Dualismus Psyche und Soma verfestigt. Dazu ist zu sagen, daß unsere körperlichen Abläufe stets auch ein Erleben darstellen, und das Erleben ohne den bezeugenden somatischen Prozeß undenkbar wäre. Die Biochemie der zentralen Transmitter, die selbstverständlich auch von äußeren Einwirkungen beeinflusst wird, und die auch periphere körperliche Prozesse registriert und beeinflusst, hat, als subjektive Seite, das Erleben. Ist der biochemische Prozeß — beim Ableben zu Ende, so ist ein Erleben als Mensch, wie er war und lebte, nicht mehr möglich, denn das Leiben ist nur solange möglich, als der Mensch lebt. Es heißt ja im Volksmund: „Wie er leibt und lebt“. Es kann zugefügt werden: Nur wenn er leibt und lebt, erlebt er. Die Organsprache ist also zu Lebzeiten immer vorhanden. Wir müssen sie nur zu verstehen lernen, oder — ein etwas erschreckender Gedanke — anhand von verschiedenen biochemischen Parametern das genaue Erleben

zu bestimmen lernen. Auf jeden Fall ist Leiben, Leben und Erleben eine unzertrennbare Einheit, die im Wort Psychosomatik nicht zur Geltung kommt. Dennoch gebrauchen wir diesen Begriff, weil wir keinen besseren anderen zur Verfügung haben.

Versuchen wir, die Organsprache bzw. die Organsymptome und -syndrome irgend- wie klarer zu fassen, so müssen wir dazu kommen einen systematischen Ansatz zu fin- den. Bei aller Gefahr der Vergewaltigung von mannigfaltigen Naturgegebenheiten durch ein normierendes Muster, das damit verbunden ist, erleichtert es uns doch das Verständnis. Dabei müssen wir uns allerdings bewußt bleiben, daß unser Versuch der Einteilung immer nur von relativer Gültigkeit ist.

Wir können drei Arten psychosomatischer Symptome/Syndrome differenzieren:

1. psychosomatische Symptome/Syndrome, die beredter Ausdruck eines konflikthaf-ten Erlebens darstellen,
2. psychosomatische Symptome/Syndrome, die lediglich Indikatoren eines Konflikt-oder Mangelerslebens sind,
3. psychosomatische Symptome/Syndrome, die sichtbar eng mit einem psychischen oder somatischen Krankheitsgeschehen zusammenhängen.

### **1. Psychosomatische Symptome/Syndrome, die beredter Ausdruck eines konflikthafter Erlebens darstellen**

Wir kennen Lähmungen, die die Beine oder die Arme betreffen, Blindheit, Taubhei-ter, Anaesthesien oder neuronale Reizerscheinungen, wie z. B. Gesichtsticks, die nicht Ausdruck einer pathologisch-anatomischen Läsion sind, sondern in ihrem orga-nischen Ausdruck, in ihrer Abgrenzung, nach der unbewußt subjektiven Vorstellung des Patienten verlaufen. Eine Beinlähmung ist so nicht nach dem Verlauf der Nerven-wurzeln und -bahnen zu verstehen, sondern nach der persönlichen Vorstellung und Bedeutung, die diese Lähmung für den Betroffenen hat. Ebenso entspricht eine Aneasthesie an irgendeinem Ort des Körpers nicht dem Nervenverlauf, sondern dem subjektiven Bild einer Lähmung, das der Patient hegt. Es waren **Joseph Breuer** und **Sigmund Freud**, die im Jahre 1895 ein wissenschaftlich klärendes Licht auf diese Stö-rungen warfen. Die von diesem Phänomen betroffenen Hysterischen wurden durch sie eingehend untersucht, und die beiden Forscher stellten fest, daß diese Menschen „größtenteils in Reminiszenzen leben“, und zwar in Erinnerungen, die mit einem unbe-wältigten Sexualkonflikt in der ödipalen Phase der Triebentwicklung (3. bis 5. Lebens-jahr) zusammenhängen.

Ich erinnere mich in diesem Zusammenhang an einen jungen Apotheker- Praktikanten, der bei ei-ner ca. 45jährigen Vorgesetzten tätig war. Es kamen immer mehr Liebesgefühle in ihm hoch. Ver-geblich suchte er sich dagegen zu wehren. Plötzlich hatte er Mühe zu sehen. Seine getrübe



-scit, die sich bis zu weitgehender Blindheit steigerte, hinderte ihn daran, Präparate herzustellen  
 z- die eine genaue Prüfung der Gewichte anhand einer Waage erforderten. Bei einer Psycho-  
 -apie wurde ersichtlich, daß dieser junge Mann im Zusammenhang mit der Liebe zu seiner  
 gesetzten Selbstbestrafungstendenzen hegte. Sein Über-Ich ließ es nicht zu, daß er „inze-  
 1- Phantasien gegenüber der erwähnten mütterlichen Frau hegte. Es war natürlich kein Zufall,  
 -z- solche Gedanken in ihm hochkamen, denn die Vorgesetzte war im Grunde genommen nur  
 -Ersatz für die Mutter, an die er immer noch ödipal gebunden war.  
 e solch beredte Organsprache braucht aber nicht notwendigerweise Ausdruck ei-  
 s ödipalen Konfliktes zu sein. Sie kann auch ein vielsagendes Phänomen für ein an-  
 -weitiges Bedrohungsgefühl darstellen. So ist beispielsweise im Krieg (**Pan-  
 se**,  
 - ~52, **Battegay**, 1970) festgestellt worden, daß Menschen als Reaktionen auf die Be-  
 -z)hung durch ein Bombardement, d. h. unter Einwirkung von Angst und Schreck ar-  
 : -aische Ausdrucksbewegungen ausführten, wiez. B. auf freiem Feld den Kopf einzo-  
 zen (primitiver Druckreflex), die anzeigten, daß die Betroffenen bis ins Unaushaltbare  
 verängstigt waren und sich in ihrem Leben bedrohtfühlten. Vom untergegangenen Lu-  
 xusdampfer Titanic ist bekannt, daß viele, die sich auf dem Schiff befanden, entweder  
 einen Totstellreflex oder in einen Bewegungsturm verfielen, die beide organischer

1 **W** Ausdruck einer extremen inneren Notlage darstellen. Wir treffen solche Phänomene  
 auch bei Panikzuständen in Massenveranstaltungen an, bei denen es unvermittelt bei-  
 spielsweise zum Einstürzen einer Tribüne kommt. Die Anwesenden verlassen dann  
 nicht geordnet, wie es indiziert wäre, den Ort des Unglücks. Sie helfen einander auch  
 nicht, sondern verfallen in ein blindes Hinausrennen, wobei auch dieses Flüchten voll-  
 kommen ungezielt geschieht, so daß sich die Betroffenen gegenseitig etwa zu Tode  
 trampeln. Wiederum ist es dieser in extremster Angstnot auftretende Bewegungs-  
 sturm, der eine sinnvolle Flucht nicht mehr gestattet und organhaft kundgibt, daß die  
 Betroffenen nicht mehr zu vernünftigem Reagieren fähig sind, sondern nur noch mit  
 den dem Menschen eigenen urtümlichen Reaktionen antworten.

## **2. Psychosomatische Symptome/Syndrome, die lediglich Indikatoren eines Konflikt- oder Mangelerslebens sind.**

Die Organsprache ist aber nicht immer so deutlich, wie eben erst geschildert wurde. Es  
 kann zu mehr oder weniger unspezifischen somatischen Symptomen kommen, und  
 zwar bei allen grundlegenden Störungen des Erlebens bzw. bei tiefem Ergriffensein in  
 rgendeinenn affektiven Bereich, so auch bei der Angst. Der Grad der Störung des  
 emotionalen Gleichgewichts durch die Angst kann, wie **Levi** (1966) und andere Auto-  
 ren festgestellt haben, durch Untersuchungen der Katecholaminausscheidung ge-  
 messen werden. Dabei entsteht allerdings der Eindruck, daß die Katecholamine nicht  
 ausschließlich Angst, sondern überhaupt hohe Gefühlsintensitäten anzeigen. **Sig-  
 mund Freud** (1926) hat nach wiederholten Revisionen seiner Auffassung in der Angst  
 ein Signal des Ich vor immanenten Triebgefahren gesehen. Nach **Lazarus und Ave-  
 rill** (1972) drückt die Angst eine symbolische Vorwegnahme von ungewissen Momen-

ten, auch körperlich, aus. Die bei der Angst auftretenden Symptome sind in der Bevölkerung bekannt. Ich nenne als Beispiel die weite Öffnung der Lidspalten, die Mydriase, Schweißausbruch, Tachykardie, Magen-/Darmsymptome — insbesondere Diarrhoe — trockener Mund usw. Die Angst, die die Gefahr bannen soll, kann ihrerseits eine organische Gefährdung der Betroffenen mitsich bringen, ja sogar den Angsttod (**Bollinger**, 1888, **Jores**, 1959). Je unbestimmter, verschwommener und zeitlich unpräziser eine Gefahr antizipiert wird, desto größer wird die Angst, und desto mehr sind somatische Konsequenzen erkennbar.

Wir kennen indes auch andere Befindlichkeiten als die Angst, z. B. die Freude, die mit psychosomatischen Symptomen einhergehen, die denjenigen bei der Angst nicht unähnlich sind. So kann z. B. eine Tachykardie auch beim plötzlichen Eintritt eines freudigen Ereignisses aufkommen. Auch bei der Wut kommt es zu hohem Pulsschlag und zu Blutdruckerhöhung. Bekannt sind die psychosomatischen Phänomene bei Depressionen, die dermaßen überwiegen können, daß von einer larvierten Depression gesprochen wird (**Kielholz**, 1979, **Walcher**, 1969 u. a.). Es ist überhaupt keine Gefühlsbefindlichkeit ohne somatisches Äquivalent denkbar. Wir wissen jedoch darum, daß die Gefühle sehr eng mit dem limbischen System zusammenhängen, das seinerseits wieder mit den Gammafasern der quergestreiften Muskeln und damit mit deren Spannungslage und Ausdrucksgehalt verbunden ist.

Auch die sogenannten psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne lassen nur indikatorhaft erkennen, daß bei den Betroffenen durch frühkindliche Mangelernährung oder durch Verwöhnungserlebnisse mit sekundärer Frustration in der frühen Kindheit eine Störung in ihrem Selbstwelterleben mit begleitender Beeinträchtigung ihres Körpergefühls eingetreten ist, wobei die „Organ-Wahl“ bis jetzt noch nicht deutlich erklärt werden kann, obschon viele spekulative Theorien entworfen worden sind. Ganz allgemein gilt aber für die psychosomatisch Kranken, daß ihre Beziehung zu ihren Gefühlen eine schlechte ist, bzw. daß sie wenig davon wissen, was sie innerlich bewegt. **Sifneos** (1973) sprach in diesem Zusammenhang von einer „Alexithymie“ und die französischen Autoren **Marti et al.** (1963) von einer „pensée opératoire“, da diese Menschen oft annehmen, ihr Körper müsse wie ein Apparat funktionieren, durch keine Emotionen beeinträchtigt werden. Die psychosomatischen Störungen geben demgegenüber kund, daß der Gefühlsablauf dieser Menschen, von dem sie wenig Notiz nehmen, oft erheblich beeinträchtigt ist. Wir kommen aber anhand der Symptome nicht auf einen typischen Konfliktinhalt. Doch wissen wir von charakteristischen Funktionsabläufen, daß z. B. beim „Jension headache“ Spannungen, die im Zusammenhang mit unterdrückten Gefühlen und insbesondere Aggressionen stehen, eine auslösende Rolle spielen können. Wir können jedoch anhand des Kopfschmerzes nicht auf einen Konfliktinhalt rückschließen, der die Aggression ausgelöst hätte. Ebenso ist es beispielsweise bei der Fettsucht und der Magersucht: Zwar können wir eine Selbstidentitätsproblematik und eine ambivalente Einstellung zur speziellen Geschlechtsidentität feststel-

—, doch können wir aus den Symptomen niemals den exakten Erinnerungsgehalt ablesen, der zu diesen Syndromen geführt hatte. Bei der Hypertonie ist bekannt, sie Menschen trifft, die sehr ehrgeizig sind, jedoch ihre begleitende Aggressivität auszudrücken verhindern, so daß dann die Gefäßmuskulatur in Spannung gerät. **Alexander** (1950) hat davon gesprochen, daß die Vorbereitung zur Aggression auf verschiedenen Stufen abgeblockt werden könne. Bei der Hypertonie geschehe das auf einem vaskulären Vorbereitungs-niveau. Ist das Individuum, bildlich gesprochen, zum Sprung bereit, würden sich die Muskeln verspannen, und es könne dadurch zu einer Überbeanspruchung der Muskeln und Sehnen und damit zu einer Tendenz zum (eichteil-) Rheumatismus (generalisierte Tendomyopathie) kommen. Wird indes die Aggression bereits als Vorstellung, auf ideativem Niveau, zurückgebunden, so würde, dem entsprechend konstitutionell Prädisponierten, ein Migräneanfall ausgelöst. **Rosenman** (1977) hat sehr ehrgeizige, immer aktive Typus-A-Individuen beschrieben, die mehr als andere in Gefahr stehen, an einem koronaren Leiden zu erkranken, weil sie ständig in Spannung sind und sich dabei körperlich und lebensmäßig überfordern.

Alle diese aufgezählten oder nicht speziell angeführten psychosomatischen Leiden zeugen von emotionalen Verarbeitungsschwierigkeiten dieser Menschen, meist infolge frühkindlichen prädisponierenden Erlebens im Sinne der mangelnden Liebe und Stimulation bzw. der übermäßigen Zuwendung mit sekundärer Frustration infolge des Aufhörens dieser Überbehütung mit dem Hineinwachsen in die weitere Umwelt. Das psychosomatische Syndrom zeigt also auf, daß die Gefühlsbedürftigkeit des betroffenen Individuums in irgendeiner Weise zu kurz kommt, wobei wir aber nie genau einen ursächlichen Gefühlsinhalt festlegen können. Auch das Asthma bronchiale, das neben allergiebedingten Faktoren immer auch Emotionen erkennen läßt, sowie die Herzneurose, sind in diesem Sinn zu verstehen. Es wird allerdings bei den Asthma-Kranken — neben der allergischen Komponente — oft eine Lebensenge erwähnt, in der sie stecken, und von den Herzneurotikern, daß ihnen eine Trennungsproblematik zu schaffen mache. Doch sind das Erleben von Lebensbeengungen und Trennungsproblemen so ubiquitär anzutreffen, daß man wirklich nicht von spezifischen emotionalen Gegebenheiten sprechen kann. Soviel kann aber gesagt werden, daß auch diese Leiden Indikatoren darstellen für zu wenig beachtete Gefühle. Weshalb einmal dieses und einmal jenes Organ „gewählt“ wird, oder ein Leiden einmal auf dieses oder einmal auf jenes Organsystem entworfen wird, kann noch nicht schlüssig beantwortet werden.

### 3. Psychosomatische Symptome/Syndrome, die sichtbar eng mit einem psychischen oder somatischen Krankheitsgeschehen zusammenhängen.

Wir kennen daneben psychosomatische Symptome, die sichtbar eng mit dem Krankheitsgeschehen zusammenhängen. In diesem Zusammenhang sind vor allem die sogenannten endogenen Psychosen zu erwähnen. Schon **Kraepelin** hat 1904 in seinem Lehrbuch der Psychiatrie auf somatische Erscheinungen insbesondere der sich ent-

wickelnden Schizophrenie aufmerksam gemacht, wie Schlafstörungen, Appetitbeeinträchtigungen, Gewichtsschwankungen, usw. **Luxemburger** führte 1938 für diese körperlichen Initialsymptome den Begriff „Schizophrene Somatose“ ein. 1943 wies **J. E. Staehelin** in seiner Arbeit „Über präschizophrene Somatose“ auf häufiges Auftreten von Kopfschmerzen, Gewichtsveränderungen, Schlafbeeinträchtigungen, Störungen der Sexualfunktionen sowie Veränderungen des Blutbildes bei beginnender Schizophrenie hin. **Staehelin** hielt die Aufgabe des Erfassens von Frühsymptomen der Schizophrenie für wichtig, in der Hoffnung, ihren weiteren Verlauf therapeutisch beeinflussen zu können.

In einer Untersuchung von Smith an 427 Patienten, die wegen einer Schizophrenie zwischen den Jahren 1912 bis 1966 in der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik hospitalisiert waren, zeigten sich bei 143 (33 %) 1 — 8 somatische Einzelsymptome in der Phase der beginnenden Krankheit. Die am häufigsten genannten Symptome sind: Schlafstörungen (jeder dritte Schizophrene), neurovegetative Symptome, insbesondere des Magen-Darm-Traktes und des Herzens (jeder vierte), Kopfschmerzen, Müdigkeit und Appetitstörung (jeder fünfte), Störungen in der Sexualsphäre, neuromuskuläre Beschwerden (jeder zehnte bis zwanzigste). Diese Beschwerden wurden am häufigsten bei Männern in den 2., 3. und 4., bei Frauen in den 5. und 6. Lebensdekaden beobachtet. Nur bei 12 oder 8,5 % der Erfaßten kamen indes diese somatischen Empfindungen ohne psychische Initialsymptome vor.

Ein technischer Mitarbeiter eines industriellen Unternehmens kam zu uns, nachdem er bei Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik, in der er wegen einer paranoiden Schizophrenie hospitalisiert war, angewiesen worden war, unsere Poliklinik aufzusuchen. Der Patient stand unter einer Erhaltungsmedikation mit Clozapin. Er erklärte, daß es ihm unter dieser Therapie und der psychotherapeutischen Betreuung in unserer Poliklinik gut gehe. Zwei Monate später berichtete er über Rückenschmerzen. Er wirkte verhalten bis verkrampft und vermochte sich nur wenig über seine Probleme zu äußern. Der Rückenschmerzen wegen hatte er seinen Hausarzt aufgesucht. Nachdem dieser Arzt keine somatische Grundlage für die Schmerzen des Patienten gefunden hatte, wurde er zur Abklärung in die Medizinische Universitätspoliklinik Basel geschickt. Bei der Abklärung des Rückens, der Nieren- und Leberfunktionen ergaben sich keine pathologischen Befunde. Die Rückenschmerzen blieben, und er hinterließ nach wie vor einen gespannten Eindruck. Zwei Wochen später berichtete die Ehefrau, daß der Patient unter Schlafstörungen leide und immer mehr gespannt worden sei, bis er sie schließlich geschlagen habe. Bei diesem Patienten machte sich die zunehmende aggressive Spannung offensichtlich in einer anwachsenden muskulären Verkrampfung bemerkbar, die ihm Schmerzen bereitete. Diese Phase der sich steigenden Anspannung leitete ein Stadium der offenen Aggressivität ein, die auf einen erneuten Schub seiner Schizophrenie zurückzuführen war. Das psychosomatische Symptom war bei diesem Patienten der Vorläufer einer erneuten Krankheitsphase.

Doch nicht nur die initiale Schizophrenie, sondern auch die voll ausgebildete Psychose kann von psychosomatischen Phänomenen begleitet sein. So gehen die oft panischen Ängste der Schizophrenen mit den entsprechenden vegetativen Symptomen, wie Mydriasis, Schweißausbrüchen, Magen-Darm-Symptomen einher. Eine Form der Schi-

—c -'en ie, die Katatonie, manifestiert sich gar darin, daß die in ihr begründeten Ängste<sup>9cr</sup> entweder in einer Bewegungsstarre oder aber in einer Hypermotilität äußern. Ähn- wie im Tierreich, in dem Totstellreflex und Bewegungssturm — psychosomatische — Syndrome äußerster Angst darstellen, kann in der Schizophrenie das psychotische<sup>7-7</sup> eben derart intensiv sein, daß kataleptischer Stupor oder motorische Getriebenheit : e Folge sind. Allerdings sind, wie **Achte** (1961) und wir selbst (**Battegay und Geh- ring**, 1968) festgestellt haben, diese katatonen Syndrome in der Gegenwart, im Ver- s ch zu früher, in den Hintergrund getreten. Ob sich in diesem Symptomwechsel<sup>z-3h</sup> Zeiteinflüsse geltend machen, z. B. die Tatsache, daß die Menschen einander ge- -nüber unachtsam geworden sind und psychomotorische Ausdrucksphänomene Deshalb verschwanden, weil sie sinnlos geworden sind, kann nicht mit Bestimmtheit -sagt werden.

'sch schizophrene Defektzustände können mit psychosomatischen Symptomen ein--ergehen. Nicht selten sehen wir, daß sich Patienten, wenn ihr affektives Interesse für z e Umweltserlebnisse erlahmt ist zunehmend dem Essen verschreiben. Es erfolgt ei-e starke Gewichtszunahme und ein Grazieverlust dieser Kranken.

So ließ eine 1945 geborene Patientin, die 1965 wegen ihrer Hebephrenie erstmalig hospitalisiert ,var, immer wieder die ihr als Erhaltungsmedikation verordneten Neuroleptika weg, weil sie ver- mutete, daß die Adipositas mit der Einnahme der Medikamente zusammenhinge. Doch aß sie auch in den Zeiten viel, in denen sie keine Mittel zu sich nahm, so daß sich ihr Gewicht nicht redu- zierte. In der Regel rezidierte sie dann bald wieder in die manifestierte Psychose, so daß sie wie- der hospitalisiert werden mußte.

Die Fettsucht dieser wie auch anderer Kranker kann zwar durch die Neuroleptika, die die Motilität und Mobilität einschränken und wohl auch das Hungergefühl steigern, be- günstigt werden. Doch ist bei diesen Patienten zu erkennen, daß ihr Weltbezug mehr oder weniger eingeschränkt ist und die Oralität ein viel stärkeres Gewicht als zuvor er- hält, so daß oft eine Adipositas die Folge ist.

Auch die Depressionen, besonders die endogenen, können mit somatischen Sympto- men einhergehen. Bei vielen Patienten stehen die somatischen Symptome sogar im Vordergrund und verdecken die zugrundeliegende depressive Symptomatologie. Aber schon allein das klassische Depressionssyndrom, wie es durch **Kraepelin** (1904), **Lange** (1928) und andere beschrieben wurde, enthält neben den sogenann- ten psychischen Symptomen der depressiven oder depressiv-ängstlichen Grundstim- mung, der Denkhemmung, die bis zum Monideismus gehen kann, dem Gefühl der Leere, eventuell sogar der Depersonalisation, körperliche Symptome, wie psychomo- torische Hemmung oder psychomotorische Agitiertheit. Bei schweren, insbesondere bei endogenen Depressionen, sind, wie **Kurt Schneider** (1950) und **J. E. Staehelin** (1943) gezeigt haben, die vitalen Funktionen ergriffen im Sinne eines Verlustes des Elan vital, einer allgemeinen Unlust und Ermattung, eines Welkeitsgefühls.

Besonders die erwähnten larvierten (endogenen) Depressionen (**Kielholz, 1977**; **Walcher, 1969**) lassen die Erlebnissymptomatologie in den Hintergrund und die körperlichen Symptome hervortreten. Diese larvierten Depressionen werden auch als „depressiones sive depressione“ oder als „vegetative Depressionen“ bezeichnet. Das depressive Geschehen versteckt sich hinter somatischen Symptomen. Diese larvierten Depressionen können besonders dann als solche identifiziert werden, wenn die somatischen Symptome phasisch bei Individuen auftreten, die zuvor endogene depressive Phasen mit typischer Symptomatologie durchgemacht haben. Während dieser larvierten Depressionen klagen die Patienten häufig über Schmerzsyndrome, Parästhesien, Nausea, Vomitus, Obstipation oder Diarrhoe, Meteorismus, Schwindelgefühle, Beklemmungen, Herzpalpitationen, Arrhythmie, pseudanginöse Beschwerden, respiratorische Beengungsgefühle, Lufthunger, Krampfgefühle, Menstruationsbeschwerden, Haarausfall, usw.. Generell sind bei ihnen ein Verlust des vitalen Tonus, ein Abfall der Lebensenergie, Schwächegefühle, Schlafstörungen, Gewichts- und Appetitverlust, Libidoverminderung, Schweißausbrüche, erhöhte Sensibilität für Kälte zu erkennen. Bei exakter Beobachtung sind auch andere Symptome des klinischen depressiven Syndroms wahrzunehmen, wie beispielsweise Hemmung oder agitierte Steigerung der Psychomotorik und/oder, im Erlebensbereich, Indifferenz, Bedrücktheit, Hemmung, Angst. Die mangelnde Möglichkeit der Unterscheidung zwischen psychisch und physisch zeigt sich vor allem bei den in den larvierten (endogenen) Depressionen zu beobachtenden Störungen der Vitalität im Sinne des Energieverlustes, der Kraftverminderung, des Gefühls, daß der Körper selbst eine Last ist. Bei den larvierenden Depressionen wird diese Störung der Vitalität hauptsächlich somatisch wahrgenommen, im Unterschied zu den manifest in Erscheinung tretenden Depressionen., die neben der erwähnten somatischen Symptomatologie, immer im Vordergrund die Erlebnissymptomatik zeigen.

**Hole und Graw (1973)** haben mittels des modifizierten Beck-Pichot-Inventory, einer Selbstbeurteilungsskala, unter standardisierten Bedingungen den quantitativen Zusammenhang zwischen den psychischen und somatischen Symptomen des depressiven Syndroms untersucht. Insgesamt wurden 99 hospitalisierte Patienten beiderlei Geschlechts mit nosologisch und syndromal verschiedenartigen depressiven Zustandsbildern untersucht. Es ergab sich die Tendenz, bei einer zunehmenden Zahl psychischer Symptome auch eine anwachsende Zahl körperlicher Krankheitszeichen anzugeben. Doch wurden über alle, in 14tägigen Abständen wiederholten Meßtermine signifikant mehr psychische als somatische Beschwerden geäußert. Es ließen sich durch diese Studie die engen Zusammenhänge zwischen somatischem Substrat und Erleben erneut nachweisen.

Ein (1974) 25jähriger Patient, der als eines der mittleren Kinder einer 13gliedrigen Geschwisterzahl auf dem Lande geboren war, suchte uns im Jahre 1972 erstmals auf. Der Vater endigte sein Leben durch Suizid und hatte während Jahren im Übermaß Alkohol zu sich genommen. Die Mutter

soll chronisch unter Kopfschmerzen gelitten haben. Ein älterer Bruder habe 20jährig Selbst-  
 pd begangen. Er soll zuvor immer sehr fröhlich gewesen sein. Der Patient kam zur Begutach-  
 g für die Eidgenössische Militärversicherung in unsere Poliklinik. Im Anschluß an einen 1970  
 eten Militärdienst, in dem er an einem grippalen Infekt mit Begleithepatitis erkrankt war,  
 e er über zunehmende Müdigkeit, Muskelschmerzen in den Beinen und allgemeine Lustio-  
 eit. Nach den Angaben des Gutachters war eine eigentliche depressive Symptomatik nicht  
 arkennen. Doch waren seine Gedanken auffallend eingeengt auf seinen postgrippalen Zu-  
 -d . Der Patient wurde in der Folge durch die verschiedenen Polikliniken unserer Universität  
 r-sucht: die otorhinolaryngologische, die neurologische und die medizinische. Allorts klagte  
 e- über eine starke Müdigkeit der Arme und Beine mit ziehenden Schmerzen in Waden und  
 Czerarmen. Bei Anstrengungen leide er unter denselben Schmerzen in den Oberschenkeln.  
 S-- "e Beschwerden seien insbesondere morgens nach dem Aufstehen sehr ausgeprägt. Er r-  
 - ssejeweils die Extremitäten während längerer Zeit massieren. Er gab daneben gelegentliche S.  
 3he in der linken Thoraxhälfte, insbesondere hinter den linken Rippenknochen, und seltenen  
 hasten bekannt, nachdem er vor kurzem erneut einen respiratorischen Infekt durchgemacht hat U  
 Bei der Untersuchung in den erwähnten Polikliniken ergab sich anamnestisch noch zusätzlich eine  
 durchgemachte Sinusitis maxillaris. Doch konnten keine neuen somatischen Befunde festgestellt  
 werden. Seine Beschwerden wurden als die Symptome einer hypochondrischen Ent.wicklung  
 und einer vegetativen Dystonie gewertet. Bei den Untersuchungen in unserer Poliklinik

agte der Patient weiter über seine Schmerzen in den Extremitäten, über seine allgemeine Mü-  
 gkeit, zunehmend auch über Kopfschmerzen. Er berichtete auch, daß er sich von den ver-  
 schiedenen Ärzten, die er im Laufe der Jahre konsultiert habe — auch in unserer Poliklinik, nicht  
 :erstanden gefühlt habe. Im Verlauf des Frühjahrs 1974 wurde dann aber immer deutlicher eine  
 jepressive Verstimmung mit Tagesperiodizität und Antriloslosigkeit manifest, wobei er daneben  
 stets noch über die gleichen somatischen Beschwerden klagte. Angesichts der familiären Häu-  
 -ungen von Suiziden und seinem jetzt deutlichen depressiven Syndrom wurde nun eine endogene  
 Depression diagnostiziert und das frühere Krankheitsgeschehen als eine larvierte Depression  
 oetrachtet. Unter einer konsequent durchgeführten Therapie mit einem Antidepressivum (Ma-  
 orotilin) wurden seine Beschwerden schon innert einiger Tage geringer, und seine Stimmung  
 hellte zusehends auf. Er begann wieder, an die Zukunft zu denken und sprach davon, sich kaum  
 mehr müde zu fühlen. Von selbst ergriff er jetzt die Initiative zu einem Arbeitsversuch. Auch ex  
 iuvantibus durfte also eine endogene Depression angenommen werden. Sie war wohl durch ei-  
 nen Infekt ausgelöst und durch einen weiteren exazerbiert worden. Dem Patienten war primär  
 Unrecht getan worden, indem bei ihm lediglich eine psychogene Fixierung auf postinfektuöse  
 Beschwerden angenommen worden war. Daß hintergründig auch die Frage mitschwang, ob er  
 ein Begehrungs- und Versicherungsneurotiker sei, hatte bei ihm das Gefühl des Nichtverstan-  
 denseins noch erhöht. Es wurde viel zu spät, wenn auch noch zu guter Letzt, das Vorliegen einer  
 zuerst larviert in Erscheinung getretenen, endogenen Depression erkannt.

Bei den heute bekannten Zusammenhängen zwischen Transmitterstörungen und en-  
 dogenen Psychosen, beispielsweise des Noradrenalin und des Serotonin, des Endor-  
 phinsystems und des cholinerg-muscarinischen Systems, mit den Depressionen, muß  
 bedachtwerden, daß diese „Organsym ptome " oder funktionellen Symptome nicht der  
 Ausdruck einer psychischen Störung sind, sondern wohl ursächlich oder mitursäch-  
 lich damit zusammenhängen. Wir müssen zwar annehmen, daß die bis heute durch die  
 Wissenschaft gefundenen biochemischen Störungen nur resultierende Störfaktoren  
 sind, die duck kompliziert zusammengesetzte Prozesse, in die vielfältige Transmitter-

systeme einbezogen sind, zustandekommen. Die subjektiv als Depression erlebte Befindlichkeit dürfte nur eine Erlebensresultante eines resultierenden, aus komplexe-Störungen zusammengesetzten, somatischen Grundprozesses darstellen, und übt diese resultierende Befindlichkeit ihrerseits wiederum einen Einfluß auf die autonomen und die willkürlichen Funktionen aus. Es ist folglich bei den somatischen Früh- oder Begleitsymptomen von Psychosen anzunehmen, daß sie in mannigfaltige Reize hineingestellt sind. Aber auch bei den Krankheiten, die meist als rein somatisch angesehen werden, wie Tumoren und Frakturen, ist eine Psychologie nicht nur eventuell bei der Entstehung, sondern besonders bei deren Verarbeitung zu erkennen. Die körperliche Krankheit wäre damit zum Teil Ausdruck einer gewissen Lebenskonstellation, zum Teil gäbe sie aber wieder Anlaß zu einer für sie sprechenden Verarbeitung.

## Behandlung

Bei der Therapie kann im allgemeinen nicht einfach nur das Organsymptom angegangen werden. Es muß vor der Wahl einer Behandlungsmethode überlegt werden, welcher Grundprozeß zu diesem Organsymptom Anlaß gibt.

1. Die Therapie psychosomatischer Symptome/Syndrome, die einen beredten Ausdruck eines konflikthaften Erlebens darstellen, besteht in einem psychoanalytischen oder psychoanalytisch orientierten Aufdecken der zugrundeliegenden Problematik. Dabei wird im allgemeinen keine Langzeitanalyse in Frage kommen, da dieses Verfahren für die Großzahl der Patienten zu zeit- und geldaufwendig ist. Es wird vielmehr meist darum gehen, fokal einen Konflikttherd zu formulieren und mit dem Betroffenen durcharbeiten.
2. Die Behandlung psychosomatischer Symptome/Syndrome, die lediglich Indikatoren eines Konflikt- oder Mangelerslebens sind, erfordern etwa, insbesondere, wenn ein schmerzhaftes Syndrom vorliegt, ein Angehen der organischen Funktionsstörung. So wird beispielsweise eine Neigung zu einer Muskelverkrampfung oder gar eine bereits bestehende Tendomyopathie mit physikalischen Behandlungsmethoden wie auch mit aktiver Bewegungstherapie oder Autogenem Training (**J. H. Schultz**, 1932) angegangen werden müssen, damit es einerseits zu einer angenehmen Stimulation der Haut und andererseits zu einer Entspannung der Muskulatur kommt. Soll indes eine gründliche Therapie betrieben werden, so wird bei diesen Patienten nicht zu umgehen sein, eine Psychotherapie unter analytischen Gesichtspunkten durchzuführen, schon allein, um bei diesen Menschen eine bessere Beachtung der bisher hintangestellten Gefühle zu erzielen.
3. Bei psychosomatischen Symptomen/Syndromen, die eng mit psychischem oder somatischem Krankheitsgeschehen zusammenhängen, ist eine Behandlung des



auch der zugrundeliegenden Stoffwechselstörung notwendig. Der Arzt hat lediglich daran zu denken, daß die Organsprache den psychotischen Grundprozeß nicht nur offenbaren, sondern für den Uneingeweihten auch kaschieren kann.

Welcher Genese die Organsprache auch ist, immer muß vor der Behandlung darauf geachtet werden, daß der kranke Mensch nicht in psychisch und organisch unterteilt werden möchte. Er fühlt sich als Einheit und will auch so angesprochen werden. Nur wenn er das ärztliche Bemühen erkennt, ihn nicht als von einer „Psychogenie“ Betroffenen abzustempeln, und darum weiß, daß seelische Leiden immer auch den Körper impfiziert und körperliche Krankheit sich stets auch im Erleben manifestiert, wird er sich dem Arzt öffnen und bereit sein, mit ihm auf einem therapeutischen Weg zu gehen.

### **Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. med. R. Battegay  
~sychiatrische Universitätspoliklinik Kantonsspital  
Metersgraben 4  
ZH-4031 Basel

### **Literatur**

- achte K.A.: Der Verlauf der Schizophrenie und der schizophrenieformen Psychosen.  
Acta psychiat. scand. 36, Suppl. 155, 1961
- Alexander F.: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete.  
Walter de Gruyter, Berlin/New York 1971.  
Originalausgabe: Psychosomatic Medicine.  
Walter de Gruyter, Berlin/New York 1950
- Battegay R.: Angst und Sein.  
Hippokrates, Stuttgart, 1970, 2. Auflage 1976
- Battegay R.,  
Gehring Annemarie: Vergleichende Untersuchungen an Schizophrenen der präneuroleptischen und der postneuroleptischen Ära.  
Pharmakopsychiatrie, Neuro-Psychopharmakologie 1, 107,  
1968

- Bollinger O.: Über plötzlichen Tod aus Angst bei einem Gefangenen. Münch. med. Wschr. 35, 331, 1888, zit. in Neurot Centr. Bi. 7, 475, 1888
- Breuer J., Freud S.: Studium über Hysterie.  
Deuticke, Leipzig und Wien, 1895. Gesammelte Werke Vol. 1, 81, 5. Aufl., S. Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1977
- Freud Anna: Das Ich und die Abwehrmechanismen.  
Imago, London, 1946, Kindler Taschenbücher Nr. 1002, München, 1965
- Freud S.: Hemmung, Symptom und Angst.  
Int. Psychoanalytische Verlag, Leipzig/Wien/Zürich, 1926, Ges. Werke Bd. XIV. 111. 1948. 4. Aufl. 1968
- Hole G.: La depression masquee et sa mise en évidence.  
Cahiers de Medicine (Europa Medica) 13, 847, 1972
- Hole G., Graw P.: Somatische Symptome und Depressionstiefe bei depress-Zustandsbildern.  
Nervenarzt 44, 136, 197
- Kielholz P.: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker-3. Aufl. Lehmann, München, 1971
- Kielholz P.: Le concept de la depression masquée. L'encephale 5, 459
- Kraepelin E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. 11. Barth, Leipzig, 1904
- Lange J.: Die endogenen reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitutionen.  
In: Bumke O., Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Bd. VI, Springer, Berlin, 1928
- Lazarus S., Averill J.R.: Emotion and Cognition: With special Reference to Anxiety-In: Spielberger Ch.D. (Ed. Anxiety, Current Trends in and Research.  
Vol. 111, 241, Academic Press, New York/London, 1972
- Le Shan L.: Psychotherapie gegen den Krebs. Über die Bedeutung sozialer Faktoren bei der Entstehung und Heilung von Krebs Verlag Klett-Cotta, Stuttgart, 1982  
Amerikanische Originalausgabe: „You can fight for you“-Verlag Harcourt Brace Jovanovic Inc., New York, 1977

- Levi L.: Biochemische Reaktionen bei verschiedenen experimentell hervorgerufenen Gefühlszuständen.  
In: Kielholt P. (Ed.): Angst. P. 83, Huber, Bern/Stuttgart/Wien, 1976
- Luxemburger H.: In: Kiehn B., Luxemburger H.: Die Schizophrenie.  
Thieme, Leipzig, 1940
- Marti P., de M'Uzan L'investigation psychosomatique  
M., David C.: P.V.F. 1963. Zit. in: Samir Stephanos: Das Konzept der „pensée opératoire“ und das „psychosomatisches Phänomen“, in: von Uexküll (Ed.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, S. 217, Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, 1963
- Meng H.: Das Problem der Organpsychose.  
Int, Z. Psychother., 20, 439, 1934
- Panse F.: Angst und Schreck.  
Thieme, Stuttgart, 1952
- Rosenmann R.H.: The central nervous system and coronary heart disease.  
Hosp. Pract. 6, 87-97, 1971, zit. in: Henry J.P., Stephens P.M. (Eds.): Stress, Health and the Social Environment. A Sociobiologic Approach to Medicine. Springer, New York/Heidelberg/Berlin, 1977
- Sifneos P.E.: The Prevalence of „Alexithymic“ Characteristics in Psychosomatic Patients.  
Psychotherapy and Psychosomatics 22, 255, 1973
- Smith P. St.: Somatische Initialsymptome der Schizophrenie.  
Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 105, 379, 1969
- Schultz J.H.: Das Autogene Training.  
Thieme, Stuttgart, 1. Auflage 1932
- Staehelin J.E.: Über präschizophrene Somatose.  
Schweiz. Med. Wschr. 39, 215, 1943
- Walcher W.: Die larvierte Depression  
Hollinek, Wien, 1966

# **Anorexia nervosa eines 16jährigen Mädchens — ein Fall a einer Kinderarztpraxis**

Von Dr. med Franz Lang

Aus meiner pädiatrisch-hausärztlichen Tätigkeit war mir die Familie seit vielen Jahr bekannt. Seit die fünf Kinder herangewachsen waren, hatte ich die Familie etwas a den Augen verloren.

Barbaras Erkrankung brachte einen tiefen Einschnitt in das Familienleben. Es wu rd zwei Psychotherapien angefangen, aber es kam zu schweren Rückfällen. Die Famil\_ drohte darüber zu zerbrechen. Keines der Familienmitglieder war zu diesem Zeitpunkt bereit, weiterzumachen. Bei einem meiner Hausbesuche, der dem Zweck diente, die Familie zu einer gemeinsamen therapeutischen Anstrengung zu motivieren, kam es z-folgender Darstellung der Eltern, wobei die Mutter die Wortführerin war:

Barbaras Zustand macht uns große Sorgen. Sie ißt immer weniger und nimmt ständig an Körpergewicht ab. Bei jeder Mahlzeit kommt es zu Streitereien. Schon vor den Mahlzeiten habe ich Angst, wie das Essen wohl verlaufen wird. Erstaunlich ist dabei, daß sich Barbara ganz intensiv um das Kochen bemüht und die anderen zum Zugreifen ermuntert. Sie mutet sich trotz ihrer schwindenden Kräfte viel zu: Sie ist sportlich sehr aktiv, in ständiger Betrieb-samkeit und schläft wenig. Sie ist sonst sehr folgsam, nur was das Essen an-betrifft, gehorcht sie nicht. Wir haben es mit Strenge versucht, mein Mann wollte sie auch schon schlagen. Zwei Therapieansätze brachten uns nicht voran. Bisher haben wir nichts bei ihr erreicht.

## **Charakterisierung der Familiensituation in Stichworten**

Vater: 46 Jahre alt, Angestellter Handwerksmeister, fleißig, in seinem Betrieb ange-sehen. Betriebsratsmitglied, als solcher setzt er sich für die Belange seiner Ar-beitskollegen ein („Gerechtigkeit“) Heimatvertriebener Ostpreuße, in Berlin aufgewachsen. Als Lehrling Lungentuberkulose, Sanatoriumbehandlung, danach Lehre beendet. Sportliches Körpertraining zur Fithaltung und Wah-rung der Gesundheit.

Mutter: 39 Jahre alt. Hausfrau, auf dem bäuerlichen elterlichen Anwesen aufge-wachsen, das nach dem Kriegstod des Vaters aufgegeben wurde. Dann ärmliche Verhältnisse, wo viel gespart werden mußte und es wenig zu Essen gab (Sparsamkeit). Strenger Vater (Gehorsam), vielbeschäftigte Mutter (Fleiß/Leistung), die sich um die Sorgen ihres Kindes nur wenig kümmern konnte, sie mußte das Nötigste zum Leben herbeischaffen. Es habe wenig Zuwendung und Zärtlichkeit gegeben, dagegen viel Schläge, Schimpfen und Strafen. Barbara's Mutter litt schon früh unter Migräne, Leibschmerzen,

war als Pubertierende über Jahre hinweg untergewichtig, hatte später häufig schwere depressive Verstimmungen und eine Colitis ulcerosa (Psychosomatik, Symptomtradition).

c- fleißigen Eltern haben zusammen ein Haus aufgebaut, in dem sie mit ihren fünf Kindern wohnten.

<rder: S. 18 Jahre, Erstgeborene, Realschulabschluß; ist nach Erreichen der Volljährigkeit wegen zahlreicher Mißverständnisse mit den Eltern von zu Hause ausgezogen. Vegetative Labilität, Kreislaufhypotonie, Erbrechen, Kollapsneigung,

D. älterer Bruder, 17 Jahre, Lehrling. Möchte sich sobald als möglich von zu Hause absetzen.

J. Zwillingbruder der Patientin, 16 Jahre. Ruhig, angepaßt, folgsam, zurückgezogen.

C. jüngste Schwester, 12 Jahre, Schulleistungsschwäche, Kopfschmerzen, aggressives Verhalten.

Barbara, 16 Jahre, Realschülerin, drittes der fünf Geschwister, 1. Zwilling.

### -charakterisierung der Patientin

*-örperliche Entwicklung:* Abgesehen von der Tatsache der ZwillingsgGeburt war die ~chwangerschaft und Geburt der Patientin unauffällig. Keine perinatalen Störungen. SeburtsgeWicht 3500 g, von Anfang an Flaschenernährung. Laufen mit einem Jahr, %orechen mit eineinhalb Jahren.

::s wurden die üblichen Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, Keuchhusten, Wind-Docken ohne Komplikationen überstanden. Barbara war von klein auf infektanfällig, .vobei es immer wieder zu heftigen Brechattacken kam, ebenso wie bei dem ZwillingDruder. Sie war jedoch nie untergewichtig. Ihre besondere Stärke waren körperliche Aktivität und Geschicklichkeit, während der Zwillingbruder eher ruhig, still und zutuckgezogen war, so daß die Eltern sagten, Barbara sei der eigentliche Junge (Rollenerwartung). Bis zu ihrer Erkrankung war B. körperlich unauffällig.

*'sychische und sozialpsychologische Entwicklung:* Nach den ersten beiden Kindern Nar die Mutter erschöpft und zeitweilig am Rande ihrer Leistungsfähigkeit. Diese dritte Schwangerschaft war nicht geplant, dazu kamen noch Zwillingen zur Welt! Sie war Während der Schwangerschaft sehr unglücklich, sie hätte am liebsten nicht ausgetragen.

B. verstand es schon frühzeitig sich durch besondere Leistungen die Zuwendung ihrer Eltern zu sichern. Dem Vater gefiel das zupackende, jungenhafte Benehmen seiner Tochter, da sie wie er selbst körperlich aktiv und sportlich war, in dieser Hinsicht war sie

für ihn das Vorzeigekind geworden. Selbst in der kritischsten Phase ihrer Anorexia nervosa, wo sie einen Gewichtsstand von 34 kg hatte, fuhren beide zum Skilanglauf. Auch ließ sie sich nicht vom Sportunterricht befreien, obwohl keiner ihrer Turnlehrer für das bis zum „Gerippe“ abgemagerten Mädchen die Verantwortung übernehmen wollte.

Die Mutter, die das anstrengende Kind zunächst ablehnte, kümmerte sich dann besonders viel um sie, um ihre Schuldgefühle zu beschwichtigen. Sie legte besonders großen Wert auf gutes Essen („Liebe geht durch den Magen“) und gepflegtes Aussehen.

Kindergarten und Einschulung wurden ohne Schwierigkeiten gemeistert. Es entwickelte sich mit der Zeit eine enge Bindung zur Mutter. B. übernahm viel Hausarbeit wie Kochen und Putzen, versorgte die Familie, wenn die Mutter depressiv war oder an Migräne litt. Die unselbständige, ablehnungsbedürftige Mutter fand in ihrer Tochter auch bald eine verständige Vertraute für ihre innerseelischen und partnerschaftlichen Nöte.

Die Eltern konnten ihren gehobenen Lebensstandard mit eigenem Haus und zwei Autos (Ansehen bei den Leuten; Motto: „Was sagen die Leute“) nur durch zusätzliche Arbeit aufrechterhalten. (Fleiß/Leistung ; Sparsamkeit. Konzept: „Sparst du was, dann hast du was, hast du was, dann bist du was.) An vielen Abenden in der Woche bedienten beide in Gaststätten. Die Kinder waren sich selbst überlassen. B. übernahm die Aufsicht über ihre Geschwister und sorgte für die Einhaltung der elterlichen Vorschriften. In dieser Position zwischen den beiden Parteien, den Eltern auf der einen Seite und den Geschwistern auf der anderen Seite, verschaffte sie sich immer mehr Vertrauen seitens der Eltern, jedoch Mißtrauen seitens der übrigen Geschwister. Es war eine Machtposition, die sie auch gegen die Eltern ausspielen konnte. Indem sie sich mit der Fürsorgerolle immer mehr identifizierte, lernte sie auch mehr und mehr die Sorgen und Nöte, die inneren und partnerschaftlichen Konflikte der Mutter kennen. Die Ambivalenz wurde dadurch noch verstärkt, daß sie das ihr durch die Mutter Anvertraute nicht weitergeben durfte (Loyalitätskonflikt), die Probleme aber irgendwie verarbeiten mußte. Sie begann, alles in sich „hineinzufressen“, sich abzukapseln, ihre eigene Problematik zu verbergen („Ich habe keine Probleme“).

Das gespannte Verhältnis der Eltern untereinander belastete sie wegen ihrer Nähe zu ihnen mehr als ihre übrigen Geschwister. Zu dem Zeitpunkt, als die übergewichtige Mutter mehrere vergebliche Versuche unternahm, ihr Gewicht zu reduzieren, begann Barbara im Sommer/Herbst 1979 rapide abzunehmen. Der Zustand verschlechterte sich derart, daß schließlich ärztliche Hilfe gesucht wurde.

Ein Jahr später, als ich dann mit der Familie wieder in engeren Kontakt kam, fand ich das 16jährige Mädchen in stark reduziertem Ernährungszustand. Gewicht 37 kg. Geringses Fettpolster. Wangen eingesunken, Augen haloniert, Backenknochen stark

120/60. Kleine Brüste. Leib eingesunken, Arme und Beine spindeldünn. Der ganze Körper war von einem feinen Haarflaum bedeckt.

## Psychischer Befund

Erstinterview saß die Patientin sichtlich angespannt auf der Vorderkante ihres Stuhles, gleichsam bereit, jederzeit das Zimmer fluchtartig zu verlassen. Sie war verschlossen, unzugänglich auf Fragen, die ihr Essensproblem betrafen. Ihre Beziehung zu den einzelnen Familienmitgliedern schilderte sie als gut. In Anbetracht des schwerkranken Zustandesschien sie oberflächlich gesehen fröhlich; sie versuchte den Eindruck zu verals sei alles in Ordnung. „Es gibt keine Probleme bei uns, ich weiß gar nicht, was ihr alle von mir wollt.“ So zeigte sie starke Verleugnungstendenzen, keine Krankheitseinsicht. Das Ansinnen, sie mit hochkalorischen Diätplänen, Apetitanregern oder Infusionen zu behandeln, lehnte sie entschieden ab. „Ihr wollt mich mit dem Zeug bloß cbck machen, ich bin so und so übergewichtig!“ Dem Entschluß der Familie, nochmals einen Therapieversuch zu unternehmen, stand sie skeptisch und ablehnend gegenüber: „Was soll das ganze Gerede. Ich bin doch nicht bekloppt.“ Widerwillig und de-instrativ schweigend kam sie dann doch zu den vereinbarten Sitzungen.

## Die fünf-stufige Behandlung

### 1. Beobachtung und Distanzierung

Zunächst war der Zustand ihrer Tochter rätselhaft. Die ausgeprägten körperlichen Krankheitszeichen bestärkten sie in der Annahme einer schicksalhaften primär organischen Erkrankung. Unerklärlich war ihnen daneben auch die starre, unzugängliche Haltung ihres Kindes, die sie als Widersetzlichkeit und Ungehorsam deuteten. Sie versuchten deshalb auch, sie durch Strenge zur Raison zu bringen.

Die erste Aufgabe war die *Umdeutung des Symptoms*: Anorexia als körperlicher Ausdruck eines innerseelischen Konfliktes. Indem wir Enthaltsamkeit von Nahrungs- und Genußmitteln unter transkulturellen Gesichtspunkten betrachteten, bekam sie plötzlich eine andere Bedeutung: Im medizinischen oder sportlichen Bereich als sinnvolle Genichtsreduktion; im religiösen Bereich als Tugendübung, als Vorbereitung auch auf einen neuen Lebensabschnitt, als Teilfunktion eines Initiationsritus, wobei Fastenübungen allein oder in Gemeinschaft geübt werden. Sitten und Gebräuche anderer Völker boten reichlich Gesprächsstoff und Anregungen für eigene Überlegungen. Es wurde erkannt, daß zu Enthaltsamkeit von Nahrung eine innere Motivation, eine starke Entschlossenheit und Durchhaltevermögen nötig ist. Durch dieses Vorgehen wurde die Patientin aufgewertet. Sie wurde entlastet, die Familie konnte sich innerlich von dem bedrohlichen Symptom leichter distanzieren und einen Standortwechsel in der Einschätzung der Krankheitsursache vornehmen.

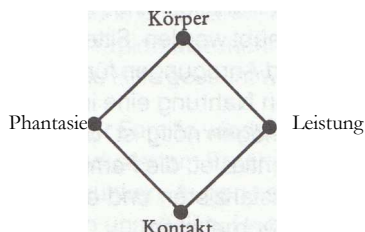
Das Ziel auf dieser Stufe war, vom Symptom zum Konflikt zu kommen. Die Familie beschäftigte sich jetzt damit, die alltäglichen Vorgänge und zwischenmenschlichen Beziehungen zu Hause zu beobachten und zu registrieren. Wann konflikthafte Reaktionen auftraten, wie jeder einzelne darauf reagierte und welche Reaktionen dies bei den anderen hervorrief. In dieser Übungsphase sollte sich jeder der gegenseitigen Beeinflussung, Kritik, Bestrafung enthalten. Solche Ist-Soll-Werte-Beobachtungen wurden dann besprochen und es wurde gemeinsam nach Alternativlösungen gesucht. Die Patientin konnte damit die Sündenbockrolle verlassen. Jeder war mit sich selbst beschränkt nach dem Motto: Willst du dein Land in Ordnung bringen, dann mußt du die Provinzen in Ordnung bringen. Willst du die Provinzen in Ordnung bringen, dann mußt du die Städte in Ordnung bringen. Willst du die Städte in Ordnung bringen, dann mußt du die Familien in Ordnung bringen die darin wohnen. Willst du aber die Familien in Ordnung bringen, dann mußt du bei dir selber anfangen.

## 2. Inventarisierung

Was in Ordnung zu bringen war, d.h. welche Konflikte vorlagen und was ihr Inhalt war, sollte in der zweiten Stufe, der Stufe der Inventarisierung bearbeitet werden. Die Positive Psychotherapie betrachtet Krankheit als Folge von Einseitigkeit in der Konfliktverarbeitung und einseitiger Entwicklung bzw. Vernachlässigung von bestimmten psycho-sozialen Fähigkeiten. Um jedoch nicht das krankhafte Konzept des Patienten ständig zu wiederholen, ist es notwendig, auch und besonders die positiv ausgeprägten Fähigkeiten zu sehen, d.h., den Menschen in seiner Ganzheit zu betrachten.

Die Familie hat dabei die Geschichte von den Schaulustigen und dem Elefanten positiv aufgenommen und gelernt, mosaiksteinartig die Betrachtungen über ihre Familie zu einem Bild zusammenzubringen.

Der Mensch setzt sich mit seiner Umwelt hauptsächlich in vier Bereichen auseinander: In seinem Körper- und Sinnerleben, in seinen Leistungsbezügen, in seiner Kontaktfähigkeit zu Menschen und Objekten, in seiner phantasievollen Beschäftigung mit seiner Situation, wobei wir unter Phantasie ein weitgestecktes Gebiet, entsprechend den Begriffen wie Intuition, Inspiration, Stimme des Herzens verstehen. Danach wurde ein Familiendiagramm folgendermaßen zusammengestellt.



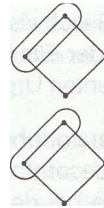


Patientin: Körperliche Reaktionen plus Verleugnung  
Motto: Wir haben keine Probleme;  
ich hasse meinen Körper

Mutter: Depressionen, Migräne, colitis ulcerosa Motto:  
Der Teller muß leergegessen werden; es hat  
alles keinen Sinn

Vater: Leistungsbetont  
Motto: Schaffst du was, dann hast du was

1. Tochter: Rückzug aus der Familie



2. Kind (1. Sohn): Schätzt den Kontakt mit Gleichaltrigen

Zwillingsbruder der Patientin: Am meisten ausgeglichen von  
allen Familienmitgliedern

jüngste Schwester: Vorwiegend aggressives Verhalten,  
Lernschwierigkeiten, Kopfschmerzen,  
Schwindelanfälle

4  
O



Die Patientin zeigt das gleiche Reaktionsmuster wie ihre Mutter, der Kontaktbereich ist in der Familie unterrepräsentiert. Für die Entstehung einer Krankheit ist nicht nur die einseitige Überbetonung einzelner Konzepte verantwortlich, sondern auch die nicht erlebten Bereiche. Hätte in der Familie ein enger Austausch von Gedanken und Gefühlen, eine offene Kontaktbereitschaft bestanden, dann hätte der Krankheitsausbruch wahrscheinlich verhindert werden können. So zeigt das Diagramm der bevorzugten Reaktionen bereits im Vorgriff auf die fünfte Stufe der Zielerweiterung eine Behandlungsmöglichkeit im Sinne einer Neubesetzung und Belebung von Fähigkeiten, die bisher nichtgeübt worden waren, d.h., die Fixierung auf Körperreaktion und Phantasie bei unserer Patientin mußte erweitert werden durch den Einsatz des Verstandes (Unerschheidung) und Kontakt (Ablösung) mit den (bisher gemiedenen) Mitmenschen.

Die aktuelle Konfliktsituation im Bereich der Realitätsprüfung wird durchsichtiger im Lichte der Medien der Liebesfähigkeit, in denen der Mensch seine Akzeptanz erlebt, einfach aufgrund seines Seins und Soseins, nicht unter Berücksichtigung besonderer Leistungen. Die Liebesfähigkeit, also sich so zu verhalten, um geliebt zu werden und zu lieben, äußert sich wiederum in vier Kategorien: Im Verhältnis des Ichs zu den Eltern

und Geschwistern, in den Vorbildsituation des Verhältnisses der Eltern untereinander (Du), der Eltern zu den Mitmenschen (Wir), der Eltern zum nicht erkennbaren Transzendenten Urgrund des Seins (Urwir).

Barbara erfuhr den ersten Bereich als stark ambivalent (Ablehnung und gleichzeitig Überbesorgtheit, Angenommensein aufgrund besonderer Leistungen). Im Bereich hat sie bei den Eltern Einigkeit im Arbeitsverhalten und Erfolgsstreben erlebt, ei-glückliche persönliche Beziehung jedoch nicht. Zu Punkt 3: Gäste waren zu Hau nicht bekannt, sie kosteten zu viel Geld und machten Unordnung obendrein. In d Frage der Weltanschauung, des Menschenbildes, der Beziehung zur Religion hatten die Eltern vage Vorstellungen. Im Grunde hatte Barbara alle diese mächtigen Bereiche des primären Angenommenseins zwiespältig erlebt.

Es war nun zu prüfen, in welchen Verhaltensweisen, d.h. in welchen psychosozialen Normen unsere Patientenfamilie ihr tatsächliches und ideales Bild sah. Mit Hilfe des Differenzierungsanalytischen Inventars (DAI) wurde ein Familienquiz veranstaltet mit der Frage: Wer von Ihnen legt mehr Wert auf welche sozialen Normen? Dabei erwiesen sich Sparsamkeit, Gehorsam, Fleiß, Leistung, Gerechtigkeit, Ordnung, Höflichkeit und Ehrlichkeit als hochsensible Punkte, wobei Mutter und Tochter zusammen im Gegen-satz zum Vater erschienen. Zusätzlich erwies sich Gerechtigkeit als ein explosives Po-tential innerhalb der Geschwisterreihe. Um sich die Liebe der Eltern und Geschwister zu sichern, brachte die Patientin die sekundären Fähigkeiten zur vollen Ausprägung und überforderte sich damit. Dies konnte um so eher geschehen, da sie Höflichkeit als Rücksichtnahme und im Sinne einer starken Aggressionshemmung erfahren hatte. Konflikte durften nicht ausgetragen werden, was aber nicht verhinderte, daß es doch immer wieder zu schwersten Auseinandersetzungen innerhalb der Familie kam. Dies hatte die Patientin schon früh verinnerlicht. So kam es in der pubertären Identitätskrise zur Resomatisierung frühkindlicher Verlassenheitsängste und zum Ausbruch der Ano-rexie nervosa.

Der therapeutische Effekt dieser zweiten Stufe bestand darin, daß die Familie erkannte, daß die Erkrankung der Tochter nicht irgendein schicksalsmäßig beeinflusster Ablauf war, sondern sich aus den Gegebenheiten der Vergangenheit (Grundkonflikt) erklären ließ und sich in den konfliktbesetzten Verhaltensweisen der Gegenwart (Aktualkonflikt) äußerte. Aus dieser Sicht wuchs innerhalb der Familie die berechtigte Hoffnung, daß eine Änderung herbeigeführt werden konnte (Zukunft).

### *3. Situative Ermutigung*

Die ausgeprägten Eigenschaften der Patientin im Bereich Ordnung, Sauberkeit, Spar-samkeit sowie Genauigkeit im Einhalten elterlicher Vorschriften und die zur Schau ge-tragene Opferhaltung (Höflichkeit) wurden von den Familienmitgliedern früher als Be-aufsichtigung, nachspionieren, verpetzen, Falschheit und Lügen empfunden. Sie ver-

suchten daher, die Patientin möglichst einzuschränken: Du mußt Dich nicht so anstrengen; laß uns doch in Ruhe; gib nicht so an; Barbara dagegen wurde dadurch zu immer größeren Anstrengungen angestachelt.

Nun sollten diese Verhaltensweisen von ihrer positiven Seite gesehen und von der Familie anerkannt werden. Aufmunterung durch freundliche Blicke, körperliches Näher-Kommen, in die Arme nehmen, mal über den Kopf streicheln. Auch die verbale Anerkennung wurde geübt und so ein neues Vertrauensverhältnis aufgebaut. In dieser Phase lasen wir zusammen die Geschichte von der Krähe und dem Pfau, die zu vielen positiven Assoziationen anregte. Es wurden Merksätze aufgeschrieben, die zu Hause überdacht werden sollten, wie z.B. lerne zu unterscheiden zwischen Liebe und Gerechtigkeit.

#### 4. Verbalisierung

Bis zu diesem Zeitpunkt hat sich die recht offen geführte Aussprache so ausgewirkt, daß sich die Patientin mehr und mehr an den Gesprächen beteiligte, Kritik anmeldete und sich weniger häufig beleidigt in ihr Schneckenhaus zurückzog. Ihr hatviel die Erörterung des Schlüsselkonflikts Höflichkeit—Ehrlichkeit sowie Übungen in den Interaktionsstadien Verbundenheit—Unterscheidung—Ablösung geholfen. Jetzt kam es darauf an, nicht nur die positiven Eigenschaften hervorzuheben, sondern auch die Unerwünschten anzusprechen. Z.B. Mutter: Es gefällt mir, wie du mir beim Kochen hilfst und auch die anderen zum Essen ermunterst. Daß du aber selber kaum etwas zu Mittag gegessen hast, darüber kann ich mich weniger freuen. Symptom: Ich mache mir ehrlich Sorgen um dich. Wollen wir uns doch einmal darüber unterhalten, was dich bedrückt, vielleicht finden wir eine Lösung für dein Problem.

Das Motto der Behandlung auf dieser Stufe hieß: man darf alles sagen, wenn man es höflich sagt. Dieser Satz — als Psychoserum gegeben — hatte eine gewisse Depotwirkung, ebenso wie die Geschichte von den Brötchen (Fünfzig Jahre Höflichkeit), mit der sich die Familie gut identifizieren konnte. Diese allmähliche Befreiung aus den selbst-auferlegten Schranken führte zur fünften und letzten Stufe der Behandlung.

#### 5. Zielerweiterung

Im Laufe der insgesamt 39 Sitzungen innerhalb von 2 Jahren rückte das Problem Essen—Nichtessen immer mehr in den Hintergrund. Die Familie konnte sich mehr und mehr mit den auslösenden Konflikten auseinandersetzen. Die Patientin lernte, sich verbal zu äußern und brauchte die Anorexia nicht mehr als „Hilfssprache" einzusetzen, um auf sich aufmerksam zu machen. Barbara lernte, sich von alten, eingefahrenen Verhaltensweisen zu lösen und neue Wege auszuprobieren. Sie war durch die bisherige Aufwertung innerhalb der Familie selbstsicherer geworden und hat so mehr Kontakt zu Gleichaltrigen gefunden, zu Mitschülern und Jugendgruppen. Ihr inzwischen

verändertes Aussehen machte es ihr auch möglich, überall mitzumachen, z.B. zurr Schwimmen zu gehen. Ihre Lebensfreude wuchs von Tag zu Tag. Inzwischen hat sie auch eine Lehre begonnen, in der sie sich wohlfühlt.

### **Auswirkungen der Familientherapie auf die übrigen Familienmitglieder**

- Der Zwillingsbruder hat durch seine einfühlsame Mitarbeit viel Positives für die Pa-tientin beigetragen.
- Die älteste Schwester ist dabei, die abgebrochene Beziehungen zur Familie wieder zu intensivieren.
- Die jüngste Schwester hat gelernt, Probleme adäquat anzugehen, die Ansätze zur Somatisierung sind inzwischen weniger intensiv.
- Der Vater hat sein Konzept erweitert. Er berichtet immer wieder darüber, daß er seit Durchführung der Familiengespräche toleranter geworden sei im Umgang mit den eigenen Kindern, aber auch mit den Jugendlichen ganz allgemein.
- Problematisch geblieben ist die narzißtisch gestörte Mutter. Nach vorübergehender Besserung bestehen weiterhin ihre Migräneanfälle, ihre Verdauungsbeschwerden (colitis ulcerosa), ihre Depressionen sowie die partnerschaftlichen Probleme. Der Behandlungserfolg ihrer Tochter bietet jedoch genug Motivation, die Hilfe zur Selbsthilfe, die die Positive Psychotherapie bietet, weiter zu nutzen.

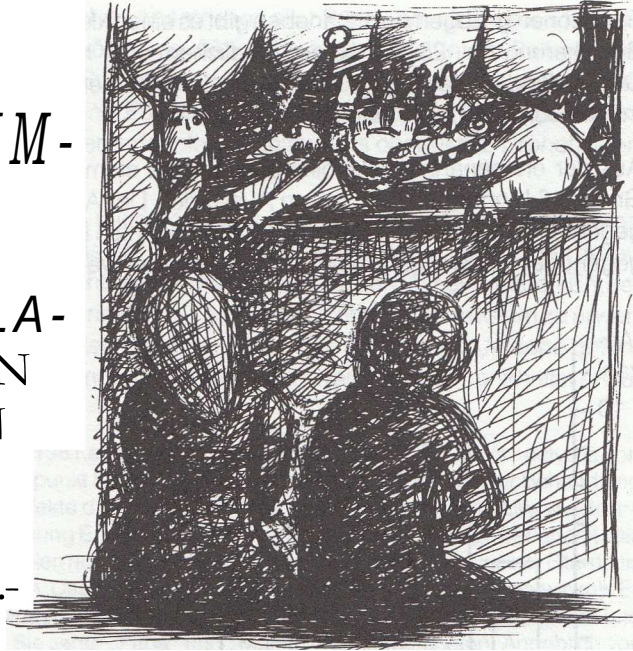
### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Franz Lang  
Kinderarzt  
Röntgenstraße 26

6114 Groß-Umstadt

DI'F - IA/F-LT  
 15T KEIN  
 50 5CHLIM-  
 MEK OKT  
 ~ , VIE UN 5

DIE UNZ-LA-  
 F(,1 EPENEN  
 GLAH5E-N  
 MI'\CH r,N  
 WOLFFN.  
 (5- n~ s ~IAM.-



Ich habe keine Muttersprache mehr,  
 und dein Körper hat keine Körpersprache mehr,  
 (T. Moser, 1983)

## Bettnässen und Sprachstörungen

Von Dr. med. Horst Althaus

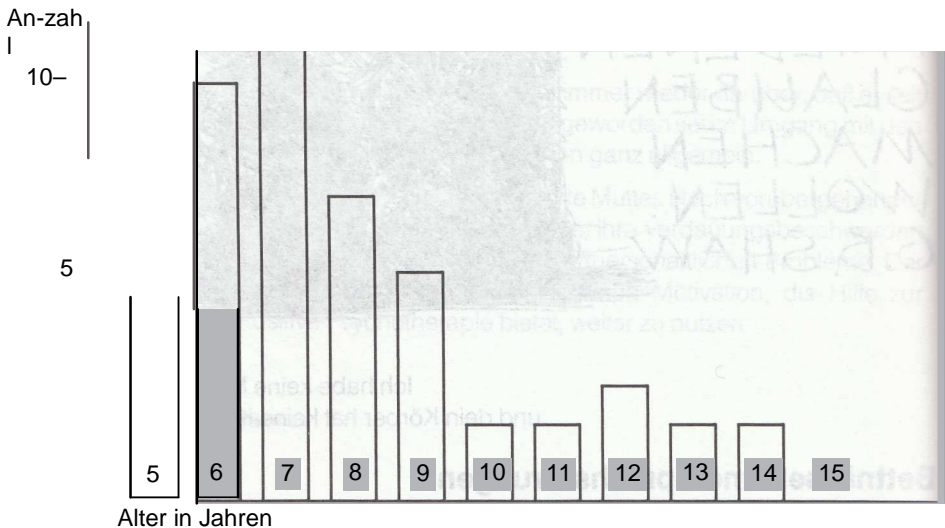
In einer mittelgroßen Kinderarztpraxis am Rande einer Großstadt habe ich in den Jahren 1980-1982 insgesamt 46 Patienten mit sekundärer Enuresis nocturna gesehen. Daneben gab es 23 Patienten mit primärer Enuresis. Insgesamt 8 Patienten wiesen sowohl eine Enuresis nocturna und diurna auf.

Als sekundäre Enuresis möchte ich definieren, wenn bei einem mindestens vierjährigen Kind nach einer mindestens dreimonatigen Sauberkeit das Einnässen wieder einsetzt. Die Enuresis wird als primär bezeichnet, wenn es nicht zu dieser längeren Sauberkeitsphase gekommen ist. Das nächtliche Einnässen heißt Enuresis nocturna, das seltenere Einnässen tagsüber Enuresis diurna.

Die Patienten meiner Praxis stammen zu 70 % aus den mittleren bis gehobenen Bevölkerungsschichten (überwiegend Angestellte und Beamte), die aus der Stadt in die

Randzonen gezogen sind. Daneben gibt es einen kleineren Teil einer ortsgebundenen Bevölkerung (ca. 25 %), die aus ländlichem oder handwerklichem Milieu stammen. Der Ausländeranteil liegt unter 5 %, da sich in diesen Vorortbereichen keine größeren Industrieunternehmen befinden.

Aus der erstgenannten Bevölkerungsgruppe stammen 38 Kinder, aus der zweiten Gruppe 6 Kinder. 2 davon waren Ausländer. Der Anteil der Knaben überwog mit 36 gegenüber 10 Mädchen. Es fiel auf, daß 8 Patienten Einzelkinder und 26 Erstgeborene gegenüber 12 Zweitgeborenen waren. Die Altersverteilung zeigt das folgende Bild:



Auffallend war für mich das sicher überzufällige Zusammentreffen der sekundären Enuresis nocturna mit Sprachentwicklungsverzögerungen oder dem sogenannten „Entwicklungsstottern“, einem Stottern, das in der Entwicklungsphase der Sprache (3.-4. Lebensjahr) in einer Häufigkeit von etwa 10% (Biesalsky 1977) bei Knaben und 1 % bei Mädchen auftritt und „spontan“ wieder verschwindet. Die Häufigkeit der Enuresis nocturna bei Schulbeginn wird bei Knaben ebenfalls mit ca. 8-10% angegeben. Auch hier ist der Prozentsatz der Mädchen deutlich geringer. Bei zufälligem Zusammentreffen beider Symptome müßte daher eine Prozentverteilung von unter einem Prozent zu erwarten sein, bei Mädchen noch darunter.

In den untersuchten Fällen fand ich jedoch eine Sprachstörung, bei 25 der 46 Kinder, davon bei 6 der 10 Mädchen.

...e der Erhebung der biographischen Anamnesen aller Patienten mit Enuresis fiel auf, m13 sich keiner von ihnen bisher völlig unauffällig entwickelt hatte. In der Reihenfolge

Häufigkeit der angegebenen Symptome wiesen sie Schlafstörungen, sogenannte Eimonatskoliken, Obstipation und Eßstörungen auf. 11 hatten ein endogenes Ek-  
-m oder Milchschorf, 20 rezidivierende Infekte, besonders obstruktive Bronchitiden  
-er Asthma bronchiale.

...ir diese Untersuchung habe ich mich bewußt auf die sekundäre Enuresis nocturna  
beschränkt, weil meines Erachtens der auslösende Konflikt besser herausgearbeitet,  
Dargestellt und verstehbar gemacht werden kann. Auch ist bei der sekundären Enure-  
s — vielleicht im Gegensatz zur primären — eine organische Ursache kaum zu erwar-

Bei keinem der 46 untersuchten Kindern konnte eine organische Ursache gefun-  
den werden. Zur Verdeutlichung möchte ich zunächst zwei typische Krankheitsverläu-  
--3 schildern:

. Nicole W. wird im November 1981 erstmals wegen einer sekundären Enuresis nocturna vor-  
gestellt. Nicole ist zu diesem Zeitpunkt fünf Jahre alt, sie ist seit März 1979 in meiner Behandlung  
--id hat die üblichen banalen Infekte durchgemacht. Eine windelbedingte Dermatitis wurde an-  
--äglich der 8. Vorsorgeuntersuchung Ende des 4. Lebensjahres im Oktober 1980 behandelt. Die  
Schwangerschaft und Geburt seien normal gewesen. Nicole ist das 1. Kind Schweizer Eltern, die  
seit 1979 in Deutschland wohnen. Das Mädchen habe sich in der Säuglingszeit gut entwickelt. Es  
&rde nicht gestillt, weil die Mutter es nicht wollte. Nicole konnte mit sechs Monaten sitzen und  
-,1 dreizehn Monaten laufen. Sie sagte „Papa“ und „Mama“ mit zehn Monaten. Angeblich von  
selbst sei sie mit knapp zwei Jahren tagsüber und kurz danach auch nachts sauber gewesen. Im  
DKtober 1978 wurde ihre Schwester Nadine geboren. Nach dem Umzug der Eltern aus der  
Schweiz nach Deutschland, der berufsbedingt durch die Tätigkeit des Vaters war, habe sie wie-  
zer in der Nacht eingenäßt. Die Eltern haben sich zunächst keine Gedanken darüber gemacht.  
E'st einhalb Jahre später wird es bei einem Arztbesuch angesprochen. Urinuntersuchungen  
--gaben keinen pathologischen Befund. Auch die körperliche Untersuchung verläuft unauffällig.  
Nicole spricht jedoch sehr wenig deutsch. Zuhause wird Schweizer Dialekt gesprochen. Sie hat  
Schwierigkeiten, obwohl sie im deutschen Kindergarten ist, mit anderen Kindern dort Kontakt  
aufzunehmen, was die Eltern auf die sprachliche Barriere zurückführen. Im Laufe des fünften Le-  
bensjahres kommt es zu dem zum Stottern. Außerdem wacht Nicole nachts mit Beinschmerzen  
auf. Nach Meinung der Eltern wird Nicole im Kindergarten nicht mehr genug gefördert. Sie kann  
izhon schreiben und spielt meist mit älteren Mädchen in der Nachbarschaft, die schon zur Schue  
gehen. Die Eltern wollen Nicole als „Kann-Kind“ gerne in die Schule schicken.

Die kleine Schwester Nadine war nach komplikationsloser Schwangerschaft spontan geboren  
--orden. Sie hat sich ebenfalls normal entwickelt, in den ersten drei Monaten jedoch viel ge-  
schrien. Als Säugling litt sie unter Milchschorf, später unter einem Beineckzem. Mit zwei Jahren  
spricht Nicole noch kein Wort, mit drei Jahren 2-3 Wortsätze einer Babysprache, die nur von der  
Familie verstanden wird. Sie wird jede Nacht wach, weint und kommt ins Bett der Mutter. Sie ist  
unverlässlich sauber. Der Vorschlag einer Familientherapie wird zunächst wegen Urlaubsplänen  
--rückgestellt und erst im Februar 1982 akzeptiert.

Die Ursprungsfamilien der Eltern stammen aus der deutschen Schweiz. Die Großeltern leben  
--och. Die Eltern des Vaters stammen aus bäuerlichem Milieu, die Eltern der Mutter aus der Stadt.

Der Vater der Mutter ist leitender Angestellter in einem Industrieunternehmen, die Mutter Hausfrau ohne Berufsausbildung. Herr W. ist 32 Jahre. Er ist Gartenbauarchitekt und hat seine Frau mit 22 Jahren kennengelernt. Sie war in einer Kosmetikfirma zunächst als Sekretärin, später bis zur Geburt von Nicole als Chefsekretärin tätig. Die Eltern haben 1973, er war 23 Jahre, sie 20 Jahre alt, geheiratet. Frau W. gab ihren Beruf zugunsten der Kinder nur ungern auf. Seit 1979 hat sie gelegentlich Migräne. Herr W. ist berufswegen häufig auf Auslandsreisen, da er Gartenbauanlagen am Persischen Golf baut. Die Dauer seines Wegseins von der Familie läßt sich nie voraussagen. Im allgemeinen ist er sechs bis acht mal pro Jahr für zwei bis drei oder vier Wochen fort. Die Familie bleibt entweder hier oder fährt zu den Großeltern in die Schweiz. Ein enger Freundeskreis in Deutschland besteht nicht. Die Mutter bleibt abends bei ihren Kindern und ihr nicht weggehen. Der Haushalt ist sehr ordentlich, besonders die Mutter achtet auf peinliche Sauberkeit. Ein gewisser Kontakt besteht zu Bekannten aus der Religionsgemeinschaft. Die Eltern gehören einer evangelischen Freikirche (Baptisten) an. Finanziell geht es ihnen sehr gut.

Im Laufe der Therapie gelingt es die Probleme der Familie anzusprechen. Es werden die Bereiche Ordnung, Sauberkeit und Pünktlichkeit bearbeitet, die für Frau W. sehr wichtig sind, während Herr W. keinen Wert darauf legt. Besonders deutlich wird die Abwesenheit des Vaters, die früher akzeptiert wurde, als pathogen erkannt. Während einer Grippewelle im März 1982 mußte der Vater eine geplante Auslandsreise absagen und die übrigen erkrankten Familienmitglieder, versorgen. Während dieser vierzehn Tage war die ältere Schwester Nicole erstmals seit langer-wieder in der Nachttrocken. Allerdings habe nach Meinung der Mutter die Ordnung in dem Haus gelitten. Mit den Kindern wird eine Spieltherapie durchgeführt. Im Oktober 1982 nimmt Herr W. eine Stelle in der Schweiz an, die ihn nicht mehr zum Auslandsaufenthalt zwingt. Die Familie übersiedelt in ihre frühere Wohngegend. Nicole wird altersmäßig eingeschult. Im März 1983 berichtet Frau W. brieflich, sie haben sich wieder eingelebt, Nicole nasse nicht mehr ein. Die Sprache habe sich normalisiert. Auch Nadine spreche jetzt ganze Sätze. Beide Kinder schlafen jetzt gemeinsam in einem Zimmer und haben ein anderes Zimmer zum Spielen, in dem auch Unordnung sein dürfe.

2. Andrea B. (9 Jahre) und ihr Bruder Marco (4 Jahre) sind seit 1982 in meiner Behandlung. Andrea wird wegen rezidivierender Harnwegsinfekte vorgestellt, dies sich bestätigen. Außerdem besteht seit dem 4. Lebensjahr eine Enuresis nocturna und diurna. Seit dieser Zeit sind auch die rezidivierenden Bakteriurien bekannt. Sie wurden jeweils antibiotisch behandelt. Als Ursache der Infektionen wurde von urologischer Seite eine Abflußbehinderung der Harnblase (Meatusstenose) mit gleichzeitig bds. Reflux in die Nierenbecken festgestellt. Die Operation wird im März 1982 durchgeführt. Die postoperative Kontrolle ergibt normale Verhältnisse. Lediglich die Enuresis bleibt bestehen. Ab April wird eine Psychotherapie durchgeführt, nachdem es zu Schulschwierigkeiten und Stottern gekommen ist.

Bei Marco besteht eine primäre Enuresis nocturna, das heißt er war bisher noch nicht trocken. Seit März kotet er zudem ein, und er beißt seine Nägel ab. Die Mutter hat in den letzten Monaten fünf Kilogramm abgenommen. Sie hat einen ständigen Druck im Oberbauch und kann nur kleine Mengen essen. Seit einiger Zeit leidet sie unter einem akneiformen Ausschlag im Gesicht.

Frau B. ist mit ihren Kindern seit Dezember 1981 aus Düsseldorf hierher gezogen, nachdem sie sich von ihrem Mann getrennt hat. Sie hat ihren Mann 1963 mit 16 Jahren kennengelernt, nachdem sie zuvor erste intime Beziehungen mit einem Freund ihres späteren Mannes hatte. Die Mutter von Frau B. führt als Geschäftsfrau einen Waschsalon, der Vater ist Kaufmann. Die Eltern le-



getrennt. Frau B. hat einen um 6 Jahre älteren Bruder, der aus einer außerehelichen Beziehung ihrer Mutter stammte. Frau B. hat dies erst mit 16 Jahren erfahren. Ihr Vater habe sie immer erzogen und verwöhnt. So habe er sie vom 14. bis zum 18. Lebensjahr morgens geweckt Frühstück ans Bett gebracht. Frau B. ist evangelisch, ihr Mann katholisch. Sie hat ihn mit 22 Jahren (1969) geheiratet. Ihr Mann arbeitete als EDV-Techniker im gleichen Betrieb, in dem sie Rammiererin war. Die Ehe war schwierig, sie hatten kaum Freunde. Insbesondere gab es Streit wegen unterschiedlicher Auffassung von Pünktlichkeit, Sauberkeit und Genauigkeit. Beide hatten zeitweilig andere Partner. Als sie 1972 im 2. Monat schwanger war, hatte sie einen Autounfall mit Schock und Prellungen und danach Blutungen. Ab dem 6. Schwangerschaftsmonat hat sie dann nicht mehr gearbeitet. Geburt und frühkindliche Entwicklung von Andrea waren normal. Als Frau B. zum zweiten Mal schwanger war, fing Andrea wieder an einzunässen. Sie hat diese Schwangerschaft als unangenehm erlebt und meint, „natürlich“ sei Marco in bewegungsgestört gewesen. Ihr Mann habe sich nicht um die Familie gekümmert. Frau B. wuschte dann Abendkurse, damit ihr Mann zu Hause bei den Kindern bleiben mußte. Im Dezember 1980 wurde erstmals emotionslos über eine Scheidung gesprochen. Sie haben dann einen Eheberater aufgesucht, der meinte, sie müßten noch zwei Jahre warten, weil Marco (damals ihre) sonst Schäden bekommen müsse.

:-: - Jahr später ist dann Herr B. ausgezogen. Frau B. zieht danach mit den Kindern zu einem Jugendfreund, dessen Ehe im Dezember 1981 geschieden wurde und lebt seitdem mit ihren Kindern dort. Der Ehemann zieht wieder in das alte Haus mit einer Freundin ein.

:-: er neue Partner wird zunächst idealisiert. Frau B. findet mehr Gemeinsamkeiten mit ihm als mit ihrem Ehemann. Er hat jedoch auch wenig Kontakt zu anderen. Sie meint, er wünsche sich dies aber.

Es wird eine Gesprächstherapie in wöchentlichen Intervallen mit Frau B. vereinbart. Der Freund ist außer eines Telefonats nicht zu bewegen, an den Gesprächen teilzunehmen. Gleichzeitig wird eine non-direktive Spieltherapie mit beiden Kindern durchgeführt. Nach ca. vier Wochen sind beide Kinder wieder trocken und Marco kotet nur noch alle zwei bis drei Tage ein. Frau B. hat starke Schuldgefühle ihren Kindern gegenüber. Sie will sich mit ihrem Ehemann treffen, um wieder in ihr Haus zurückzuziehen. Sie tut dies, ohne ihrem Partner etwas davon zu erzählen. Nachdem sie diesen Vorsatz durchgeführt hat, fühlt sie sich wieder besser und kann wieder normal essen. Die Akne ist weitgehend abgeheilt. Sie vereinbart mit ihrem Mann, daß sie und die Kinder weder in das Haus einziehen, während er sich in der Nähe ein Zimmer sucht.

Gleichzeitig damit wird der Freund depressiv und droht einen Suizid an. Er wird von einem Psychologen behandelt, der es ablehnt, Frau B. miteinzubeziehen. Frau B. hat Probleme wegen der erneuten Trennung. Sie zieht jedoch mit den Kindern im Mai 1982 um. Anfang Juni 1982 besucht sie mich nochmals und erzählt, daß beide Kinder weiterhin trocken seien. Andrea besuche wieder ihre alte Schule ohne Schwierigkeiten, Marco sei mit früheren Freunden im Kindergarten und fühle sich dort wohl. Er habe nicht mehr eingekotet. Ihr Mann besucht die Kinder (und sie?) regelmäßig. Ihr Freund ist weiter in Therapie und will sein Haus verkaufen.

Diesen beiden Krankheitsverläufen ist gemeinsam, daß das Aufsuchen des Arztes erst nach längerer Zeit erfolgt. Bei organischen Erkrankungen der Kinder wird in den seltensten Fällen mehr als drei bis vier Tage abgewartet. In beiden Fällen wurde zunächst an eine organische Ursache gedacht oder es wurde das Organ „Blase“ vorgeschoben.

ben. Nach Ausschluß einer organischen Ursache war nur in einem Fall eine sofc-Therapie möglich, während in anderen die weiteren Schritte zunächst nicht untern-- men wurden. Die Eltern wollen abwarten, ob sich das Bettnässen nicht von alleine ., der gibt. Es ist von alleine gekommen, also wird es auch von alleine wieder gehen. - - ter dieser Elternhaltung steckt mit Sicherheit ein Verdrängungsprozeß. So ist im 11-y *gespräch zumeist betont, die Familie sei intakt und es sei schließlich nur das Kino -3-* krankt. Die Eltern wollen dies so sehen und versuchen, an diesem Arrangementfes, halten. Sie spüren, daß ein Tiefergehen ihr labiles Gleichgewicht ins Wanken brincer könnte. Zumeist ist der Patient jedoch nicht das Kind, sondern die Familie (Rich-3 1972).

### **Traditionelle Interpretation**

### **Positive Interpretation Bettnässen**

Das Bettnässen ist eine besondere Form der Blasenentleerung ohne Kontrolle. Es tritt nachts auf, wenn man im Bett liegt und schläft.

Die Fähigkeit, in schwierigen Situationenauf frühere, nicht vergessene Reaktionsweisen zurückzugreifen. Die Fähigkeit -, nach unten zu weinen.

Das Weinen nach unten bedeutet verstärkten Wunsch nach Kontakt. Die positive Um-deutung der Krankheit war so ein Einstieg in die schließlich erfolgreiche Behandlung zweier Patienten. (Peseschkian, 1977, 1981).

Entsprechend der Auffassung, diese Erkrankung sei organischer Genese, wird auch eine „Organtherapie“ erwartet. Daß die „Organsprache“ eine „Chiffre“ darstellt, die in der Sprechstunde des Arztes über das Gespräch mit der Familie dechiffriert wird, und der Patient dadurch gesunden kann, wird nicht in Betracht gezogen.

Die Elternhaltung findet sich jedoch zumeist in Übereinstimmung mit der des Mediziners. Bei Durchsicht der pädiatrischen Arbeiten über die enuresis fällt die ständige Suche nach einer organischen Genese dieses Krankheitsbildes auf. Es werden Blasen-haltsstenosen, Störungen der Blasenmuskulatur bis hin zur Besiedelung der Blase mit Oxyuren ursächlich angenommen. Nach dem schweizer Psychiater und Freud-Schüler Christoffel wurden für die Enuresis vom Cerebrum bis zum Präputium schon alle Organe verantwortlich gemacht. Aufgrund der naturwissenschaftlich orientierten Ausbildung des Mediziners, die in der Anatomie beginnt und in der Pathologie endet, ist kein genügender Platz für das „Verstehen des Leidens,“ geblieben. In unserer Gesellschaft wird die organische Krankheit anerkannt und mit Arbeitsunfähigkeit, Sanatoriumsaufenthalt honoriert, während psychische, psychofunktionelle oder psychosomatische Erkrankungen abschätzig angesehen werden. Dem Patient, dem nach Ausschluß eines Organleidens erklärt wird, er habe nichts, er sei nicht krank, ist damit si-

--er nicht gedient. Um anerkannt zu werden, bleibt ihm als Ausweg seine psychischen in Erlebnissbereich liegenden Ängste und Phantasien sekundär zu verdrängen (Mitscherlich 1966), das heißt, zu somatisieren.

-inliche Mechanismen scheinen mir bei den Symptomen Sprachstörung und Enures vorzuliegen. In der psychoanalytischen und psychosomatischen Literatur besteht --oße Einigkeit, daß sich während der ersten zwei bis drei Lebensjahre (orale Phase -ach S. Freud) das Urvertrauen (Erikson, 1965) entwickelt. Die Oralität bedeutet aber .Keinesfalls nur Ernährung und Pflege, wie die Untersuchungen von Spitz (1 960/67) gezeigt haben. Das Kind bedarf vor allem im ersten Lebensjahr daneben des liebevollen ~autkontaktes, der gefühlsbetonten mütterlichen Wärme, der Ansprache und des Be-.egtwerdens. Wenn sich das Urvertrauen oder die Liebesfähigkeit (Peseschkian, 1980) in der frühen Kindheit stabil ausgebildet hat, kann der Mensch später auf Störungs-3n seines Ichs im Sinn von Einschränkungen, Verboten oder Behinderungen adä-iat reagieren. Er kann emotional reagieren und erlebt diese Beschränkungen nicht z- s Bedrohung seiner selbst, vor der er sich schützen muß. Fehlt der enge Hautkontakt zur Mutter, das Gefühl des Geborgenseins und wird die Sehnsucht des Kindes, die sich in Schreien ausdrückt, vorwiegend mit der Beruhigungs-Teeflasche gestillt, können sich neben der immer häufiger auftretenden Karies, schwere Störungen im Kontaktbereich, unter anderem auch in der Sprachentwicklung bemerkbar machen. (Meierhofer und Keller, 1966). Die Liebesfähigkeit (Peseschkian, 1980) kann anschaulich verdeutlicht werden durch Begriffe wie Geduld, Gewißheit, Liebe, Hoffnung, Vertrauen, Zeit, Zutrauen, Kontakt, Emotionalität und Sexualität. Diese Eigenschaften kann das Kind nur in und von seiner Umwelt lernen. Dazu gehört selbstverständlich nicht nur die Mutter, wenn auch die Mutter-Kind-Beziehung am augenfälligsten erscheint, und der Kinderarzt es zumeist nur mit Mutter und Kind zu tun hat. Es gehören die Gesamtfamilie, einschließlich Vater, Geschwister und Großeltern dazu. Dührssen (1981) spricht von der „Drei-Generationen-Familie“. Ferner müssen die Beziehungen der Eltern untereinander, die Beziehung der Eltern zu ihrer Umwelt und zur Weltanschauung oder Religion beobachtet werden.

Ab dem zweiten Lebensjahr kommen nun auf das noch sprachlose Kind die sozialen Normen oder die Sekundärfähigkeit (Peseschkian 1980) zu. Es wird konfrontiert, das heißt es werden ihm Grenzen gesetzt im Bereich von Pünktlichkeit, Sauberkeit, Ordnung, Gehorsam, Höflichkeit, Ehrlichkeit, Treue, Fleiß, Leistung, Sparsamkeit, Zuverlässigkeit und Genauigkeit. Diese psychosozialen Normen prägen ganz entscheidend das Zusammenleben in unserem Kulturkreis. Die primären Fähigkeiten werden verneint und zurückgedrängt. Es besteht eine „Sprachlosigkeit der Gefühle“; während die Eloquenz im Bereich der Sekundärfähigkeiten sehr wohl existiert.

Es erscheint mir sehr wohl denkbar, daß ein Kind, das das wohlige Wärmegefühl des Angenommenseins im ersten Lebensjahr nicht erfahren hat und durch den Ehrgeiz der

Familie zur zu frühen Sauberkeitserziehung gedrängt wurde, beim Auftauchen weiterer Belastungen, wie Geburt eines Geschwisters, Trennung von einem Elternteil, U. zug oder anderes, sprachlos bleibt und im Bereich der Pünktlichkeit und der Sauberkeitserziehung regrediert. In anderen Bereichen kann es dabei sehr wohl Fortschreiten machen. Das Kind hat mit sicherem Gespür die neuralgischen Punkte seiner Eltern getroffen. Es leidet am Anfang zumindest am wenigsten, denn das nächtliche Einnässen bringt ihm ein Gefühl derfeuchten, angenehmen Wärme. Der Patient, der Leidende die Familie (Richter 1972).

Folglich muß eine Behandlung der Familie, eine Familientherapie erfolgen. Dies dann natürlich nicht heißen, daß organische Ursachen oder begleitende Harnwegsinfektionen nicht auszuschließen seien. Eine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka halte ich für unsinnig. Ebenso lehne ich eine reine Verhaltenstherapie (z.B. Klingelhose ab. Das Verschwinden der Symptome Enuresis und Sprachstörung ist nicht gleichbedeutend mit Heilung. Es kann sehr wohl zu einer Symptomenverschiebung bei den Patienten oder innerhalb der Familie kommen. In einigen Fällen habe ich nach Abklingen einer enuresis nocturna das Auftreten von unklaren Oberbauchbeschwerden oder Asthma bronchiale beobachtet. Nach Genesung eines Familienmitgliedes kann, wenn es nicht zu einer Einbeziehung der ganzen Familie gekommen ist, das Gleichgewicht gestört sein und der nächstschwächere an psychosomatischen Erscheinungen erkranken. In der Therapie wird die Gesamtfamilie einbezogen. Je nach Alter der Kinder werden sie bei der Gesprächstherapie beteiligt, oder es wird eine Spieltherapie parallel zu den Gesprächen mit den Eltern durchgeführt. Unterstützend können dann sehr wohl verhaltenstherapeutische Maßnahmen, suggestive Beeinflussung, Entspannungsübungen wie autogenes Training oder Imaginationsübungen einbezogen werden. Wichtig erscheint mir, daß es nicht zu einem Bündnis zwischen Arzt und Kind gegen die Eltern oder mit den Eltern gegen das Kind kommt. Der Arzt muß anteilnehmend und verstehend neutral bleiben. Auch darf keine Schuldzuweisung erfolgen. denn Schuldgefühle würden wahrscheinlich zu einem Rückzug aus der Therapie, zumindest aber durch die notwendige Bearbeitung, zu einer Ausweitung führen.

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Horst Althaus  
Kinderarzt  
Hügelstraße 6

6200 Wiesbaden

## Literatur:

- Biesalsky, P.: Phoniatriische-pädoandriologische Briefe  
In „Der Kinderarzt“, 1978
- Dührssen, A.: Die biographische Anamnese  
Göttingen, 1981
- Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft  
Stuttgart, 2. Auflage 1965
- Meierhofer H. und Keller, W.: Frustrationen im frühen Kindesalter  
Stuttgart, 1966
- 4 Mirsky, J.A.: Körperliche, seelische und soziale Faktoren bei psychosomatischen Erkrankungen  
In „Psyche 15“, 1961
- Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt  
Frankfurt, 1966
- Moser, T.: Grammatik der Gefühle  
Frankfurt, 1983
- Peseschkian, N.: Positive Familientherapie  
Frankfurt, 1980
- 1 Richter, H.E.: Patient Familie  
Hamburg, 1972
- Spitz, R.A.: Die Entwicklung der ersten Objektbeziehung  
Stuttgart, 1960
- Spitz, R.A.: Vom Säugling zum Kleinkind  
Stuttgart, 1967

# Die historische Entwicklung der Basler Psychiatrie

Von Privatdozent Dr. med. Thomas Haenel

## Das Mittelalter

Zum Kloster, eine der wichtigsten Institutionen des christlichen Mittelalters, gehörte schon früh das Spital, eine Art Herberge, die Durchreisenden, Fremdlingen und Pilgern Unterkunft bot. Noch heute erinnert zum Beispiel das englische Wort „hospitality“ (Gastfreundschaft) an diese alte Bedeutung. Das mittelalterliche Hospital war also kein Krankenhaus im heutigen Sinn (1). Solche Unterkunftsmöglichkeiten waren in Basel wegen der verkehrsstrategisch günstigen Lage besonders wichtig. Die 1225 fertig er-stellte Basler Rheinbrücke war damals die einzige Verbindung über den Rhein zwi-schen Bodensee und Meer.

Es muß angenommen werden, daß das älteste Kloster in Basel, das Chorherrenstift am Münster, bereits im 9. Jahrhundert eine Art Hospital aufwies. Den Ordensregeln ist je-denfalls zu entnehmen, daß im Kloster ein Raum reserviert wurde für die Aufnahme von Armen. Die mittelalterlichen Spitäler beherbergten nicht nur Kranke, sondern auch Bettler, Arme und sozial Ausgegliederte. Alle, denen es finanziell etwas besser ging, ließen sich bis ins 19. Jahrhundert hinein zu Hause behandeln und pflegen. Infektionskranke, zum Beispiel Aussätzige und Syphilitiker, wurden von der Gemeinschaft aus-gestoßen und ausgegliedert. Sie organisierten sich in Siechenhäusern oder Leprose-rien außerhalb der Stadt. Im 13. Jahrhundert gedieh die Stadt Basel zu solcher Größe. daß die in den Händen der Kirche liegenden Stiftsspitäler den Anforderungen nicht mehr genügen konnten. Die Stadt Basel hatte nun die Initiative und Fürsorge für die Kranken zu übernehmen. Zwischen 1260 und 1265 wurde in Basel das Hospitale No-vum, das Neue Spital im oberen Teil der Freien Straße, errichtet. Es wird angenommen. daß von Anfang an auch psychisch Kranke beherbergt wurden.

## Paracelsus und Felix Platter

**Philipp Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenstein**, genannt **Paracel-sus**, 1493 bis 1541, führte gewisse geistige Störungen auf astrale Einflüsse zurück. An-dere hielt er jedoch für natürliche Krankheiten. Wyrsh (7) kommentiert: „Das Werk aber blieb rätselhaft und undurchsichtig, gerade auch in seiner Bedeutung für die Psy-chopathologie.“ In Basel wurde Paracelsus Stadtarzt. Er überwarf sich jedoch mit den Behörden und der Fakultät. Dazu kam ein Streit mit einem einflußreichen Basler Patien-ten um die Honorierung. Schon im darauffolgenden Jahr, 1528, floh Paracelsus nach Colmar im Elsaß. Er starb 1541 in Salzburg.

**Felix Platter** (1536-1614), der Sohn des Humanisten Thomas Platter, wirkte in Basel als Stadtarzt und Medizinprofessor. Seine „Medizinische Praxis“ enthält mehrere Kapi-

tel über Geisteskrankheiten, die er neu klassifizierte. Das dreibändige Lehrbuch der Medizin, die „Praxis Medica“ erschien 1602. In seinem Todesjahr, 1614, wurden seine „Observationen“ veröffentlicht. Obschon Quarantänemaßnahmen damals bekannt waren, setzte sich Platter bei Pestepidemien nicht für diese Maßnahme ein. Er betrachtete die Pest als göttliche Heimsuchung, die man hinzunehmen habe. Die Geisteskrankheiten hielt er meist für natürlich bedingt. Er nennt jedoch auch den Teufel und böse Geister als Ursache von Geisteskrankheiten. Koelbing schreibt (3): „In der Behandlung der Irren verlegte Platter das Schwergewicht aus dem magischen in den medizinischen Bereich; aber er brach nicht ganz mit der mittelalterlichen Tradition: er befreite einzelne Kranke aus ihren Gefängniszellen, aber er befreite nicht alle. Platter war noch kein Pinel und der Geist der Renaissance war noch nicht der Geist der Aufklärung.“

### **Der Ursprung eines Basler Irrenwesens**

Nachdem zwischen 1260 und 1265 in Basel das Hospitale Novum, das Neue Spital, in unmittelbarer Nähe des Barfüßlerklosters erbaut worden war, sind die Anfänge einer „Irrenabteilung“ auf die zweite Hälfte des 16. Jahrhunderts zu datieren. Das Barfüßlerkloster wurde nach der Reformation aufgehoben, so daß in den freigewordenen Räumen Geisteskranke Unterkunft gefunden haben. Im hinteren Teil des großen Spitals, im „Almosen“, wurden Personen untergebracht, die nicht in den vorderen Teil paßten, zum Beispiel chronische Geisteskranke, Oligophrene und Trinker. Eine Art Hausmeister sorgte im Almosen für Ordnung, die er mittels Ketten, Ochsenziemer und anderen Zwangsmaßnahmen aufrecht erhielt. Manche Maßnahmen durften zwar nur auf ärztliche Verordnung hin zur Anwendung kommen; ein Arzt betrat diese unfreundlichen Räume jedoch nur selten (4). An diesen Verhältnissen änderte sich bis ins 19. Jahrhundert hinein nur wenig. Regelmäßige Lebensweise, Besuch des Gottesdienstes, Spaziergänge im Hof sowie Bäder bildeten einen Teil der Therapie. Zwangsmittel gelangten zur Anwendung, doch sollen in Basel Geisteskranke weniger barbarisch behandelt worden sein als anderswo.

### **Beginn einer Psychiatrie im engeren Sinne**

**Friedrich Brenner** (1809-1874) wurde 1832 die Leitung des Almosens übergeben. Er war der erste Arzt mit einer psychiatrischen Ausbildung in der Stadt Basel. Zehn Jahre später erfolgte die Verlegung der Abteilung an die Hebelstraße in den Marktgräfleerhof, der zum Bürgerspital gehörte und in dessen unmittelbarer Nähe stand. Brenner schaffte schon im Almosen den Gebrauch von Ketten und Prügel ab. Er stand der No Restraint-Bewegung (Verzicht auf jegliche mechanische Zwangsmittel) positiv gegenüber, glaubte aber, wegen der räumlichen Verhältnisse nicht ganz auf jegliche Beschränkungsmittel, wie zum Beispiel die Zwangsjacke, verzichten zu können. Die No Restraint-Methode geht auf John Conolly (1794-1866), einen englischen Arzt, zurück (1).

Ein Jahr nach Brenners Tod, 1875, wurde **Ludwig Wille** (1834-1912) als ordentlicher Professor und Oberarzt der Psychiatrischen Abteilung des Bürgerspitals nach Basel berufen. Er war eine dynamische und aktive Persönlichkeit und setzte sich bedingungslos für das No Restraint ein. Er war einer der ersten, der dieses Prinzip konsequent in der Schweiz einführte. Diese Methode bedeutete aber mehr als der bloße Verzicht auf mechanische Beschränkungsmittel. Zu Recht meinte Wille, daß nicht die Entfernung der Zwangsapparate das Wesentliche sei, „sondern die dadurch nötig gewordene exaktere Untersuchung des Kranken, das genaueste Individualisieren des Falles und die rationelle Behandlung der Krankheit“.

In verschiedenen Publikationen beschäftigte sich Wille mit der Beziehung zwischen körperlichen Krankheiten und seelischen Störungen. Er untersuchte zum Beispiel die Frage, ob und inwiefern eine somatische Krankheit als auslösender Faktor bei einer geistigen Störung eine Rolle spielte, und wie weit bereits vorhandene Psychosen durch körperliche Krankheiten beeinflußt würden. Wille hielt dafür, daß die Psychose nur am Rande einen Zusammenhang mit der körperlichen Affektion habe. Er beschäftigte sich auch mit forensisch-psychiatrischen Problemen. Das historisch bekannteste Gutachten ist dasjenige, in dem Wille zur Frage von **Gottfried Kellers** Geisteszustand „zur Zeit des Testierens“ Stellung nehmen mußte. 1904 trat Wille altershalber von seinem Amt als Direktor der Friedmatt zurück. Er starb acht Jahre später, 1912 (1).

## Die ersten Jahre der Friedmatt

In erster Linie war es der Initiative von Ludwig Wille und dem freisinnigen Politiker **Wilhelm Klein** zu verdanken, daß das Friedmattprojekt vorangetrieben und schließlich realisiert wurde. Die Friedmatt (heute: Psychiatrische Universitätsklinik Basel) war die erste Psychiatrische Klinik der Schweiz, die im Pavillon-System erbaut wurde. Die ganze Überbauung kostete damals Fr. 1 900 000.—. Ein wesentlicher Teil der Summe wurde aus privaten Mitteln aufgebracht, ein im Vergleich zur heutigen Zeit bemerkenswertes Faktum (1). Im Herbst des Jahres 1886 konnte die „Irrenanstalt Friedmatt“ bezogen werden von einer noch kleinen „Familie“: sie bestand aus 118 Kranken, Prof. Wille, einem weiteren Arzt, 6 Wärtern und 9 Wärterinnen sowie aus Verwaltungs- und Hauspersonal (5).

Zu Willes Nachfolger wurde **Gustav Wolff** (1865-1941) gewählt. Er war, wie sein Vorgänger, deutscher Staatsangehöriger. Zuerst hatte er Naturwissenschaften studiert, danach das Medizinstudium ergriffen. Nach einer psychiatrischen Ausbildung in Halle und Würzburg habilitierte er sich in Würzburg. 1898 wurde er Sekundararzt (Oberarzt) in der „Irrenanstalt Friedmatt“ in Basel. 1904 wurde er zum Direktor der Friedmatt ernannt. Im darauffolgenden Jahr führte er in der Anstalt die Alkoholabstinenz ein. Bis zu jener Zeit erhielten Patienten und Personal täglich Alkohol. Noch 1904 waren für alkoholische Getränke über Fr. 7000.— ausgegeben worden (5). Nur in der ersten Zeit sei-



ner medizinischen Tätigkeit hat Wolff fachwissenschaftliche Beiträge zu seinem Gebiet geleistet. So hat er zum Beispiel eine umfangreiche Arbeit über Sprachstörungen verfaßt. In späteren Jahren hat sich Wolff naturwissenschaftlich engagiert und gegen den Darwinismus Stellung genommen. Wolff stand im Banne des Vitalismus, „welcher die Wirksamkeit der chemischen und physikalischen Naturgesetze im organischen Geschehen zwar nicht leugnet, aber glaubt, eine Eigengesetzlichkeit des Lebens anerkennen zu müssen im Sinne der Zweckmäßigkeit“, oder, wie Wolff sich ausdrückte, der „Zielursächlichkeit“ (6). Er nahm damit Stellung gegen die Selektionslehre Darwins. 1933 erschien Wolffs umfangreiches Werk „Leben und Erkennen“, das er auch „Vorarbeiten zu einer biologischen Philosophie“ nannte. Wolff trat mit 60 Jahren vorzeitig von seinem Amt als Anstaltsdirektor zurück, nachdem der Konflikt um das Heiratsverbot für das Pflegepersonal für ihn ungünstig entschieden worden war. Das noch immer bestehende Zölibat (Heiratsverbot) für angestellte Wärter und Wärterinnen wurde auf deren Drängen 1924 von der Basler Regierung aufgehoben (1).

## Die Entwicklung der Psychiatrischen Universitätspoliklinik

Am 4. Juni 1923 wurde die Psychiatrische Poliklinik in Basel eröffnet. Sie war damals im Gebäude der Medizinischen Universitätspoliklinik an der Hebelstraße 1 untergebracht. An drei Nachmittagen der Woche wurden von den Anstaltsärzten der Friedmatt Sprechstunden abgehalten. Zur Verfügung stand zu Beginn jedoch nur ein einziger Raum. Die Leitung der Poliklinik hatte **Jakob Klaesi** (1883-1980) inne, der gleichzeitig Sekundararzt in der Friedmatt war. Klaesi war international bekannt für seine zu Beginn der 20er Jahre in Zürich unter **Eugen Bleuler** eingeführte Therapie der Dauernarkose mit Somnifen, einem Barbituratabkömmling. Trotzdem war Klaesi eher ein Feind als ein Freund der somatischen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Alle somatischen Behandlungsmethoden, einschließlich seiner Somnifen-Dauernarkose, waren für ihn Mittel zum Zweck: ein Mittel, um an den psychotischen Patienten herankommen zu können. Nach drei Jahren, 1926, verließ Klaesi Basel, und er gründete auf Schloß Knonau im Kanton Zürich eine Privatklinik. 1933 wurde er zum Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Bern und zum Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau in Bern gewählt (2). Als sein Nachfolger in der Basler Poliklinik wirkte **Georg Stutz** (1897-1961), bis er 1932 zum Chefarzt der Psychiatrischen Klinik in Liestal (Kanton Baselland) gewählt wurde. Der nachfolgende Poliklinikleiter war **Hans Binder** (geb. 1899), der von 1932 bis 1942 in Basel tätig war. Er war, wie Klaesi, ein Schüler Eugen Bleulers und leitete später die Psychiatrische Klinik Reinau im Kanton Zürich. Binder habilitierte sich 1932 in Basel und befaßte sich besonders mit forensisch-psychiatrischen Problemen. Bekannt wurde er durch seine Habilitationsschrift über Hell-Dunkel-Deutungen im Rohrschach-Test sowie durch seine Monographien „Die uneheliche Mutterschaft“ und „Die anonymen Briefschreiber“ (1). In späteren Jahren befaßte sich Binder vor allem mit kulturpsychiatrischen Themen. Nach Binder

leitete **Fred Singeisen** die Poliklinik. Er wurde später Direktor der Psychiatrischen Ki-nik Wil (Kanton St. Gallen). Singeisen setzte sich besonders für die psychoanalytisc-- Behandlungsmethoden ein. Er wurde in der Basler Poliklinik abgelöst von **Carl Half-ter**, *der im Verlauf seiner Amtszeit die Kinderpsychiatrische Poliklinik gegründet Ur:* geleitet hat. Als Nachfolger Haffters wurde **Jacopo Janner** gewählt, ein hervorrage-der und origineller Gutachter. Seit 1968 leitet **Raymond Battegay** die Poliklinik. Seir Forschungsgebiete umfassen vor allem die Gruppenpsychotherapie und die Neurc-senforschung.

**Heinrich Meng** (1887-1972) lehrte in Basel Psychohygiene. Basel war damals die erste europäische Universität, an der dieses Fach doziert wurde. Zu seinem Nachfol-ger wurde 1956 **Gaetano Benedetti** gewählt, der schon damals für seine Forschun-gen auf dem Gebiet der Psychosentherapie bekannt war.

### **Spätere Jahre der Friedmatt**

Nach dem vorzeitigen Rücktritt von **Gustav Wolff** wurde 1925 **Ernst Rüdin** (1874-1952) zum Nachfolger gewählt. Schon 1928 verließ Rüdin Basel, um seine erb-biologischen Studien in München fortzusetzen. Die genetische Forschung war sein Ar-beitsgebiet. Nach seinem raschen Abschied von Basel leitete **Georg Stutz** interimi-stisch die Psychiatrische Klinik. Am 1. April 1929 trat der erst 38jährige **John E. Stae-helin** sein Amt als Direktor der Friedmatt und Ordinarius für Psychiatrie in Basel an. Er hatte sich 1926 in Zürich unter Eugen Bleuler habilitiert und hatte seit 1927 als erster Oberarzt und Leiter der Psychiatrischen Universitätspoliklinik in Zürich gewirkt. In Ba-sel gelang es ihm, Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen. Er gewährte den Angehö-rigen der Kranken überall Zutritt und brachte so falsche Vorstellungen zum Verschwin-den. Den Patienten wurde so früh und so rasch als möglich Ausgang gewährt. Sie wur-den möglichst frühzeitig nach Hause entlassen. Staehelin ist die Entdeckung zu ver-danken, daß sich bei Schizophrenen, die an Morbus Parkinson erkrankten, die Sympto-me der Schizophrenie bessern. Diese Beobachtung erfolgte vor der modernen Neu-roleptika-Ära. Staehelin hat wesentliche Beiträge auf den Gebieten der forensischen Psychiatrie, der Depressionen, des Alkoholismus und der Süchte geleistet (1). 1953 wurde die Therapie mit dem Neuroleptikum Chlorpromazin, Largactil, in der Schweiz zuerst in Basel, unter der Leitung Staehelins, eingeführt. **Felix Labhardt** hat damals, aus Paris zurückgekehrt, das Medikament in Basel eingeführt. 1959, nach dem Rück-tritt von John E. Staehelin wurde **Paul Kielholz** zu dessen Nachfolger gewählt. Kiel-holz befaßt sich vor allem mit der Depressions- und Suchtforschung.

**Dieter Beck** (1935-1980) wurde 1973 Leiter der Psychosomatischen Abteilung an der Medizinischen Universitätspoliklinik Basel und wurde 1976 zum Extraordinarius ernannt. Erfiel im Kantonsspital Basel während seinerArbeiteinem Gewaltverbrechen

zum Opfer. Zu seinen wichtigsten Werken gehört die Monographie über die Kurzpsychotherapie und sein posthum erschienenenes Werk „Krankheit als Selbstheilung“.

*Dieser Artikel entstand als kurze Zusammenfassung des Buches „Zur Geschichte der Psychiatrie — Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte“, Birkhäuser Verlag, Basel 1982.*

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Thomas Haenel  
Privatdozent  
Psychiatrische Universitätspoliklinik Kantonsspital Basel,  
Chefarzt Prof. Dr. med. R. Battegay  
Petersgraben 4  
CH-4031 Basel

### **Literatu**

1. Haenel, T.                    Zur Geschichte der Psychiatrie — Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte  
Birkhäuser, Basel, 1982
2. Haenel, T.                    Zum 100. Geburtstag von Jakob Klaesi  
Schweiz. Aerztezeitung, Band 64, Heft 21, Seite 801-805,  
25.5.1983
3. Koelbing, H.                Felix Planers Stellung in der Medizin seiner Zeit  
Gesnerus 22, Seite 59-67, 1965
4. Schüler, G. Der Basler Irrenarzt Freidrich Brenner (1809-1974), ein Beitrag zur Geschichte der Schweizer Psychiatrie sowie zur Sozial-, Religions- und Kulturgeschichte der Stadt Basel im 19. Jahrhundert.  
Veröffentlichungen der Schweizerischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften Nr. 27, Verlag Sauerländer, Aarau, 1974

5. Staehelin, J.E.      Geschichte der Kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt  
Eckhardt und Pesch, Zürich, 1933
  
6. Staehelin, J.E.      Prof. Dr. Gustav Wolff Psych.  
Neurol. Wschr. 44, Nr. 3, 1942
  
7. Wyrsh, J.              Wege der Psychopathologie und Psychiatrie  
In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band I, Seite  
953-1012, Kindler, München, 1976

DiF

t I      ST-  
PFS m s

K ü ~ H E N 5

TE: 1

DFK - S  
Kü~N3T  
DES -

T  
legti N

STE (ME > EC - KT



# Weltsprache als Voraussetzung für den Weltfrieden

Von Heinz Dieter Maas, Diplom-Mathematiker

*Einführung: Das Thema „Weltsprache und Weltfrieden“ beschäftigt mich schon seit meiner Kindheit und war seinerzeit der Anstoß dafür, mich mit Sprachen allgemein zu befassen und eine Weltsprache zu erlernen, deren Zweck gerade darin besteht, die Verständigung zwischen den Völkern zu fördern.*

*Ich habe mich immer gefragt, warum die traditionellen Religionen keine Aussage zu diesem Thema machen, obwohl doch die Errichtung des Weltfriedens heute eine Aufgabe ist, von deren Lösung die Existenz der Menschheit abhängt. Es hat etwa 25 Jahre gedauert, bis ich eine plausible Erklärung hierfür fand. Der Grund für das Schweigen wurde mir erklärlich, als ich mit der Bahai-Religion in Kontakt kam, nach deren Lehren jede Religion eine bestimmte Geltungsdauer besitzt und deshalb zur Zeit ihrer Gründung keine Aussagen über die weit in der Zukunft liegenden Probleme macht. Die Bahai-Religion ist dagegen noch sehr jung, und daher ist es auch nicht verwunderlich, daß in ihr die Vorschläge zur Lösung heute anstehender Probleme angeboten werden. Eines der wichtigsten Themen ist dabei die Einheit der Menschheit, der Weltfrieden und die Anerkennung oder Schaffung einer Weltsprache für die internationale Verständigung. Darauf will ich später noch genauer eingehen.*

## Geschichtliche Betrachtung

Die Vielsprachigkeit der Menschheit ist ein Problem, das uns nicht erst in der modernen Zeit bedrückt. In der Bibel wird sie als Strafe für den Größenwahn der Menschen hingestellt, die mit ihrem Turmbau den Himmel erreichen wollten. Altertumsgeschichte, Vergleichende Sprachforschung und Archäologie haben dieses Bild mittlerweile zurechtgerückt. Wir wissen, daß fast alle europäischen Sprachen bis hin zu den Sprachen Persiens und Indiens und des alten Anatolien (Hethitisch) aus einer Sprache entstanden sind, deren Einheit vor etwa fünf oder sechs Jahrtausenden mit der Wanderung und Zerstückung ihrer Sprecher über Europa und Asien zu zerbrechen begann. Damit zerbrach gleichzeitig die gemeinsame Kultur, die vor allem in der Religion und in der Gesellschaftsordnung ihren Ausdruck fand und deren Spuren noch heute in der indischen Gesellschaft zu sehen sind.

Sprache ist Träger und Ausdruck einer bestimmten Kultur. Stirbt eine Sprache, dann geht damit unwiderruflich eine Kultur zugrunde. Entsteht eine Sprache, dann können wir gleichzeitig das Aufblühen einer neuen Kultur beobachten. Als Beispiel sei etwa die Entwicklung des Lateinischen von einer Mundart eines kleinen Dorfes zu einer Weltsprache genannt und sein Zerfall in die verschiedenen modernen romanischen Sprachen, von denen jede wiederum eine eigene Kultur repräsentiert. Oder man denke an

das Arabische, das im Mittelalter eine blühende Kultur, vor allem eine aufstrebende Wissenschaft hervorbrachte. 37..

Unsere heutige Situation ist dadurch geprägt, daß eine allgemein anerkannte internationale Sprache nicht existiert, weder für die Wissenschaftler und Gelehrten (wie es Latein) noch für die breiten Bevölkerungsschichten. Dabei ist das Kommunikationsbedürfnis heute größer denn je, wenn wir nur einmal an die Millionen Touristen denke—die jedes Jahr ihren Urlaub im Ausland verbringen und trotz weitverbreiteten Fremdsprachenunterrichts an den Schulen erhebliche Verständigungsschwierigkeiten ben.

Die Vielfalt der Sprachen ist jedoch mehr als nur ein technisches Hindernis in der freien Kommunikation zwischen Menschen aus verschiedenen Nationen. Mindestens ebenso wichtig ist die Tatsache, daß eine gemeinsame Sprache ein Gefühl der Zusammengehörigkeit bewirkt, das leider andererseits die Sprecher anderer Sprachen ausschließt. Es handelt sich dabei um einen Instinkt des Menschen, der zwar Neugier auf Fremdes weckt aber auch zur Vorsicht vor Fremdem und Unbekanntem mahnt. Der Weg zu Ablehnung und Angst ist da nicht mehr weit. Unser Verstand sagt uns zwar daß Europa, ja die ganze Welt, zu einer größeren Einheit und universalen Ordnung finden muß, daß unsere Sprachen und Kulturen zu einer bunten Vielfalt allgemein menschlicher Kultur beitragen — wir werden uns aber immer wieder dabei ertappen, wie unsere instinktiven Gefühle gelegentlich die Oberhand gewinnen. Wie wichtig uns unsere Sprachgemeinschaft ist, können wir auf internationalen Veranstaltungen, Konferenzen und Kongressen studieren: In den Kaffeepausen und beim gemeinsamen Mittagessen bilden sich meist Grüppchen, deren gemeinsames Merkmal die Muttersprache ist. Diese Gruppenbildung geschieht aber nicht einfach wegen mangelnder Fremdsprachenkenntnisse, sonst würde man diese Beobachtung nicht auch auf Linguisten-Kongressen machen.

Bei der Gründung der ersten Organe der Europäischen Gemeinschaft spielten vor allem wirtschaftliche Gesichtspunkte eine Rolle, jedoch nicht ausschließlich. Die Idee eines geeinten Europas ist heute zweifellos ebenso ein Tragpfeiler der Arbeit der Kommission der EG und des Europäischen Parlaments. Die sprachlichen und kulturellen Unterschiede zwischen den Nationen der Europäischen Gemeinschaft sind jedoch möglicherweise das größte Hindernis auf dem Weg zu einem wahrhaft geeinten Europa. Das Fehlen einer gemeinsamen Sprache baut nicht nur technische Kommunikationshindernisse auf, sondern es verhindert zusätzlich das Wachsen eines Gemeinschaftsgefühls der Europäer. Appelle an die Vernunft und die Forcierung des fremdsprachlichen Unterrichts an den Schulen werden hier wohl wenig bewirken.

Aber, wie gesagt, das Problem der Sprachenvielfalt existiert nicht erst seit gestern. Da ist doch anzunehmen, daß sich der eine oder andere in früheren Jahrzehnten oder

Jahrhunderten Gedanken darüber gemacht und Lösungen vorgeschlagen hat. Das ist auch tatsächlich der Fall, und besonders im vorigen Jahrhundert kam es zu sehr konkreten Vorstellungen, die heute noch ebenso aktuell oder gar aktueller sind als damals.

Diese Vorschläge betreffen die Einführung einer universellen Sprache für die gesamte Menschheit. Der Begründer der Bahai-Religion, Baha'u'llah, berichtet in seinem Buch „Brief an den Sohn des Wolfes“ über ein Gespräch, das er mit Kamal Pascha, einem hohen türkischen Würdenträger, in Konstantinopel führte. Da Baha'u'llah ab 1868 in Akka (Palästina) gefangengehalten wurde, mußte dieses Gespräch vor dieser Zeit stattgefunden haben. Im Verlaufe der Unterredung bemerkte Kamal Pascha stolz, wie viele Sprachen er gelernt habe, aber Baha'u'llah antwortete ihm, er habe somit einen Teil seines Lebens sinnlos vergeudet. Es sei sinnvoller gewesen, wenn er und die anderen Regierungsmitglieder sich darum bemüht hätten, das Sprachenproblem durch Auswahl einer bestehenden oder Schaffung einer neuen Sprache zu lösen. Wörtlich schreibt Baha'u'llah:

Auf diese Weise würden sie nur zwei Sprachen lernen, ihre Muttersprache und diejenige, in der sich alle Völker der Welt verständigen. Wenn die Menschen dies fest im Auge behielten, würde die ganze Welt schließlich als ein Land betrachtet werden und das Volk wäre entlastet und befreit von der Notwendigkeit, verschiedene Sprachen zu lehren und zu lernen.

Kamal Paschas Reaktion war typisch: Er war begeistert von der Idee und unternahm zu ihrer Verwirklichung nichts. Bedauernd schreibt Baha'u'llah dazu:

Aber sooft er Uns später noch besuchte, kam er doch nie mehr auf diesen Gegenstand zu sprechen, obgleich doch das, was Wir vorschlugen, zur Einigkeit und Einheit der Völker dieser Welt beiträgt.

An den Empfänger des Briefes gewandt, fährt Baha'u'llah fort:

Wir hoffen sehr, daß die persische Regierung diesen Gedanken aufnimmt und ausführt. Vor kurzem sind eine neue Sprache und eine neue Schrift erfunden worden. Wenn du wünschst, werden Wir sie dir mitteilen. Unsere Absicht ist, daß sich alle Menschen an das halten, was unnötige Mühe und Anstrengung vermindert, damit sie ihre Tage in geziemender Weise verbringen und zu Ende führen.

Im Februar 1913 äußerte sich Abdu'l-Bahä zu diesem The folgendermaßen:

Eine der Hauptursachen der Schwierigkeiten heute in Europa ist die Verschiedenheit der Sprachen. Wir sagen, dieser Mann ist ein Deutscher, der

andere ist ein Italiener, dann begegnen wir einem Engländer, dann wieder einem Franzosen. Obwohl sie alle derselben (ursprünglichen) Rasse angehören, bildet doch die Sprache die größte Schranke zwischen ihnen. Wäre eine Welthilfssprache eingeführt, dann würden sie alle als eins betrachtet werden.

Seine Heiligkeit Bahā'u'llāh schrieb vor mehr als vierzig Jahren über diese internationale Sprache. Er sagte, solange keine internationale Sprache eingeführt sei, werde es nicht zu einer völligen Einigung der verschiedenen Teile der Welt kommen, denn wir sehen, daß die Mißverständnisse die Völker von gegenseitigen Verbindungen abhalten, und diese Mißverständnisse werden auf keine andere Weise beseitigt werden als durch eine internationale Hilfs-sprache.

### **Die Bedeutung einer Weltsprache in unserer Zeit**

Zu der Zeit, als Baha'u'llah die Einführung einer internationalen Sprache forderte, waren zwei Männer in Europa an der Arbeit, dieses Gebot zu erfüllen. Der erste war der katholische Pfarrer Johann Martin Schleyer, der in der Nähe von Konstanz lebte und eine künstliche Sprache, die er Volapük nannte, auf der Grundlage des englischen Wortschatzes schuf. Diese Sprache wurde 1879 veröffentlicht und fand überall in der Welt begeisterte Anhänger. Bis hin nach China gab es Volapük-Vereine, Zeitschriften und Bücher erschienen in Volapük und sogar Weltkongresse fanden statt. Schleyer war ein unumschränkter Herrscher in seiner Welt: Er erfand als einziger neue Wörter, er ernannte Lehrer verschiedener Dienstgrade usw. Allerdings war dem Volapük kein langes Leben beschieden. Als 1979 in Schleyers Heimatgemeinde des 100. Geburtstages von Volapük gedacht wurde, gab es niemanden mehr, der diese Sprache noch hätte fließend sprechen können. Schleyer gebührt in jedem Fall unsere Hochachtung, da er als erster zeigen konnte, daß eine künstliche Sprache funktionieren kann. Daß Volapük so bald hinweggerafft wurde, liegt weniger an seiner linguistischen Unvollkommenheit, sondern an dem falschen, völlig auf Schleyer hin ausgerichteten Konzept. —Der zweite Mann, vom dem hier berichtet werden soll, war Ludwig Lazarus Zamenhof, der 1859 in Białystok, das damals zu Rußland gehörte und heute polnisch ist, geboren wurde. Bereits in seiner Kindheit kam Zamenhof zu der Idee, eine Sprache für die ganze Welt zu schaffen, da er die Sprachprobleme in seinem Heimatort täglich vor Augen hatte. Die Bevölkerung Białystoks bestand nämlich aus Angehörigen mehrerer Nationen, die Russisch, Deutsch, Polnisch, Weißrussisch und vor allem Jiddisch sprachen. Er entwickelte während seiner Schulzeit auf dem Gymnasium einen ersten Sprachprototyp, der 1878 fertig wurde. Zamenhof bemerkte richtig, daß es eigentlich unnötig war, neue Wörter zu erfinden, da in den europäischen Sprachen bereits ein internationaler Wortschatz existierte, der nur bezüglich der Orthographie und der Aussprache zu vereinheitlichen war. Die neue Sprache wurde jedenfalls begeistert von Zamenhofs Schulkameraden aufgenommen. Ihr zu Ehren veranstaltete die Klasse ein Fest, in dem



auch die Hymne „Lingwe Universala“ gesungen wurde, die zur Einheit der Mensch-

heit aufrief. Dieser Vierzeiler ist das einzige Dokument, das von dieser Sprache auf uns gekommen ist, denn Vater Zamenhof verbat dem Sohn daraufhin jegliche Beschäftigung mit solch brotloser Kunst und verbrannte das gesamte Material. Allerdings läßt sich Ludwig Zamenhof dadurch nicht von seiner Idee abbringen, sondern beginnt vielmehr wieder von vorne und erarbeitet den Wortschatz und die Grammatik völlig neu. Ein ausgeklügeltes System von Vor- und Nachsilben und die Möglichkeit der Zusammensetzung von neuen Wörtern gibt seiner Sprache eine starke Ausdruckskraft und vermindert die Anzahl der auswendig zu lernenden Wörter. Nach Abschluß seines Studiums läßt sich Zamenhof als Augenarzt nieder und heiratet. In seinem Schwiegervater findet er einen verständnisvollen Mäzen, der 1887 die Herausgabe des ersten Lehrbuches der „Internacia Lingvo,“ finanziert. Dazu legt sich Zamenhof das Pseudonym „D-ro Esperanto“ zu, und daher stammt die heute übliche Bezeichnung für die Sprache, die Zamenhof eigentlich „Internacia Lingvo“ nennen wollte.

Im Gegensatz zu Schleyer gibt Zamenhof bereits in diesem ersten Büchlein, das 28 Seiten umfaßte und auf einem großformatigen Blatt den gesamten damaligen Wortschatz von ca. 900 Wörtern enthielt, alle Rechte an seiner Sprache auf. Er übergibt seine Sprache der Menschheit in der Erwartung, daß sie sich wie alle anderen Sprachen auch fortentwickle, bis sie irgendwann eine Delegation aus allen Völkern der Erde zur offiziellen Weltsprache erklären möge.

Diese Einstellung Zamenhofs war einer der Gründe, warum sich Esperanto gegen alle bisher aufgetauchten Sprachprojekte — und das sind bislang immerhin etwa 600 — hat durchsetzen können. Andere Gründe dürften jedoch mindestens ebenso wichtig sein, nämlich Zamenhofs Motive, die ihn zur Schaffung einer neuen Sprache bewegten. Es handelt sich hierbei um Zamenhofs philosophisch-religiöse Weltanschauung, in der die Verbrüderung der Völker der Erde das höchste Ziel war. Um dieses Ziel zu erreichen, forderte Zamenhof dazu auf, aus den bestehenden Religionen die gemeinsamen Grundwahrheiten zu isolieren und daraus eine die ganze Menschheit umfassende allgemein verbindliche Ethik und Norm aufzustellen. Er stellte sich vor, daß eines Tages in jedem Ort ein Tempel mit freiem Zugang für alle Religionen stehen sollte. Diskriminationen aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Rassen, Religionen oder Sprachen sollten ein Ende haben und die Internacia Lingvo war als Mittel zur Verbreitung dieser Ideen unter allen Völker gedacht. Somit war Esperanto von Anfang an nicht nur ein Kommunikationsmittel, sondern auch Ausdruck einer Weltanschauung. Im Laufe der Jahrzehnte hat diese Ideologie allerdings einer sachlicheren Betrachtung Platz machen müssen, indem die religiös-philosophischen Züge weitgehend verdrängt wurden. Der heutige Standpunkt der Esperanto-Bewegung ist etwa folgender: Ebenso wie Landschaften ihre Mundarten und Nationen ihre Nationalsprache haben, braucht

Esperanto weltweit als völkerverbindende Sprache zu lehren und zu verbreiten, gerade dadurch das Aussterben kleinerer Sprachgemeinschaften zu verhindern, die Vielfalt menschlicher Kultur zu schützen. Warum soll aber ausgerechnet eine so künstliche Sprache, eine Plansprache die Rolle des universalen Kommunikationsmittels spielen? Hierfür gibt es mehrere wichtige Argumente: Die Auswahl einer Nationalsprache als internationale Sprache verstößt gegen das Prinzip der Gleichberechtigung: *der Völker und bedeutet eine Diskriminierung der Kultur der nicht-privilegierten Nationen*. Diejenige Völker, deren Sprache zum internationalen Kommunikationsmittel erhoben würde, hätten gegenüber den anderen einen beachtlichen Vorteil: Sie bräuten außer ihrer eigenen keine andere Sprache zu lernen und könnten sich statt dessen auf den Erwerb profitableren Wissens konzentrieren. Selbst wenn man das Erlernen dieser internationalen Sprache einmal unberücksichtigt läßt, bleiben die übrigen Nationen im Nachteil. Es wird ihnen nie gelingen, die ihnen fremde Sprache bis zur vollen Beherrschung zu meistern. Und dies setzt ihre Erfolgchancen im internationalen Wettbewerb beträchtlich herab. Das zeigt sich deutlich auf internationalen Kongressen, wo normalerweise Englisch Konferenzsprache ist und die englischen Muttersprachler eindeutig den Ton angeben. Gegen die Wahl einer Nationalsprache als Weltsprache spricht somit auch die Tatsache, daß die in Jahrtausenden gewachsenen Sprachen schwer zu erlernen sind und ihre Beherrschung eigentlich die Kenntnis ihres kulturellen und sozialen Hintergrundes voraussetzt. Daher sollte der Mißerfolg des schulischen Fremdsprachenunterrichts auch nicht verwundern.

Demgegenüber bedeutet die Einführung einer Plansprache als internationalen Kommunikationsmittels eine Wahrung der Chancengleichheit für alle Menschen, die Gleichberechtigung aller Nationen und die Anerkennung ihrer kulturellen Eigenständigkeit. Nicht zu vergessen ist die psychologische Komponente: Diese allen Menschen gemeinsame Sprache, für die keine Nation Besitzrechte beanspruchen kann, wirkt als integrierender Faktor in der gesamten Menschheit, ohne irgendeine Nation von dieser Gemeinschaft auszuschließen.

Wenn nun eine Plansprache für die Rolle der internationalen Sprache besonders geeignet ist, warum sollte man sich ausgerechnet für Esperanto entscheiden?

Für Esperanto sprechen linguistische und praktische Gründe. Die Grammatik des Esperanto ist trotz aller Geplantheit gewissermaßen natürlich, d.h. man findet hier Konstruktionsprinzipien vor, die nicht nur den indogermanischen, sondern auch den finno-ugrischen, den uralaltaischen und semitischen Sprachen gemein sind. Sind dort diese Prinzipien durch mannigfache Ausnahmeregeln und komplizierten Formenreichtum zum guten Teil verdeckt, so treten sie im Esperanto deutlich zu Tage und klären dabei auf anschauliche Weise, wie Sprache überhaupt funktioniert. In diesem Zusammenhang sei auf die Schulexperimente verwiesen, die unter der wissenschaftlichen Leitung des Instituts für Kybernetische Pädagogik in Paderborn

Daraus geht eindeutig hervor, daß der Esperanto-Unterricht positive Auswirkungen auf alle Unterrichtsfächer — nicht nur auf das Sprachenlernen! — hat.

Im Gegensatz zu den meisten Sprachen besitzt Esperanto eine leicht zu erlernende Formenlehre und Grammatik. Der Schüler ist innerhalb kürzester Zeit in der Lage, über einfache Dinge zu sprechen und zu schreiben, und kann sich sofort über sein Lernerfolg freuen. Internationale Treffen von Esperanto-Kindern legen ein beredtes Zeugnis hiervon ab.

### **Ausblick**

So vernünftig die Einführung einer Plansprache und insbesondere des seit fast 100 Jahren kontinuierlich erprobten und weiterentwickelten Esperanto als international anerkanntes Kommunikationsmittel ist, so sprechen doch alle Anzeichen dafür, daß sich die Welt noch lange mit dem Problem der Vielsprachigkeit herumschlagen muß. In der Zwischenzeit strebt man Hilfen an, die die Krankheit nicht heilen, aber lindern werden. Welche Anstrengungen zur Zeit unternommen werden, möchte ich am Beispiel der Europäischen Gemeinschaft erläutern.

In den Organen der EG verschärft sich das Sprachenproblem mit jedem neu beitretenden Mitgliedsland, da dessen Sprache gleichberechtigt neben die bereits vorhandenen Amtssprachen tritt. Etwa 20% des Personals der EG sind im Sprachendienst beschäftigt, alle offizielle Verlautbarungen müssen in allen z.Zt. sieben Amtssprachen vorliegen. Die offiziellen Konferenzen werden gedolmetscht. In den Beratungsausschüssen einigt man sich meist darauf, nur Englisch (gelegentlich auch Französisch, selten Deutsch) zu sprechen. Wer in solchen Gremien Mitglied ist und nur mäßig Englisch kann, ist zum Schweigen verurteilt und kann froh sein, wenn er bei Beendigung der Konferenz mitbekommen hat, was für Entscheidungen er mit gefällt hat.

Neben solchen Schwierigkeiten dürfen wir das Problem der Übersetzung von Unmengen geschriebener Texte nicht vergessen. Die EG betreibt das wahrscheinlich größte Übersetzerbüro der Welt! Um die enorme finanzielle Belastung zu mindern, erhofft man sich Hilfe von der automatischen Übersetzung. Vorbereitende Planungen hierzu werden seit 1978 von der Kommission der EG gefördert und seit November 1982 wird an diesem internationalen Großprojekt gearbeitet, dessen Laufzeit knapp 6 Jahre beträgt. An EUROTRA — so heißt dieses Vorhaben — arbeiten Gruppen von Wissenschaftlern in allen Mitgliedsländern mit. Die Entwicklungskosten dürften bei etwa 50 Mio. DM liegen. Am Ende soll ein Übersetzungssystem vorliegen, das von allen in alle Amtssprachen der EG innerhalb eines beschränkten Gebiets übersetzen kann.

Gleichzeitig wird von der EG ein kleines Konkurrenzunternehmen gefördert, das von einer Privatfirma in den Niederlanden in Zusammenarbeit mit einem Computerherstel-

ler in Dänemark betrieben wird. Dort hat man sich überlegt, ob nicht die Verwendung von Esperanto als Brückensprache in der maschinellen Übersetzung sinnvoll wäre. Die Idee ist, einen Text zunächst aus einer Sprache A maschinell ins Esperanto zu übersetzen und dann die Übersetzung aus dem Esperanto in die Sprache B durchzuführen. Auf diese Weise müßte man nicht von jeder in jede Sprache übersetzen, was die Anzahl der zu bearbeitenden Sprachpaare niedrig hält. Bei jedem Übersetzungsvorgang geht natürlich Information verloren, und deshalb muß die Zwischensprache sehr anpassungsfähig und möglichst mehrdeutigkeitsfrei sein. Die geforderte Eindeutigkeit ist aber auch bei Esperanto nicht hundertprozentig erfüllt. Man hat sich daher überlegt, wie man Esperanto für diese Zwecke modifizieren kann, um dem Ideal näher zu kommen. Der Einsatzbereich dieses Systems liegt im Bereich der Computer-Datenbanken. Ein Benutzer stellt beispielsweise Anfragen von seinem Terminal aus — von zu Hause — über eine Telefonleitung an eine Datenbank, die sich etwa in Brüssel auf einem Rechner befindet. Der Computer findet dort die gewünschte Informationen (Dokumente, Texte), übersetzt sie ins Esperanto (wenn sie nicht schon übersetzt sind) und sendet sie über die Telefonleitung an den Anfrager zurück. Dieser läßt sie von seinem privaten Mikrocomputer in seine Muttersprache übersetzen. Diese letztere Übersetzung kann nur deshalb von einem Kleinrechner durchgeführt werden, weil das modifizierte Esperanto eine klare Sprache ist und deshalb keine komplizierten Prozeduren für die Übersetzung erforderlich sind.

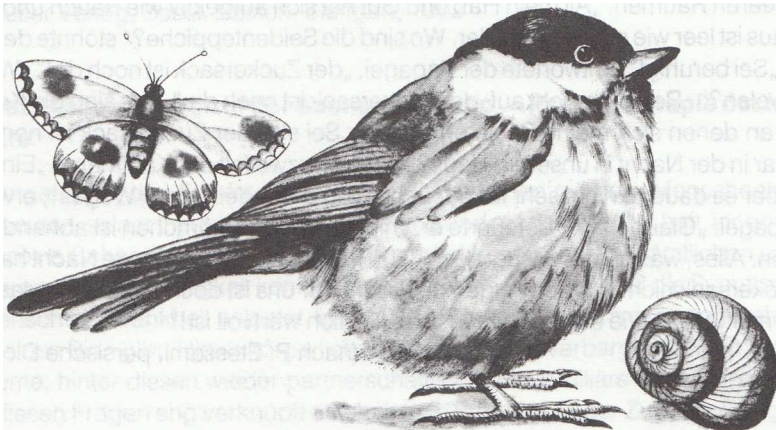
Wie man sieht, ist Esperanto nicht nur zur menschlichen Verständigung geeignet, sondern hat auch unschlagbare Vorzüge in der maschinellen Verarbeitung. Auch das ist ein Gesichtspunkt, der bei der Wahl einer Weltsprache berücksichtigt werden muß. Für die aufstrebende Informationstechnologie, die in Zukunft immer mehr unser Leben bestimmen wird, ist die weitverbreitete Verwendung von Englisch dagegen ein schwerer Hemmschuh. Es gibt kaum eine Sprache, die noch schlechter zur maschinellen Verarbeitung geeignet wäre.

Dies sind einige Hinweise über die Problematik der Vielsprachigkeit und der Auswahl einer geeigneten Sprache für die gesamte Menschheit. Verhalten wir uns nicht wie Kamal Pascha, dem zwar die Idee der Weltsprache sehr zusagte, der aber nichts zur Verwirklichung unternahm. Jeder kann zum Weltfrieden etwas beitragen, und sei es nur, daß er dieses Ideal weiterverarbeitet. Zum Abschluß möchte ich noch einmal einen Appell von Baha'ullah zitieren:

Der Tag ist nahe, da alle Völker der Welt eine universale Sprache und eine gemeinsame Schrift annehmen werden. Wenn dies erreicht wird, ist es für jedermann, welche Stadt er auch bereisen mag, als betrete er sein eigenes Haus. Es ist Pflicht jedes Einsichtigen und Verständigen, danach zu streben, das hier Niedergeschriebene in die Wirklichkeit und die Tat umzusetzen.

**Anschrift des Verfassers:**

Heinz Dieter Maas  
Diplom-Mathematiker  
Sonderforschungsbereich „Elektronische Sprachforschung“  
Universität des Saarlandes  
6600 Saarbrücken



Wir ringen mit sterblichen Kräften, Schönes zu bauen,  
und es wächst doch sorglos neben uns auf.

Friedrich Hölderlin

## Der Papagei und der Zuckersack

Ein Kaufmann hatte in Indien einen wunderschönen Papagei,

Tier und verbrachte seine ganze Freizeit mit ihm. Mal nahm er den Papi=

Schulter, mal auf den Kopf, und immer belohnte er ihn mit einem Zucke•:-:- ~ - !~

Der Zucker wurde für den Papagei der Inbegriff der Liebe seines Herrn. E — z - 's,1112

waren der Kaufmann und der Papagei allein im Hause. Der Kaufma-- z - --

Liebster, es ist spät, und ich bin müde. Da heute Abend niemand außer uns im  
nz,-s.-z-ist es nicht ratsam, daß wir beide schlafen. Wir sind hier nicht sicher, also achte  
auf das Haus, als wärest du ein Wachmann."

Der Papagei war ganz Ohr und stellte sich vom Kopf bis zur Schwanzfeder auf seine Aufgabe ein. Bald darauf fiel der Kaufmann in wohligen Schlaf, und das Haus lag in tie-fer Ruhe. Plötzlich schlug ein Wurfhaken über die Mauer, und an einem Seil zog sich behend ein Einbrecher hoch. Auf leisen Sohlen drang er ins Haus ein. Alles, was er sah, packte er in Säcke und Beutel, außer dem Zuckersack, der seinen Blicken entging. Schließlich blieb nur das leere Haus mit dem gefiederten Wachtmeister, der aufmerksam das Treiben beobachtet hatte, dem Zuckersack und dem schlafenden Kaufmann übrig.

Am nächsten Morgen, als der Kaufmann aufwachte, sah er um sich herum gährende Leere. Kein Teppich bedeckte mehr den Boden oder die Wände. Vergeblich suchte er in den leeren Räumen. All mein Hab und Gut hat sich aufgelöst wie Rauch und Wind. Das Haus ist leer wie mein Handteller. Wo sind die Seidenteppiche?" stöhnte der Kaufmann—Sei beruhigt", antwortete der Papagei,—der Zuckersack ist noch da!" „Wo sind die Juwelen?" „Reg dich nicht auf, der Zuckersack ist noch da." „Wo sind die Kostbar-keiten, an denen sich meine Seele erfreute?" „Sei still, der Zuckersack ist noch da." „Wer war in der Nacht in unserem Haus?" fragte verzweifelt der Kaufmann. „Ein Mann kam, aber es dauerte nicht sehr lange, dann ging er wieder seines Weges", erwiderte der Papagei. „Glaube mir", beteuerte er, „nicht ein Zuckerkörnchen ist abhanden ge-kommen. Alles, was du mir gesagt hast, habe ich beherzigt. Die ganze Nacht habe ich den Zuckersack nicht aus den Augen gelassen. Für uns ist doch der Zucker das Wert-vollste, mein Herr! Wie soll ich wissen, was für dich wertvoll ist!"

(nach P. Etessami, persische Dichterin)

## **Buchbesprechungen**

### **Thomas Haenel „Zur Geschichte der Psychiatrie — Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte“**

Das vorliegende Buch ist in zwei Abschnitte unterteilt. Der einführende erste Teil enthält in zusammengefaßter Form eine Darstellung der allgemeinen Psychiatriegeschichte von den Anfängen bis zu unserem Jahrhundert. Dabei wurde versucht, den jeweiligen gesellschaftlichen Kontext zu umreißen, indem auf wichtige historische Entwicklungen und politische Ereignisse hingewiesen wird. Diesen ersten Teil beschließt eine Darstellung der wesentlichen Aspekte der Schweizer Psychiatriegeschichte sowie ein Überblick über die Entwicklung der verschiedenen Therapien. Im zweiten Teil des Buches wird die Basler Psychiatriegeschichte exemplarisch dargestellt. Ein solcher Überblick existierte bisjetzt nicht, zumindest keiner, der alle Belange der Psychiatrie — der universitären, der klinischen, der ambulanten und der menschlich-persönlichen — zu berücksichtigen suchte.

Das Ziel des Buches liegt in der Orientierung über die Psychiatrie in ihrer Geschichte, Gewordenheit und in ihrer zukünftigen Perspektive. Der vorliegende Band macht es sich zum Anliegen, Vorurteile gegenüber der Psychiatrie, gegenüber den Leiden unserer Mitmenschen abzubauen.

Birkhäuser Verlag, Basel, Boston, Stuttgart, 1982

### **Nossrat Peseschkian „Auf der Suche nach Sinn — Psychotherapie der kleinen Schritte“**

Der Umgang mit den Sinnfragen hängt eng zusammen mit dem Menschenbild des Therapeuten, seiner therapeutischen Schulung und mit der Gesellschaft, innerhalb deren er seine Behandlung durchführt. Während meiner 23jährigen ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit konnte ich immer wieder sehen, daß die Symptome, die ein Mensch als Krankheit anbietet, in einem Bedeutungszusammenhang stehen, der ihnen einen Sinn gibt: Hinter körperlichen Beschwerden verbargen sich oft berufliche Probleme, hinter diesen wieder partnerschaftliche und familiäre Schwierigkeiten. Mit allen diesen Fragen eng verknüpft erscheint die Frage nach der Zukunft: Der gesundheitlichen, beruflichen, gesellschaftlichen Zukunft und der Zukunft, die als Innbegriff vom Sinn des Daseins weniger durch harte wissenschaftliche Daten als durch den Glauben im weitesten Sinn abgedeckt wird. Dies ist das Spannungsfeld zwischen erlebter Sinnhaftigkeit und Sinnlosigkeit, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, Optimismus und Pessimismus, Vertrauen und Zweifeln, Ratlosigkeit und Trost, zwischen Ertragen und Ändern.

## *2. die religiös-weltanschaulichen Konzepte:*

Dieser Gesichtspunkt ermöglichtes, die Religionen als Einheit zu sehen, jenseit aller Differenzen, die sie trennen.

## *3. der Beitrag des wissenschaftlichen Denkens:*

Praktisch wirkt sich dieser Sachverhalt so aus, daß Politik nicht mehr ausschließlich Sache der Politiker, Wirtschaft nicht mehr der Wirtschaftler und Wissenschaft nicht nur die Sache der Wissenschaftler ist. Alle Bereiche treten in Beziehungen. Die heutige Situation macht angesichts der Gefahr der menschlichen Verselbständigung der Technologie ihr Zusammenwirken notwendig.

## *4. das Leben des einzelnen:*

Für den Menschen ergibt sich daraus, daß er selbst in diese Einheit eingegliedert ist und sich gewissermaßen Ordnungen, Naturgesetzen und unumgänglichen Regelmäßigkeiten beugen muß und daß er gleichzeitig die Fähigkeit der Unterscheidung und damit der Verantwortung besitzt, die sich daraus ergibt, daß er nicht passiv der Natur untergeordnet ist, sondern aktiv innerhalb der Bandbreite der gegebenen Möglichkeiten sein Schicksal selber bestimmt.

**Konsequenzen:** Diese vier Grundregeln gewähren eine optimale Funktion der Zusammenarbeit. Sie richten sich gleichsam als Forderung oder Anregung an den einzelnen und garantieren die notwendigen und hinreichenden Voraussetzungen für ein stabiles und dennoch flexibles Gruppen-Ich. Uns interessieren die Hintergründe dieser Lösungsversuche und die Bedingungen unter denen gelungene Lösungsversuche möglich sind. Voraussetzung ist, daß eine Beziehung zwischen den beschriebenen vier Bereichen, dem transkulturellen, dem religiös-weltanschaulichen und dem individuellen Bereich besteht. Diese Beziehung muß nicht eine Änderung des Verhaltens bedeuten, sondern vielmehr die Bereitschaft zum Dialog.

## **Psychotherapie der kleinen Schritte**

Unser Weg dagegen ist ein Weg der kleinen Schritte, was nicht erstaunlich ist angesichts der Tatsache, daß sich jede Entwicklung in scheinbar kleinen Schritten vollzieht, aus denen sich qualitativ Neues entwickelt. Wir müssen uns Gedanken über das Ziel machen, aber auch darüber, wie wir uns ihm nähern können. Dabei stoßen wir auf eine Paradoxie, die in vielfältiger Weise unser Leben begleitet, nämlich, daß wir uns um et-was bemühen müssen, das wir bereits in uns tragen.



# Veranstaltungen

## 3. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche

vom 15. bis 21. Oktober 1984 (Herbstferien)

**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

Carl-Oelemann-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal

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

Während der Tagung zu erreichen unter der Rufnummer (0 60 32) 6171. Positive Psychotherapie in der ärztlichen Praxis — Kleine Psychotherapie in der ärztlichen Praxis — 7 Seminarveranstaltungen mit Fallbesprechung für: Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte, Hautärzte, Gynäkologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Psychiater, Nervenärzte, Orthopäden, Urologen und Chirurgen.

**Montag, 15. Oktober 1984, von 10.00 bis 16.30 Uhr**

### 1. Seminar: „Die Entwicklung der Psychotherapie“

Positive Psychotherapie als Bezugspunkt für die Zusammenarbeit von Fachleuten verschiedener Disziplinen — Krankheitsbegriff in der Medizin und Psychotherapie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt — Aspekte zur erweiterten Arzt- und Patientenbeziehung: Arzt—Patient, Arzt und andere Ärzte, Arzt und seine Familie — Therapie und Menschenbild — Was haben alle Menschen gemeinsam? — Wodurch unterscheiden sie sich? — Das positive Vorgehen in der ärztlichen Praxis — Positive Symptomdeutung — Übersetzung konventioneller Krankheitsbilder (z.B. Frigidität, Angst, Depressionen, Herzinfarkt, Rheuma...) — Auswirkungen der positiven Symptomdeutung auf die Einstellungsänderung — Geschichten als Hilfe zum Standortwechsel — Drei Interaktionsmodelle: Verbundenheit — Unterscheidung — Ablösung — Fallvorstellung — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

**Dienstag, 16. Oktober 1984, von 10.00 bis 16.30 Uhr**

### 2. Seminar: „Vier Möglichkeiten der Konfliktverarbeitung“

Besonderheiten der Diagnose in der Psychotherapie — Befunderhebung — Realitäten — Vier Möglichkeiten der Konfliktverarbeitung und ihre Bedeutung als Beobachtungshilfen — Sozial- und Persönlichkeitsstrukturen — Neurosenlehre der verschiedenen Psychotherapeutischen Schulen (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Individualpsychologie ...) — Einfluß der Neurosenlehre auf die therapeutischen Möglichkeiten — Standortwechsel und Widerstände in der Arzt-Patienten-Beziehung — Psychosomatik — Neurose (z.B. depressive Reaktionen) — Psychose (z.B. Schizophrenie) — Fallvorstellung — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

**Mittwoch, 17. Oktober 1984, von 10.00 bis 16.30 Uhr**

**3. Seminar: „Das Mikrotraumen-Modell“**

Psychotherapie des Alltagslebens — Befunderhebung — Technik des Differenzierungsanalytischen Inventars (DAI) — Das Beschreibungsmodell — Das Mikrotraumenmodell — Das Konfliktmodell — Das Risikomodell — Das DAI als Methode der Selbsterfahrung — Dialektik von Konfliktodynamik und Konfliktinhalt — Die Bedeutung der psychosozialen Normen (Aktualfähigkeiten) in der Psychiatrie und den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen — Fallvorstellung — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

**Donnerstag, 18. Oktober 1984, von 10.00 bis 16.30 Uhr**

**4. Seminar: „Reise in die Vergangenheit“**

Aktualkonflikt und Grundkonflikt — Techniken zur Beschreibung aktueller Konfliktsituationen — Die vier Vorbilddimensionen — Symptome und Konzepte in ihrer lebensgeschichtlichen Bedeutung — Praktische Einbeziehung des Grundkonfliktes in die positive Familientherapie — Fallvorstellung — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

**Freitag, 19. Oktober 1984, von 10.00 bis 16.30 Uhr**

**5. Seminar: „Das fünfstufige psychotherapeutische Vorgehen in der ärztlichen Praxis“**

Die Fünf Stufen der Positiven Psychotherapie — Das psychotherapeutische Vorgehen in der ärztlichen Praxis — Psychotherapie als Leistung von Fachpsychotherapeuten — Psychotherapie in der nicht-psychotherapeutischen Praxis — Möglichkeiten und Grenzen — Wechselbeziehung von psychotherapeutischer Führung und Selbsthilfe — Ärztliche Kontrolle der Selbsthilfeeinrichtungen — Die fünf Stufen und Erscheinungsformen in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen — Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Jacobson-Training) — Psychopharmakotherapie — Ist-Wert-Soll-Wert-Technik — Fallvorstellung — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

**Samstag, 20. Oktober 1984, von 10.00 bis 16.30 Uhr**

**6. Seminar: „Entwicklung der Familientherapie“**

Positive Familientherapie: Familientherapie — Elterntherapie — Elterngruppe — Partnergruppe — Literatur und Dichtung in der Therapie (Wer ist ihr Lieblingsautor?) — Konzepte und Gegenkonzepte — Konzeptstammbaum — Familiäre Fronten und ihre Aufhebung — Arzt und eigene Familie — Fallvorstellung — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

**Sonntag, 21. Oktober 1984, von 10.00 bis 16.30 Uhr**

**7. Seminar: „Epikrise — Therapieverlauf — Katamnese“**

Selbsthilfe in der ärztlichen Praxis — Ablösung aus der therapeutischen Situation — Übertragung — Gegenübertragung — Balintgruppe und positive Psychotherapie —

Milieutheraeutische Maßnahmen — Plenarsitzung — Arzt und Ethik — Psychotherapeutische Probleme in der ärztlichen Praxis (Patientenführung — Fragen der Überweisung an Fachpsychotherapeuten) — Fallvorstellung — Fallbesprechung — Selbsterfahrung.

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

Die Teilnahme von Angestellten des an diesen Seminaren teilnehmenden Arztes ist möglich. Die Teilnahmegebühr beträgt DM 350,—; für Mitglieder der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen DM 100,—. Die Teilnahmegebühr ist am ersten Tag der Veranstaltung bar oder per Scheck zu zahlen.

Anmeldungen erbeten an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim, Telefon (06032) 61 71 oder 6172.

Übernachtungsmöglichkeiten sind in der Carl-Oelemann-Schule zum Preis von DM 50,— (pro Nacht) einschließlich Frühstück gegeben. Sollten Übernachtungen gewünscht werden, bitten wir dies bei der Anmeldung zum Seminar anzugeben.

Anläßlich dieser 3. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche findet am **Samstag, dem 20. Oktober 1984, 19.00 Uhr**, im Großen Hörsaal des Seminargebäudes ein öffentlicher Vortrag mit dem Thema

Auf der Suche nach dem Sinn  
Sinnfrage in anderen Kulturen  
Psychotherapie der kleinen Schritte

statt, zu dem auch Nichtteilnehmer der 3. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche herzlich eingeladen sind. Ein Unkostenbeitrag wird nicht erhoben.

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

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



Name: ..... Vorname: ..... Titel: .....  
Anschrift: .....  
Beruf: ..... Geburtsdatum: .....  
Datum: ..... Unterschrift: .....

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

Bankkonto: Naspa Wiesbaden (BLZ 510 500 15) Konto Nr. 1111258448

