

# Zeitschrift für Positive Psychotherapie

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



Heft 12 · 11. Jahrgang · März 1989 · DM 5,-

Erziehung  
Selbsthilfe  
Psychotherapie  
Transkulturelle Probleme

- 
- ➔ Psycho-soziale Aspekte  
beim Lumbalen Bandscheibenvorfall
  - ➔ „Endlich wieder  
festen Boden unter den Füßen“ —  
Ein Erfahrungsbericht
  - ➔ Pädagogik und Positive Psychotherapie
  - ➔ Wege zum Unterbewußtsein
-



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

### **Impressum**

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

### **Herausgeber**

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

### **Redaktion**

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

### **Beirat**

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

### **Anschrift der Redaktion**

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

### **Erscheinungsweise**

zweimal jährlich

### **Bezugsbedingungen**

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

---

ZEITSCHRIFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE  
ERZIEHUNG\*SELBSTHILFE\*PSYCHOTHERAPIE\*TRANSKULTURELLE PROBLEME

---

INHALT	SEITE
Einführung des Herausgebers .....	4
Geschichte: Die Wahl zwischen Kuh und Tränke .....	6
Psycho-soziale Aspekte beim lumbalen Bandscheibenvorfall Dr.med. Hamid Peseschkian, Usingen	7
"Endlich wieder festen Boden unter den Füßen" - Ein Er- fahrungsbericht .....	17
Dr.med. Helmut Orth, Steinbach	
Pädagogik und Positive Psychotherapie .....	25
Dr.med. Dipl.Päd. Dagmar Braun, Usingen	
Wege zum Unbewußten .....	36
Dr.med. Ortrun Werner, Bebra	
Der kleine Fallbericht .....	40
Rezensionen .....	41
Veranstaltungen .....	57

## Einführung des Herausgebers

---

Wenn wir von Krankheiten sprechen, will es zunächst scheinen, daß dies vor allem körperliche Krankheiten sind. Ein Organ oder die funktionelle Beziehung der Organe sind in diesem Sinne gestört und diese Störungen sind die Ursachen des Symptoms. Den körperlichen Krankheiten stellt man die psychischen Krankheiten gegenüber, denen die organische Ursache allem Anschein nach fehlt.

Diese Einteilung erweist sich als grob und willkürlich. Vielmehr können wir feststellen, daß eine Reihe von Erscheinungsformen für jede Krankheit bestehen. Wenn wir Schnupfen haben, ist nicht nur die Nasenschleimhaut geschwollen. Wir fühlen uns auch abgeschlagen und ziehen uns von sozialem Kontakt und Geselligkeiten zurück. Wenn jemand Krebs hat, wuchern nicht nur die pathogenen Zellen. Vielmehr nimmt dieser körperliche Prozeß auch direkt Einfluß auf das Erleben. Indirekt erfolgt dieser, indem der Patient versucht, psychisch mit dem Erlebniseinbruch, den diese Krankheit verursacht, fertigzuwerden. Darüberhinaus vollziehen sich hier eine Reihe sozialer Ereignisse. Der Patient zieht sich aus der Arbeitswelt zurück, schränkt seine Ziele ein, wird in die Therapieinstitutionen eingeschleust oder kommt in eine Klinik. Eine ähnliche Beziehung findet man auch bei Erkrankungen, die man eher den psychischen Störungen zurechnet. Ein Patient, der Angst davor hat, alleine zu sein, hat nicht nur dieses psychische Symptom, vielmehr entsprechen diesem im körperlichen Bereich vegetative und hormonelle Prozesse, mit ihnen weitere physiologische Zusammenhänge. Gleichzeitig vollzieht sich in der sozialen Dimension etwas Entscheidendes: Der Patient, der Angst davor hat, alleine zu sein, benötigt eine Bezugsperson, die sich mit ihm beschäftigt. Er wird weiterhin in seinen beruflichen Möglichkeiten eingeschränkt sein, da er Tätigkeiten, die ein Alleinsein erfordern, nicht ausüben kann. In dieser Weise lassen sich alle Krankheiten beschreiben und zwar als somato-psychosoziale Störungen.



Die Medizin scheint sich im wesentlichen darauf spezialisiert zu haben, nur das Verhältnis von Symptom und körperlichen Zuständen und Funktionen zu untersuchen. Die Beziehung zwischen Symptomen und psychischen Vorgängen gerät langsam mehr und mehr in den Vordergrund. Die Beziehung zwischen Symptom und sozialen Faktoren ist weitgehendes Neuland.

Die Positive Psychotherapie stellt den psychosozialen Anteil heraus und stellt ein somato-psycho-soziales Modell dar. Als psychotherapeutisches Modell geht sie dabei weniger von allgemein gesellschaftlichen, soziologischen oder ökonomischen Vorstellungen aus. Die psychosozialen Beziehungen werden nicht abstrakt gesehen, sondern inhaltlich auf das Erleben des Menschen bezogen. Die inhaltlichen Faktoren sind dabei die Aktualfähigkeiten und die Medien der Liebes- und Erkenntnisfähigkeit, die auch dann somato-psychosozial eine Rolle spielen, wenn andere gesellschaftliche Modell zur Bezugsgröße werden.

Je mehr man erkennt, daß sich die psychischen und psychosomatischen Störungen auf die Aktualfähigkeiten, also auf psychosozial relevante Normen beziehen, um so mehr gerät auch die Positive Psychotherapie ins Bewußtsein von Wissenschaft und Öffentlichkeit.

Die Autoren des vorliegenden Heftes beleuchten einzelne Aspekte dieser Zusammenhänge.

## Geschichte: Die Wahl zwischen Kuh und Tränke

Ein Bauer hatte lange Zeit gespart, um für seine Kuh eine wunderschöne Tränke aus Ton kaufen zu können. Nach reiflicher Überlegung hatte er sich für eine Tränke entschieden, die ungefähr die Form eines Fasses hatte. Eines Tages verfangen sich die Hörner der Kuh in der Öffnung, und das Tier blieb mit dem Kopf in dem Faß stecken. Den Bauer überkam große Verzweiflung, als er erkennen mußte, daß er den Kopf der Kuh nicht aus der Tränke befreien konnte. Er beklagte sein Unglück und bat Allah, den Allmächtigen, um Beistand. Was sollte er nun tun? Sollte er die Tränke zerschlagen, die er erst für viel Geld auf dem Bazar erstanden hatte? Oder sollte er die Kuh schlachten? Nachdenklich blieb er stehen. Dann griff er zum Beil und schlug der Kuh den Kopf ab. Er wollte wenigstens die Tränke retten, mußte aber erkennen, daß er auch jetzt den Kopf der Kuh nicht aus der Tränke bekam. Voller Verzweiflung begann er das wertvolle Gefäß zu zerschlagen. Als er auf die Scherben zu seinen Füßen sah, wurde ihm schmerzlich bewußt, daß er beides verloren hatte: Kuh und Tränke.

## **DIE BEDEUTUNG PSYCHO-SOZIALER ASPEKTE BEIM LUMBALEN BANDSCHEIBENVORFALL**

- Eine orthopädisch-psychosomatische Untersuchung von 100 Patienten -  
von Dr.med. H. Peseschkian, Usingen

---

### **Einleitung**

Zusammenhänge zwischen der Psyche und der Haltung des Menschen sind im Grunde schon altbekannt (MAIMONIDES, 1135-1204; 1966). Neben dem Gesicht ist es die Haltung, die am deutlichsten eine aktuelle psychische Verfassung, aber auch eine seelische Grundhaltung demonstriert (CONDRAU 1965, WEINTRAUB 1983). In diesem Zusammenhang vertritt eine Reihe von Autoren (BOSS 1954, FLECK 1975, KÖHLER 1955, LABHARDT u. MÜLLER 1979) die Auffassung, daß "der Bewegungsapparat das Ausdrucksorgan der Haltung eines Menschen ist" (ISERMANN 1972) und daß hier von einer "interpersonalen Kommunikation durch den Bewegungsapparat" im Sinne einer "Psychomotorik" gesprochen werden kann (SINGER u. ÖLLINGER 1983).

Durch verschiedene neurophysiologische Untersuchungen konnte elektromyographisch gezeigt werden (ALLERS u. SCHEMINSKY 1926, CREMERIUS 1955, HOLMES u. WOLFF 1952, KRETSCHMER 1949), daß es eine direkte Korrelation zwischen einem erhöhten Muskeltonus und einer verstärkten inneren Anspannung gibt, wie sie z.B. bei chronisch emotionalen Konflikten vorliegt. Durch diesen Zusammenhang wird verständlich, daß die normalerweise prall-elastische, gefäßlose Bandscheibe, die ihren Stoffwechsel durch Druckschwankungen unterhält - Wasseraufnahme im entspannten Liegen, Wasserabgabe bei Anspannung im Stehen und Sitzen (KRÄMER 1978, NACHEMSON 1976) - bei fehlendem Rhythmus zwischen Anstrengung und Erholung vorzeitig austrocknet, degeneriert und in Situationen vermehrter Anspannung schließlich prolabiert (KÜTEMEYER u. SCHULTZ 1986). Unter der Vorstellung, daß ein Dauerstreß zu einer vermehrten Anspannung der Rückenmuskulatur führen kann, könnte über Jahre hinweg durch den vermehrten Muskeltonus der Rückenstreckmuskulatur eine Bandscheibendegeneration entstehen.

Die überwiegende Anzahl der "psychosomatischen" Arbeiten auf diesem Gebiet beschäftigt sich mit "funktionellen" Wirbelsäulenschmerzen (LEAVITT 1982, PAUL 1950, PONGARTZ 1980, SCHELLACK 1955), aber nur wenige Studien fragen nach der Bedeutung psychosozialer Faktoren beim Vorliegen eines pathologisch-anatomischen Befundes (SINGER u. ÖLLINGER 1983). Aus diesem Grund wurden bei der vorliegenden Untersuchung nur Patienten mit einem kinisch und diagnostisch (Myelographie und/oder Computertomographie) gesichertem Bandscheibenvorfall untersucht.

Im wesentlichen wurde folgenden Fragen nachgegangen: Bedeutung der familiär-erblichen Disposition, Einfluß der körperlichen Arbeit, aktuelle Konfliktsituationen und Persönlichkeitsmerkmale.

### Methodik

Zwischen Oktober 1984 und April 1985 wurden 100 stationär aufgenommene Patienten mit einem gesicherten lumbalen Bandscheibenvorfall untersucht. Es handelte sich dabei sowohl um Ersterkrankungen, als auch um Rezidive. Patienten mit Stoffwechselerkrankungen, chronischem Gelenkrheumatismus oder anderen schwerwiegenden Grunderkrankungen wurden nicht in die Studie mit aufgenommen.

Die Untersuchung bestand aus drei Bereichen: Einer orthopädisch-neurologischen Untersuchung, aus einem sozio-demographischen Teil und aus insgesamt 48 Fragen zur psychosozialen Situation.

Als Grundlage für unsere psycho-soziale Untersuchung diente das Erstinterview der Positiven Psychotherapie von N. PESECHKIAN (1977), welches mittlerweile als "Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF)" (PESECHKIAN 1988) publiziert worden ist. Dieses Konzept umfaßt die Gesamtpersönlichkeit des Patienten und sein soziales Umfeld, was uns bei dieser Fragestellung als wichtig erschien.

### Ergebnisse

1. Klinisch-neurologische Ergebnisse: Im dem Kollektiv überwogen mit 70% männliche Patienten; das Durchschnittsalter aller Untersuchten betrug 46 Jahre. Die Lokalisation der Bandscheibenvorfälle ergab kei-



ne Besonderheiten: Im Segment L3/L4 waren es 2%, L4/L5 54% und L5/S1 44%. Die übrigen klinischen Befunde ergaben keine Auffälligkeiten und können hier vernachlässigt werden.

2. Sozio-demographische Daten: Eine gesicherte familiär-erbliche Disposition für Bandscheibenerkrankungen konnte nicht gefunden werden. Nur 4-9% aller Patienten gaben Wirbelsäulenerkrankungen eines Familienangehörigen an. Die berufliche Tätigkeit der Patienten ergab eine Normalverteilung von Arbeitern, Handwerkern, Landwirten, Angestellten, Akademikern und anderen - entsprechend dem Bundesdurchschnitt. Es konnte auch keine größere Gefährdung innerhalb der Gruppe der Schwerarbeiter gefunden werden. Als auslösendes Moment der Beschwerden wurde nur von 5% ein traumatisches Ereignis angegeben. 84% konnten sich das Auftreten ihrer Beschwerden nicht erklären.

3. Psycho-soziale Daten: Lebensereignisse: Bei der Frage nach Aktualkonflikten, d.h. größeren bedeutsamen Lebensereignissen (Life events) in den letzten 5-10 Jahren gaben 92% aller Patienten derartige Ereignisse an (Tab.1)

Aktualkonflikte	Patienten (%)
Todesfälle	65
Krankheiten	31
Hausbau	32
Umzug	28
Berufliche Veränderungen	48
Partnerschaftliche Konflikte	26
Familiäre Ereignisse	20
Umwelt (Kontakte, Freunde)	18
Keine Ereignisse	8

( n = 92; mehrmalige Antworten waren möglich)

Tabelle 1: Lebensereignisse im Leben der Patienten während der letzten 5-10 Jahre (life-events)

Konfliktverarbeitung: Wir haben im Sinne von N. PESECHKIAN (1980) die "Vier Bereiche der Konfliktverarbeitung" analysiert. Bei diesen Fragen ging es um die Bedeutung der Bereiche Körper/Sinne, Leistung, Kontakt und Phantasie/Zukunft (Abb.1). Hierbei wurde sowohl die Bedeutung als auch der Zeitaufwand für die einzelnen Bereiche erfragt. Danach sind diese vier Bereiche dann 'ideal' in einer Persönlichkeit verteilt, wenn für jeden dieser einzelnen Lebensbereiche ca. 25% der persönlichen Energie und, im gewissen Sinne, auch der Zeit aufgewendet werden.

Im Bereich Körper/Sinne waren der Zeitaufwand und die Bedeutung von Körperpflege, Sport, Sexualität, Eßverhalten, Beziehung zum Körper und Schmerzempfinden gefragt.

Im Bereich Leistung waren es die Begriffe: Engagement und Freude für den Beruf, die Bedeutung von Fleiß und Arbeit, Wichtigkeit der Arbeit und Interesse an unmittelbar mit dem Beruf zusammenhängenden Dingen während der Freizeit.

Weiterhin wurde die Bedeutung des Bereichs Kontakt untersucht. Hierbei ging es um Fragen zur Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit, Beziehung zu Verwandten, Freunden und Kollegen.

Schließlich wurden Fragen über Zukunftsaspekte (eigene, berufliche, familiäre und globale Zukunft) sowie Einstellungen zu bestimmten Fragen aus dem Gebiet der Lebensphilosophie und Weltanschauung erfragt. Wir haben die Bewertung in diesen Bereichen in vier Kategorien (+2 bis -2) durchgeführt.

1. *Körper* (Mittel der Sinne);
2. *Leistung* (Mittel des Verstandes);
3. *Kontakt* (Mittel der Tradition);
4. *Phantasie* (Mittel der Intuition).

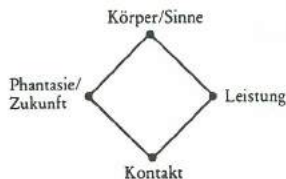


Abb.1 Die vier Bereiche der Konfliktverarbeitung nach N. PESECHKIAN

Die Ergebnisse zum Fragenkomplex Körper/Sinne sind in den vier Kategorien gleichmäßig verteilt.

Bei der Auswertung unseres Patientenkollektivs fanden wir bei 62% der Patienten ein überdurchschnittliches Leistungsbewußtsein. 97% der Bandscheibengeschädigten sind deutlich leistungsorientiert. Nur drei Patienten hatten keine besondere Beziehung zur Leistung.

Bei der Untersuchung der persönlichen Kontakte zeigte sich, daß 87% über keine ausgeprägte Kontaktfreudigkeit verfügten und ihre zwischenmenschlichen Kontakte stark eingeschränkt hatten.

Im Bereich Phantasie/Zukunft zeigte sich, daß Fragen zur eigenen Zukunft und der näheren Zukunft beantwortet werden konnten. Fragen nach dem Sinn des Lebens und gar nach dem Tod und Leben nach dem Tod waren für drei Viertel aller Patienten Themen, über die sie nicht nachdachten. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen wurde also von den Patienten unseres Kollektivs deutlich verdrängt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei unseren Patienten eine starke Einseitigkeit, insbesondere für den Bereich Leistung überwog, während menschliche Kontakte und Zukunftsgedanken vernachlässigt wurden. Eine Ausgewogenheit in der Konfliktverarbeitung im Sinne von N: PESECHKIAN wurde somit nicht beobachtet.

Nur drei Patienten kamen der Idealvorstellung näher.

**Persönlichkeitsmerkmale:** Bei der Suche nach Persönlichkeitsmerkmalen, die bei Bandscheibenpatienten gehäuft vorkommen könnten, zeigte sich neben der genannten Einseitigkeit, daß fast drei Viertel (74%) aller Patienten angaben, ihre Schwächen nicht vor anderen Menschen zeigen zu können (oder zu wollen). Zwei Drittel fühlten sich häufig verkrampft (68%) und bezeichneten sich selbst als "hart im Nehmen" (66%).

## Diskussion

"Alle Hypothesen, die mit Ausschließlichkeit entweder endogen-konstitutionelle oder exogen-mechanische Faktoren als ursächlich für den lumbalen Bandscheibenvorfall anschuldigen, können nicht aufrecht gehalten werden." Dieser Schlußfolgerung von BRAUN (1969) schließen wir uns an und fügen ergänzend hinzu, daß auch psycho-soziale Aspekte in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden müssen. Durch die vorliegende Untersuchung sollten nur einzelne Aspekte herausgearbeitet und mögliche Tendenzen bzw. Zusammenhänge angedeutet werden. Die Entdeckung einer oder der Ursache des lumbalen Bandscheibenvorfalles zu erwarten, würde den komplexen pathogenetischen Mechanismen des Bandscheibenprolapses nicht gerecht werden.

Bei dem Bestreben, die kausalen Grundlagen für die Entstehung des lumbalen Bandscheibenvorfalles herauszuschälen, muß insbesondere auf die Frage "endogene Disposition oder exogener Belastungsschaden" eingegangen werden. Wenn wir uns zunächst der kongenitalen Grundlage zuwenden, so läßt sich aufgrund unserer Untersuchung ohne eine Vergleichsgruppe keine eindeutige Aussage machen. Die Tatsache aber, daß nur 4-9% aller Patienten eine mögliche familiäre Belastung angaben, würde, selbst, wenn man ihr eine ätiologische Bedeutung beimessen würde, nur bei weniger als einem Zehntel unserer Patienten eine Bedeutung als möglicher Teilfaktor zukommen. Es scheint, als ob immer noch allzuhäufig der Patient und sein Arzt selbst beruhigt werden, wenn der erblichen Disposition ein großer Stellenwert eingeräumt wird. Durch das Eingestehen seiner Ohnmacht und Unwissenheit gegenüber den Ursachen des Bandscheibenvorfalles geht der Arzt, ob bewußt oder unbewußt, der näheren Auseinandersetzung mit psycho-sozialen Faktoren aus dem Weg. Aufgrund unserer Ergebnisse können wir bei unserem Patientenkollektiv auch nicht von einer allgemeinen Minderwertigkeit des mesenchymalen Gewebes - im Sinne einer allgemeinen Bindegewebsschwäche - ausgehen.

Im allgemeinen wird der exogen chronisch-mechanischen Körperbeanspruchung durch die Arbeitsbelastung eine große Rolle bei der Ätio-



logie der Bandscheibenschädigung eingeräumt und einige Autoren sprechen der Schwerarbeit einen Einfluß auf die Prolapsentstehung zu (BAUMANN 1950, 1951; BRÜGGER 1960, REIS 1951; SEVERIN 1943). Bei unserer Untersuchung waren nur 11% aller Patienten einer schweren körperlichen Arbeit und 29% einer stehenden Tätigkeit mit stärkerer Belastung ausgesetzt. Auch andere Untersucher konnten eine größere Gefährdung von Schwerarbeitern, vor allem was die Schwere der Erkrankung betrifft (HULT 1965), nicht bestätigen (BRAUN 1969, FINKENRATH 1978, KELSEY 1965, ROWE 1969).

In bezug auf die Bedeutung von Lebensereignisse, sogenannten Aktualkonflikten, zeigte sich, daß 92% in den letzten 5-10 Jahren Ereignisse im Sinne von Life events durchgemacht hatten. Diese Ergebnisse gewinnen an Bedeutung, wenn man berücksichtigt, daß bei 63% die Aktualkonflikte vor dem erstmaligen Auftreten und bei den restlichen 37% vor der erneuten Zunahme der Beschwerden stattgefunden hatten.

DATTENBERG et al. (1976) weisen darauf hin, daß auslösende Schicksalssituationen zeitlich vor den ersten Symptomen "nachweisbar" sein müssen, damit man von einem Zusammenhang sprechen kann. BAKER (1982) konnte bei 68% seiner Patienten mit rheumatoider Arthritis derartige life events, wie Firmenkonkurs, Ehekonflikte, Berufswechsel und andere feststellen. Diese Ereignisse haben für jeden Menschen natürlich eine andere Bedeutung, trotzdem scheint es uns in diesem Zusammenhang als interessant, daß zwei Drittel aller Patienten Todesfälle zu verzeichnen und somit zu erleben hatten. Diese Tatsache gewinnt an Bedeutung, wenn wir uns vor Augen führen, daß durch die Einseitigkeit bestimmte Bereiche im Leben in den Vordergrund rücken und andere zu kurz kommen, bzw. nicht entwickelt werden.

Nach dem Modell der "Vier Bereiche der Konfliktverarbeitung" (PESESCHKIAN 1980) legten unsere Patienten auf die Bereiche "Leistung" (97%) und "Körper/Sinne" (53%) einen großen Wert. Durch diese Einseitigkeit kommen zwischenmenschliche Beziehungen und die Beschäftigung mit lebensphilosophischen-weltanschaulichen Themen zu kurz. Nur 12% unserer Patienten gaben an, sich mit Sinnfragen auseinanderzusetzen. So verwundert es nicht, daß Todesfälle als einschneidende und be-

lastende Lebensereignisse empfunden wurden.

Aber auch berufliche Veränderungen wurden von der Hälfte aller Patienten als Aktualkonflikt angegeben. Hier ist sicherlich von Bedeutung, daß fast alle Patienten dem Beruf eine herausragende Bedeutung im Leben beimessen. Bei vielen Patienten konnten wir feststellen, daß die Erkrankung selbst auf Dauer zum Aktualkonflikt wurde. Es zeigte sich, daß die Aktualkonflikte erst durch die bestehenden Einseitigkeit zum Tragen kommen und bedeutungsvoll werden. Auch FLECK (1975) stellte bei seinen Patienten eine übermäßig betonte Einstellung auf die Arbeit bzw. den Beruf, Verantwortung und Pflicht fest. Sie wollen alles selber machen und "sogar Freizeitbeschäftigung droht in Arbeit auszuarten". Diese Einseitigkeit im Bereich Leistung hat auch sicherlich zu den besonderen Persönlichkeitsmerkmalen unserer Patienten beigetragen. 74% gaben an, ihre Schwächen nicht vor anderen Menschen zeigen zu können (oder zu wollen) und zwei Drittel fühlen sich häufig verkrampft und bezeichnen sich selbst als "hart im Nehmen". Bei ihren "Psychosozialen Untersuchungen bei Patienten mit einem Zustand nach Bandscheibenoperation" konnten SINGER u. ÖLLINGER (1983) bei ihren Patienten eine häufige Introversion feststellen. 78% gaben an, Probleme für sich zu behalten und andere nicht damit belasten zu wollen. Durch die ständigen inneren Spannungen und Verkrampfungen ("sich zusammennehmen", "keine Schwäche zeigen") kann von einem chronisch erhöhten Ruhetonus der Muskulatur ausgegangen werden, der wie bereits erwähnt, zu einem erhöhten Druck der Bandscheiben führt und somit als Disposition für das Bandscheibenleiden angesehen werden kann.

Diese Persönlichkeitsmerkmale: etwas zu ertragen, sich zusammenzunehmen und zu versuchen, sich nicht "vom Schicksal beugen zu lassen", spielen sicherlich bei der Ätiopathogenese der Bandscheibenerkrankungen eine wichtige Rolle. So konnten auch KÜTEMAYER u. SCHULTZ (1986) bei ihren Patienten mit akuten lumbalen Wurzelkompressionen eine kämpferische Selbstbehauptung und eine auf "Rückgrat beweisen" bedachte Grundhaltung des Lebensstils beobachten. Die Patienten wurden vorzeitig zu Verantwortung und zu harter Arbeit herangezogen.

Unsere Untersuchung konnte zeigen, daß die Erkrankung aus zweierlei Gründen vom Patienten als belastend empfunden wird. Auf der einen Seite ist die Bandscheibenerkrankung selbst von großem Einfluß auf das Wohlbefinden des Patienten, vor allem wenn man die Dauer und Intensität der Beschwerden bedenkt. Schließlich hatten 71% länger als ein Jahr und 46% über sechs Jahre hinweg Beschwerden gehabt. Bei den Bandscheibenerkrankungen muß auch die zum Teil erhebliche Funktions- und Bewegungseinschränkung des Patienten berücksichtigt werden. Neben diesem unmittelbaren Leidensdruck durch die Krankheit ergaben sich auch Auswirkungen auf das soziale Umfeld des Patienten. Besonders im Hinblick auf die Belastung der Patientenfamilie - viele Patienten waren seit Monaten krankgeschrieben - entsteht für den Patienten, der ohnehin schon genug geplagt ist, ein sogenannter sekundärer Leidensdruck, der zu einer Verstärkung der Symptomatik führen kann und meistens auch führt. Bei unserem Kollektiv zeigte sich auch die Besorgnis um die weitere berufliche Tätigkeit (44% aller Patienten) und Zukunft, was angesichts der hohen Rate an berufsunfähigen Bandscheibenpatienten und der hohen Entlassungsrate wegen längerer Krankheitsdauer nicht verwunderlich ist. So gaben 70% einen großen Einfluß der Erkrankung auf ihr allgemeines Wohlbefinden an. Dieser starke Leidensdruck zusammen mit der besonderen Persönlichkeitsstruktur "Konflikte zu ertragen" und "unbequem zu sein" läßt den Patienten in einen Circulus vitiosus eintreten, den er ohne therapeutische Hilfe nicht mehr verlassen kann, und somit startet der Patient unweigerlich seine "low-back loser"-Karriere (STEINBACH et al. 1973).

Dieser starke Leidensdruck auf den Patienten wurde auch bei zahlreichen anderen Studien, die sich mit der Depression bei Lumbalpatienten auseinandergesetzt haben, festgestellt. In einer Reihe testpsychologischer Untersuchungen (überwiegend anhand des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)) wird übereinstimmend ein hoher Depressionsindex festgestellt (FOREST u. WOLKIND 1974; HANVIK 1951; KLEIN u. CROSS 1984; MARUTA et al. 1976; ROSEN et al. 1980). STEINBACH et al. (1973) vermuteten, daß ein hoher De-



pressionsindex nicht nur Folge der chronischen Schmerzen sei, sondern ätiologische Bedeutung für diese habe, da eine Depression in Form von Selbstbestrafungstendenzen dem Beginn der Schmerzen zeitlich weit vorausgehe. Anhand des Gießen-Tests (BECKMANN u. RICHTER 1976) fand sich bei Patienten mit Wirbelsäulenschmerzen eine auffällige Selbstidealisierung und ein Schwanken zwischen Omnipotenzphantasien und Ohnmachtsgefühlen (PONGRATZ 1980).

Aufgrund dieser Untersuchungen lassen sich komplexe Zusammenhänge zwischen der "Haltung" des Menschen, seinem inneren Wohlbefinden und seiner körperlichen Situation sehen. Auch wir würden in diesem Zusammenhang von einer Psychodynamik des Bandscheibenvorfalls sprechen. Zukünftige Studien werden sich sicherlich eingehender mit den einzelnen psycho-sozialen Aspekten beschäftigen müssen.

### Schlußfolgerungen

Für ein multiätiologisches Krankheitsbild muß auch ein angemessenes therapeutisches Vorgehen gefordert werden. So sind viele Autoren der Auffassung, daß beim Bandscheibenpatienten nicht nur ein "ganzer Arzt" (HOFF 1954), sondern auch ein multi- bzw. interdisziplinäres Vorgehen verlangt werden muß (CROWN, 1978; FOLLICK et al. 1985; OPPEL u. SCHRAMM 1981; SOLOMON 1978; TURK u. FLOR 1984).

Es geht hierbei um ein enges Zusammenarbeiten von Orthopäden, Internisten, Rheumatologen, Neurologen, Psychiatern, Psychotherapeuten und Therapeuten anderer Fachrichtungen, die mit Bandscheibenpatienten zu tun haben.

### Literatur      beim Verfasser

### Anschrift des Verfassers

Dr.med. Hamid Peseschkian  
Beethovenstr. 6  
6390 Usingen



# "ENDLICH WIEDER FESTEN BODEN UNTER DEN FÜßEN!"

## - Ein Erfahrungsbericht -

von Dr.med. Helmut Orth, Steinbach

---

Die folgende "Geschichte" aus meiner Praxis war für mich eine Art Schlüsselerlebnis im Umgang mit Psychotherapie-Patienten. Sie wird manchen sicher an eigene, ähnliche Erfahrungen und Erlebnisse mit Patienten erinnern. Insofern ist sie ein Stück Praxis-Alltag. Das Besondere daran wird sich im Verlauf der Schilderung zeigen.

Vor drei Monaten kam eine junge Frau erstmals zu mir in die Praxis: 30 Jahre alt, etwa 165 cm groß, schlank, dunkles Haar - zu einem Pferdeschwanz zusammengefaßt - sauber, nicht ausgesprochen hübsch gekleidet. Auch ihr Gesicht wirkte so auf mich. Mit ihr kam ihre 6-jährige Tochter.

Von Anfang an sprach die Patientin - ich nenne sie Frau Christiane - sehr lebhaft und viel, sie war das genaue Gegenteil von dem Patienten, dem man erst "die Würmer aus der Nase ziehen" muß. "Ich komme, damit mal ein richtiger Check bei mir gemacht wird", war ihre Einführung. "Ich habe einen nervösen Magen, den habe ich vom Vater geerbt." - Ich schrieb mir wie üblich Stichworte in meine Karteikarte. "Hauptsächlich jedes Frühjahr und jeden Herbst spüre ich den Magen. Außerdem habe ich wahnsinnige Brustschmerzen seit der Geburt meiner Tochter. Vier Mammographien sind deshalb schon in den letzten 1,5 Jahren gemacht worden. Dabei fand sich nichts. Der Frauenarzt meint, das sei psychisch; eventuell käme es auch von der Pille. Außerdem habe ich wahnsinniges Herzrasen nachts, Schwindel, Übelkeit und Schüttelfrost. Vomex half gut. Ich habe auch wahnsinnige Kreislaufbeschwerden, die Beine kribbeln, ich spüre ein Engegefühl, Hitze steigt in mir auf."

Ich nahm zur Kenntnis, daß die Patienten jetzt bereits zum dritten Mal das Wort "wahnsinnig" benutzte. Ich wurde innerlich etwas unruhig, weil ich ahnte, was auf mich zukommen könnte. Dazu muß ich erklären, daß ich für jeden neuen Patienten 20 Minuten einplane; ich war aber bereits mit meinem Zeitplan in Verzug, sodaß

schon die nächsten Patienten im Wartezimmer saßen. Ich begann zu schwitzen und überlegte nach einem Weg, das Ganze etwas zu kanalisieren. Aber Frau Christiane ließ mir keine Zeit:

"Ich bin ganztags berufstätig. Meist bin ich furchtbar müde, habe keine Lust, alles fällt mir schwer." - In der Zwischenzeit war die kleine Tochter ungeduldig geworden. Sie hatte bis dahin still auf einem Stuhl gesessen. Jetzt stand sie leise auf und sah sich mein Zimmer etwas näher an. Ich hatte nichts dagegen, zumal sie nichts in die Hände nahm und den Vortrag der Mutter auch nicht störte. Diese jedoch unterbrach nun jeweils nach ein paar Sätzen ihre Schilderung und rief ungeduldig bis zornig-aggressiv: "Nicole, setz dich gefälligst hin!" Und zu mir gewandt: "Das Kind macht mich noch ganz verrückt." Sie zerrte mehrfach am Arm des Kindes, welches sich schließlich auf den Boden setzte und anfang zu weinen. Mir wurde es immer mulmiger. Frau Christiane hatte jedoch noch Vieles zu berichten; ihre Zeit war offenbar im Gegensatz zu meiner in keiner Weise beschränkt. "Alles versetzt mich in Panik. Ich habe oft Darmkrämpfe. Dann muß ich an meine Mutter denken: Sie verstarb am Magendurchbruch. Sie hatte eine Polyarthrititis und mußte Kortison nehmen. Ob mir das auch mal passiert?"

An dieser Stelle versuchte ich energisch zu werden; ich war nun wirklich geschwitzt und spürte, wie ich einen heißen Kopf bekam. Mein Blutdruck war sicher angestiegen. Das Gemurmel im Wartezimmer war lauter geworden. "Ich möchte Ihnen im Hinblick auf meine heutige knappe Zeit vorschlagen, daß wir einen neuen Termin vereinbaren. Dann erzählen Sie mir die übrigen Dinge und ich werde Sie dann auch untersuchen", sagte ich. - Doch Frau Christiane war schneller als ich: " Ich habe auch wahnsinnige Angst, ins Bett zu gehen. Oft habe ich Migräne, hauptsächlich während der Periode. Manchmal befällt mich ein Heißhunger und sehr infekthanfällig bin ich auch."

Sicher können Sie sich gut in meine Situation einfühlen: ich war geschafft. Mein Widerstand war gebrochen. Resigniert nahm ich das Weitere zur Kenntnis: Im letzten halben Jahr Behandlung mit Aponal

von der Nervenärztin, Gastrozepin wegen Gastritis, Optalidon speziell wegen Migräne, Chologutt wegen der Galle. Wegen Otitis bei einer niedergelassenen HNO-Ärztin, die sie an die Uni-Klinik weiter verwies (auch aus Resignation, vermutete ich bei mir). Zuletzt: "Wegen dem dauernden Schwindel denke ich, du wirst doch keinen Gehirntumor haben? Deshalb möchte ich jetzt von Ihnen eine richtige Durchuntersuchung haben."

Das Kind hatte in der Zwischenzeit aufgehört zu weinen. Ich stand nun auf und machte damit unmißverständlich klar, daß das Gespräch beendet war. Frau Christiane war nicht einmal von dieser Unhöflichkeit gekränkt. Die Tochter wurde am Arm vom Boden hochgezogen und ein neuer Termin vereinbart.

Ich war grimmig und bei den nächsten Patienten ziemlich unkonzentriert.

Der Anschlußtermin kam. Ich hatte mir fest vorgenommen, nicht wieder in die Falle zu laufen. Zu diesem Zweck hatte ich die anstehende Sitzung auf den Abend verlegt. So konnte mich ein volles Wartezimmer nicht mehr nervös machen. Ganz besonders hatte ich mir vorgenommen, das Gespräch von vornherein zu strukturieren. Als Hilfe hierfür bot sich natürlich das 5-stufige Vorgehen nach der Positiven Psychotherapie an.

Auf der ersten Stufe der Beobachtung/Distanzierung versuchen wir, uns nicht an den Konflikten, Krankheiten und Symptomen festzubeißen, sondern auch die Fähigkeiten zur Krankheitsüberwindung durch positive Umdeutung der aufgetretenen Störung zu berücksichtigen.

Bei unserer zweiten Begegnung begrüßte ich Frau Christiane mit dem Hinweis, daß ich noch immer beeindruckt sei von ihrer Fähigkeit, so ausführlich zu berichten. "Von wem haben Sie diese Fähigkeit gelernt?", frug ich sie. Die Antwort kam prompt: "Von meinem Vater! Der ist wirklich ein gebildeter Mann. Er ist Akademiker, er liest die Frankfurter Allgemeine Zeitung und hat ein sehr gutes Niveau - im Gegensatz zu meinem Mann, der liest so gut wie gar nichts." Ich spürte, wie wir auf einmal ein Stück weiterkamen.

"Meine Schwiegereltern sind eine Arbeiterfamilie, die haben eher Bildzeitungsniveau. Das hat sehr auf meinen Mann abgefärbt. Daraus resultieren Spannungen, ich könnte deswegen oft in die Luft gehen." Auf einmal waren wir mitten in der Psychodynamik der Ehe. "Wenn wir in Urlaub sind, liegt mein Mann acht Stunden in der Sonne, während ich zur Besichtigung in eine Kathedrale gehe; das hat er auch von seinen Eltern." Was lag näher, als nun genauer die vier Vorbilddimensionen abzufragen. Dabei ergab sich:

	Zeit	Geduld	Vorbild
Leibliche Mutter	+	+	+
Stiefmutter	Ø	Ø	Ø
Vater in 1. Ehe	+	+	+ *)
Vater in 2. Ehe	Ø	Ø	+ -

**Frau  
Christiane**

\*) "korrekt, begabt, diszipliniert, Nadelstreifenanzug; er sieht aus als ob er stets ein Flugticket bei sich habe."

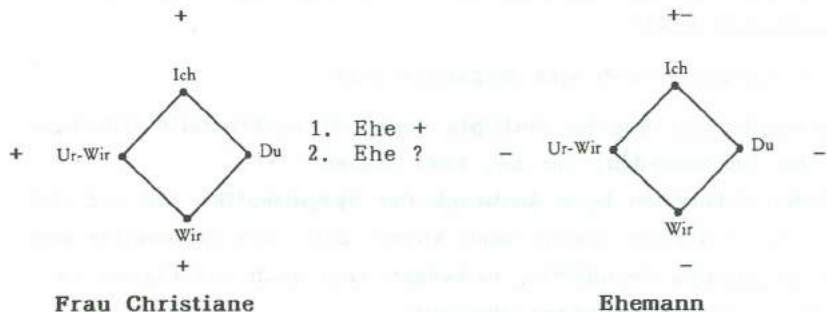
"So wollte i c h immer werden"

	Zeit	Geduld	Vorbild
Mutter	-	-	-
Vater	+	-	+ *)

**Ehemann**

\*) "Viel Alkohol, Meister auf dem Bau, intelligent, fleißig, geizig, Bildzeitungsniveau"





Wir hatten ca. eine halbe Stunde miteinander gesprochen; kein Wort war gefallen von Schwindel, wahnsinnigen Darmkrämpfen oder Gehirntumor. Aus dem Monolog der ersten Sitzung war ein Dialog geworden. Es hatte sich ein Grundkonflikt herausgeschält, welcher von der Patientin so formuliert wurde:

"Meine Schwiegereltern sehen meine eigenen Eltern als Hochgestochen und arrogant an. Meine Eltern bezeichnen meine Schwiegereltern als 'nicht adäquat'".

Frau Christiane erkannte, daß sich dieser Grundkonflikt auch in der eigenen Ehe fortsetzt.

Im Verlauf dieses Gespräches wurden wir in die Lage versetzt, unseren Standort zu wechseln und andere Denkmodelle einzubeziehen. Damit wird auch die Wiederholung des neurotischen Konzeptes vermieden. Der Patient - hier Frau Christiane - erhält die Möglichkeit, die Beschreibung des Gefühlsstaus zu verlassen und die auslösende Situation zu schildern.

Die nun folgenden Gespräche vollzogen sich ausnahmslos auf der Basis des fünfstufigen Vorgehens. Frau Christiane und ich, wir beide waren wie erlöst, daß das Chaos aus der Erstbegegnung beendet war. Dafür herrschte nun eine Atmosphäre, in der konkret Schritt für Schritt inhaltlich gearbeitet werden konnte, wie es der zweiten Stufe, der Inventarisierung entspricht. Dabei prüfen wir die Tragfähigkeit eines Patienten im Hinblick auf einzelne Konfliktbereiche

(Vier Formen der Konfliktverarbeitung) und anhand der Liste der Aktualfähigkeiten (DAI).

Bei Frau Christiane ergab sich folgendes Bild:

**Symptomorientierung:** Ängste, multiple vegetativ-funktionelle Störungen.

**Zunahme der Beschwerden:** Vor ca. zwei Jahren

**Äußere Konfliktsituation beim Ausbruch der Symptomatik:** Tod der Mutter. Der Vater heiratete erneut nach kurzer Zeit. Zur Stiefmutter besteht ein gespanntes Verhältnis, weswegen sich auch der eigene Vater schließlich von der Tochter abwandte.

Es handelt sich um eine vorwiegend psychoreaktive seelische Störung von aktuellem Krankheitswert mit psychosomatischer Beteiligung. Der Konflikt zentriert sich um die Verhaltensnormen GEDULD, VORBILD, GERECHTIGKEIT und SEXUALITÄT. Kumulativ wirken folgende Faktoren: Emotionale Überforderung, Probleme mit der Tochter, dem Vater, der Stiefmutter und den Schwiegereltern. Tod der Mutter.

Die aktuelle Konfliktsituation entwickelte sich auf der Basis eines Doppelbindungstyps, bei dem der sekundäre Anteil überwiegt (Erfolgs- bzw. Prestigetyp).

Neurosenstruktur: hysterisch-depressiv.

Diagnoseformulierung in der "analytischen" Sprache:

Es handelt sich um einen Partnerkonflikt mit erheblichen vegetativ-funktionellen und psychosomatischen Beschwerden

- als Ausdruck der Reaktivierung eines Konfliktes auf der Basis der Genitalität (Neidgefühle gegenüber dem Vater, Bevorzugung des Bruders)
- bei struktureller Störung (Mangelhafte Entwicklung von Objektrepräsentanzen)
- mit hysterisch-depressivem Konfliktverarbeitungsmodus.

Ich habe die Gegenüberstellung der Diagnoseformulierung an dieser Stelle gewählt, weil sie gleichsam exemplarisch das Vorgehen und die Zielsetzung der Positiven Psychotherapie klarmacht:

Die Positive Psychotherapie beschränkt sich nicht auf allgemeine Formulierungen wie

- autoritäres Elternhaus
- starke Elternbindung
- Störung der oralen, analen, genitalen Entwicklung
- Selbstwertkonflikte
- Minderwertigkeitsgefühle
- Phobien etc.,

sondern gibt die konkreten Inhalte (Aktualfähigkeiten) der innerseelischen und zwischenmenschlichen Vorgänge an.

Im Falle der Frau Christiane waren die Verhaltensnormen GEDULD, VORBILD, GERECHTIGKEIT und SEXUALITÄT gestört.

Mit Hilfe des inhaltlich-konkreten Vorgehens entwickelte sich bald eine Atmosphäre, in der wir aktiv und vertrauensvoll arbeiten konnten. Um ein Vertrauensverhältnis aufbauen zu können, verstärken wir einzelne, positiv ausgeprägte oder akzeptable Eigenschaften des Patienten, die mit den negativ ausgeprägten Eigenschaften korrespondieren, und ermutigen ihn, dies auch gegenüber dem Partner zu tun. (3. Stufe, Situative Ermutigung). Der Grundgedanke dabei ist: Indem wir uns mit Dingen beschäftigen, die wir als positiv und angenehm empfinden, wird es uns leichter, auch den Dingen ins Auge zu sehen, die wir als unangenehm und negativ empfinden.

Zwar kam es auch jetzt hin und wieder zu einem Durchbruch von emotionalen Staus, diese konnten jedoch stets wieder durch das skizzierte Vorgehen auf die zugrundeliegenden und auslösenden Faktoren zurückgeführt werden.

So hatten wir beide endlich das Gefühl, wieder "festen Boden unter den Füßen" zu haben. Dadurch war das therapeutische Gespräch ohne Zweifel effektiver und reichhaltiger geworden. Nun werden auch Konflikte, die bislang vorsprachlich und unbewußt ausgetragen wurden, sprachlich konkretisiert. Es wird schrittweise die Kommunikation mit dem Partner trainiert. In dieser 4. Stufe der Verbalisierung ist meist das Verhältnis von Höflichkeit zu Ehrlichkeit der

Schlüsselkonflikt (Entsprechung bei Mentzos: Verhältnis von Abhängigkeit zu Autonomie).

In der 5. Stufe, der Zielerweiterung, die auch die Ablösung aus der therapeutischen Situation vorbereitet, fragen wir den Patienten nach Zielen und Wünschen in den nächsten fünf Jahren. Das Grundprinzip ist dabei die Erfahrung, daß jeder Patient noch eine Reihe anderer Möglichkeiten hat, als die Bereiche, die z.Z. konfliktbesetzt sind.

Für mich war der Fall von Frau Christiane eine Erfahrung, die mir bei meiner künftigen therapeutischen Arbeit weiterhalf, weil sie mich sicherer machte und über die ich Ihnen aus diesem Grunde hier berichten wollte.

#### Anschrift des Verfassers

Dr.med. Helmut Orth  
Internist - Nephrologie  
Tausenstr. 1

6374 Steinbach /Ts





## PÄDAGOGIK UND POSITIVE PSYCHOTHERAPIE

von Dr.med. Dipl.Päd. Dagmar Braun, Usingen

---



Ich glaube, fast jeder Leser kennt die Geschichte "Vom Mut, eine Probe zu wagen" aus dem Buch "Der Kaufmann und der Papagei". So wie der dort beschriebene junge Wesir fühlte ich mich, als ich vor knapp vier Jahren gebeten wurde, den medizinischen Fachunterricht für Arzthelferinnen an der Berufsschule zu übernehmen. Sicherlich geht es den meisten Ärzten so, wenn sie plötzlich mit der Forderung, Unterricht bei Krankenschwestern, Medizinisch-Technischen Assistentinnen oder Arzthelferinnen zu erteilen, konfrontiert werden. Da heißt es zugreifen, "das Schloß einfach öffnen", wie der erwähnte Wesir, denn diese Situation ist sicherlich für fast jeden Mediziner ein "Sprung ins kalte Wasser".

Für mich war in dieser Situation damals die Positive Psychotherapie der "Rettungsanker", der mich "über Wasser" hielt. Schließlich unterscheidet sich die Unterrichts-Situation doch erheblich von der therapeutischen Situation, die man als Arzt gewöhnt ist. Folgende Aspekte bilden für mich die Hauptunterschiede:

### 1. Die äußeren Rahmenbedingungen

Ein Arzt hat im therapeutischen Gespräch meist nur mit einer, seltener mit zwei Personen oder einer ganzen Familie zu tun. Als Leh-

rer dagegen steht man allein einer Lerngruppe von bis zu 30 Schülern gegenüber, so daß sich hier durch Gruppen-Dynamik völlig neue Situationen einstellen können. Diese muß man als Einzelperson erkennen und sie in die richtigen Bahnen lenken. Am ehesten ist diese Situation mit gruppentherapeutischen Sitzungen vergleichbar, wobei deren Leiter sich mehr zurückhalten kann als dies ein Lehrer tun sollte.

## 2. Das Einbringen der eigenen Persönlichkeit

Ein Arzt sollte zwar persönlich gesundheitlich vorbildlich leben (Rauchen, Gewicht etc.) und eine positive Ausstrahlung auf seine Patienten haben, aber falls dies nicht der Fall sein sollte, kann er trotzdem durch Anwendung der richtigen Therapie bei seinen Patienten sehr erfolgreich sein und eine gutgehende Praxis führen.

Ein guter Psychotherapeut sollte als Persönlichkeit hinter den Rat-schlägen stehen, die er seinen Patienten gibt, aber auch hier fragen die Patienten nicht danach, wie der Arzt sich persönlich in einer ähnlichen Situation verhalten hat oder verhalten würde. Als **private** Persönlichkeit kann sich ein Arzt und auch ein Therapeut aus der Behandlung relativ fernhalten - wenn er dies wünscht. Ein Lehrer dagegen steht vor seiner Lerngruppe wie in einem Glashaus. Jedes äußerliche Merkmal (Kleidung, Frisur, Make-up etc.) wird registriert und - laut oder leise - von den Schülern kommentiert. Jede Aktion (Gestik, Mimik, Tonfall, Stimmlage) muß - oder sollte zumindest - genau kontrolliert sein, denn vor einer Klasse ist kein "Verstecken" möglich. Daher sollte man als Lehrer in erster Linie einmal sehr selbstbewußt innerlich und äußerlich zu sich selbst stehen, sonst wird man durch die dauernde Beobachtung unsicher und verliert an Ausstrahlung und damit an pädagogischer Wirkung.

Zusätzlich steht man als Lehrkraft im Fach "Gesundheit" unter ständiger kritischer Schülerkontrolle, was das eigene Gesundheitsverhalten betrifft. Die schönste didaktische Aufbereitung, die besten Anweisungen und Ratschläge nutzen nichts, wenn man auf die gleich folgende Frage "... und wie machen Sie das selbst?" nicht ehrlich und

guten Gewissens eine "vorbildliche" Antwort geben kann, damit steht und fällt die Relevanz fast aller Argumente!

### 3. Die Motivation

Ein Patient, der sich in ärztliche Behandlung begibt, wird durch körperliche oder seelische Beschwerden dazu getrieben, einen Arzt aufzusuchen. Beim niedergelassenen Kollegen hat sich der Patient speziell den Arzt seines Vertrauens gewählt, er ist mit dem Zeitpunkt der Untersuchung einverstanden (sonst hätte er sich einen anderen Termin geben lassen), und er schildert - getrieben durch den Leidensdruck - seine Probleme und wartet hoffnungsvoll auf Hilfe. Beim Krankenhausarzt ist das Verhältnis zwar unpersönlicher, weil hier meist weder der Arzt noch der Zeitpunkt frei gewählt werden können, doch ist hier der Leidensdruck der Patienten wesentlich größer. In beiden Fällen genießt der Arzt von Beginn an ein großes Vertrauen und der Patient ist daher meist gern bereit, den ärztlichen Anweisungen zu folgen.

Im Unterricht herrscht eine völlig andere Situation.

Die Schüler werden durch äußere Umstände - die Berufsschulpflicht - dazu gezwungen, am Unterricht teilzunehmen. Die Prüfungsordnung zwingt die Schüler, sich den Unterrichtsstoff anzueignen, wenn sie ihre Lehre erfolgreich beenden wollen. Außer der freiwilligen Berufswahl sind also Ort, Zeit und Inhalt und Vermittler des Unterrichts Dinge, die der Schüler nicht selbst bestimmt hat und die er evtl. in der Form gar nicht möchte. Das heißt, daß man als Lehrer zu Beginn des Berufsschulunterrichtes weder ein besonderes Vertrauen der Schüler erwarten kann, noch darf man mit besonders starkem Leistungswillen der Schüler rechnen. Diese Dinge müssen erst langsam erarbeitet werden, die Motivation muß geschaffen werden. Ein Vorteil dieses Zwanges zur Berufsschule liegt in seiner Dauer. Ein Patient, der nach zwei bis drei therapeutischen Sitzungen Besserung verspürt, erscheint evtl. nicht wieder, so daß die Gefahr besteht, daß er schnell wieder in seine alten - krankmachenden - Gewohnheiten verfällt. Ein Schüler muß den Berufsschulunterricht drei Jahre besuchen, so daß man als Lehrer ausreichend Zeit hat, zumin-



dest bei der Gesundheitserziehung neue Gewohnheiten einzuschleifen.

Natürlich gibt es noch eine Menge anderer Unterschiede zwischen der Lehr- und der ärztlichen Tätigkeit, aber diese drei erscheinen mir die wichtigsten zu sein. Sie wurden mir zu Beginn meiner Unterrichtstätigkeit recht schnell klar, und ich versuche seitdem, die Situation mit den Mitteln der Positiven Psychotherapie nicht nur zu bewältigen, sondern so zu optimieren, daß nicht nur die Schüler, sondern auch ich als Lehrer Spaß am Unterricht habe und daß die geforderte Leistung (Bestehen der Prüfung) trotzdem erbracht werden kann. Daher möchte ich im Folgenden nochmals auf diese drei Unterscheidungsmerkmale eingehen und erläutern, wie ich persönlich versuche, die Positive Psychotherapie in meinem Unterricht zu integrieren.

zu 1)

Die äußere Situation, daß ich als Einzelperson einer Gruppe gegenüber treten muß, bewältige ich zu Beginn eines jeden Schuljahres erst einmal dadurch, daß ich mir von **jedem** einzelnen Schüler gezielt die positiven Eigenschaften vor Augen führe. Das nimmt auf der einen Seite mir die Unsicherheit - vor einer Gruppe von "netten" Menschen gibt man sich viel unbefangener - und auf der anderen Seite strahlt dieses **positive Annehmen** auch auf die Stimmung der Schüler zurück, so daß man selbst als Lehrkraft viel positiver gesehen wird. Außerdem führt dieses gezielte Beachten jedes einzelnen Schülers dazu, daß man keinen "übersieht", was sonst in einer großen Gruppe schnell der Fall sein kann. So kommen in jeder Unterrichtsstunde auch die Stillen und Schüchternen einmal zu Wort und erhalten durch gezieltes Loben auch mehr Mut.

Zusätzlich entsteht durch diese Art schnell ein Vertrauensverhältnis zwischen Lehrer und Schülern, so daß man dann teilweise in der Pause auch bei privaten Problemen um Rat gefragt wird. Hier kann man auch in kurzen Gesprächen von ca. 10 Minuten durch positive Deutung der Konflikte durchaus einen Standortwechsel der Schüler erreichen, was sich dann wieder fördernd auf die Unterrichtsstimmung auswirkt.



zu 2)

Das Problem des "im Glashaus Sitzens" hat mir am Anfang meiner Lehrertätigkeit die meisten Schwierigkeiten bereitet - hier konnte ich mich nicht mehr wie als Arzt hinter dem weißen Kittel und dem Stethoskop verstecken. Hier versuche ich nun, mein berufliches und privates Leben nach den Kriterien der Positiven Psychotherapie zu organisieren. Hierbei helfen mir besonders die vier Bereiche der Konfliktverarbeitung. Dadurch, daß ich versuche, möglichst allen vier Bereichen gleichmäßig gerecht zu werden, fühle ich mich selbst recht ausgeglichen. Sicherlich wäre ich sonst als voll berufstätige Mutter von zwei Kindern durch die Bereiche Leistung (Schule, Haushalt) und Kontakt (Ehemann, Kinder, Familie, Freunde) stark einseitig ausgerichtet und überfordert. Ich steure dem entgegen, indem ich mir einen großen Hund zugelegt habe, der mich bei Wind und Wetter zu ausgiebigen Spaziergängen zwingt (Bereich Körper/Sinne) und zusätzlich Personalratsvorsitzende an unserer Schule geworden bin (Vierter Bereich; soziales Engagement); den Bereich Leistung habe ich dadurch reduziert, daß ich den Haushalt delegiert habe. Durch die doch recht gleichmäßige Belastung fühle ich mich trotz der Summe meiner Pflichten recht ausgeglichen, was sich im Unterricht als positive Ausstrahlung deutlich bemerkbar macht.

Diese vier Bereiche wende ich auch im Rahmen des Unterrichtes an. Das graphische Bild ist für die Schüler so prägnant und einleuchtend, daß sie es sofort akzeptieren und ihre eigene Situation auf Ausgewogenheit überprüfen. Für mich kommt es dabei zu sehr interessanten Langzeitbeobachtungen. Da ich bereits im ersten Schulhalbjahr diese Dinge im Unterricht bearbeite, kann ich anschließend zweieinhalb Jahre lang die Wirkung beobachten, und die Schüler berichten auch im Unterricht recht freimütig über ihre Erfolge und Mißerfolge bei der Verteilung dieser vier Bereiche. Dies ist besonders am Ende der Lehrzeit - wenn durch die bevorstehende Prüfung der Bereich Leistung stark in den Vordergrund rückt - wichtig, damit die Schüler trotz Prüfungs-Stress für Ausgleich sorgen und so einigermaßen ausgeglichen in die Prüfung gehen. So nutzen die vier

Bereiche nicht nur mir in meinem "Glashaus", sondern auch den Schülerinnen im Privat- und Berufsleben, denn eine nicht nur fachlich kompetente, sondern auch ausgeglichene Arzthelferin mit positiver Ausstrahlung ist das "Aushängeschild" jeder Praxis.

zu 3)

Auch die Motivation der Schüler läßt sich mit den Mitteln der Positiven Psychotherapie gut beeinflussen. Allerdings muß hier ein Um-denkprozeß vorausgehen. Ein Patient, der in die Behandlung kommt, ist an seinem Problem "zu nah dran", daher versucht man, durch Geschichten, Bilder oder eine positive Deutung einen Standortwechsel zu erreichen, so daß er mehr Abstand zu seinem Problem bekommt und es mit anderen Augen sieht.

In der Schule ist das Gegenteil der Fall. Das "Problem" - der Unterrichtsstoff - ist für den Schüler zu entfernt, zu abstrakt, um ihn zu interessieren. Damit der Schüler hier einen Standortwechsel vollzieht, muß ich zu Beginn einer Unterrichtsstunde oder einer Unterrichtseinheit das Thema "heranholen", damit der Schüler es unter anderen Gesichtspunkten betrachtet und sich dafür interessiert. Einige konkrete Beispiele, wie man ein Thema mit Hilfe von Geschichten "heranholen" kann, möchte ich hier kurz skizzieren:

- Wenn man die Schüler ermutigen will, eine große Menge von neuen Begriffen und Fachausdrücken zu lernen, z.B. in Anatomie die Knochen, dann hilft zu Beginn sehr gut die Geschichte: "Wer A sagt, muß auch B sagen."
- Den Lehrgang "Umgang mit Arzneimitteln" leite ich meist mit der Geschichte "Vergleiche hinken" ein.

In einer völlig neuen Klasse beginne ich die erste Stunde des Anatomie-Unterrichtes meist mit der Geschichte "Die Schaulustigen und der Elefant".

- Wenn ich den Unterricht einmal in Form eines Rollenspieles gestalten lassen möchte, und es melden sich anfangs keine freiwilligen "Schauspieler", dann hilft die Geschichte "Vom Mut eine Probe zu wagen", denn dann haben doch einige den Mut, es einmal zu probieren.

Ich könnte diese Reihe noch um einiges verlängern. In jedem Schuljahr, in jeder Klasse treten immer wieder so vielfältige neue Situationen auf, daß man immer wieder eine andere Geschichte oder ein anderes Sprachbild passend einsetzen kann. Die Wirkung auf die Motivation der Schüler ist oft verblüffend!

An dem nun folgenden Beispiel einer Unterrichtsstunde und an dem Beispiel einer Unterrichtseinheit (9 Stunden) möchte ich aufzeigen, wie ich die drei Phasen des Interaktionsmodells - Verbundenheit/ Unterscheidung/Ablösung- und die fünf Stufen der Positiven Psychotherapie (Beobachtung/Distanzierung; Inventarisierung; Situative Ermutigung; Verbalisierung; Zielerweiterung) in die Planung und Durchführung des Unterrichts mit einbeziehe.

Beispiel für eine Unterrichtsstunde (45 Minuten) zum Thema:  
"DER BAU DER NIERE"

#### 1. Verbundenheit - positiver Ansatz

- a) Ich präsentiere den Schülern einen Fallbericht von einem verunglückten Motorradfahrer, der nach dem Unfall Dialysepatient wird.

Die Schüler identifizieren sich mit dem Unfallopfer, das Organ "Niere" wird dadurch interessant, da die Schüler spontan mehr darüber wissen wollen.

- b) Die Schüler sollen bei ihren Tischnachbarn die Nierenlager abklopfen. Hierdurch wird nicht nur ein Gespür für die Lage der Niere erreicht, sondern auch eine positive Hinwendung zum Klassenkameraden.

#### 2. Unterscheidung - inhaltliches Vorgehen

Der Bau der Nieren wird anhand von Schweinenieren (Bezug zum natürlichen Original), durch einen Film, durch ein Modell und durch ein Arbeitsblatt erarbeitet.

### 3. Ablösung - das fünfstufige Modell

#### a) Beobachtung/Distanzierung

Zwei Schüler beschriften eine Niere auf einer Overhead-Folie mit den entsprechenden Fachausdrücken. Die anderen Schülerinnen kontrollieren, ob alles richtig ist.

#### b) Inventarisierung

Die Schüler vergleichen die beschriftete Overhead-Folie mit ihrem eigenen Arbeitsblatt und verbessern evtl. vorhandene Fehler.

#### c) Situative Ermutigung

Ich lobe die Schüler für ihr schnelles und richtiges Arbeiten. Evtl. hebe ich gezielt einige Schülerinnen hervor und lobe die positive Mitarbeit, meist die Schüchternen, um diese zu motivieren.

#### d) Verbalisierung

Ich frage die Schüler, warum wir uns wohl in dieser Unterrichtsstunde mit der Niere beschäftigt haben. Die Schülerinnen erinnern sich an den Fallbericht vom Stundenbeginn. Sie erkennen, wie wichtig die Nieren für den menschlichen Körper sind, sie wissen jetzt, wie kompliziert dieses Organ gebaut ist, und sie spüren, daß jeder Mensch durch unglückliche Umstände in die Lage kommen kann, Dialyse-Patient zu werden. Dieser Angst verleihen die Schüler teilweise auch verbal Ausdruck.

#### e) Zielerweiterung

Auf die Formulierung dieser Ängste hin teile ich den Schülern Organspende-Ausweise aus, und zwar zwei für jeden. So kann jede Schülerin für sich selbst entscheiden, ob sie den Ausweis bei sich tragen will, um damit anderen Menschen zu helfen, und sie kann zusätzlich einen Ausweis an gute Freunde oder Kollegen weitergeben und damit selbst für eine Erweiterung der Organspendebereitschaft beitragen.



Cirka 30% der Schülerinnen tragen den Ausweis nach dieser Unterrichtsstunde ausgefüllt bei sich.

Nach diesem Beispiel einer Schulstunde von 45 Minuten möchte ich nun noch aufzeigen, wie man dieses Gliederungsschema auch in einer längeren Unterrichtseinheit didaktisch sinnvoll einsetzen kann.

Beispiel für eine Unterrichtseinheit (9 Schulstunden) zum Thema  
"DAS HERZ - KREISLAUFSYSTEM"

#### 1. Verbundenheit - positives Vorgehen (1. und 2. Stunde)

- a) Ich frage die Schülerinnen zu Beginn der Stunde, was sie für die häufigste Todesursache in der BRD halten. Als Antwort kommt dann meist "Krebs" oder "Verkehrsunfälle". Daraufhin zeige ich eine aktuelle Statistik der Todesursachen, bei denen die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei weitem an erster Stelle stehen. Die Schülerinnen sind daraufhin sehr betroffen und interessieren sich jetzt stärker für dieses Organsystem.
- b) Ich lasse die Schülerinnen in Partnerarbeit gegenseitig Gewicht, Größe, Puls und Blutdruck messen und bestimmen. Puls und Blutdruck werden zusätzlich noch einmal nach körperlicher Belastung gemessen. Dies ist für eine Arzthelferin nicht nur ein Training des Meßvorgangs, sondern sie bekommt auch eine stärkere Verbundenheit zur Partnerin, mit der sie zusammenarbeitet. Außerdem fühlen sich die Schülerinnen selbst einmal als "hilfloser Patient", und dieser Rollentausch macht sich bei dem Umgang mit den Patienten in der Praxis positiv bemerkbar. Auch steigt die Sensibilität und Verbundenheit in Bezug auf den eigenen Körper. Danach bekommen die Schülerinnen von mir die Anregung, innerhalb der nächsten zwei Wochen aktiv etwas für ihr Herz-Kreislaufsystem zu tun (z.B. Rauchen reduzieren, Abnehmen, mehr Sport treiben), da nach zwei Wochen eine erneute Kontrolle der Blutdruck- und Pulswerte erfolgt.

## 2. Unterscheidung - inhaltliches Vorgehen

- a) Anatomie und Physiologie des Herz-Kreislaufsystems (3., 4. und 5. Stunde) werden anhand eines Schweineherzens, mit einem Film, mit Modellen und mit mehreren Arbeitsblättern (teilweise in Puzzleform) erarbeitet.
- b) In Form von Fallbeispielen mit den wichtigsten Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems wird die Pathologie in Gruppenarbeit durchgearbeitet und dann im Plenum vorgestellt und besprochen (6. und 7. Stunde)
- c) In der 8. Stunde messen sich die Schülerinnen erneut gegenseitig den Blutdruck und die Pulsfrequenz und das Gewicht wird notiert. Sie sehen jetzt selbst, ob sich gegenüber ihren ersten Werten zwei Wochen vorher irgendetwas geändert hat. Außerdem kennen sie jetzt durch die sachliche Erarbeitung auch die Normalwerte, und wissen jetzt selbst, ob sie einer Risikogruppe für Herz-Kreislauferkrankungen angehören oder nicht.

## 3. Ablösung - das fünfstufige Modell (9. Schulstunde)

### a) Beobachtung|Distanzierung

Zwei Freiwillige führen ein Rollenspiel auf, in dem ein "Risikopatient" einen pathologischen Blutdruckwert bagatellisiert und sich nicht behandeln lassen will. Die "Arzthelferin" muß gegen den "Patienten" argumentieren und ihn zur Behandlung überreden. Die anderen Schülerinnen der Klasse bekommen konkrete Beobachtungsaufgaben (vorgetragene Argumente, Mimik, Gestik etc.).

### b) Inventarisierung

Die Beobachtergruppe führt die notierten Argumente von "Patient" und "Arzthelferin" an, außerdem werden Gestik, Mimik und Tonfall beider "Schauspieler" interpretiert.

### c) Situative Ermutigung

Die beiden Schauspielerinnen werden für ihren Einsatz gelobt,

die Abschnitte ihres Verhaltens, die richtig waren, werden gezielt noch einmal hervorgehoben.

d) Verbalisierung

Das Rollenspiel wird von zwei anderen Schülerinnen quasi in "Idealform" noch einmal wiederholt. Jetzt sind Argumentation und Körpersprache vorbildlich, da die Schülerinnen jetzt sensibilisiert sind und wissen, wie es sein sollte.

e) Zielerweiterung

In einem anonymen Fragebogen lasse ich die Schülerinnen Stellung nehmen, ob und wie sich ihr Verhältnis zu ihrem Herzkreislaufsystem während dieser Unterrichtsreihe verändert hat. Cirka 80% der Schülerinnen haben sich danach vorgenommen, in Zukunft gesundheitsbewußter zu leben und etwas für ihr Herzkreislaufsystem zu tun. Zusätzlich gaben alle an, daß sie jetzt motiviert sind, in Zukunft auch Patienten und Verwandte aus Risikogruppen aktiv zu beraten.

Außerdem kam bei der Frage nach den Auswirkungen einer Risikoreduktion auf die Kosten des Gesundheitswesens die sachlich richtige Antwort, daß frühzeitige Beratung die Kosten reduziert. So sind sich diese zukünftigen Arzthelferinnen nach dieser Unterrichtsreihe der Zweckmäßigkeit ihres Tuns für sich selbst und für unsere Gesellschaft voll bewußt.

Die Aufzählung von konkreten Unterrichtsstunden, die ich nach den Prinzipien der Positiven Psychotherapie geplant und gehalten habe - teilweise unter den sehr strengen Augen einer pädagogischen Prüfungskommission - ließe sich noch um einiges verlängern.

Da es so gut wie keine Literatur über Didaktik im **medizinischen** Unterricht gibt, mußte ich mir das meiste im Laufe der Zeit mühsam selbst erarbeiten. Meine persönliche Zielerweiterung nach diesem Bericht wäre, wenn durch eine starke Resonanz aus dem Leserkreis ein Erfahrungs- und Ideenaustausch mit anderen ärztlichen Kollegen, die Unterrichtserfahrungen haben, zustandekäme. Denn: Wer alleine

arbeitet addiert, wer mit anderen zusammen arbeitet, multipliziert!

### Anschrift des Verfassers

Dr.med. Dipl.Päd. Dagmar Braun  
Gartenstraße 33

6390 Usingen 5



### **WEGE ZUM UNBEWUSSTEN**

von Dr. med. Ortrun Werner, Bebra

---

Die via regia, der königliche Weg zum Unbewußten, sei die Psychoanalyse, behauptete Großvater Freud. Heute haben wir so unsere Schwierigkeiten mit diesem Weg. Kausale Verknüpfungen zwischen lange zurückliegenden psychischen Erschütterungen und aktuellen Streß haben an Glaubwürdigkeit verloren.

Der Traum vom glücklichen Leben nach gelungener Analyse ist **ausgeträumt**. Der Traum von der "via regia" ist geblieben und die Existenz des Unbewußten ist uns bewußter als je zuvor.

Doch was ist das Unbewußte, das in unser Leben eingreift ganz ohne unser Zutun, zuweilen gegen unseren bewußten Willen, dieses Unbewußte, zu dem wir den Weg finden wollen, ohne recht zu wissen, was genau wir suchen.



Es funktioniert ohne unser Zutun, Tag und Nacht, es beeinflusst unsere Körperfunktionen, unser Handeln, bestimmt unsere Vorlieben und Abneigungen, ist verantwortlich für unsere Ängste, für unsere Freuden, für unsere Träume und unsere Lüste. Es läßt uns jubeln und läßt uns weinen. Es färbt die Welt, rosarot oder grau oder wie auch immer.

Daß es sich beeinflussen läßt, wissen all jene, denen es widerfahren ist. Plötzlich sieht die Welt anders aus, fühlt sich anders an, riecht, schmeckt, fängst vielleicht an zu swingen, wie im modernen Märchen. Zurück auf dem harten Boden der sogenannten Realität fragen wir uns dann, was haben wir da im Kopf, oder wo auch immer, was die Welt so verändert oder uns so verändert, daß wir die Welt so anders, so bewußter erleben und wie können wir es beeinflussen?

Strukturen des Unbewußten, Strukturen der inneren Prozeßverarbeitung, elektrische und hormonelle Schaltprozesse, das Unbewußte als Innenleben eines Computers, der seine Struktur, sein Programm mit jedem Input verändert, das sind Ideen, die Erkenntnistheoretiker und Biologen dazu haben (Maturana, Varela, v. Förster).

Das Unbewußte, ein durch Inputs in seiner Rechnerfunktion veränderbarer Eiweißcomputer der X. Generation?

Von diesem Eiweißcomputer wissen wir sehr, sehr wenig und doch schon eine ganze Menge. Er bildet unsere Welt nicht einfach ab wie im Film, sondern er nimmt die Informationen, die von unseren 100 Millionen Sinneszellen kommen und verrechnet sie über ca. 10.000 Milliarden Schaltstellen. Verkompliziert für unser Verständnis wird die Angelegenheit, weil anscheinend die Verrechnung jeden Inputs die Verrechnung des nächsten beeinflusst.

So verändert sich für uns die Welt und bleibt dennoch dieselbe. Um die Welt noch stabiler zu machen, sorgt das Unbewußte darüberhinaus dafür, daß Sinnesreize, die für bedeutungslos eingeschätzt werden, nicht weiterverrechnet werden.

Das Errechnen einer stabilen Realität ermöglicht logisches Denken, stabiles Verhalten. Gerade diese Stabilität aber kann uns schwer zu

schaffen machen. Wer die Welt grau erlebt, verhält sich entsprechend, bekommt von der Welt entsprechende Antworten und filtert zusätzlich alle Inputs aus, die das Bild der grauen Realität "verfälschen" könnten. Langsam aber kontinuierlich verfestigt sich die graue oder wie auch immer erlebte "Realität". Über nervale und hormonelle Verbindungen geht diese Information auf alle Zellen des Körpers über. Haut und Haltung des Menschen spiegeln seine Weltansicht, seine Sprache, sein Blick, sein Handeln. Sogar die inneren Organe gehen mit im Reigen, Muskelspannung, Herzschlag, Darmfunktion, die Tätigkeit des Magens und der Leber, ja sogar unsere Immunabwehr.

Krankheit als abhängige Variable des Weltbildes eines Menschen, das klingt revolutionär und ist allen doch bekannt. Ich denke da z.B. an den Roman von der "Kameliendame" oder an den Film "Zeit der Zärtlichkeit".

Als Menschen des 20. Jahrhunderts glauben wir an die Veränderbarkeit des Menschen und seines Schicksals. Wir versuchen, Hilfe zu geben. Wir trösten, wir beraten, wir analysieren, wir machen bewußt. Wir üben uns in Autogenem Training, entspannen im Yoga, lernen positiv zu denken. Wir geben Inputs in unseren Eiweißcomputer und hoffen, daß er diese Sprache verstehen möge.

Sprache als Verständigungsinstrument zwischen Menschen, als Datenträger, ist dabei wenig nützlich. Sie erreicht unser Unbewußtes kaum, denn das Unbewußte "denkt" in sinnesspezifischen Inputs, in Bildern, in Gefühlen, in Tönen, Gerüchen, Geschmackserlebnissen. Was läge also näher als Bilder, Gefühle, Töne anzubieten. Und das geht auch in Sprache. So wie sich die Programmiersprache unserer elektronischen Rechner von der Umgangssprache unterscheidet, obgleich die Worte sich vielfach gleichen, so unterscheidet sich die Sprache, die das Unbewußte versteht, von der Umgangssprache, obgleich auch hier die Worte die gleichen sein können.

Die Sprache für das Unbewußte wird vielfach genutzt von Werbefachleuten, Dichtern, Pfarrern, Hypnotherapeuten, neurolinguistischen Programmierern, Psychoanalytikern. Doch nicht immer sind sie sich

dessen bewußt und tun es gezielt.

So kommt es, daß es manchmal wirkt und manchmal nicht.

Der präzise Umgang mit Prozeßinstruktionen für das Unbewußte ermöglicht uns den Zugang zu unseren inneren Ressourcen, zu unseren Möglichkeiten, unsere Wahrnehmungen zu verändern und damit uns und unser Handeln.

Und wenn wir unser Handeln verändern, so bekommen wir auch veränderte Antworten von der Welt und die Dinge des Lebens verändern sich. Und während Sie diese Zeilen lesen, könnte es sein, daß Sie sich erinnern, daß es auch in Ihrem Leben Zeiten gab, in denen die Welt etwas anders aussah. Und es könnte sein, daß Sie sich gerne an diese Zeiter erinnern oder auch weniger gerne.

Und während Sie sich erinnern, könnte es sein, daß Sie beginnen zu wissen, wie die Dinge sich verändern und wir uns mit ihnen.

#### Literatur:

Fritz B. Simon: Lebende Systeme  
Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg... 1988

John Grinder, Richard Bandler: Therapie in Trance  
Klett-Cotta, Stuttgart 1984

#### Anschrift des Verfassers

Dr.med. Ortrun Werner  
Ärztin - Psychotherapie  
Rathausmarkt 2

6440 Bebra

## Der kleine Fallbericht

---

Bei einer 47-jährigen Patientin wurde eine Ultraschalluntersuchung der Nieren durchgeführt. In früheren Befunden waren Nierensteine mit Harnrückstau nachweisbar, jetzt nur noch Nierenschmerzen ohne klaren Befund.

Während der Untersuchung konfrontierte ich die Patientin mit der Bemerkung, daß Nierenbeschwerden besonders bei sehr höflichen Menschen auftreten. Sie äußerte daraufhin spontan, daß sie schon als Kind gelernt habe, den Urin einzuhalten und niemals daran gedacht hätte, jemanden stehen zu lassen, um auf die Toilette zu gehen.

Die kolikartigen Schmerzzustände hätte sie immer dann, wenn Gäste im Haus seien: auch dann halte sie sich höflich zurück. Die Patientin nimmt also Rücksicht auf die Gäste, nicht jedoch auf ihre eigene Blase, so daß es dann zu kolikartigen rechtsseitigen Rückenbeschwerden kommt, die bisher schon mehrfach als Nierenkoliken behandelt worden waren.

Die Patientin berichtete dann, daß sie dieses zeitliche Zusammenfallen schon bemerkt hätte und versucht hätte, sich zu ändern, auch von sich aus auf die Toilette zu gehen, was ihr jedoch noch nicht gelänge, wenn Gäste im Haus seien.

In diesem Fall wird deutlich, daß auch ein rein somatisch erscheinendes Krankheitsbild (Nierenkoliken, Nierensteinbildung) einen psychosomatischen Hintergrund hat - erlerntes Harnzurückhalten aus Höflichkeit. Dieses Verhalten hatte die Patientin im Rahmen einer ausgeprägt höflichen Erziehung mit Bevorzugung der Interessen von befreundeten Mitmenschen und im Sinne gehorsamen Verhaltens gelernt.

Arno Remmers, Arzt  
Am Schlag 3

6470 Büdingen



## REZENSIONEN

---

A. Methews, M. Gelder, D. Johnston:

1. Agoraphobie

Eine Anleitung zur Durchführung und Exposition in vivo unter Einsatz eines Selbsthilfemanuals

2. Platzangst: Ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige

Springer-Manuale zur Verhaltenstherapie

Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New-York-Tokyo 1988

Die Manuale wenden sich an Therapeuten, Patienten und deren Partner als Ko-Therapeuten. Im **Therapeutenmanual** "Agoraphobie" wird gezeigt, wie Ärzte und Psychologen auf lerntheoretischer Basis die Selbsthilfebemühungen der Patienten kompetent unterstützen können. Dafür sind insgesamt 5 Kontakte, auf vier Wochen verteilt, vorgesehen. Im ersten Kontakt überprüft der Therapeut, ob Patient und Partner die Selbsthilfemanuale durchgearbeitet und alle Übungsfragen beantwortet haben. Wichtige Therapieprinzipien (Selbsthilfe, üben in angstbesetzten Situationen) werden erklärt und an Beispielen erläutert, die Rolle des Partners im Rahmen der Übungstherapie besprochen, Übungsziele ausgewählt und der Ablauf einer Übungsstunde erarbeitet. Noch in der 1. Therapiewoche folgt der zweite Kontakt: der Therapeut beobachtet "in vivo", wie der Patient sich einer real angstbesetzten Situation aussetzt und wie der Partner als Ko-Therapeut sich dabei verhält; die Beobachtung wird anschließend ausgewertet. Beim dritten und vierten Kontakt wird jeweils der bisherige Übungsverlauf besprochen und gegebenenfalls modifiziert. Der fünfte Kontakt in der vierten Therapiewoche dient der Evaluierung des bisher Erreichten und der Bedeutung und Erarbeitung von Langzeitzielen. Nachuntersuchungsgespräche werden nach einem, drei und sechs Monaten verabredet.

Das **Selbsthilfe-Manual** "Platzangst" bietet eine Anleitung für Betroffene und Angehörige. Nach einer Einführung in seine Benutzung wird erläutert, wie eine Agoraphobie zu erkennen ist, wie sie entstehen kann und wie sie aufrechterhalten wird. Es folgen im Detail beschriebene Übungen zur Selbsthilfe und Regeln zur Angst- und Panikbewältigung. Danach

bieten die Autoren eine Anleitung für Angehörige von Betroffenen an, die beschreibt, wie und unter welchen Voraussetzungen Partner als Ko-Therapeuten bei der Durchführung des Selbsthilfeprogrammes konkrete Hilfestellung geben können.

Beide Manuale weisen interessante Parallelen zum Fünf-Stufen-Modell der Positiven Psychotherapie auf. Nicht nur, daß in fünf aufbauenden Kontakten zwischen Therapeut und Patient der "Aktualkonflikt" angegangen wird; auch inhaltlich gibt es Analogien. Die Manuale beginnen mit einer Anleitung zur Selbst- und Fremdbeobachtung. Besonderes Augenmerk sollen Patient und Partner auf "einschneidende Veränderungen in der Lebensführung" (life-events) vor Beginn der Ängste richten. Die Beobachtung leitet in eine Inventarisierung der agoraphobischen Situationen über; Patient und Partner werden angeleitet, wie sie sich selbst bzw. den anderen in konkreten Situationen ermutigen ("verstärken") können, wie Konflikte z.B. zwischen den Partnern verbalisiert werden können. Schließlich wird betont, daß es für eine Stabilisierung darauf ankomme, daß durch die Agoraphobie eingeengte Verhaltensrepertoire wieder zu erweitern. Dies müsse in vier Bereichen geschehen: "Der Agoraphobiker sollte wieder damit beginnen, Freunde zu besuchen (Kontakt), in Clubs oder Sportvereine zu gehen (Körper) und vielleicht auch wieder berufstätig zu werden (Leistung)." Ferner sollen Pläne für die Zukunft (Phantasie) umgesetzt werden. Auch die Aktualfähigkeiten "Höflichkeit und Ehrlichkeit", der Schlüsselkonflikt, spielen eine große Rolle, wenn betont wird, durch "Ausreden" werde die innere Unruhe und die Dauerspannung gesteigert, während es den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen könne, "sich nahestehenden Personen gegenüber zu offenbaren". Familientherapeutische Ansätze werden von den Autoren stark betont. Durchgängig handelt es sich um ein Selbsthilfe-Konzept.

Für die praktische Realisierung müssen eine Reihe von Voraussetzungen gegeben sein. Der Therapeut muß in Theorie und Methoden lerntheoretischer Verfahren "zu Hause" sein. Die Patienten und ihre Partner müssen die Zeit und die Energie aufbringen, vor Beginn der Therapie ein hochstrukturiertes Manual intensiv durchzuarbeiten und innerlich zu akzeptieren; sie müssen ferner die Motivation und den Mut aufbringen,

sich ohne den Therapeuten stufenweise angsterzeugenden Situationen auszusetzen.

Für Ärzte, Psychologen und andere therapeutisch tätige Fachleute, die lerntheoretische Elemente in die Positive Psychotherapie integrieren möchten, bieten beide Manuale konkrete Hilfestellungen an.

Hans Deidenbach, Diplom Psychologe

Almuth Massing, Inge Weber (Hrsg.):

Lust und Leid. Sexualität im Alltag und alltägliche Sexualität  
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1987

Das Mehrautorenbuch gibt einen neuen breitgefächerten Überblick über verschiedene Aspekte des Themas Sexualität.

Eine von I. Weber dargestellte, weitgefaßte Schau der Geschichte der Sexualitätsforschung beginnt mit der früheren, gängigen Interpretation der biblischen Schöpfungsgeschichte, der Hilflosigkeit des Mannes gegenüber der verführerischen Frau, dem konsequenten Versuch der institutionalisierten Kirche, durch pauschale Verknüpfung von Sexualität und Sünde Herrschaft auszuüben, bis hin zu verschiedenen Sichtweisen von Sexualität im Laufe der Medizingeschichte, speziell der Psychoanalyse und letztlich der jüngeren Sexualwissenschaft.

Ein begrenzter Bereich der Geschichte der Sexualitätsforschung wird von M. Klemann dargestellt, der sich mit der Entwicklung des Ödipuskomplexes sowie dem Umgang mit dem Begriff der Hysterie durch Freud und seine Zeitgenossen befaßt.

A. Massing und H. Wegehaupt behandeln ausführlich die üblicherweise tabuisierte Tatsache der sexuellen Gegenübertragung. Dieses wohltuend offen geschriebene Kapitel kann jedem in Therapie und Beratung Tätigen sehr empfohlen werden.

M. Krüll beleuchtet kritisch den Umgang mit den Geschlechterrollen in der herkömmlichen Familientherapie, in der bisher die konkrete Benachteiligung der weiblichen Teile der Familie nicht beachtet und diese



Ausschluss zu folgenschweren falschen Schlüssen führte. Sie macht konstruktive Vorschläge einer durch diese Einbeziehung erweiterten Betrachtungsweise der Familiendynamik.

Welchen hemmenden, Schuldgefühle erzeugenden Einfluß der gesellschaftliche Umgang bzw. eher Nichtumgang mit Sexualität im 19. und 20. Jahrhundert auf die individuelle psychische und sexuelle Entwicklung einer jeden Frau hatte, wird sachlich und ohne Anschuldigungen von I. Weber-Kellermann beschrieben.

Anhand eines beeindruckenden notvollen inneren Dialoges eines Jugendlichen kann man am Kampf der Gedanken zwischen der von der katholischen Kirche geforderten Keuschheit und einfacher alltäglicher Sexualität teilnehmen (Autor: G. Schürgers).

Ein hoffentlich neugierig machender Abschnitt des reich mit Beispielen versehen Kapitels von G. Reich über "Sexuelles Erleben von Paaren und ihre Familiengeschichte" sei zum Schluß dargestellt:

"Ich verstehe die Partnerwahl als widersprüchlichen Versuch beider Partner, sich aus den äußeren und inneren Bindungen an ihre Herkunftsfamilie zu individuieren. Sie wollen bisher unbewältigte innere und äußere Konflikte aus der eigenen Herkunftsfamilie mit Hilfe des anderen lösen und die entsprechenden Beziehungsmuster verändern. Der andere soll dort Entwicklungsmöglichkeiten bieten und erweitern helfen, wo die eigene Familie hierzu nicht genügend Freiheitsgrade ließ. Gleichzeitig und von den Beteiligten in der Regel zunächst unbemerkt, werden in der neuen Beziehung die alten Konflikte und Transaktionsmuster wiederhergestellt, wird das "Vertraute" reinszeniert. ... In der Regel "passen" dabei die Beziehungsmuster und Konflikte bei der Partner aus ihren Herkunftsfamilien zueinander, entweder ähnlich gelagert, oder - um dieselben Themen und Bereiche kreisend - komplementär."



Christian-Widmaier, P.: Krankenhausseelsorger und todkranker Patient im Spiegel ihrer wechselseitigen Wahrnehmung.

Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York  
Tokyo, 1988

Der Umgang mit Sterben und Tod berührt Patienten, Ärzte und Pflegepersonal in unterschiedlicher Weise und Dichte. Wie ein Mensch mit diesen existentiellen Fragen umgeht, ob er sie zu verdrängen versucht, ob er ihnen auszuweichen sucht oder ob er sich ihnen stellt, ist weithin abhängig davon, welches Weltbild er mit auf den Weg bekommen hat. Der Krankenhausseelsorger wird gerade angesichts von Sterben und Tod, an dieser Bruchstelle medizinischer Funktionalität, immer noch als "Sterbespezialist" und "Experte für den Tod und das danach" angesehen und eingesetzt.

Das Buch enthält die Forschungsergebnisse einer Untersuchung über die wechselsetige Wahrnehmung von Klinikpfarrern und schwerkranken Patienten. Es beschreibt, wie letztere den Seelsorger, dem sie vielleicht zum ersten Mal in ihrem Leben begegnen, sehen, welche Wünsche sie an den Klinikpfarrer haben, wo die Möglichkeiten, Probleme und Grenzen seelsorgerischer Begleitung todkranker Patienten in der Klinik liegen. Das berufsbiographische, seelsorgerische und institutionelle Selbstverständnis evangelischer und katholischer Seelsorger wird beleuchtet.

Psychotherapie heißt wörtlich übersetzt: Seelen-Heilung. Schon vom Wortsinn her wird die Verwandtschaft zur Seel-Sorge deutlich. Das Studium der sehr gründlich und mit vielen Fallbeispielen belegten Untersuchungsergebnisse kann daher auch für die Angehörigen therapeutischer und pflegerischer Berufe, die Todkranke und Sterbende im Klinikalltag oder auch ambulant begleiten, anregend und hilfreich sein.

Staak, M. (Hrsg.) : Betäubungsmittelmißbrauch

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York-  
Tokyo 1988

Das vorliegende Buch ist der Kongreßband des Symposiums "Aktuelle Probleme des Betäubungsmittelmißbrauches", veranstaltet in Köln am 03.10.1987 vom Institut für Rechtsmedizin in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Nordrhein.

Die Thematik hat seitdem nichts von ihrer Brisanz eingebüßt. In drei Schwerpunkte untergliedert, wird das Drogenproblem von allen Seiten beleuchtet.

Im ersten Teil wird die aktuelle Drogensituation mit ihren medizinisch-epidemiologischen, rechtlichen und kriminalistischen Problemen erörtert. Die neuesten Nachweisverfahren für Drogen und ihre Abbauprodukte werden detailliert dargestellt.

Im zweiten Teil werden Möglichkeiten und Grenzen der Therapie Drogenabhängiger aufgezeigt, wobei auch Betroffene zu Wort kommen. Aus der psychosozialen Entwicklung des Abhängigen wird ein Therapiekonzept entwickelt, das nach dem körperlichen Entzug eine "Nachreifung" des meist jugendlichen Abhängigen vorsieht. Vor dem Hintergrund der Aids-Problematik werden Methadonprogramme diskutiert, die durch die tödliche Virusseuche einen neuen Stellenwert bekommen haben.

Gezielte Zusammenarbeit zwischen den Vertretern unterschiedlicher, mit dem Drogenproblem befaßter Disziplinen wird gefordert. Das vorliegende Buch spricht vor allem den beruflich mit dem Drogenproblem Befaßten an und beschreibt ausführlich und mit Empathie die Drogenmisere und ihre Lösungsmöglichkeiten.

Dorothea von Ritter-Röhr (Hrsg.): Gruppenanalytische Exkurse  
Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York-  
Tokyo 1988

"Für die Psychoanalyse ist die Systemtheorie eine Provokation, die an den Fundamenten rüttelt, wenn man sich darauf einläßt", schreibt Ewald E. Krainz, einer der Autoren des vorliegenden Sammelbandes, in seinem Artikel "Vom Individuum zum System - und zurück". Er spricht von der "Klinifizierung der Psychoanalyse" und von "familienthapeutischen Erweiterungsversuchen" und meint: "Zum Teil hat die Psychanalyse auch praktisch die Couch verlassen."

Das Buch bietet eine Betrachtung über den Stellenwert der Gruppentherapie aus der Sicht einer relativ schulunabhängigen Position. Die Autoren schreiben unter anderem zu den Themen "Gruppenphänomene", "Übertragungsauslöser in psychoanalytischen Gruppen", "Von der Inszenierung innerseelischer Konflikte in der Gruppe". Im Zentrum des Buches steht die Beschreibung des Umganges mit einem für die therapeutische Arbeit nach Meinung der Autoren wesentlichen Aspekt: daß die Gruppe vorder- und hintergründig als "Symbol der frühen Mutter" fungiert. Der Band schließt mit Überlegungen zur Wirkung des unbewußten und bewußten Konzepts des Gruppenanalytikers.

Gerade wer das Menschen- und Weltbild einzelner Autoren und das sich aus ihnen ergebende diagnostische und therapeutische Instrumentarium nicht oder nicht durchgängig teilt, kann die einzelnen Abhandlungen zwecks Überprüfung und Erweiterung eigener Konzepte mit Gewinn lesen.

Hans Deidenbach, Diplom Psychologe

Simon, F.B. (Hrsg.): Lebende Systeme  
Wirklichkeitskonstruktionen in der Systemischen  
Therapie

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York-  
Tokyo 1988

In dem Buch "Lebende Systeme" sind Beiträge mehrerer Autoren über verschiedene Aspekte und Schwerpunkte einer SYSTEMISCHEN Therapie zusammengefaßt. Die Beiträge entstanden im Zusammenhang mit einer Veranstaltung der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie 1986 in Heidelberg.

Im ersten Teil des Buches finden sich fünf Aufsätze von Experten unterschiedlicher Wissenschaftsrichtungen, die sich theoretisch mit verschiedenen Ansätzen und Grundlagen einer systemischen Therapie beschäftigen. Es finden sich Abhandlungen über Kommunikation, die Kybernetik von Kommunikationssystemen, Erkenntnis- und Interaktionstheorien sowie über Grundprinzipien einer Systemischen Therapie.

Im zweiten Teil finden sich Ausschnitte aus einer Familientherapie, wobei die Tochter an einer Anorexie leidet. Der Verlauf der Therapie wird anschließend unter Bezugnahme unterschiedlicher Aspekte der vorher dargestellten theoretischen Konzepte diskutiert.

In den beiden letzten Teilen stehen wieder mehr theoretische Inhalte zu Themen wie Definition von System in Bezug auf familientherapeutische Arbeit, Interaktion innerhalb der Familie sowie in offenen und geschlossenen sozialen Systemen, Kommunikationssysteme in der Familie und Stellung des Therapeuten in dieser Interaktion im Vordergrund.

Insgesamt werden dem Leser neue, aus verschiedenen Fachrichtungen kommende theoretische Ansätze schwerpunktmäßig nähergebracht und in einer interessanten Mischung mit dem dargestellten familientherapeutischen Beispiel der Magersüchtigen verknüpft.



Schepank. H.; Tress, W. (Hrsg.): Die stationäre Psychotherapie  
und ihr Rahmen

Mit Beiträgen von P. Bernhard, H. Enke, M. Ermann,  
F. Heigl, A. Heigl-Evers, M. Hess, H. Schepank,  
H.H. Studdt, W. Tress u.a.

Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1988

Modelle und Strategien der stationären Psychotherapie als einer eigenständigen Behandlungsmethode wurden in Deutschland vorwiegend von Psychoanalytikern entwickelt. Stationäre Psychotherapie als eigenständige Form der psychoanalytischen Behandlung, als Beitrag zur allgemeinen Krankenversorgung, als Rehabilitation und als Heilverfahren werden in diesem Buch beleuchtet. Verhaltenstherapeutische Konzepte, Psychotherapie im Medium Musik und körperorientierte Verfahren werden diskutiert.

Das Buch soll in erster Linie alle therapeutischen Mitarbeiter in stationär psychotherapeutischen Institutionen einschließlich der Pflegekräfte und der Spezialtherapeuten ansprechen, dann aber auch Verwaltungsfachleute, Kostenträger und die große Gruppe der niedergelassenen Ärzte, Psychologen und ambulant tätiger Psychotherapeuten, mit denen die stationär psychotherapeutischen Einrichtungen kooperieren.

Positive Psychotherapie versteht sich als ein Rahmenmodell, in dem unterschiedliche Fachrichtungen zusammenarbeiten können. Unter diesem Gesichtspunkt bietet das vorliegende Buch viele Anregungen.

Hans Deidenbach, Diplom Psychologe

J. Körner (Schriftführer): Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis

Praxis, Theorie, Variationen, Leitungstechnik-Forschung,  
Entwicklung und Anwendung in verschiedenen Ländern,  
Berufspolitik - Kritische Glosse

Band 1 (Erscheinungsweise: 2 Bände pro Jahr)

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York-Tokyo 1988

Balintgruppenarbeit, entwickelt und eingeführt von Michael Balint, hat sich inzwischen als unverzichtbares Medium erwiesen, um den veränderten Anforderungen der Heilberufe gerecht zu werden. Mit dem vorliegenden Band erscheint erstmalig ein Periodikum, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, ein von Balint selbst gesetztes Motto "Training cum research" in die Tat umzusetzen, den Austausch zwischen Praxis, Weiterbildung und Forschung zu beleben.

Aus der vorliegenden ersten Ausgabe strahlt eine angenehme Atmosphäre des In-Frage und Zur-Diskussion-Stellens des eigenen psychotherapeutischen Tuns als Leiter einer Balint-Gruppe, als Weiterbilder, als Forscher. Sie stellt sich als ein Forum dar, welches quasi als eine Balintgruppe für die Balintgruppenarbeit fungiert.

Eine Transkription einer Balintgruppensitzung wird von verschiedenen Aspekten her diskutiert. In weiteren Beiträgen wird der große Facettenreichtum der Balintarbeit deutlich, insbesondere durch die verschiedenen Zusammensetzungen der Gruppen, Themen und der daraus resultierenden Psychodynamik. Die Darstellung und Diskussion der Berufspolitik geschieht hier ebenfalls in großer Offenheit.

Mit der vorliegenden Ausgabe wird der Forderung Balints Rechnung getragen, Weiterbildung und Forschung eng zu vernetzen und fortwährend das Erfahren eigener Grenzen mit Interesse am Gewinn neuer Erkenntnisse zu verknüpfen: "zur Unzufriedenheit mit bisherigen Forschungsergebnissen sowie zu einer gewissen Unabhängigkeit von den Anschauungen psychoanalytischer Autoritätsfiguren, auch zu etwas Respektlosigkeit". Diese jugendliche Frische des vorgestellten neuen Periodikums, das hauptsächlich von Männern und Frauen der ersten Stunde der deutschen Balintarbeit initiiert wurde, ist auch den folgenden Ausgaben zu wünschen.

Luborsky, Lester: Einführung in die analytische Psychotherapie  
Ein Lehrbuch

Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York-  
Tokyo 1988

Das Buch besteht aus zwei Teilen und einem Anhang. Teil I legt Gründe und Zielsetzungen für Therapiemanuale dar; die Art der Therapie und ihre Beziehung zur Theorie wird dargestellt; die Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung sowie die Auswahl von Patienten und Therapeuten werden diskutiert.

Im Teil II werden die Grundlagen und Prinzipien der analytischen Psychotherapie in Manualform dargestellt und anhand klinischer Beispiele erläutert.

Im Anhang wird die Methode des "zentralen Beziehungskonfliktthemas" näher erläutert und an einem längeren Protokoll aus einer Therapiesitzung verdeutlicht; zusammenfassend werden statistische Daten referiert.

Das Buch gibt konkrete Hinweise, wie die technologischen Regeln der psychoanalytischen Therapie zu handhaben sind. So vermag es auch dem Anfänger dieser Therapierichtung die wesentlichen Arbeitsschritte nahezubringen. Wer psychoanalytische Verfahren in die Positive Psychotherapie integrieren möchte, findet in der vorliegenden Einführung nicht nur eine psychoanalytische Theorie der Veränderung, sondern vor allem im Manual auch konkrete Anregungen und Behandlungstechniken. Besonders interessant ist in diesem Kontext das Kapitel "Zusammengefaßte Metaphorisierungen": hier werden am Beispiel von 5 Metaphern eher "primärprozeßhafte" Vorgänge im Unterschied zu den eher "sekundärprozeßhaften" Erläuterungen in den übrigen Kapiteln veranschaulicht.

N. Peseschkian und H. Deidenbach:

Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie  
und Familientherapie - WIPPF -

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, Tokyo 1988

Das WIPPF-Persönlichkeits-Testsystem erlaubt dem Anwender ein Screening des aktuellen Befindens und/oder der Persönlichkeitsstruktur von Patienten. Das "Erstinterview" eignet sich vorrangig für den Arzt und Therapeuten als Einstiegshilfe für ein gezielt anzuschließendes Psychotherapieverfahren.

Die beiden Fragebögen (alternativ Form A und B) sind vom Patienten zu bearbeiten, die Auswertung kann durch eine Assistentin/Mitarbeiterin erfolgen. Es können hiermit die Ausgangssituation, die Zwischenschritte sowie der spätere Einstellungswandel dokumentiert werden.

Für den Patienten wird anhand des selbständig geführten Beobachtungskalenders das Behandlungsergebnis transparent. Sowohl Erstinterview als auch Fragebögen können eigenständig oder in Kombination mit der Therapie abgerechnet werden.

Für mich als niedergelassenen Internisten bietet sich hier endlich eine Möglichkeit, auch im Rahmen einer großen Praxis angemessen, d.h. intensiv, strukturiert und nicht ausufernd, auf die psychischen Probleme meiner Patienten einzugehen. Der Forderung der KV nach Dokumentation wird gleichzeitig auf denkbar einfache Weise Rechnung getragen. Die Patienten, die ich bisher mit dem WIPPF konfrontiert habe, haben ausnahmslos freudig mitgearbeitet.

Der WIPPF ist insgesamt eine wertvolle Hilfe für Patient und Therapeut, da jetzt ohne Mühe eine Strukturierung auch komplexer psychischer Probleme in der Praxis möglich wird.

Dr.med. Helmut Orth, Steinbach



Psychotherapie und Psychosomatik: Texte zur Fort- und Weiterbildung; Buchheim,P; Ermann,M; Seifert,T. (Hrsg.)

Lohmer, M.: Stationäre Psychotherapie bei Borderlinepatienten

Mit einem Beitrag von Franz, A.;  
Peinheltnner-Pouwels, U.; Scharr, U.

Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-  
New York-Tokyo 1988

Borderlinepatienten werden oft als Problempatienten angesehen (Neigung zum Agieren, Abbrechen der Therapie, Gegenübertragungsprobleme beim Therapeuten). Lohmer versteht im Sinne von Kernberg die "Borderlinepersönlichkeitsorganisation" als eine Ich-Struktur mit schwerwiegenden Entwicklungsstörungen und mangelnder Integrationsfähigkeit widersprüchlicher Impulse und Gefühle. Auf diesem Hintergrund können verschiedene Persönlichkeitsstrukturen und Persönlichkeitsstörungen vorkommen. Es handelt sich vor allem um schwer gestörte narzißtische oder infantile, masochistische, paranoide Persönlichkeiten und Menschen mit chaotischen impulsiven Charakterstörungen.

Das Buch vermittelt einen Überblick über historische Entwicklung, theoretische Grundlagen und klinische Praxis der stationären analytischen Psychotherapie. Ein durchgehendes Fallbeispiel verdeutlicht die theoretischen Ausführungen. In zwei Kapiteln werden verschiedene therapeutische Ansätze (Milieu-therapie, Kunsttherapie, Konzentrationale Bewegungstherapie) bei Borderlinepatienten aus analytisch-systemorientierter Sichtweise skizziert. Unterschiedliche Arbeitsprinzipien in einer englischen und amerikanischen Modelleinrichtung werden auf diesem Hintergrund miteinander verglichen und diskutiert.

Der Autor plädiert dafür, die anglo-amerikanischen Ansätze stärker in die deutsche Behandlungssituation zu integrieren. Eine Einbeziehung lerntheoretischer Elemente in die gezeigten Ansätze erscheint möglich und wäre wünschenswert gewesen. Die Fragestellung, welche inhaltlichen Determinanten zum Beispiel bei der Übertragungs- und Gegenübertragungsproblematik, bei masochistischen, paranoiden und impulsiven Verhaltensweisen mitspielen und der Versuch einer positi-

ven Symptomdeutung könnte die sehr gründlich dargestellten Ansätze des Autors erweitern und so die schwierige Arbeit mit Borderlinepatienten konkretisieren.

Hans Deidenbach, Diplom Psychologe

Wesiack, W. (Hrsg.): Entwicklungstendenzen in der Psychosomatischen  
Medizin (eine Ringvorlesung)  
Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-  
Tokyo 1988

Anlässlich einer Ringvorlesung im Sommersemester 1987 in Innsbruck wurde das vorliegende Buch als Einführung konzipiert, wie unterschiedliche therapeutische Richtungen im Rahmen eines neues psychosomatischen Verständnisses zusammenarbeiten können. Vordringlich erscheint der Wunsch nach Einheitlichkeit im Heilen und einer schulübergreifenden integrativen psychosomatischen Medizin. Wie der Begriff "Ringvorlesung" schon impliziert, werden von verschiedenen Dozenten Einblicke in deren Arbeitsweise vorgetragen, die in einer gründlichen und gut strukturierten Form präsentiert werden. Die Gedankengänge fließen aus unterschiedlichen Richtungen zu einem Punkt, die sich symphonisch in dem gleichen Ziel wiederfinden, neue Wege gemeinsam zu beschreiten, die der Einheit der Menschheit gerecht werden. Immer wieder findet der Leser konzeptionelle Anregungen, die sich praktisch gut umsetzen lassen.

Das Buch beginnt mit einer Begriffsfindung der Psychosomatik und bereitet den Boden für eine Gedankenreise in die verschiedensten Verästelungen dieses Bereiches vor. Gelungen ist der Versuch, die Blüten einzelner Fachdisziplinen zu präzisieren, wobei eine wohltuende Mischung aus Flüssigkeit und tiefgreifenden Aspekten aufgezeigt wird, ohne im Detail zu verharren.

Das Buch hilft dem Leser in der eigenen Zielfindung, einer neuen generellen Sichtweise der Medizin, in der sich jeder Praktiker die Frage

stellen sollte, auf welcher Grundlage er eventuell ausschließlich sein Krankheitsverständnis begründet. Wenn jede Schule darauf bedacht ist, ein eigenes abgegrenztes Krankheitsverständnis zu entwickeln, dabei den Aspekt der Zusammenarbeit weniger bemißt, besteht schnell die Gefahr, daß der Patient nur im Rahmen der eigenen Begriffswelt verstanden werden kann, was einer Heilung nicht dienlich sein kann.

Der Herausgeber ist sich der Schwierigkeit bewußt, schätzt aber die Notwendigkeit für einen solchen Schritt höher ein, indem er schreibt: "Diese Vorlesungsreihe, an der Vertreter verschiedener Richtungen mit dem Bestreben mitgewirkt haben, einander besser kennen und verstehen zu lernen, schien uns ein, wenn auch noch kleiner Schritt in diese Richtung zu sein."

Gunther Hübner Dipl.-Sozialpädagoge

Manfred Beutel: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen  
Reihe Psychologie in der Medizin, Hrsg. Uwe Koch  
- edition medizin - VCH 1988

Im vorliegenden Buch werden die methodisch unterschiedlichen Ansätze der "Coping"-Forschung ausführlich beschrieben, Ergebnisse aus vielen Arbeiten zur Krankheitsbewältigung vorgetragen und in Form einer Bestandsaufnahme Hinweise zur Vereinheitlichung der Konzepte zur weiteren Forschung über Anpassungsvorgänge bei chronischen Erkrankungen gegeben.

Von der Einführung mit ausführlicher Definition von Begriffen des "Coping", übersetzbar etwa als Bewältigungstherapie, über die Methodenbeschreibung bis zur Zusammenfassung von Ergebnissen aus den

Krankheitsbereichen Krebs, Herzinfarkt, Rheuma und Niereninsuffizienz bis hin zu vielen therapeutischen Hilfestellungen werden aus allen Teilbereichen zahlreiche Autoren zitiert, eine Fundgrube zum Heranziehen weiterer Literatur.

Nicht so sehr der den chronisch Kranken betreuende Arzt oder Psychologe wird von diesem Buch profitieren, als vielmehr der wissenschaftlich arbeitende Sozialmediziner, psychotherapeutische Grundlagenforscher oder Lehrende für den Bereich der allgemeinen Krankheitsbewältigung. Das Buch hilft, das Stadium der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung von Patienten leichter einzuordnen; bei Ergänzung durch moderne inhaltliche Differenzierungsmethoden - wie im WIPPF- lassen sich die beschriebenen Konzepte bis zur Praxisreife ausbauen.

Die Lesbarkeit des Buches leidet etwas unter der durch die Zusammenstellung vieler Forschungskonzepte entstehenden Begriffsvielfalt und die hierdurch notwendigen abgrenzenden Definitionen.

Arno Remmers, Arzt





## VERANSTALTUNGEN

---

### 12. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche vom 23. bis 29. Oktober 1989

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen  
Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim  
Telefon: (06032) 60 95

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



### Medizinische Woche 1989 in Baden-Baden

1. November 1989 "Praxis der Positiven Psychotherapie"

Referent: Dr.med. N. Peseschkian, Wiesbaden



## "The Healing Dimension in Family and Society"

12. bis 16. Juli 1989 in Budapest

Congress Bureau:

Dr. J. Furedi

P.O.B. 330

H-1536 Budapest 114

Tel: 36-1-558-498

Interessenten, die bei der Anmeldung ihre Mitgliedschaft in der DGPP angeben, erhalten einen Nachlaß auf die Teilnahmegebühren.  
(Gastgebühr statt vollen Teilnehmerbeitrag)

