

# Zeitschrift für Positive Psychotherapie

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



Heft 11 · 10. Jahrgang · Juni 1988 · DM 5,-

Erziehung  
Selbsthilfe  
Psychotherapie  
Transkulturelle Probleme

---

## Positive Psychotherapie – Protokoll einer Begegnung

- Vier Dimensionen der Arzt-Patient-Beziehung
  - Protokoll einer Begegnung —  
10. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche
  - Positive Psychotherapie — eine „runde Sache“ —  
ein Rad, das in der Allgemeinpraxis rollt
  - Vorstellung eines psychotherapeutischen Falles aus der  
Hausarztpraxis
  - Positive Psychotherapie und Verhaltenstherapie
  - Das Interaktionsmodell
-



## **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

<b>INHALT</b>	<b>SEITE</b>
Einführung des Herausgebers .....	4
Vier Dimensionen der Arzt-Patient-Beziehung .....	5
Dr.med. N. Peseschkian, Wiesbaden	
Protokoll einer Begegnung - Evaluation der Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche vom 5. bis 11. Oktober 1987 .....	14
Ingrid Hofmann, Wiesbaden	
Positive Psychotherapie - eine "runde Sache" - ein Rad, das in der Allgemeinpraxis rollt .....	32
Dr.med. Irmgard Rosmanitz, Frankfurt	
Vorstellung eines psychotherapeutischen Falles aus der Haus- arztpraxis .....	36
Arno Remmers, Arzt, Büdingen	
Positive Psychotherapie und Verhaltenstherapie .....	39
Hans Deidenbach, Kiedrich	
Das Interaktionsmodell .....	45
Gunther Hübner, Hofheim	
Rezensionen .....	49
Veranstaltungen .....	57
Mitteilungen .....	59
Geschichte: Wissen ist Macht, Sehen ist Allmacht .....	61

## Einführung des Herausgebers

---

Zehnte Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche. Im Oktober 1987 trafen sich 50 Ärzte, um an dieser von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen angebotenen Veranstaltung teilzunehmen. Ein kleines Jubiläum sozusagen und Anlaß, dieser 10. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche ein Heft unserer Zeitschrift zu widmen.

Mehr als 500 Ärzte haben im Laufe dieser Zeit an dieser speziellen Veranstaltung teilgenommen. Sehr viele davon haben die erworbenen Kenntnisse im Rahmen der Psychotherapeutischen Erfahrungsgruppe Wiesbaden (PEW) vertieft und wenden in unterschiedlichem Umfang die Positive Psychotherapie in ihrer täglichen Arbeit an. Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden an dieser Stelle in den verschiedenen Beiträgen der Kollegen vorgestellt und haben wiederum Interesse geweckt, Mut gemacht, Vorurteile abgebaut. Unabhängig davon, in welchen Fachbereichen die einzelnen Kollegen tätig sind, konnten sie Erfahrungen machen, welche Veränderungen auch im persönlichen Empfinden und in der Zufriedenheit mit der Arbeit der Ansatz der erweiterten Arzt-Patient-Beziehung der Positiven Psychotherapie bringt.

An dieser Stelle gilt mein Dank allen, die sich in diesen Jahren für eine Zusammenarbeit engagiert haben. Den Autoren dieses Heftes danke ich, daß sie ihren Vortrag für diese Veröffentlichung zusammengefaßt haben und lade Sie ein, an dem "Protokoll einer Begegnung" teilzuhaben.



## Vier Dimensionen der Arzt-Patient-Beziehung

von Dr.med. N. Peseschkian, Wiesbaden

---

In der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen und im Rahmen der Psychotherapeutischen Erfahrungsguppe Wiesbaden (PEW) werden seit mehreren Jahren Seminare mit der Zielsetzung durchgeführt, den Arzt für die Besonderheit der Arzt-Patient-Beziehung zu sensibilisieren und das Verständnis des Arztes zum Patienten zu erweitern. Die Resonanz auf diese Themen ist außerordentlich groß. Es zeigt sich, daß hier ein großer Nachholbedarf besteht.

Die Frage nach der Bedeutung der psychosozialen Normen in der Arzt-Patient-Beziehung stellt sich in zweierlei Weise:

- 1) Welche Relevanz haben diese psychosozialen Normen bei der Entstehung der psychischen und psychosomatischen Störungen?
- 2) Wie realisieren sie sich in der konkreten therapeutischen Situation, und welche Auswirkungen haben sie auf die Therapeut-Patient-Beziehung?

Hier wollen wir uns mit der zweiten Fragestellung genauer beschäftigen. Um den Einfluß der psychosozialen Normen auf die konkrete Arzt-Patient-Beziehung darzustellen, betrachten wir uns die Situation, in der beide aufeinandertreffen. Der Patient hat bestimmte Bedürfnisse und Erwartungen. Diese beziehen sich situativ auf die unmittelbare therapeutische Situation und entstammen zum Teil einem konsistenteren individuellen Einstellungsmuster. Umgekehrt hat auch der Arzt rollendeterminierte und individuell bedingte Erwartungen gegenüber dem Patienten. Hierzu einige Fragen:

Was denkt der Patient, wenn Sie unpünktlich die terminierte Konsultation beginnen? Welchen Eindruck macht es auf ihn, wenn Sie sich nur wenig Zeit nehmen? Wie fühlt er sich behandelt, wenn Sie nur kurz angebunden mit ihm umgehen? Umgekehrt: Wie reagieren Sie, wenn ein Patient wiederholt nicht rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen kommt? Wenn er Ihre Anweisungen nicht befolgt? Was tun Sie, wenn ein Patient sich im Behandlungszimmer distanzlos verhält und

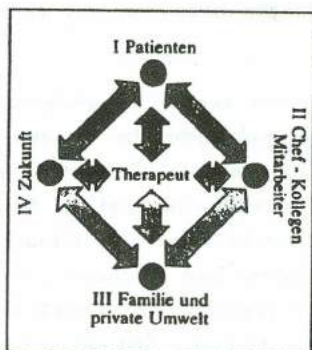
die für Sie gültigen Minimalforderungen der Höflichkeit außer acht läßt?

Jede ärztliche Handlung bezieht sich inhaltlich auf die Aktualfähigkeiten. Hierzu zählt die rechtzeitige Beantwortung der Arztbriefe, die Bereitschaft, sich für den Patienten Zeit zu nehmen und auch gegenüber schwerfälligen Patienten Geduld aufzubringen.

### Der Arzt in der Interaktion

Die besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient stellt sich nicht als ein isoliertes Beziehungsgefüge dar, das von den übrigen sozialen Beziehungen des Arztes losgelöst werden könnte. Vielmehr gehen in die Arzt-Patient-Beziehung drei weitere Beziehungsqualitäten ein:

- die Beziehung des Arztes zu anderen Ärzten bzw. zu anderen therapeutisch tätigen Personen;
- die Beziehung des Arztes zu wichtigen Personen seiner Umgebung, vor allem aber zu seiner eigenen Familie;



- die Beziehung des Arztes zu Weltanschauungs- und religiösen Fragen: seine "Lebensphilosophie".

Das Beziehungsmodell stellt sich in einer Viererbeziehung dar, innerhalb deren jede einzelne Beziehungsqualität Einfluß auf die jeweils andere nehmen kann. Alle vier Dimensionen determinieren die Mechanismen von "Übertragung" und "Gegenübertragung" sowie Abwehrmecha-

## Vier Dimensionen der Arzt-Patient-Beziehung

von Dr.med. N. Peseschkian, Wiesbaden

---

In der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen und im Rahmen der Psychotherapeutischen Erfahrungsguppe Wiesbaden (PEW) werden seit mehreren Jahren Seminare mit der Zielsetzung durchgeführt, den Arzt für die Besonderheit der Arzt-Patient-Beziehung zu sensibilisieren und das Verständnis des Arztes zum Patienten zu erweitern. Die Resonanz auf diese Themen ist außerordentlich groß. Es zeigt sich, daß hier ein großer Nachholbedarf besteht.

Die Frage nach der Bedeutung der psychosozialen Normen in der Arzt-Patient-Beziehung stellt sich in zweierlei Weise:

- 1) Welche Relevanz haben diese psychosozialen Normen bei der Entstehung der psychischen und psychosomatischen Störungen?
- 2) Wie realisieren sie sich in der konkreten therapeutischen Situation, und welche Auswirkungen haben sie auf die Therapeut-Patient-Beziehung?

Hier wollen wir uns mit der zweiten Fragestellung genauer beschäftigen. Um den Einfluß der psychosozialen Normen auf die konkrete Arzt-Patient-Beziehung darzustellen, betrachten wir uns die Situation, in der beide aufeinandertreffen. Der Patient hat bestimmte Bedürfnisse und Erwartungen. Diese beziehen sich situativ auf die unmittelbare therapeutische Situation und entstammen zum Teil einem konsistenteren individuellen Einstellungsmuster. Umgekehrt hat auch der Arzt rollendeterminierte und individuell bedingte Erwartungen gegenüber dem Patienten. Hierzu einige Fragen:

Was denkt der Patient, wenn Sie unpünktlich die terminierte Konsultation beginnen? Welchen Eindruck macht es auf ihn, wenn Sie sich nur wenig Zeit nehmen? Wie fühlt er sich behandelt, wenn Sie nur kurz angebunden mit ihm umgehen? Umgekehrt: Wie reagieren Sie, wenn ein Patient wiederholt nicht rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen kommt? Wenn er Ihre Anweisungen nicht befolgt? Was tun Sie, wenn ein Patient sich im Behandlungszimmer distanzlos verhält und

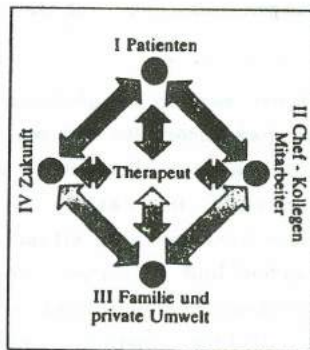
die für Sie gültigen Minimalforderungen der Höflichkeit außer acht läßt?

Jede ärztliche Handlung bezieht sich inhaltlich auf die Aktualfähigkeiten. Hierzu zählt die rechtzeitige Beantwortung der Arztbriefe, die Bereitschaft, sich für den Patienten Zeit zu nehmen und auch gegenüber schwerfälligen Patienten Geduld aufzubringen.

### Der Arzt in der Interaktion

Die besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient stellt sich nicht als ein isoliertes Beziehungsgefüge dar, das von den übrigen sozialen Beziehungen des Arztes losgelöst werden könnte. Vielmehr gehen in die Arzt-Patient-Beziehung drei weitere Beziehungsqualitäten ein:

- die Beziehung des Arztes zu anderen Ärzten bzw. zu anderen therapeutisch tätigen Personen;
- die Beziehung des Arztes zu wichtigen Personen seiner Umgebung, vor allem aber zu seiner eigenen Familie;



- die Beziehung des Arztes zu Weltanschauungs- und religiösen Fragen: seine "Lebensphilosophie".

Das Beziehungsmodell stellt sich in einer Viererbeziehung dar, innerhalb deren jede einzelne Beziehungsqualität Einfluß auf die jeweils andere nehmen kann. Alle vier Dimensionen determinieren die Mechanismen von "Übertragung" und "Gegenübertragung" sowie Abwehrmecha-

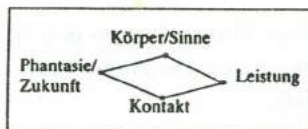


nismen in der Therapeut-Patient-Beziehung. Im Mittelpunkt des Geflechts steht der Therapeut - gleichgültig, welche Fachrichtung und Ausbildung er vertritt - mit seinen Einstellungen, Eigenschaften und Verhaltensweisen. Diese lassen sich inhaltlich in Form von Aktualfähigkeiten konkretisieren und beschreiben.

Die Wechselbeziehung von Familie, Beruf, Lebensphilosophie und Umgang mit Patienten gehören zu den Bereichen, die bisher weitgehend ausgeklammert waren, die aber dennoch eine hervorragende Bedeutung besitzen.

#### Vier Formen der Konfliktverarbeitung

Trotz aller kulturellen, sozialen Unterschiede und der Einzigartigkeit jedes Menschen können wir beobachten, daß alle Menschen bei der Bewältigung ihrer Probleme auf typische Formen der Konfliktverarbeitung zurückgreifen. Jeder Mensch entwickelt seine eigenen Präferenzen, wie er auftretende Konflikte verarbeitet. Durch Hypertrophie einer Form der Konfliktverarbeitung geraten die anderen in den Hintergrund. Welche Formen der Konfliktverarbeitung bevorzugt werden, hängt zu einem wesentlichen Teil von den Lernerfahrungen ab, vor allem von denen, die man in seiner eigenen Kindheit machen konnte.



Die vier Reaktionsformen werden auch in der Arzt-Patient-Beziehung durch typische Konzepte modelliert: hebt eine diagnostische und therapeutische Begegnung nur auf den körperlichen Status ab, oder bezieht sie die berufliche Situation des Patienten (Leistung), seine familiären Beziehungen (Kontakt) und seine Zielvorstellungen (Phantasie|Zukunft) mit ein?

## **Praktische Anwendung: Der Faltkalender**

Um dem Arzt die praktische Erprobung der vier Beziehungsqualitäten zu erleichtern, haben wir als Teil des "Wiesbadener Inventars für Positive Psychotherapie und Familientherapie" (WIPPF) einen Faltkalender entwickelt. Dieser Faltkalender verfolgt nicht das Ziel, zum Perfektionsimus zu ermuntern, oder ein schlechtes Gewissen zu machen. Mit seiner Hilfe soll der Arzt im Sinne der Psychohygiene einen Überblick zu folgenden Fragen gewinnen:

- Wo liegen meine Hauptinteressengebiete?
- Welche Bereiche sind entwicklungsfähig?
- Wie gehe ich mit einzelnen Themen um?

## **Arzt-Patient-Beziehung (Teil I)**

Störungen und Konflikte: Überzogene Höflichkeitserwartungen; Unfähigkeit, nein zu sagen; überhöhte Pünktlichkeitserwartungen; nicht zuhören können; Forderung nach blindem Gehorsam; Zeitdruck; Perfektionismus; ständige Furcht vor dem "Nicht-fertig-werden" trotz starker Willensanstrengung; Vertrauensbruch; Überempfindlichkeit; Autoritätsgläubigkeit; Autoritätskrise.

Welche "allergischen Punkte" (Aktualfähigkeiten als Mikrotraumen) können Sie in Ihrer Beziehung zu Patienten (und umgekehrt) beobachten? Dazu folgende Beispiele:

- "Wenn ein Patient zu spät kommt, reagiere ich gereizt." Warum?  
Wo habe ich Pünktlichkeit als Wert gelernt?
- "Patient X reagiert gereizt, wenn ich auf die Kosten der Behandlung zu sprechen komme (Sparsamkeit)." Wo hat er das gelernt?  
Wie reagiere ich darauf?

## Anwendung des Faltkalenders:

Wie haben Sie heute reagiert, wenn Patienten z.B. zu spät kamen:

- nach Ihrer eigenen Meinung angemessen? Dann tragen Sie an diesem Tag im Kästchen unter Pünktlichkeit ein (+) ein.

**I. Arzt - Patient**  
Ambulant - Stationär

TAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Pünktlichkeit										
2. Sauberkeit										
3. Ordnung										
4. Gehorsam										
5. Höflichkeit										
6. Ehrlichkeit										
7. Fleiß-Leist.										
8. Sparsamkeit										
9. Zuverlässigkeit										
10. Genauigkeit										
11. Geduld										
12. Zeit										
13. Kontakt										
14. Vertrauen										
15. Hoffnung										
16. Glaube - Rel.										

**II. Arzt - Kollegen**  
Ärzte - Chef - Mitarbeiter - Verwaltung

TAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Pünktlichkeit										
2. Sauberkeit										
3. Ordnung										
4. Gehorsam										
5. Höflichkeit										
6. Ehrlichkeit										
7. Fleiß-Leist.										
8. Sparsamkeit										
9. Zuverlässigkeit										
10. Genauigkeit										
11. Geduld										
12. Zeit										
13. Kontakt										
14. Vertrauen										
15. Hoffnung										
16. Glaube - Rel.										

**III. Arzt - Familie**  
Partner - Kinder - Eltern - Verwandte - Freunde

TAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Pünktlichkeit										
2. Sauberkeit										
3. Ordnung										
4. Gehorsam										
5. Höflichkeit										
6. Ehrlichkeit										
7. Fleiß-Leist.										
8. Sparsamkeit										
9. Zuverlässigkeit										
10. Treue										
11. Geduld										
12. Zeit										
13. Kontakt										
14. Vertrauen										
15. Hoffnung										
16. Zärtlichkeit										
17. Liebe										
18. Sexualität										
19. Glaube - Rel.										

**IV. Arzt - Familie**  
Lebensphilosophie - Religion - Weltanschauung

TAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Phantasie										
2. Träume										
3. Musik										
4. Malerei										
5. Plastik										
6. Literatur										
7. Religion										
8. Sinn d. Lebens										
9. Gesundheit										
10. Krankheit										
11. Tod										
12. Leben nach ..										
13. Umwelt										
14. Pflanzen										
15. Tiere										
16. Menschen										
17. Politik										
18. Weltfrieden										
19. Einheit d. M.										

- nach Ihrer Einschätzung unangemessen, z.B. mit Ärger oder aggressiven Äußerungen? Oder haben Sie gar nichts gesagt, sondern sich im stillen geärgert und dafür Probleme mit ... in Kauf genommen? Wenn ja, tragen Sie in das Kästchen ein (-) ein.
- Waren Pünktlichkeit/Unpünktlichkeit in bezug auf Patienten an diesem Tag für Sie kein Thema, dann tragen Sie nichts ein, das Kästchen bleibt frei.
- Ein Patient hat seine Medikamente nicht genommen (7. Gehorsam). Wie haben Sie nach Ihrer Einschätzung reagiert?  
Angemessen (+), unangemessen (-)?

Analog gehen Sie alle 16 Aktualfähigkeiten durch.

## **Arzt-Kollegen-Beziehung (Teil II)**

Störungen und Konflikte: Überweisungsprobleme; Konkurrenzkampf; kollegiale Probleme; Geltungsdrang; Angst vor Blamage; Angst, Patienten zu verlieren; mangelndes Durchsetzungsvermögen; soziale Unsicherheit; versteckte und offene Aggressionen; Selbstgerechtigkeit; Überempfindlichkeit; Umständlichkeit; Unzuverlässigkeit; Probleme mit den Mitarbeitern; Konflikte mit der Verwaltung (z.B. Abrechnung) und mit der Krankenhausarchitektur. Als "Kollegen" fassen wir hier alle Fachleute zusammen, mit denen der Arzt kooperiert: Ärzte in anderen Praxen oder Institutionen, der Chef, Mitarbeiter, Verwaltung etc. Welchen Einfluß hat das Verhalten dieser Personen auf Ihren Umgang mit den Patienten? Dazu folgende Beispiele:

- Auf die Sprechstundenhilfe ist absoluter Verlaß (Zuverlässigkeit/Vertrauen) bei der Führung der Patientenakten (Ordnung); das erleichtert Ihnen die Arbeit wesentlich, Sie haben mehr Zeit für andere Dinge, z.B. Gespräche mit den Patienten.

## Anwendung des Faltkalenders:

- Eine Mitarbeiterin hat heute eine Akte nicht gefunden. Sie mußten selbst suchen. Was wird der Patient gedacht haben (Höflichkeit)? Wie haben Sie reagiert?  
Angemessen (+) oder unangemessen (-)?



Was Ihnen als "angemessen" oder "unangemessen" vorkommt, bleibt Ihrer subjektiven Einschätzung überlassen. Andere Menschen mögen ganz anders denken (Relativität der Werte). Eine Hilfe zu "objektiver" Einschätzung können vielleicht die Folgen Ihrer Reaktion darstellen: Waren diese für Sie/oder andere Beteiligte "angenehm" oder "unangenehm"?

### **Beziehung Arzt - Familie (Teil III)**

Störungen und Konflikte: Flucht in die Arbeit; Überforderung; mangelnde Zeit; Verständnislosigkeit von Familienmitgliedern; affektive Ablehnung; überbetonte Selbständigkeit; Schwankungen zwischen Liebe und Haß; Hemmungen bei erdrückendem Vorbild; Riesenerwartungen; Eigenbrötlei; Flucht in die Geselligkeit; Kontaktarmut.

Unter "Familie" verstehen wir Ihre Partner, Kinder, Eltern, Verwandte und Freunde.

- Welchen Einfluß haben Ihre Erlebnisse in der Praxis (mit Patienten, Mitarbeitern, Chef ...) auf Ihr Familienleben? Ihre Frau beklagt sich beispielsweise, daß Sie Ihren Ärger bei Ihr abladen!
- Welchen Einfluß hat Ihr Familienleben (Ihr Leben in Ihrer privaten Umwelt) auf Ihr berufliches Tun (Beziehung zu Patienten, Mitarbeitern ...)? Erleben Sie Ihre private Umwelt als ausgleichend oder belastend? Welche Aktualfähigkeiten und Mikrotraumen sind beteiligt? Wo und wie haben Sie gelernt, auf entsprechende Sozialisationsnormen Wert/keinen Wert/weniger Wert zu legen?

#### **Beispiel:**

- Als Sie heute aus der Praxis nach Hause kamen, sagte Ihre Frau Ihnen, daß Ihr Sohn immer noch nicht mit seinen Hausaufgaben begonnen habe, trotz all ihrer Ermahnungen. Wie haben Sie reagiert? Gegenüber Ihrer Frau und gegenüber Ihrem Sohn?  
Angemessen (+) oder unangemessen (-)?

## Beziehung zwischen dem Arzt und seiner eigenen Zukunftsperspektive (Teil IV)

Störungen und Konflikte: Stimmungsschwankungen; Lebensangst; Unsicherheit; Ambivalenz; Entscheidungsschwäche; Hilflosigkeit gegenüber Sterbenden und Schwerkranken; Mißerfolgserwartungen; Selbstüberschätzung; übertriebene Gewißheit; Beruf als Lebensziel.

Unter diesem Aspekt können Sie fragen:

- Welchen Einfluß hat Ihre persönliche "Lebensphilosophie" auf Ihre Beziehung zu Patienten? Welchen Einfluß hat Ihre Zukunftsperspektive ("Motivation")?

Beispiel:

- Hat Ihrer Ansicht nach die religiöse Einstellung des Patienten etwas mit seinem Problem zu tun? (Z.B. seine Einstellung zu der Frage: "Gibt es ein Leben nach dem Tode?", wenn seine Lebenserwartung nur noch sehr gering ist.) Oder stellen Sie diese Frage erst gar nicht, weil Sie der Meinung sind, Religion habe nichts mit Gesundheit/Krankheit zu tun, oder da Sie von Religion nichts halten? Aus welchen Quellen stammt Ihre "Lebensphilosophie"?

### Anwendung des Faltkalenders:

Hatten Sie heute Gelegenheit, sich mit Fragen aus dem Bereich IV (Zukunft) zu beschäftigen oder wurden Sie durch Patienten mit solchen Fragen konfrontiert? Wie sind Sie mit einzelnen Themen (1-19) umgegangen? Angemessen (+) oder unangemessen(-)?

- Haben Sie heute z.B. Musik gehört oder gespielt und sich dabei entspannen können (3)?
- Haben Sie z.B. etwas "Sinnvolles" für die Umwelt (13-16) getan?
- Sind Sie z.B. der Frage eines Patienten nach Lebenserwartung und Tod ausgewichen, weil für Sie selbst diese Fragen angstbesetzt sind (10-12)?

Vielleicht möchten Sie nicht "alles auf einmal" angehen, sondern zunächst einmal 10 Tage lang Ihr Augenmerk auf den ersten Teil des Faltkalenders richten (Arzt-Patient-Beziehung), danach auf den zwei-

ten usw. So können Sie im Laufe von vier Wochen die vier Aspekte durcharbeiten. Es mag sein, daß Sie bereits nach 10tägiger Beobachtung eine Veränderung in Ihrem Erlebens- und Verhaltensrepertoire feststellen.

Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen dem Arzt und seinen Bezugsfeldern werden hier in Form der Aktualfähigkeiten inhaltlich konkretisiert und systematisiert. Der Faltkalender stellt eine Beobachtungshilfe dar, die dem Arzt ein Stück Selbsterfahrung ermöglicht und im Rahmen der Selbsthilfe auf Änderungsmöglichkeiten hinweist.

#### Anschrift des Verfassers

Dr.med. N. Peseschkian  
Arzt für Neurologie und Psychiatrie  
- Psychotherapie -  
An den Quellen 1  
6200 Wiesbaden

#### Literatur:

- Peschkian, N.: Positive Psychotherapie. Fischer-Verlag, Frankfurt/M 1977
- Peschkian, N. und Deidenbach, H.: Wiesbadener Inventar für Positive Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF) Springer-Verlag, Heidelberg 1988



## Protokoll einer Begegnung - Evaluation der Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche vom 5. bis 11. Oktober 1987

---

Die Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche, die in diesem Jahr zum 10. Mal stattfand, ist eine Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aller Fachrichtungen im Bereich Psychotherapie.

Ziel ist es, den Teilnehmern im Verlauf dieser Woche die Grundzüge der Positiven Psychotherapie zu vermitteln und durch geeignete Zusatzmaßnahmen den Bezug zur Praxis herzustellen. So wurde das der Gruppe vermittelte theoretische Wissen in Gruppenarbeit und Selbsterfahrung vertieft. Die Patientenvorstellung geschah in der Form, daß der Patient sich und seine Beschwerden selbst vorstellte - ergänzt durch theoretisch-strukturierende Anmerkungen des Referenten - und anschließend das Plenum Fragen an den Patienten stellen konnte.

Ergänzende theoretische und praxisorientierte Referate dienten der Vertiefung der einzelnen Themenbereiche, z.B.

- Die drei Interaktionsstadien im ärztlichen Gespräch  
Verbundenheit - Unterscheidung - Ablösung  
(Referent: Gunther Hübner)
- Verhaltenstherapeutische Ansätze in der Positiven Psychotherapie  
(Referent: Hans Deidenbach)
- Die Anwendung der Positiven Psychotherapie in einer Allgemeinpraxis  
(Referentin: Dr.med. Irmgard Rosmanitz)
- Die Aktualfähigkeiten im transkulturellen Vergleich am Beispiel Japans  
(Referentin: Dr.med. Walburg Marić)
- Terminanfragen in einer psychotherapeutischen Praxis  
(Referentin: Ingrid Hofmann)

Die Teilnehmer hatten Gelegenheit, die Befragung von zwei Patienten mitzuerleben, die von einem Arzt in Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie durchgeführt wurde. Ebenso konnten die Teilnehmer selbst erfahren, wie die angebotenen Entspannungsverfahren wirken, da die theoretischen Erläuterungen von praktischen Anwendungen begleitet waren.

Neben einer kurzen inhaltlichen Beschreibung des Vorgehens an den einzelnen Seminartagen geht es hier darum, Reaktionen der Teilnehmer



auf den dargebotenen Stoff aufzuzeigen sowie um die in der Gruppenarbeit erarbeiteten konkreten Fragestellungen der Teilnehmer. Die Tätigkeit der Verfasserin bestand in der teilnehmenden Beobachtung der 10. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche mit der Aufgabenstellung der Protokollierung.

### **Die Teilnehmer**

Insgesamt hatten sich 54 Teilnehmer angemeldet. Davon waren 32 als Ärzte in Kliniken und im öffentlichen Gesundheitswesen tätig, 14 als niedergelassene Ärzte, 4 Medizinstudenten/innen und 4 Arzthelferinnen (Mitarbeiterinnen der teilnehmenden Ärzte).

### **Strukturen und Inhalte der 10. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche**

Das Seminar will die teilnehmenden Ärzte für die Fragen der psychosomatischen und psychischen Anteile einer Erkrankung sensibilisieren und ihnen konkrete Techniken für den Einsatz in Klinik und Praxis (Gesprächsführung, inhaltliches Vorgehen) aufzeigen und anbieten, so daß eine differentialdiagnostische Vorgehensweise möglich wird.

Als Einstieg in die Positive Psychotherapie wählte Herr Dr. Peseschkian am ersten Seminartag die Begriffe **Fähigkeiten - Möglichkeiten - Chancen**. Jeder Mensch wird mit einem Bündel von Fähigkeiten geboren, die sich entsprechend den Entwicklungsdimensionen **Körper - Umwelt - Zeit** entfalten. Von den individuellen Möglichkeiten der konkreten Lebenssituation des Betreffenden hängt es ab, welche Fähigkeiten entwickelt, gefördert, gehemmt oder unterdrückt werden. Jedes Individuum hat aber Chancen, in der Zukunft seine Fähigkeiten anders einzusetzen bzw. gleichmäßiger zu entwickeln und Versäumtes nachzuholen.

Dies ist die Ausgangssituation eines jeden Patienten, unabhängig von seinen Beschwerden, und muß beim Therapieansatz berücksichtigt werden. Die Einbeziehung der Zukunft (Chancen) hat Einfluß auf die Gegenwart (Umgang mit und Annahme der Krankheit).

Die Dimension Zeit, die die historisch nachvollziehbaren Veränderungen in den Bereichen **Vermehrung** (Bevölkerungszunahme), **Verstädterung** (Ballungsräume), **Differenzierung** (Arbeitsteilung) und **Integration** (Einheit) umfaßt, muß ebenfalls berücksichtigt werden. Viele individuelle

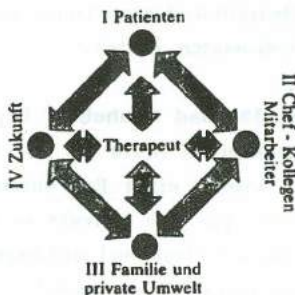
und gesellschaftliche Probleme entstehen aufgrund mangelnder Differenzierung der Dimension Zeit.

### Die drei Ansätze der Positiven Psychotherapie

#### 1. Das positive Konzept in der Psychotherapie bedeutet:

Wie kann ich als Arzt beziehungserhaltend, motivierend und integrierend, bezogen auf die erweiterte Arzt-Patient-Beziehung, wirken?

(Vgl. Abbildung 1)



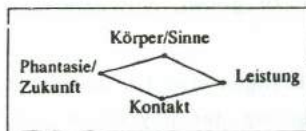
#### 2. Das inhaltliche Konzept:

Wie kann ich Konflikthalt und Konfliktdynamik erfassen?

#### 3. Das fünfstufige Modell der Positiven Psychotherapie:

Wie kann ich eine konfliktzentrierte Kurztherapie unter Einbeziehung des Selbsthilfepotentials des Patienten durchführen?

Die Einbeziehung der positiven und negativen Aspekte einer Erkrankung bewirken den Standortwechsel beim Patienten. Die Betonung der Fähigkeiten ist nur ein Einstieg in die Therapie; die vorhandenen Fähigkeiten haben ja nicht ausgereicht, die Krankheit zu verhindern. Im Sinne der Möglichkeiten und Chancen können mit dem Patienten aber Wege für die Zukunft erarbeitet werden. Die Vorgehensweise hängt von dem "Angebot" des Patienten ab und zu welchem Reaktionstyp er gehört. (Vgl. Abbildung 2)



## Gruppendiskussion

In der Gruppendiskussion - als Abschluß des ersten Tages - formulierten die Teilnehmer ihre Eindrücke und Fragen, vor allem mit Blickwinkel auf den positiven Ansatz.

Zahlreiche Teilnehmer empfinden das positive Vorgehen und die positive Deutung von Krankheitsbildern als ungewohnt und, gemessen an ihrem ärztlichen Alltag, als ungewöhnlich. Sie betonen aber spontan den Hoffnungsaspekt für den Patienten, dem dadurch die schwere Last einer für ihn nicht durchschaubaren oder diskriminierenden Diagnose gemildert werden könne. Die positive Vorgehensweise zeige dem Arzt auch auf, daß jeder Patient einzigartig sei und daß eine Krankheit/Störung nicht nur einen Aspekt (Symptom) habe, sondern von mehreren Seiten gesehen werden müsse.

Der Patient rechne nicht mit einer positiven Deutung/Annahme seiner Person, er erwarte vielmehr eine Bestätigung der eigenen Unzulänglichkeiten und Schuldgefühle. Daher wirke der Aha-Effekt, den die positive Deutung auslöse, und führe zunächst zu einer starken Entlastung des Patienten, was den **Einstieg** in die Therapie erleichtere. Davon völlig unabhängig sei die **Prognose**.

Einige Teilnehmer sehen auch Grenzen des positiven Vorgehens, wenn dadurch die Wirklichkeit zum Zerrbild werde. Außerdem müsse der Therapeut das positive Konzept vorleben, um überzeugend zu wirken.

Die Teilnehmer diskutieren die Frage, wie man vorgehen könne, wenn eine Abwehr des Therapeuten gegenüber dem Patienten vorhanden sei, was vor allem bei Krankheitsbildern vorkommen könne, die eine negative gesellschaftliche Bewertung haben. Wie könne der Arzt lernen,

seine eigenen Werthaltungen, die sein Verhältnis zum Patienten bestimmen und unbewußt auch in Diagnose, Therapie und Prognose einflößen, "draußen zu lassen"?

Anhand eigener Beispiele bringen die Teilnehmer Patienten ins Gespräch, bei denen sie eine Verleugnung der psychischen Anteile einer Erkrankung feststellen konnten. Es wurde angeregt, hier einmal versuchsweise den positiven Ansatz anklingen zu lassen.

Wichtig war auch die Frage, wie man in einer normalen Arztpraxis bzw. als Klinikarzt in einem Gespräch vom Patienten zur Familie komme, wenn man erkenne, daß das soziale Umfeld Anteil an der Krankheit habe.

Dr. Peseschkian formuliert abschließend, Ziel des positiven Vorgehens sei zunächst, vom Symptom wegzukommen - wenn der Patient nur durch seine Krankheit Anspruch auf den Therapeuten habe, verstärke man das neurotische Konzept - und den Weg freizumachen für die Zusammenarbeit mit dem Patienten.

### **Das Konfliktverarbeitungsmodell - die vier Bereiche der Konfliktverarbeitung**

Am zweiten Tag wurde das Konfliktverarbeitungsmodell eingeführt (vgl. Abbildung 2). Nach einer theoretischen Einführung (vgl. Peseschkian, Positive Familientherapie, S. 91ff) hatten die Teilnehmer in Zweier-Gruppen Gelegenheit, sich gegenseitig zu interviewen. In der anschließenden Diskussion wurde der Wert dieser Übung besonders herausgestellt, da sie einmal Gelegenheit zur Übung der Gesprächsführung bot, zum anderen über die Selbsterfahrung den Teilnehmern Einsicht in die eigenen Reaktionsweisen ermöglichte. Die Erkenntnis der eigenen Verhaltensmuster sei Voraussetzung für die objektive Arbeit mit dem Patienten. Ein Arzt, der sich selbst nicht bewußt sei, daß er auf Probleme mit "Flucht" in die Leistung reagiere, werde ein solches Verhalten bei einem Patienten nicht als Einseitigkeit einstufen. Auf diese Weise würden die nicht-erlebten Bereiche nicht erfaßt, es käme zwar bei dem Patienten zu einer vorübergehenden Besserung, ein erneuter Ausbruch der Symptome oder eine Symptomverschiebung sei jedoch die Folge.



Der dritte Seminartag stand im Zeichen der **Mikrotraumentheorie** und der Bedeutung der Aktualfähigkeiten. Nach einer ausführlichen theoretischen Einweisung hatten die Teilnehmer wiederum Gelegenheit, in Zweiergruppen die gestellten Fragen zu bearbeiten (Was ist in den letzten 5 - 10 Jahren gesundheitlich, beruflich, familiär auf Sie zugekommen?) und gegenseitig ein Differenzierungsanalytisches Inventar (DAI) auszufüllen.

Die Teilnehmer reagierten erstaunt bei der Erkenntnis, wieviele Mikrotraumen sie bei sich selbst feststellen konnten und wie sie bisher damit umgegangen waren. "So gesehen sind wir genauso gesund oder krank wie unsere Patienten!"

Das DAI zeigte inhaltliche Aspekte auf und machte jedem einzelnen Teilnehmer deutlich, bei welchen Aktualfähigkeiten sich unterschiedliche Bewertungen innerhalb der eigenen Partnerschaft ergaben, und wie Präferenzen bestimmter Aktualfähigkeiten sich auch in der erweiterten Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Abbildung 1) bemerkbar machen.

In Abänderung des Programms wurde das fünfstufige psychotherapeutische Vorgehen in der ärztlichen Praxis vorgezogen. Dies kam dem Wunsch der Teilnehmer entgegen, die bisher besprochenen Teile der Theorie systematischer einordnen zu können und eine bessere "innere" Struktur für das ärztliche Gespräch zu haben.

Die fünfstufige Vorgehensweise der Positiven Psychotherapie umfaßt die folgenden Stufen:

1. Stufe der Beobachtung/Distanzierung
2. Stufe der Inventarisierung
3. Stufe der situativen Ermutigung
4. Stufe der Verbalisierung
5. Stufe der Zielerweiterung

Das Erstinterview umfaßt die Stufen 1 und 2, wobei es von der Tragfähigkeit des Patienten abhängt, ob das Erstinterview in einem oder zwei Gesprächsterminen durchgeführt wird. Der behandelnde Arzt kann sich an dem Erstinterview orientieren, das Bestandteil des WIPPF (Wiesbadener Inventar für Positive Psychotherapie und Familientherapie) ist. Dieses Erstinterview bietet eine gute Strukturierungshilfe für die Gesprächsführung; die Fragestellungen orientieren sich an den vier Be-

reichen der Konfliktverarbeitung, den Vorbilddimensionen und dem DAI.

In der ersten Stufe werden die aktuellen Beschwerden des Patienten erfaßt. Im Rahmen des positiven Vorgehens kann man dem Patienten eine positive Deutung seiner Symptome anbieten, ein sprachliches Bild (Geschichten, Spruchweisheiten) oder durch Hinweise auf transkulturelle Sichtweisen die Relativität der Werte verdeutlichen. Dem Patienten soll dadurch ein Standortwechsel angeboten werden, der es ihm ermöglicht, seine Beschwerden einmal unter einem anderen Blickwinkel zu sehen. Dadurch wird eine Distanzierung vom Problem erreicht, das Problem selbst oder die Konfliktpartner können differenzierter wahrgenommen werden. Im Rahmen der Selbsthilfe erhält der Patient die Aufgabe, eine Woche lang zu beobachten und schriftlich festzuhalten, in welchen Situationen, worüber und über wen er sich ärgert oder freut.

Einige Teilnehmer äußern sich skeptisch über den Nutzen einer solchen Aufgabe. Herr Dr. Peseschkian erläutert, das "Hausaufgaben" nicht dazu dienen, vom Patienten eine Leistung zu verlangen, vielmehr komme ihnen eine doppelte Funktion zu:

1. Der Patient hat die Möglichkeit, den Konfliktbereich differenzierter wahrzunehmen und analog dem Bild vom "Problemburg", das für die meisten Patienten sehr anschaulich ist, zu erkennen, daß dort nicht nur "Disteln und Unkraut" wachsen, sondern auch andere "Pflanzen", die er bisher nicht oder nicht mehr wahrgenommen hat.
2. Der Arzt erhält vom Patienten in dessen eigenen Worten eine Situationsschilderung, die wiederum eine doppelte Funktion hat:
  - sie beugt "Fehlinterpretationen" durch den Arzt vor und ermöglicht jederzeitiges Nachlesen der Ausgangssituation
  - sie sind als ein "feed-back" zu sehen, was der Arzt bei der ersten Begegnung in dem Patienten angesprochen hat.

In der zweiten Stufe, der Inventarisierung, werden die Mikrotraumen erfaßt sowie die Konflikthalte anhand des DAI aufgedeckt. Diese Stufe kann ganz kurz durch die folgenden Fragestellungen umschrieben werden: Was ist in den letzten 5 bis 10 Jahren alles auf Sie zugekommen? Gesundheitlich, beruflich, familiär? Wie haben Sie darauf reagiert?

Wo haben Sie gelernt, so zu reagieren? Wie reagiert Ihr Partner/Ihre Familie auf Ihre Probleme?

Die dritte Stufe der situativen Ermutigung soll den Patienten auf dem bisherigen Niveau stabilisieren und ihn und seine soziale Umgebung ermutigen, sich den durch die Therapie induzierten Änderungen gegenüber offen zu zeigen. Das Vorgehen kann durch die folgenden Fragen umschrieben werden: Welche der geschilderten Probleme haben Sie bisher bearbeitet? Wie haben Sie das gemacht? Wie sind Sie dabei vorgegangen? Was hat das für Sie, Ihren Partner/Ihre Familie gebracht?

In der vierten Stufe der Verbalisierung: Welche Probleme sind jetzt noch übrig geblieben? , geht es um die verbale Aufarbeitung der Probleme zwischen den Konfliktpartnern und die Bearbeitung des Schlüsselkonflikts "Höflichkeit-Ehrlichkeit".

Die fünfte Stufe, Zielerweiterung, spricht die Zukunft an. Was würden Sie in den nächsten fünf Jahren gesundheitlich, beruflich, familiär und gesellschaftlich machen, wenn Sie keine Probleme hätten? Welche Pläne haben Sie?

Die Teilnehmer waren sich in der Diskussion weitgehend einig, daß das Schwergewicht ihrer täglichen Arbeit zunächst einmal auf den ersten beiden Stufen liege, denn es ginge darum, überhaupt einmal neben den medizinischen Fakten die psychosozialen Anteile der Erkrankung zu erfassen, und diese sowohl sich selbst als auch dem Patienten bewußt zu machen. Die Teilnehmer betonten in den Diskussionsbeiträgen immer wieder, wie schwer es sei, einem Patienten unvoreingenommen zuzuhören, aber nur so könne man die individuellen Nuancen erfassen. Angeregt durch die Arbeit der letzten Tage hatten einige Teilnehmer für sich aus der Erinnerung Patienten mit gleicher Erkrankung Revue passieren lassen und dabei festgestellt, daß die Patienten einige Hinweise gegeben hätten, die im Sinne der Mikrotraumen erfaßt, ergänzt und in einem Gespräch bewußt gemacht werden könnten. Die Bedeutung des Zukunftsaspektes wird ebenfalls herausgestellt. Indem man die Zukunft mit dem Patienten anspreche, eröffne man neue

Perspektiven und vermittelte Hoffnung.

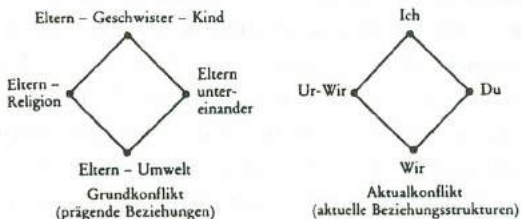
Die Themenbereiche **Aktualkonflikt – Grundkonflikt und innerer Konflikt** standen am fünften Seminartag als Schwerpunkte zur Diskussion.

Der Aktualkonflikt wird durch die augenblickliche Situation des Patienten dargestellt; sein aktuelles Problem. Wie hat es sich entwickelt; wie hat der Patient bisher reagiert und wie hat seine Umwelt darauf reagiert?

Man kommt vom Aktualkonflikt zum Grundkonflikt, indem man fragt: Wo haben Sie gelernt, so zu reagieren? Hier werden frühere – insbesondere in der Kindheit gemachte – Erfahrungen bedeutsam, und hier läßt sich u.U. eine familiäre Symptomtradition bzw. Konflikttradition nachweisen.

Der innere Konflikt wird durch die beteiligten Konzepte (Aktualfähigkeiten) verdeutlicht. Indem die Konflikthalte erfaßt werden, kann dem Patienten deutlich gemacht werden, warum für ihn z.B. Ordnung das halbe Leben ist, oder warum er mit Magenschmerzen auf die Unpünktlichkeit seiner Umgebung reagiert etc.

Im Rahmen der **Vier-Vorbild-Dimensionen** wird die Vergangenheit des Patienten erfaßt (Vgl. Abbildung 3).



Die Vorbild-Dimensionen und die Entwicklung der vier Medien der Liebesfähigkeit



Es wird gefragt, wie der Patient die Beziehung der Eltern zu seiner Person empfunden hat. Wer von den Eltern hatte mehr Zeit und/oder Geduld gehabt? Wer war das Vorbild, Vater oder Mutter? Wie war die Beziehung der Eltern zu den Geschwistern und die Beziehung der Geschwister untereinander (Gerechtigkeit!)?

Der Bereich des "DU" umfaßt die Beziehung der Eltern untereinander. Wie haben Sie als Kind die Ehe Ihrer Eltern erlebt? Konnten Sie beobachten, wie die Eltern mit Konflikten umgegangen sind und wie sie sie gelöst haben?

Die Vorbilddimension "WIR" bezieht sich auf das Verhältnis der Eltern zur Umwelt. Waren die Eltern kontaktfreudig? Hatten Sie oft Gäste zu Hause? Durften Sie als Kind dabei sein? Haben sich die Eltern gesellschaftlich, weltanschaulich oder politisch in Vereinigungen etc. engagiert?

Beim Bereich "UR-WIR" fragen wir nach der Beziehung der Eltern zu Weltanschauung/Religion. Gehörten die Eltern einer Religionsgemeinschaft an? Waren sie sich in diesem Punkt einig? Wie waren die Auswirkungen auf Ihr Leben? Was bedeutet dieser Bereich für Sie damals und heute? Die Vorbild-Dimension "UR-WIR" wirkt in vielfältiger Weise in unser tägliches Leben hinein und hat Auswirkungen auf unsere Einstellung zu den vier Bereichen der Konfliktverarbeitung, ohne daß wir uns dessen bewußt sind: z.B. Beziehung zum Körper bei Zeugen Jehovas - u.a. Ablehnung von Bluttransfusionen; die Beziehung zur Leistung bei Calvinisten - materieller Reichtum ist ein Zeichen der Liebe Gottes; Beziehung zu Kontakt - religiös/weltanschaulich bedingte Kontaktge- oder -verbote; Beziehung zur Zukunft - Auferstehung, Wiedergeburt, der Tod ist das Ende.

Die Teilnehmer sollten in einer anschließenden Übung zur Selbsterfahrung in Zweiergruppen die vier Vorbild-Dimensionen für sich selbst und ihren Partner erfassen. Die Erfahrungen wurden anschließend in der Großgruppe diskutiert.

Am sechsten Seminartag wurde die Familientherapie, Entwicklung, Schwerpunkte, Möglichkeiten und Grenzen besprochen. Die Darstellung folgte weitgehend den Ausführungen in dem Buch Positive Familientherapie.

Zum Thema "Arzt und eigene Familie" führte Herr Dr. Peseschkian mit einem Teilnehmer, der sich freiwillig gemeldet hatte, ein Erstinterview durch. In der Diskussion hatte zunächst der Befragte Gelegenheit, seine Eindrücke zu schildern, anschließend diskutierte die Großgruppe. Man war sich weitgehend einig, daß das Schema zur erweiterten Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Abb. 1) sehr hilfreich sei, um sich die Komplexität der Beziehungen bewußt zu machen. Wichtig war die Erkenntnis, daß der Arzt auch ein Recht hat, auf sich und seine Familie zu achten und im Sinne einer gesunden Energieverteilung auf die vier Bereiche 25% dafür einsetzen muß. Eine Opferrolle für Patient und Beruf führe zwangsläufig zu einem Ungleichgewicht, das langfristig die Gesundheit und damit die Zukunft des Arztes beeinträchtigt.

### **Die Patientenvorstellung**

Die Patientenvorstellung erfolgte parallel zu den theoretisch besprochenen Ansätzen. Frau B. am ersten Tag schilderte ihre Beschwerden mit einer Vielzahl verschiedener Symptome - 15 an der Zahl. Anhand ihrer Schilderung wurde die Frage diskutiert: Wie gehe ich mit einem Patienten mit einem so vielfältigen Symptombestand um? Wie kann ich bei der Erstellung der Anamnese auf den psychischen und sozialen Hintergrund eingehen? Was geschieht, wenn der Arzt nur symptomatisch behandelt, bei welchem der von der Patientin als gleichrangig geschilderten Symptome will er anfangen und wie sind die Erfolgsaussichten zu beurteilen?

Herr E., Patient des zweiten Tages litt an einer Herzneurose Typ B mit Todesängsten, ausgelöst durch den nicht verarbeiteten Tod eines damals 22-jährigen Mitschülers eines Berufsbildungslehrganges. Bei dem Patienten, den man zu einem mehrmonatigen stationären Aufenthalt in eine psychosomatische Klinik eingewiesen hatte, war die abnorme Trauerreaktion nicht als auslösendes Element seiner Beschwerden erkannt worden. Vielmehr suchte man Probleme in der Ehe des Patienten, die von ihm als glücklich geschildert wurde, was ihn sehr verunsicherte. Er fühlte sich unverstanden, da sein eigentliches Problem, die Todesangst, nicht verarbeitet wurde.

Die Teilnehmer fragten den Patienten, ob sich die Todesängste durch die begonnene Therapie verändert hätten und wie er sich heute fühle. Der Patient antwortete, in der Therapie sei seine Todesangst als solche

wichtig genommen worden und er habe - angeregt durch die Gedanken und Gespräche - viel zum Thema Tod gelesen und sich damit auseinandergesetzt. In dem Ausmaß, wie er den Tod als Bestandteil des Lebens allgemein und des seinen im besonderen zugelassen habe, sei die Angst von ihm gewichen. Seine Herzbeschwerden seien fast ganz verschwunden, er könne ja auch heute ganz locker über das Thema Tod hier sprechen und seine damalige und heutige Situation schildern.

Herr Dr. Peseschkian provoziert einige Teilnehmer mit der Frage: "Wie möchten Sie sterben? Haben Sie sich darüber schon einmal Gedanken gemacht?" Er erinnert in diesem Zusammenhang daran, daß wir tagtäglich durch die Medien von zahlreichen Todesursachen Kenntnis nehmen - Krankheiten, Naturkatastrophen, Gewalt und Krieg - ohne uns näher damit zu beschäftigen. Anhand der Reaktion der Angesprochenen erläutert er, wie wichtig es gerade auch für den Arzt sei, sich mit dem Thema Tod auseinanderzusetzen. Nicht nur, um im Falle von Herrn E. die Problematik in ihrer ganzen Tragweite zu erkennen, sondern auch im Umgang mit Patienten in Klinik und Praxis habe diese Thematik großen Einfluß auf Therapie und Prognose.

Frau S., Patientin des dritten Tages, war wegen Erziehungsschwierigkeiten mit ihren zwei Kindern zur Psychotherapie gekommen. Im Erstinterview zeigte sich aber, daß sie seit Jahren u.a. an starken Rückenschmerzen litt, die als Morbus Bechterev diagnostiziert worden waren. Frau S. schilderte dann die Mikrotraumen, an die sie sich vor und nach Ausbruch der Symptomatik bis heute erinnern konnte. Durch die stark ausgeprägte Aktualfähigkeit "Höflichkeit" im Sinne einer Aggressionshemmung hatte die Patientin über Jahre hinweg die Mikrotraumen "ertragen", anstatt in einem Gespräch ("Offenheit/Ehrlichkeit") mit dem Partner nach gemeinsamen Lösungen zu suchen. Frau S., die viele Jahre lang symptomatisch mit Medikamenten behandelt worden war, berichtete den Teilnehmern, daß die Beschwerden zurückgegangen seien, seit dem sie durch die Therapie lerne, ihre Bedürfnisse und Probleme anzusprechen und die Kommunikationsstruktur in der Familie durch eine Partner- und Familiengruppe (im Sinne der Selbsthilfe) verbessert werden konnte.

Frau Sch. stelle ihre Beschwerden mit Herzrhythmusstörungen, Nacken-



wirbelsyndrom, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Angstzuständen und Zustand nach Brustoperation vor. Der 23-jährige Sohn ist psychisch erkrankt, die 19-jährige Tochter magersüchtig. Ihre Ehesituation schilderte sie als sehr schwierig und über Jahre hinweg für sie selbst als unbefriedigend. Der Ehemann sei ausgezogen, halte aber für Freunde und Bekannte den Schein der Ehe aufrecht. Er kenne nur seine Arbeit, die sein einziger Lebensinhalt sei.

Auf die vielfältigen Probleme in der Familie habe sie zunächst körperlich reagiert. Nach der Brustoperation habe sie sich eine Verbesserung ihrer Situation versprochen, indem sie wieder berufstätig geworden sei. Auf die Dauer habe sie aber die Belastung durch Beruf und Familie nicht verkraftet und wieder aufgehört. In der zunehmenden Isolierung nach dem Auszug des Mannes habe sie Zuflucht in einer Bekanntschaft gefunden. Danach habe sie sich als neuem Interessenbereich der Kunst zugewandt und selbst angefangen zu malen.

Durch die Therapie sei ihr nun bewußt geworden, daß sie auf die permanenten Probleme in der Familie nacheinander mit allen vier Bereichen der Konfliktverarbeitung reagiert habe, da die jeweilige Reaktion als Fluchtmechanismus Entlastung, aber keine Lösung der anstehenden Probleme gebracht habe. Erst jetzt sei sie in der Lage, die vier Bereiche zu integrieren und auch die Reaktionen ihrer Kinder zu verstehen und damit umzugehen (Reaktion des Sohnes im Bereich Phantasie, der Tochter im Bereich Körper).

In der Diskussion kamen die Teilnehmer zu dem Ergebnis, daß der eigentliche Patient der Ehemann sei. Da dieser keine Bereitschaft zu einer Therapie hatte und habe, habe die gesamte Familie in unterschiedlicher Weise auf die Probleme reagiert. Hier finde jetzt eigentlich eine "Therapie ohne Patient" statt, deren Ziel es in erster Linie sei, Frau Sch. zu stabilisieren und handlungsfähig zu machen. Frau Sch. sagte, sie habe im Lauf der Therapie gelernt, die Situation ihrer Kinder zu akzeptieren. Sie engagierte sich im Zuge ihrer Besserung in einem Arbeitskreis Angehöriger psychisch kranker Jugendlicher und gewinne so Abstand von dem individuellen Schicksal des Sohnes.

Die Teilnehmer bewundern die positive Lebenseinstellung von Frau Sch., obwohl diese erkannt habe, daß verschiedene Entwicklungen sowohl bei ihr selbst als auch bei den Kindern nicht rückgängig zu machen seien.



Sie habe trotz ihres Schicksals durch die Therapie einen Weg zu einem sinnvollen Leben gefunden.

Frau M. war zur Psychotherapie gekommen, weil sie plötzlich kreisrunde Stellen am Kopf entdeckt hatte, die völlig kahl waren. Der Haarausfall beunruhigte sie sehr. Außerdem litt sie an Magenschmerzen, Schweißausbrüchen, innerer Unruhe und Zittern. Nach Ereignissen befragt, die in den letzten 5 bis 10 Jahren auf sie zugekommen seien, berichtete sie folgendes: Sie habe mit 18 Jahren geheiratet, um der Vormundung durch den Stiefvater zu entgehen. Die Ehe sei nicht gutgegangen und wieder geschieden worden, Kinder habe sie keine. Danach habe sie einen Freund gehabt, mit dem sie sich eine Zukunft habe aufbauen wollen, und man habe gemeinsam eine Wohnung gekauft. Der Betrug des Freundes mit einer anderen Frau habe sie schwer getroffen, von den finanziellen Schwierigkeiten nach der von ihr hinausgezögerten Trennung einmal abgesehen. Unter Opfern habe sie die Wohnung gehalten, da ihre Eltern (2. Ehe der Mutter, 1. Ehe geschieden, als die Patientin 3 Jahre alt war) ständig mit ihr umgezogen seien und sie sich nirgendwo richtig "Zuhause" gefühlt habe. Sie habe auch berufliche Probleme, da sie immer wieder das Gefühl habe, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein, obwohl sie im Beruf anerkannt sei und eine gute und interessante Position habe. Große Schwierigkeiten bereiteten ihr auch soziale Kontakte, da sie nicht wiesse, wie sie diese aufbauen sollte. Sie habe immer den Eindruck, andere Menschen seien klüger und besser und sie könne deren Anforderungen nicht entsprechen. Hinzu komme, daß ihre Mutter seit acht Jahren schwer krank sei und sie immer Angst habe, es würde ihr etwas passieren.

Die Deutung, der Haarausfall symbolisiere, daß sie ihre Wurzeln verloren habe, habe sie damals spontan akzeptieren können, genauso habe sie sich gefühlt. Sie hätte lange versucht, trotz der Untreue des Freundes die Beziehung aufrecht zu erhalten, eine weitere kurze Beziehung danach sei ebenfalls in die Brüche gegangen und sie habe gar nicht gewußt, wo sie nun eigentlich hingehöre. Sie habe sich einfach bemüht, zu "funktionieren", um die finanzielle Misere in den Griff zu bekommen. Inzwischen habe sie beruflich mehr Selbstvertrauen bekommen und erkannt, daß sie erst selbst in Ordnung kommen müsse,

ehe sie eine neue Partnerschaft eingehen könne. So ganz langsam würden die Haare auch wieder wachsen, ein zarter, aber gleichmäßig dichter Flaum gäbe ihr Auftrieb.

### **Eine abschließende Diskussion: Die Eindrücke der Teilnehmer**

Der letzte Tag stand überwiegend im Zeichen der Diskussion der Teilnehmer über ihre Eindrücke: Was hat Sie angesprochen? Welcher Ansatz war für Sie wichtig? Welche Fragen haben Sie noch? Welche Anregungen möchten Sie für die Zukunft geben?

Die vielfältigen und interessanten Äußerungen - jeder Teilnehmer kam zu Wort - seien hier nach Themengebieten zusammengefaßt, schwerpunktmäßig wiedergegeben:

Zahlreiche Teilnehmer hoben die Bedeutung der Mikrotraumen im Zusammenhang mit der Entstehung des Aktualkonfliktes hervor. Dies sei ein Ansatz, der in der täglichen Arbeit anwendbar sei und helfen könne, Hintergründe einer Erkrankung aufzudecken.

Andere Teilnehmer hoben den besonderen Wert der Patientenvorstellung hervor. Dadurch sei die vermittelte Theorie nachvollziehbar geworden. Allgemein imponierte der partnerschaftliche Umgang mit den Patienten. Man habe den Eindruck gewonnen, die Patienten seien in das Konzept eingebunden und könnten das Gelernte für sich anwenden. Auch einfache Menschen könnten damit umgehen (hier wurden einzelne Patienten als Beispiele genannt). Der Patient habe keine Angst vor der Therapie, dadurch stiege die Motivation. Die Modelle (Mikrotraumen, DAI, Konfliktverarbeitung etc.) überbrückten die Sprachlosigkeit von Therapeut und Patient. Als positiv wurde es empfunden, daß die Patienten bei der anschließenden Diskussion anwesend waren und die Teilnehmer Fragen an sie richten konnten.

Man habe außerdem den Eindruck gewonnen, daß die Therapie dem Patienten angepaßt werde und nicht umgekehrt. Hervorgehoben wurde auch die Toleranz dem Patienten als Mitmenschen und seiner Krankheit gegenüber. Man habe mit einer gewissen Erleichterung wahrgenommen, daß der Patient "die Arbeit" selbst mache und der Therapeut nur lenken und deuten müsse. Das Konzept der Positiven Psychotherapie sei

auch bei Patienten anwendbar, die behindert sind oder bei denen man "kein Land sieht". Es sei auch klar geworden, wie wichtig ein Konzept sei, sonst gehe man als Therapeut unter, außerdem beuge es der Gefahr vor, in den anderen (Patienten) etwas hineinzuzinterpretieren, was hinterher nicht stimme.

Wichtig sei auch die Erkenntnis gewesen, daß viele kleine Schritte - zum einen bei der Umsetzung der Theorie in die eigene Arbeit als auch im Hinblick auf Veränderungen beim Patienten - auch zum Erfolg führten ("Nicht alles auf einmal"). Dem Patienten werde eine (Lebens-) "Geschichte" zugebilligt, dadurch werde er nicht zum medizinischen Objekt degradiert. Die Idee, daß der Patient zum Therapeuten seiner Umwelt werde, schließe aus, daß er Opfer werde, vielmehr würden Selbstheilungskräfte geweckt.

Viele Teilnehmer waren von dem Einsatz von Sprachbildern und Geschichten sehr angesprochen und konnten sich vorstellen, in Zukunft damit zu arbeiten. Dadurch werde die Phantasie und die Kreativität angesprochen, auch die eigene. Mit den Geschichten lasse sich auch gut bei behinderten und psychiatrischen Patienten arbeiten.

Andere Teilnehmer empfanden den transkulturellen Ansatz als sehr hilfreich. Der transkulturelle Vergleich der Aktualfähigkeiten habe aufgezeigt, wo u.U. Schwierigkeiten bei der Behandlung ausländischer Patienten lägen und wie man damit auch als Arzt und Mitmensch besser umgehen könne.

Andere Teilnehmer wünschten sich in zukünftigen Veranstaltungen noch mehr Arbeit in Kleingruppen im Sinne einer intensiveren Selbsterfahrung sowie noch mehr Berichte von Menschen, die die Methode der Positiven Psychotherapie für sich in ihrer täglichen Arbeit umgesetzt haben im Sinne des Referates: "Die Anwendung der Positiven Psychotherapie in der Allgemeinpraxis" sowie die Patientenvorstellung durch den Kollegen in Ausbildung.

Die Teilnehmer, die Erfahrungen in der Anwendung anderer psychotherapeutischer Methoden haben, wünschten sich eine stärkere Verbindung von Positiver Psychotherapie und anderen Methoden.

Zahlreiche Teilnehmer sagten, für sie sei es wichtig, daß die Positive Psychotherapie offen für religiöse, weltanschauliche und gesellschaftli-



che Fragen sei. Diese Themen würden meist ausgeklammert - sowohl vom Therapieansatz her, als auch im ärztlichen Gespräch. Dabei zeige sich zunehmend, daß Patienten Probleme in diesen Bereichen hätten.

Einige Teilnehmer gaben offen zu, mit gemischten Gefühlen gekommen zu sein, bzw. mit wenig Lust auf "Psychokram". Sie hätten den positiven Ansatz zunächst als skuril empfunden. Erst ein intensiveres und unvoreingenommenes Eingehen auf die angebotene Theorie habe ihnen bewußt gemacht, daß durch die positive Deutung das Gesunde im Patienten gestärkt werde, daß das kreative Element die eigene Arbeit befriedigender und anregender mache und daß durch die Positive Psychotherapie grundsätzlich eine Offenheit anderen Methoden gegenüber gefördert würde, auch eine bessere Zusammenarbeit der Kollegen untereinander.

Ein großer Teil der Teilnehmer fühlte sich am Ende dieser Woche ermutigt und meinte, sowohl für die ärztliche Gesprächsführung, Art der Fragestellungen als auch bezüglich des theoretischen Hintergrundes (Mikrotraumen, DAI, Konfliktverarbeitung) Anregungen für die tägliche Arbeit erhalten zu haben.

Ein anderer Teil der Teilnehmer fühlte sich entmutigt, weil sie meinten, die Umsetzung der Theorie in die Praxis nicht zu schaffen. Sie hatten den Eindruck, die Methode sei sehr an die Person von Herrn Dr. Peseschkian gebunden. An diesem Punkt entspann sich eine interessante Diskussion, wobei man zu dem Ergebnis kam, nicht eine bestmögliche Kopie des Originals liefern zu müssen, sondern aus den dargebotenen Elementen etwas Neues schaffen solle.

Es bestand bei dem größten Teil der Teilnehmer ein Bedürfnis nach intensiverer Selbsterfahrung bzw. Supervision bei den ersten "Gehversuchen". Sich selbst besser kennenzulernen und eine positive Lebenseinstellung überzeugt vorleben zu können - so wie man es hier im Lauf der Woche habe erleben können - sei Voraussetzung für eine erfolgreiche Anwendung der Positiven Psychotherapie im eigenen Arbeitsbereich.



Herr Dr. Peseschkian beschloß die Veranstaltung mit Dank an die Teilnehmer für die gute und aktive Mitarbeit, die zahlreichen Anregungen, Vorstellungen, Wünsche und kritischen Anmerkungen. Er machte den Teilnehmern das Kompliment, sich offen mit dem dargebotenen Stoff auseinanderzusetzen zu haben. Diese Woche habe ein angenehmes und anregendes Klima der Zusammenarbeit bestanden und er sei selbst überrascht, wie geschlossen die Gruppe bis zum Schluß anwesend gewesen sei. Er entließ die Teilnehmer mit der Spruchweisheit

**"Wer alleine arbeitet, addiert**

**Wer mit anderen zusammenarbeitet, multipliziert."**

Protokollführung:

Ingrid Hofmann, Wiesbaden



## **Positive Psychotherapie - eine "runde Sache" - ein Rad, das in der Allgemeinpraxis rollt!**

von Dr. med. Irmgard Rosmanitz, Frankfurt

---

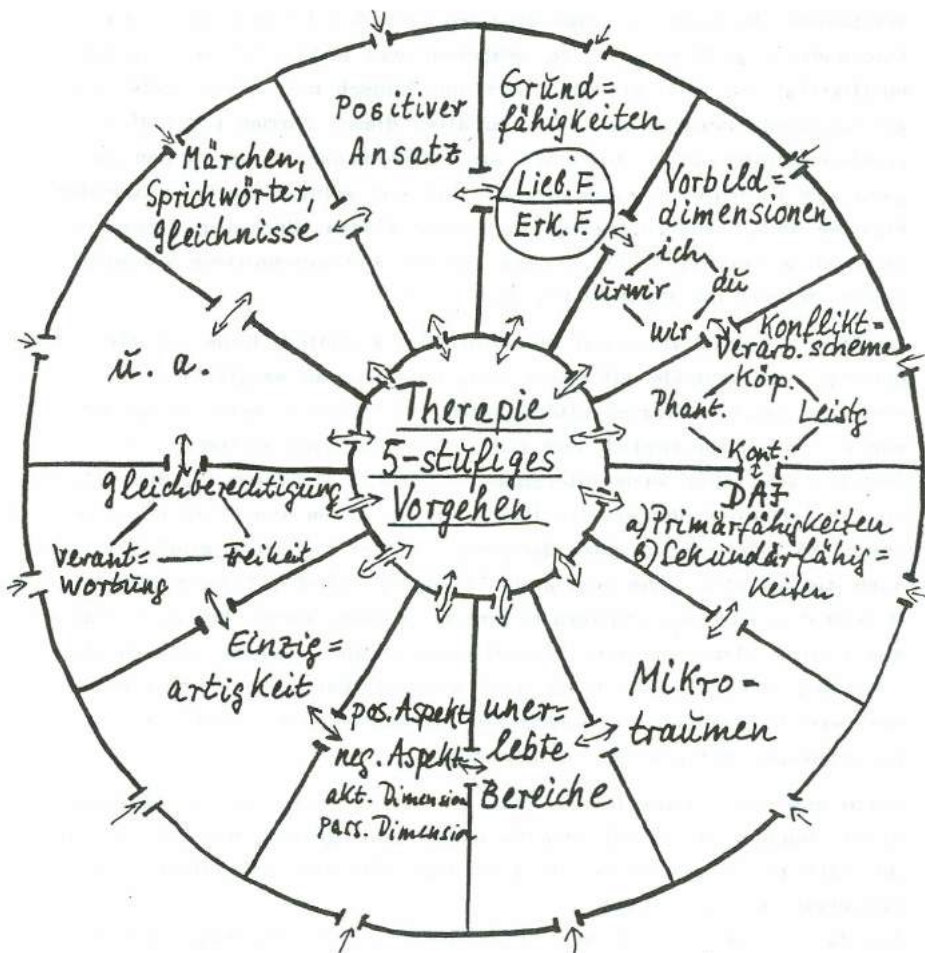
Die Positive Psychotherapie ist allen, die die Methode in Seminaren und Gruppen von Herrn Dr. Peseschkian erlernt haben und damit arbeiten (ich tue dies seit mehr als fünf Jahren) in ihrem Aufbau und mit ihrem Instrumentarium vertraut.

Wir benutzen den Positiven Ansatz, nehmen Spruchweisheiten und Märchen zu Hilfe, denken an den transkulturellen Ansatz, gehen von den Grundfähigkeiten (Liebes- und Erkenntnisfähigkeit) aus und deren Medien (Vorbild-Dimensionen, Konfliktverarbeitungsschema), setzen das DAI (Differenzierungsanalytisches Inventar) ein, werten die Mikrotraumen, beachten die Stadien der Interaktion (Verbundenheit, Unterscheidung, Ablösung) und das Beziehungsdreieck Arzt - Patient - Familie, berücksichtigen die Einzigartigkeit, den aktiven und den passiven Aspekt, bearbeiten die unerlebten Bereiche und führen letztlich dies alles im Rahmen der fünfstufigen Therapie durch.

Dabei haben wir wohl alle erfahren, daß die Positive Psychotherapie kein starres Modell ist, sondern lebendig, d.h. weiter ausbaufähig und anpassungsfähig sowohl an den Patienten als auch an den Therapeuten. Und gerade diese so individuelle Anwedbarkeit macht die Methode nicht nur für die "große Psychotherapie" geeignet, sondern gerade auch für die "Therapie der kleinen Schritte", wie sie vor allem in der Allgemeinpraxis jeden Tag gefragt ist. Dorthin kommt ja nicht der Patient, der, wie bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten primär eine "seelische" Behandlung wünscht, sondern der Kranke, der Organsymptome anbietet und eine somatische Diagnostik und Therapie erwartet. Wir haben die Möglichkeit, uns entweder tatsächlich auf dieser Ebene mit ihm zu befassen; wir können aber auch die Chance nutzen, ihm die "Psychodimension" zu öffnen.

Natürlich ist beides in einer Allgemeinpraxis wichtig: die saubere Organdiagnostik und Therapie ebenso wie die Bereitschaft, den psychischen Bereich von vorneherein mit einzubeziehen. Wenn wir dem Pa-

# Überblick über die Grundinstrumentarien der Positiven Psychotherapie



tienten signalisieren, daß wir ihn als Einheit sehen und seiner Krankheit sowohl körperlichen als auch seelischen und sozialen Wert beimessen, verbauen wir uns keine therapeutischen Wege und ersparen dem Patienten unter Umständen ein späteres, schmerzliches Umsteigen müssen von der "nur somatischen" auf die "nur psychische" Schiene. Die Patienten reagieren auf unser eventuell unerwartetes Angebot verschieden: manche wehren ab oder blockieren, die meisten aber fühlen sich verstanden. Es kann zu einem einzigen Gespräch kommen; wenn der Leidensdruck groß ist auch zu mehreren, und wenn mehr als nur eine Konfliktreaktion vorliegt, wird auch der Wunsch nach einer vollständigen Gesprächstherapie geäußert. Zu allen diesen Formen psychotherapeutischer Intervention brauchen wir jedoch zunächst einmal den Zugang zum Patienten, müssen den für ihn und seine Situation passenden Einstieg und das dazugehörige Instrument finden. Und eben diesen individuellen Einstieg und das ganz persönlich zugeschnittene Vorgehen ermöglicht uns die Positive Psychotherapie.

Um diese Flexibilität einmal anschaulich dazustellen, habe ich mir überlegt, die Methode mit einem Kreis oder Rad zu vergleichen. Die einzelnen Instrumentarien bilden darin die Sektoren. Jeder Sektor ist von außen her zugänglich und läßt in die Therapie eintreten. Alle Sektoren sind aber auch untereinander offen; das System ist durchlässig und erlaubt jederzeit den Übergang von einem Aspekt zu einem anderen. So kann man je nach Symptom, das der Patient angibt, oder nach die Situation, die sich anbietet, den passenden Zugang wählen. Manchmal genügt ein einziges Gespräch in einem dieser Bereiche, manchmal wenige Sitzungen unter Einbeziehung einiger weiterer Instrumentarien. Man kann aber auch, je nach Notwendigkeit, von einem zum anderen Bereich gelangen und schließlich im Rahmen der großen fünfstufigen Therapie alle Sektoren einbeziehen.

Durch eine so variable Handhabung gelingt es gerade in der Allgemeinpraxis leicht und schnell, den Patienten ganz gezielt anzusprechen und ihn auch für einepsychische Betrachtungsweise und Behandlung seiner Krankheit zu interessieren.

Ein Patient, der unter hohem Erfolgsdruck und Überforderung am Arbeitsplatz steht und wegen Hypertonie und pectanginösen Beschwerden



kommt, wird sich durch das Konfliktverarbeitungsschema zunächst eher angesprochen fühlen als etwa durch die Vorbild-Dimensionen und wird sich mit der Einseitigkeit und Überbetonung des Leistungsbereiches identifizieren können. Bei einem Patienten, der von sich aus sagt: "Probleme habe ich aber keine", wird man Zugang finden können mit der Frage: "Was hat sich in den letzten fünf Jahren in Ihrem Leben alles ereignet?", d.h. über das Mikrotraumenmodell und life-events. Dagegen kann bei einem jungen Mann, der Bettnässer ist, in der Schule versagt und einen gehemmt-depressiven Eindruck macht, mit dem Positiven Ansatz eine erste Hilfe gegeben werden: "Weißt Du, eigentlich hat Dein Körper für Dich eine Hilfe entwickelt, Du hast die Fähigkeit, nach unten zu weinen."

Bei einer Patientin mit schweren Anfällen von Tachy-Arrhythmien, die beiläufig Erbstreitigkeiten und ein Zerwürfnis mit ihrer Mutter erwähnte, konnte ich mit der Geschichte "Das Marionettenspiel" Einstieg in eine inzwischen erfolgreich abgeschlossene Gesprächstherapie finden. Bei einer anderen Patientin mit Kopf- Nacken- und Kreuzschmerzen sowie Erregungszuständen nach großer Enttäuschung über ihrer Meinung nach schwere Verfehlungen ihrer beiden Söhne, genügte ein Gespräch über die Einzigartigkeit und ein weiteres über die Vorbild-Dimensionen, um das Verhalten der Söhne für die Mutter erträglicher zu machen. Sie lernte es langsam verstehen und bis zu einem gewissen Grad akzeptieren; die körperlichen Symptome besserten sich weitgehend.

Flexibilität, individuelles, symptom- und situationsgerechtes Einsteigen, variables Vorgehen, gute Motivationsbedingungen für den Patienten, Möglichkeiten der Behandlung von den "kleinen Schritten" bis zur großen Gesprächstherapie - dies alles macht die Positive Psychotherapie zu einer Methode für die Allgemeinpraxis, zu einer runden Sache, zu einem Rad, das rollt.

#### Anschrift des Verfassers

Dr. med. Irmgard Rosmanitz  
Ärztin für Allgemeinmedizin  
Westenbergerstr. 21

## **Vorstellung eines psychotherapeutischen Falles aus der Hausarztpraxis \*)**

von Arno Remmers, Büdigen

---

Eine 32-jährige, nach Umzug an den Wohnort des Ehemannes arbeitslose Lehrerin, kam erstmals in meine hausärztliche Behandlung wegen Thoraxschmerzen bei Intercostalneuralgie. In der zweiten Konsultation berichtete sie über Dauerschmerzen am Rippenbogen, Völlegefühl, Heuschnupfen und über seit vielen Jahren bestehende Angstzustände und Depressionen, die schon fünf Jahre zuvor mit Gesprächstherapie und vor einem Jahr mit Verhaltenstherapie bei Psychotherapeuten an früheren Wohnorten ohne Änderung der Symptomatik behandelt worden waren.

Die körperliche Untersuchung mit Oberbauchdiagnostik ergab normale Befunde. Das zunächst vorgesehene Antihistaminikum wurde wegen Kinderwunsch mit laufender Sterilitätsbehandlung beim Gynäkologen nicht verordnet.

Die Ängste der Patienten (speziell Krebs- und Höhenangst), Luftbeklemmung und Oberbauchbeschwerden ohne faßbare organischen Befunde waren als Hinweise auf psychogene Ursachen der körperlichen Beschwerden anzusehen und Anlaß zur Vereinbarung von Gesprächsterminen außerhalb der Sprechstunde.

Im "Erstinterview" fragte ich die Patienten nach der familiären und sozialen Vorgeschichte und nach besonderen Ereignissen der letzten Jahre. Die Patientin hatte vor 1 1/2 Jahren ihren Partner nach fünfjähriger Bekanntschaft geheiratet. Nach anfänglicher Wochenendehe gab die Patientin ihren Beruf auf und zog zu ihrem Mann in eine neue, ihr fremde Kleinstadt (sie hatte bisher in einer Großstadt gelebt). Ihr Kinderwunsch wurde bisher nicht erfüllt.

In der leistungsorientierten Erziehung spielte kirchlicher Einfluß eine große Rolle; die Patientin studierte schließlich Religion und Englisch. Besondere Fähigkeiten des Vaters waren Geduld, Leistung.

---

\*) Vorgestellt im Oktober 1987 anläßlich der Psychotherapie-Woche in Bad Nauheim, ergänzt um den zwischenzeitlichen weiteren Verlauf.

Ordnung, Höflichkeit; die oft kranke Mutter wurde als phantasievoll, sparsam, vertrauensvoll und kontaktfähig geschildert. Der körperliche Bereich mit Krankheitsverhütung spielte die größte Rolle in der Erziehung ("Zieh Dich warm an, damit Du Dich nicht erkältest!").

Im ersten Gespräch waren so die Fähigkeiten von Eltern und Patientin sowie die erlebte Situation Inhalt der ersten Stufe der Beobachtung mit beginnender inhaltlicher Differenzierung. Die weitere Befragung orientierte sich an den vier Bereichen der Konfliktverarbeitung. Positive Deutungen der vorhandenen Symptome zeigte ich der Patientin erst später auf, hierzu benötige ich oft eine gewisse "Bedenkzeit", leichter fällt mir das Aufzeigen der vorhandenen Fähigkeiten, auch das Anwenden passender transkultureller Beispiele und Geschichten.

Der - auch für den Ehemann mitgegebene - Fragebogen (Vorläufer des jetzt veröffentlichten WIPPF) zeigte der Patientin den offensichtlich vorliegenden Höflichkeits-Ehrlichkeits-Konflikt auf und war geeignet, die psychosomatischen Symptome als körperliche Konfliktreaktion - Körpersprache - aufzuzeigen. Die Patientin konnte daraufhin beispielsweise ihr Handzittern als die Fähigkeit, eine Sache noch nicht anzupacken, annehmen, als höfliche Form der indirekten Sprache. Die massiven Ängste vor Höhe, Ortswechseln und Krebs wurden als Wegezeichen auf der Suche nach Sinn gedeutet, auch als Wunsch nach Geborgenheit in Sicherheit und als Anlaß, sich selbst zu helfen und sich helfen zu lassen.

In einem Urlaub nach den ersten beiden Gesprächsterminen traute sich die Patientin in angstausslösenden Situationen mehr als vorher zu, sie traute ihren Fähigkeiten, eine solche Lage doch zu meistern.

Bei der Vorstellung vor Kollegen im Rahmen der Psychotherapie-Woche in Bad Nauheim wurde die Patientin direkter als zuvor mit dem Thema Tod, Ablösung, Sinn des Lebens konfrontiert und hierdurch sehr auf- und angeregt. Sie erlebte in den nächsten Wochen eine Krise, in der ich mit ihr immer wieder Geschichten, transkulturelle Betrachtungen und positive Aspekte besprach, um dieser Krise einen Sinn zu geben. Die Partnerschaftskonflikte wurden durch mehr Offenheit

vorübergehend intensiver ausgetragen. Die Patientin überlegte sich in dieser Phase die positiven Aspekte der Kinderlosigkeit, aber auch des Mutterseins. Sie akzeptierte Krankheit als Fingerzeig des Schicksals und Tod, um neuem Leben Platz zu machen. Diese Themen wurden zunehmend weniger angstbesetzt. Die Bereiche Kontaktfindung, Partnerannahme, Sinnfindung in Beruf und Partnerschaft traten in den Vordergrund, die Patientin wurde seitdem nicht mehr wegen körperlicher Erkrankungen behandlungsbedürftig.

Ein weiterer therapeutischer Schritt war das ständige aktive und passive Einbeziehen des Partners, weitergehende Gespräche anhand der vier Bereiche der Konfliktverarbeitung und Inhalte im Sinne der "situativen Ermutigung", die Anwendung des Autogenen Trainings und schließlich die Aufnahme in eine Paargruppe mit damals drei Ehepaaren. In dieser Gruppe wurden die bisherigen Behandlungskonzepte durch die unterschiedliche Sichtweise der anderen Teilnehmer z.B. zum Thema Angst, Höflichkeit-Ehrlichkeit oder auch psychosomatischen Reaktionen ergänzt. Die Einbeziehung des Ehemannes sowohl in die Einzel- als auch in die Gruppentherapie wirkte der krisenhaften, fluchtähnlichen Ablösungstendenz der Patientin entgegen. Nur durch das beziehungserhaltende Vorgehen mit positiver Sichtweise ermöglichte die Therapie ein neues Gefühl des "Zueinander-passens" und eine neue Form der Verbundenheit mit den Eltern.

Das einseitige, neurotische und psychosomatisch fixierte Konzept der Patientin wurde schrittweise - im Sinne einer Zielerweiterung - durch neue Konzepte ergänzt. Eine weitere Begleitung der Entwicklung der Selbsthilfe durch Einzelgespräche und Gruppentherapie ist mit zunehmend größer werdenden Abständen noch für ca. ein Jahr erforderlich.

#### Anschrift des Verfassers

Arno Remmers  
Arzt  
Am Schlag 3

6470 Büdingen



"Wer alleine arbeitet, addiert, wer mit  
anderen zusammenarbeitet, multipliziert."

Orientalische Weisheit

## POSITIVE PSYCHOTHERAPIE UND VERHALTENSTHERAPIE

von Hans Deidenbach, Kiedrich

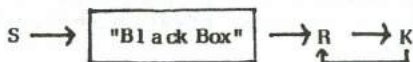
Die Positive Psychotherapie bietet mit ihrem fünfstufigen Vorgehen ein Modell an, in dessen Rahmen unterschiedliche Fachrichtungen zusammenarbeiten können. So können auch zahlreiche verhaltenstherapeutische Techniken angewandt werden.

### 1. Verhaltenstherapie heute

Unter dem Begriff "Verhaltenstherapie" (VT) werden zahlreiche theoretische Modelle (Lernen am Erfolg, Lernen am Modell, Klassisches Konditionieren, Multimodale VT, Kognitive VT, etc.) und daraus abgeleitete Verfahren subsumiert, denen einige Grundannahmen gemeinsam sind, so zum Beispiel:

- Jedes beobachtbare Verhalten ist im Laufe der Lebensgeschichte **e r l e r n t** und kann daher umgelernt oder verlernt werden.
- Erlerntes Verhalten geht durch den "Filter" von "Organismusvariablen"; es interveniert zusätzlich mit Vererbungs- und Anlagefaktoren.

Anfänglich beschränkte sich zum Beispiel das Operante Konditionieren (Lernen am Erfolg) auf ein einfaches **Reiz-Reaktions-Modell**.



S = Stimulus (Reiz/Situation)

R = Reaktion

K = Konsequenz

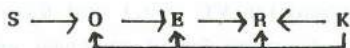
} beobachtbar

Abb. 1: Reiz-Reaktions-Modell

Gearbeitet wurde mit beobachtbaren Daten: dem Input (S) und dem Output (R) sowie dessen Konsequenzen (K). Vererbungs- und Anlagefaktoren, Organismus-Variablen, kognitive Strukturen und Vorgänge wurden zwar nicht gezeugnet, aber, da nicht (direkt) beobachtbar, als Inhalte der "black box" ausgeklammert.

Auf dieser Stufe lassen sich folgende Analogien zum Instrumentarium der Positiven Psychotherapie erkennen: Die Variablen S (Stimulus/Situation) und R (Reaktion) erinnern an das Verfahren "Situation - Istwert/Sollwert," die Variable K (Konsequenzen) an die situative Ermutigung.

Seit der **"kognitiven Wende"** der Verhaltenstherapie zu Beginn der 70er Jahre haben sich Modelle entwickelt, deren Verwandtschaft zu Ansätzen in der Positiven Psychotherapie deutlich sichtbar ist, so zum Beispiel im **"Funktionalen Bedingungsmodell"**.



S, R, K: siehe Abb. 1

O = Organismus-Variablen

E = Erwartungen

Abb. 2: Funktionales Bedingungsmodell

Die Erwartungen (E) können sich beziehen auf:

- Die **Situation** : z.B. was ist daran bedrohlich?  
Zu klären ist, ob die Erwartungen zutreffend sind.
- Das **eigene Verhalten** : welches eigene Verhalten wird erwartet?  
Ist etwas Bedrohliches an dieser Reaktion?  
Zu klären ist, ob diese Erwartungen zutreffend sind.
- Die **Konsequenzen** : welche Konsequenzen werden erwartet?  
Wie werden sie eingeschätzt (positiv/negativ)?  
Zu klären ist, ob die Erwartungen zutreffend sind.
- **Angenommene Erwartungen anderer Personen** : gibt es Erwartungen über die Erwartungen anderer?  
Zu klären ist, ob diese zutreffend sind.

- **Standards bezüglich des eigenen Verhaltens:** welche Standards sind vorhanden (**Sollwert**)?

Was traut sich der Patient/Klient tatsächlich zu (**angenommener Istwert**)?

Bewertung evtl. Abweichungen (**Sollwert - angenommener Istwert**)?

In das **Verhalten (R)** werden vier Modalitäten, nicht mehr nur die motorische, einbezogen:

**V** = Verhalten:  $V_m$  = **motorische Modalität**; beobachtbares Verhalten

$V_e$  = **emotionale Modalität**; subjektives Erleben und Fühlen des Patienten/Klienten

$V_k$  = **kognitive Modalität**; Gedanken einschließlich bildhafter Vorstellungen

$V_{ph}$  = **physiologische Modalität**; körperliche Reaktionen

Die für das Problem besonders wichtigen Modalitäten können durch Unterstreichungen hervorgehoben werden. Daraus können sich später Hinweise auf Ansatzpunkte der Verhaltensänderung ergeben.

Auch **organische Bedingungen (O)** gehen in Diagnose und Therapieplanung mit ein



- genetisch-biologische Funktionsstörungen  
z.B. Stoffwechselstörungen, minimale cerebrale Hirnschäden, Beeinträchtigung von Sinnesorganen.
- eingefahrene psychophysische Reaktionsmuster  
z.B. Herzfrequenzentregelungen, vermehrte Magensäureproduktion usw.
- Drogeneinwirkungen  
aktuelle: Alkohol, Nebenwirkungen von Medikamenten  
überdauernde: Folgen von Alkohol-Abusus usw.
- momentane Bedingungen  
z.B. Kopfschmerzen, Ermüdung usw.
- erworbene Defizite  
umweltbedingte Entwicklungsrückstände, nicht altersgemäße Sprachentwicklung usw.

## 2. Verhaltenstherapie im Rahmen der Positiven Psychotherapie

Formale lerntheoretische Kriterien können dank des Instrumentariums der Positiven Psychotherapie inhaltlich konkretisiert werden. Dies ermöglicht eine Erweiterung der Therapieansätze. Verhaltenstherapeuten sprechen zum Beispiel von erwünschtem und unerwünschtem Verhalten. An zwei Beispielen sei gezeigt, wie eine "Übersetzung" von einer "Sprache" in die andere aussehen kann:

### ÜBERSETZUNGSMÖGLICHKEITEN

#### "ERWÜNSCHTES UND UNERWÜNSCHTES VERHALTEN"

Verhaltenstherapie	Positive Psychotherapie
Formale Kriterien:	Inhaltliche Konkretisierung:
z.B. "Aggressives Verhalten"	Tritt auf bei: <ul style="list-style-type: none"><li>- UNPÜNTLICHKEIT</li><li>- ÜBERHÖHTER PÜNTLICHKEITS-ERWARTUNG</li><li>- UNORDNUNG</li><li>etc.</li></ul>
z.B. "Mangelnde Selbstbehauptung"	<ul style="list-style-type: none"><li>- überhöhte HÖFLICHKEIT (ÜBERBETONTE RÜCKSICHTNAHME, AGGRESSIONSGEHEMMTES VERHALTEN)</li><li>- mangelnde EHRlichkeit/OFFENHEIT DER MEINUNGSÄUSSERUNG</li></ul>
	
"SELBSTBEHAUPTUNGSTRAINING"	"HÖFLICHKEITS - EHRlichkeitSTRAINING" → INTEGRATION

Stellt sich zum Beispiel heraus, daß das "aggressive Verhalten" des Partners in seiner **Unpüntlichkeit** besteht, die die Angst der Partnerin bedingt, so gibt es im Rahmen einer Paartherapie mehrere Mög-



lichkeiten. Zur Behandlung der Angst kann eine Pünktlichkeitshierarchie entwickelt werden, zum Beispiel so:

#### Pünktlichkeitshierarchie

1. Noch 3 Stunden, dann will er zurückkommen! Wahrscheinlich verspätet er sich doch wieder!
2. Noch 2 Stunden, dann will er zurückkommen! Wahrscheinlich verspätet er sich doch wieder!
3. Noch 1 Stunde, dann will er zurückkommen! Wahrscheinlich verspätet er sich doch wieder!
4. Jetzt müßte er eigentlich jeden Augenblick kommen!
5. Schon 1/2 Stunde zu spät! Wann wird er kommen?
6. Schon 1 Stunde zu spät! Wann wird er wohl kommen?
7. Schon 2 Stunden zu spät! Wann wird er wohl kommen?
8. Schon 3 Stunden zu spät! Wann wird er wohl kommen?
9. Schon 4 Stunden zu spät! Wann wird er wohl kommen?

...

...

Dazu wird eine sogenannte "Coping-Formel" entwickelt, zum Beispiel: "Er wird sicher noch zu tun haben. Ich freue mich, wenn er kommt" (Hoffnung). Beim Coping handelt es sich um eine Angstbewältigungstechnik, bei der der Proband den Angstreizen aktiv problemlösend begegnet (kognitive Neuinterpretation der bisher angstausslösenden Reize). Dann kann eine Desensibilisierung durchgeführt werden. Der (unpünktliche) Partner wird in die Behandlung mit einbezogen. Vielleicht stellt er dabei fest, daß er sein verbales Verhalten ändern sollte: "Ich komme zwischen .... Uhr und ... Uhr nach Hause. Bitte warte nicht auf mich ..."

Bei "mangelnder Selbstbehauptung" würde ein Verhaltenstherapeut ein Selbstbehauptungstraining durchführen. Im Rahmen der Positiven Psychotherapie sprechen wir von einem Höflichkeits-Ehrlichkeits-Training: beide Aktualfähigkeiten gilt es zu integrieren; sie beziehen sich wiederum auf andere sekundäre und/oder primäre Fähigkeiten, bei denen der Patient überbetonte Rücksichtnahme oder "aggressionsgehemmtes Verhalten" zeigt.

Zwei Beispiele aus vielen möglichen. Ich möchte mich Professor G. Benedetti (Psychiatrische Universitäts-Poliklinik Basel) anschließen, der rezensiert: "Das Modell der Positiven Psychotherapie ist eine beachtenswerte Synthese von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Elementen und stellt somit einen wesentlichen Beitrag zu den Einheitsbeziehungen innerhalb der Psychotherapie dar."

#### Anschrift des Verfassers

Hans Deidenbach  
Diplom-Psychologe  
Tulpenweg 4  
6229 Kiedrich

#### Literatur

Peseschkian, N.: Positive Psychotherapie, Theorie und Praxis einer neuen Methode, S. Fischer Verlag, 1977  
S. 381 ff



---

Die größte Entdeckung unserer Generation besteht darin, daß der Mensch fähig ist, sein Leben zu ändern, indem er seine Gedanken ändert, denn Gedanken bestimmen unser Schicksal.

William James

## Das Interaktionsmodell

von Gunther Hüber, Hofheim

---

### Der Dummkopf und der Esel

Ein Dummkopf schrie und schimpfte auf seinen Esel ein, doch der nahm keine Notiz von ihm. Ein einsichtigerer Mensch, der das beobachtete, sagte zu ihm: "Du Narr, der Esel wird niemals deine Sprache lernen. Besser wäre es, du hieltest stille und lerntest statt dessen die Sprache des Esels!"

(Saadi, persischer Dichter)

Wir gehen davon aus, daß die Kommunikation gradlinig und analog zu unseren eigenen Denkmustern verläuft und kommen kurzfristig aus der Fassung, wenn wir einem anderen Denkmuster bei einer scheinbar alltäglichen Tätigkeit, Angelegenheit begegnen. Wir haben nicht gelernt, uns vorher über die Voraussetzungen zu vergewissern und adaptieren die Situation nach einem alten Muster.

Jeder Mensch besitzt seinen individuellen Erfahrungsprozeß und hat seine einzigartige Lebensgeschichte, angefüllt mit Normen und Werten, mit Vorstellungen und Traditionen. Treffen zwei Menschen aufeinander - diese Voraussetzungen nicht achtend -, gehen sie davon aus, der andere bewege sich in dem gleichen "Kosmos" wie die betreffende Person.

### Das Interaktionsmodell in der Positiven Psychotherapie

Das Interaktionsmodell in der Positiven Familientherapie beinhaltet drei Hauptstadien - **Verbundenheit, Differenzierung/Unterscheidung und Ablösung**. Dieses Modell löst sich aus der Vorstellung ab, über die Konfliktodynamik alleine zu den pathologischen Kommunikationsmustern zu kommen. Vielmehr steht hier im Vordergrund, die Konflikthalte zu beobachten. D.h. treffen wir auf charakteristische Konfliktsituationen, fragen wir uns, auf welche Inhalte bezieht sich die Kommunikation und wie gehen die betreffenden Personen mit diesem Inhalt um?<sup>1)</sup>

---

1) Vgl. Peseschkian: Positive Familientherapie, S. 67

Damit wird der Blick von der Person neutralisiert und geht spezifisch auf die praktische Inhaltskategorie ein. Die drei Interaktionsstadien dienen als Orientierungshilfe, die die Erwartungshaltung und andere subtile mitschwingende Informationen erkennen lassen. Erst danach geht der Blick auf die Person über und fragt differenzierter nach Zusammenhängen (Dynamik), die das Handeln der Person mitbestimmen.

Mit diesem Vorgehen wird eine Rangfolge festgesetzt, die sich bildlich so verstehen läßt: Um den Aufsatz (Familie) besser und strukturierter dem Leser (Therapeuten) darbieten zu können, wird der Aufsatz in Überschriften aufgeteilt, die dem Leser eine schnelle und inhaltliche Allgemeinübersicht gewährt. Nun beginnt der Leser den Aufsatz genauer zu studieren, sodaß der Inhalt immer kompakter verständlich wird. Der Leser kommt somit von den groben Überschriften zu den feinen und schließlich zu den speziellen Darlegungen im Aufsatz.

Der Vorteil, der sich aus diesem Vorgehen erkennen läßt, ist die klare Strukturierung und Übersichtlichkeit. Es gelingt dem Therapeuten schnell, einen Einblick in die Kommunikationsstruktur einer Familie zu gewinnen. Danach geht er dann auf die dargebotenen Inhalte der Kommunikation ein. Das Thema der Familie wird in dieser Strukturierung dechiffriert und erhält ein neues Verständnis, das auch einen Standortwechsel vorbereiten kann.

### **Verbundenheit**

Zu dem Stadium der Verbundenheit schreibt Peseschkian: "Entwicklungsgeschichtlich bedeutet dies: Das Kind ist zunächst auf seine Eltern angewiesen. Es benötigt deren Zuwendung, die sich in Vorbild, Geduld und Zeit realisiert. Die Eltern fühlen sich dem Kind durch Liebe, Hoffnung, Glaube und Verantwortung verbunden. In diesem Stadium nimmt das Kind eine vorwiegend passive Haltung ein. Bei der Befriedigung seiner körperlich-seelischen Bedürfnisse (Mittel der Sinne) ist es auf seine Bezugspersonen, vor allem auf die Mutter, angewiesen. Diese befriedigt die Bedürfnisse des Kindes und lenkt seine ersten, tastenden Erkenntnisfunktionen, entsprechend bestimmten erlernten und für richtig gehaltenen Verhaltensmustern. ... In der Interaktion, der Beziehung zwischen zwei oder mehreren Menschen tritt Verbundenheit situa-



tiv auf und ist hier in einer Vielzahl von Formen wiederzufinden." 2)

### **Unterscheidung/Differenzierung**

Auf die Beschreibung der Unterscheidung/Differenzierung legt Peseschkian besonderen Wert und führt aus: "In der Stufe der Unterscheidung ist man ebenso wie in der Stufe der Verbundenheit auf eine Bezugsperson oder Autorität verwiesen ... Eltern bringen einem Kind bei, wann es Zeit ist, zu essen, wann es schlafengehen kann, daß es vor dem Essen die Hände waschen muß, wem es guten Tag sagen, wie intensiv es sich mit einer Aufgabe beschäftigen soll, wie man mit Geld umgeht, wann und wie man Fragen stellt und wie man sprachlich formulieren lernt, wo die Grenzen zwischen Phantasie und Wirklichkeit liegen und welche Interessen und Formen der sozialen Bezüge, auch psychisch gesehen, lohnenswert sind." 3)

Peschkian faßt zusammen: "Unterscheidung bedeutet nicht nur, daß man an Unterscheidung in sich hineinfrißt, was an Informationen, Regeln für wohlanständiges Verhalten und Inhalten des Wissens hineingeht, sondern auch, daß wir die gelernten Inhalte weitergeben, uns mitteilen und über sie soziale Bezüge herstellen - die Fähigkeit zu lernen und zu lehren." 4)

### **Ablösung**

Hier führt Peseschkian aus, daß Integration eine Einheit von Verbundenheit, Differenzierung und Ablösung bedeutet. Erst diese Einheit läßt die reife Persönlichkeit erkennen.

"Ablösung geschieht, wenn die Mutter die Fütterung beendet und das Kind die Nacht hindurch allein läßt, wenn es lernt, sich von Bezugspersonen zu verabschieden, wenn es bei der zunächst passiven Fütterung selbst die Flasche in die Hand nimmt, wenn es sich von einem Spielzeug abwendet und sich einem anderen Gegenstand zuwendet, der sein Interesse gefunden hat. ... Die Freiheit, die in der Ablösung mitenthalten ist, ist nicht absolut. Immer bleiben Autorität und Bezugspersonen bzw. die von ihm vertretenen Aktualfähigkeiten und Medien in der Phantasie vorhanden. Nur sind sie nicht mehr äußere Au-

2) ebenda, S. 140

3) ebenda, S. 141f

4) ebenda, S. 140

torität, deren unmittelbarer Machtanspruch unseren Gehorsam fordert, sondern sie sind als Autorität verinnerlicht und nehmen Einfluß auf unsere Werthaltungen, auch wenn sie nicht mehr anwesend sind ... Mit Ablösung ist nicht gemeint, daß man sich von einem Objekt oder einer Person abwendet. Sie bedeutet zugleich die Zuwendung zu einem anderen Objekt, zu einer anderen Person... Diese Aufeinanderfolge von Ablösung und Verbundenheit ermöglicht es, Kontakt mit anderen Personen und damit anderen Verhaltensmustern herzustellen." (S. 143f)

### **Das Interaktionsmodell - Ein Modell für die Praxis**

In der Praxis hat sich dieses Modell der Interaktion sehr bewährt. Es zeichnet sich durch seine verständliche und klare Struktur aus, die für den Patienten nachvollziehbar ist. Dies ist auch genau die Zielgruppe, auf die das Interaktionsmodell in der Positiven Familientherapie zielt. Obwohl es in seiner übersichtlichen Strukturierung dem Fachmann hilft, klare Zuordnungen zu formulieren, ist es weniger als ein rein diagnostisches denn als ein therapeutisches Konzept gedacht und hilft genau dort dem Patienten in seiner Selbsthilfe. Der Patient kann daraus Hilfestellungen für die typischen Konfliktsituationen einüben und kontrollieren. Dem Patienten kann erklärt werden, daß diese drei Stufen eine gesunde Kommunikation erst ermöglichen und in Form von Rollenspiel oder Reflexion von Konfliktsituationen ihm Alternativen vermitteln.

Es hat sich in der Praxis gezeigt, daß die Patienten damit schnell und sicher arbeiten können, Störungen besser identifizieren und mit dem Therapeuten motiviert neue Konfliktlösungsmuster suchen. Der Patient löst sich aus seiner nur passiven Rolle, nimmt eine Therapeutenrolle ein und organisiert schrittweise seine Selbsthilfe oder die der ganzen Familie.

### Anschrift des Verfassers

Gunther Hübner  
Diplom-Sozialpädagoge  
Poststraße 2

6238 Hofheim 6

## Rezensionen

---

Pickel-Bossau, Regina ; Bachmann, Walter :

"Ich will - laßt mich"

Gießener Dokumentationsreihe Heil- und Sonderpädagogik, Band 8

Der vorgelegte Band weist eine klare Gliederung auf. In der Einleitung (Prolog) durch den Herausgeber wird der Rahmen, das philosophische Konzept, abgesteckt. Der Dozent und Pädagoge läßt Schicksale seiner ehemaligen Schüler meditierend an sich vorbeiziehen und zeigt auf, wie wichtig bei allen ein einziger Tag im Leben war. Wie seine Entscheidungen und Beurteilungen 'mitentscheidend für ein sinnerfülltes, wenn auch nicht sehr einfaches Leben' wurden. Er ahnt, daß Verbindungen, oft vor dreißig Jahren begonnen, noch nicht zu Ende sind, daß zwei Pole aufeinander zustreben, um etwas zu vollenden, was noch nicht abgeschlossen ist. Im Wiedersehen mit der Mitautorin - einer ehemaligen Schülerin - entwickelt er seine Konzepte und Kritiken an der bestehenden Gesellschaft. Er sieht das große Problem unserer Zeit bezogen auf dem Umgang mit dem Behinderten vor allem in unserem mangelhaften Menschenbild. Dieses Bild wurde uns stets als ein Idealmenschenbild vorgegeben. Nicht Menschen mit ihren Fehlern und Mängeln dienten zur Definition des Ich, sondern außermenschliche Einordnungen erfolgten: Tier, Gott, Teufel. Das neue Menschenbild der rationalistischen Systeme des 17. und 18. Jahrhunderts, mit aus Rationalismus und Emprismus über die autonome Humanitätslehre eingeleitet und auf unsere Zeit fortwirkend, ist zerstört vom hemmungslosen Streben nach Machtausbreitung und dem Versuch, nachteilige Entwicklungen aus diesem Streben ideologisch zu begründen und zu kaschieren. Nach Ansicht des Herausgebers kann 'nur der die richtige Antwort auf die Neubestimmung des Menschseins sowie auf eine grundsätzliche Neubesinnung auf die Humanitas finden, der dafür eintritt, daß unser System grundlegend zu ändern sei.'

Die im zweiten Teil dargestellte Autobiographie von "Regina" soll einen epochalen Zustand ansprechen, sie soll eine Dokumentation des Zeitgeistes werden. "Wo Verhüllungen für eine Kultur konstitutiv, wo das Leben in der Gesellschaft einem Lügenzwang unterliegt, erscheint

im wirklichen Aussprechen der Wahrheit ein aggressives Moment, eine unwillkommene Entblößung." Regina erzählt ihr Leben und ihr Wirken in der Krankheit. Sie erlitt mit etwa vier Jahren eine Polioinfektion mit lebensgefährlichem Befall und einer umfassenden Muskellähmung. Sie zeigt, wie wichtig das "ich will" für sie wurde, wie wichtig bei aller Perfektion im Krankenhaus das Gespräch mit dem Kranken wäre (leider nicht ist), welche furchtbaren Folgen die unterlassene seelische Hilfe für die als Kind hatten. Sie macht die Entwicklung von dem auf dem Schulhof vor Schwäche an die Wand angelehnten Mädchen zur jungen Frau durch, die nicht abseits stehen will, "die dabeisein will". Es wird deutlich, daß viele der heute als selbstverständlich empfundenen Einstellungen und Einrichtungen nur durch den engagierten Willen von Lehrern, Pfarrern, Ärzten, Eltern von Behinderten und nicht zuletzt durch die Behinderten und ihrem eisernen Willen selbst geschaffen wurden.

Frage des Lesers: Könnte man nicht auf den ideologischen Überbau des Prologs in der nächsten überarbeiteten Ausgabe weitgehend verzichten und damit der Autobiographie in ihrer Unmittelbarkeit mehr Gewicht verleihen?

Dr.med. Josef Rosmanitz

**Wied, Ulrike: Kunsttherapeutische Gruppenarbeit in der psychoanalytischen Heilpädagogik  
Sendaks "Wilde Kerle" als Märchenspiel**  
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York-Paris-Tokyo  
1988

Die Diplom-Pädagogin Ulrike Wied schildert einfühlsam bildhaft unter steter Einbeziehung der zugrundeliegenden entwicklungspsychologischen Theorie ihr Unterrichtsprojekt "Wilde Kerle" in einer besonders wilden Klasse von 11- bis 14-jährigen Kindern mit Lernschwierigkeiten in einer Sonderschule.

Die Verhaltensweisen der Schüler werden als sehr ungeduldig - offen bei geringem Selbstvertrauen geschildert, Kontakt wird über aggressi-



ve Emotionalität gesucht oder durch resignierenden Rückzug ohne Hoffnung auf erfolgreiche Konfliktlösung vermieden. Große Schwierigkeiten im Höflichkeits-Offenheitsverhalten sind verbunden mit Unsicherheiten im primären emotionalen Bereich im Umgang mit Schülern, Lehrern und Eltern, geprägt im Erleben schwieriger Familiensituationen mit mehrdeutigem Vorbildcharakter.

Überraschend "gebändigt" wurden die Kinder durch Ansprechen ihrer Fähigkeiten im Nacherleben des bebilderten Märchens von Sendak: "Wo die wilden Kerle wohnen". Dieses führen sie bei einem Elternabend als Spiel vor. Ihre überschießende Energie wird sinnvoll für ein gemeinschaftliches Ziel eingesetzt, im Maskenbau, Bühnenbildgestaltung, Schauspiel und Tanzen. Der gespielte Titelheld "Max" stellt ihm Spiel die "Wiederannäherungskrise" mit seiner Mutter nach der trotzigten Ablösung und Ausleben seiner Aggressivität im "Land der wilden Kerle" dar durch eine neue, hoffnungsvolle Qualität der unabhängiger gewordenen Verbundenheit.

Diese "Wiederannäherungskrise" spricht ein für diese Sonderschüler besonders schwieriges Kapitel der Bildung von Selbstvertrauen an, da die vorhandenen Fähigkeiten oft durch besonders leistungsorientiertes und streng-tugendhaftes Verhalten der Umgebung zurückgedrängt werden. Der Übergang vom primärprozeßhaften, kindlichen, unmittelbar triebbefriedigenden Verhalten zum sekundärprozeßhaften sublimieren wird hierdurch in einzelnen Bereichen erschwert.

Wie im Buch geschildert, wird die Wiederannäherung an die Eltern mit neuen selbstbewußten Fähigkeiten leichter möglich durch Einsetzen der vorher negativ gesehenen Spontaneität, Phantasie, Wildheit in der neuen, eigenen Gruppenarbeit vor überraschten Eltern als Zuschauern. Märchen sprechen traumähnlich unbewußte Bereiche an und mobilisieren neue bewußte Verhaltens- und Denkkonzepte. Maskenbau, Malerei, Tanz und gemeinsame Entwicklung eines Spielablaufes überraschen die vor eine als erfüllbar erlebte Aufgabe gestellten Kinder mit ihnen vorher unbekannten oder negativ erlebten Fähigkeiten im Umgang mit sich, den Mitschülern, Eltern und dem eigenen Sinnerleben.

Alle diese Möglichkeiten werden in U. Wieds Buch engagiert anhand

des Unterrichtsprojektes über die "Wilden Kerle" mit den "wilden Schülern" aufgezeigt und anhand zahlreicher Zitate aus der psychoanalytischen Literatur entwicklungspsychologisch erläutert.

Das Buch ist eine gute Arbeitsvorlage für Pädagogen, jedoch auch anschauliche Grundlage für das Verstehen entwicklungspsychologischer Zusammenhänge und die Anwendung spielerischer und phantasieorientierter Medien in der Erziehung, auch für psychotherapeutisch Interessierte eine neue, interdisziplinäre Sicht der kindlichen Verhaltensentwicklung.

Arno Remmers, Arzt

**K.P.Kisker; H. Lauter, J.E. Meyer; C. Müller; E. Strömgren (Hrsg.):  
Psychiatrie der Gegenwart 1**

Dritte, völlig neu gestaltete Auflage

Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York-Paris-Tokyo  
1986

Der erste Band des in dritter, völlig neu gestalteter Auflage erscheinenden, insgesamt auf neun Bände angelegten Informations- und Nachschlagewerkes "Psychiatrie der Gegenwart" liegt vor. Er umfaßt den Themenbereich "Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen und Psychotherapie".

Die einzelnen Beiträge behandeln verschiedene Formen psychogener Krankheitsbilder und Störungen, wie z.B. Anorexia nervosa, Bulimie, funktionelle Sexualstörungen, sowie unterschiedliche therapeutische Ansätze wie Verhaltenstherapie und Kognitive Therapie und psychotherapeutische Vorgehensweisen wie Gesprächstherapie und Familientherapie.

Ziel der Autoren ist es, in kompakter Darstellung über den aktuellen Stand des Wissens und Könnens im diagnostischen und therapeutischen Bereich zu informieren.

Prof.Dr.med. S. Goeppert

**Manfred Cierpka (Hrsg.): Familien-Diagnostik**

Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York  
Paris-Tokyo

1988

Mit diesem Band legt der Herausgeber ein sog. "Vielmännerbuch" vor. Sehr gute Aufmachung, gute Gestaltung, übersichtlich gegliedert, sehr gutes Register, ausführliches Literaturverzeichnis am Ende des Bandes. Es ist gelungen, prominente Vertreter der diversen Schulen zur Mitarbeit zu gewinnen. Durch deren verschiedene familientherapeutische Ansätze wird der Komplexität familiendynamischer Prozesse und Therapie Rechnung getragen. In drei großen Kapiteln: klinische Diagnostik, diagnostische Beobachtungsverfahren und Fragebogeninventare als diagnostische Hilfe werden die unterschiedlichen theoretischen Ansätze aufgezeigt. Reichlich Fallbeispiele veranschaulichen die theoretischen und empirischen Ansätze. Obwohl das Werk von den Repräsentanten der verschiedenen Schulen und Richtungen gestaltet wird, wirkt es einheitlich. Es enthält alles Wichtige aus der Komplexität der Diagnostik von familiendynamischen Prozessen. Folgerichtig geht der Herausgeber in der Gestaltung des Werkes davon aus, daß einer effektiven Familientherapie eine Diagnostik nach dem derzeitigen Erkenntnisstand vorausgehen muß. Die verschiedenen Schulen sind sich einig, daß die interpersonellen Beziehungen der Gesamtfamilie an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen und Symptomen beteiligt oder sogar verantwortlich sind; logischerweise verspricht die Familientherapie dann auch bessere Ergebnisse als einzeltherapeutische Behandlung. Zusammenfassend: Ein gelungenes, gut lesbares Werk, ein wichtiges zur rechten Zeit, das uns die Vielzahl zeitgenössischer und klassischer Veröffentlichungen sichtet und auf die wichtigen beschränkt. Ein nützliches Nachschlagewerk für Klinik und Praxis, für den Lehrenden und seinen Schüler.

**Helmut Thomä; Horst Kächele: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie**  
**Band 1: Grundlagen**  
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York-Paris-Tokyo  
1985

Der erste Band eines zweibändigen Lehrbuches der psychoanalytischen Therapie liegt im Springer Verlag vor.

Der mit "Grundlagen" betitelte Band basiert auf langjähriger wissenschaftlicher und therapeutischer Arbeit der beiden Autoren Helmut Thomä und Horst Kächele und gibt eine kritisch-informative Einführung in psychoanalytische Forschung und Praxis.

Ziel der Autoren ist es, im Sinne einer historisch orientierten Systematik den Leser mit den Entwicklungslinien vertraut zu machen, die von den Anfängen der Psychoanalyse zu den gegenwärtigen Erkenntnissen und Standpunkten führen.

Nach einer Einführung in die Lage der Psychoanalyse werden zunächst grundlegende Begriffe und Theorien der psychoanalytischen Behandlungstechnik wie Übertragung und Gegenübertragung, Widerstand und Traumdeutung behandelt. In einem zweiten Abschnitt werden die für Einleitung, Durchführung und Abschluß einer psychoanalytischen Behandlung notwendigen Schritte erläutert. Abschließend werden sodann verschiedene psychoanalytische Prozeßmodelle vorgestellt und das Verhältnis von Theorie und Praxis durchleuchtet.

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

**Hannes Stubbe: Formen der Trauer - Eine kulturanthropologische Untersuchung**  
Friedrich Reimer Verlag, Berlin 1985

Eine Untersuchung über Erlebens- und Verhaltensweisen der Trauer aus der Sicht der Kulturanthropologie hat Hannes Stubbe vorgelegt. Ziel des Autors war es, sowohl die verschiedenen methodischen Wege innerhalb der Kulturanthropologie zu berücksichtigen, als auch der Vielseitigkeit des "sozialen Totalphänomens" Trauer gerecht zu werden.



Entstanden ist so ein mit viel Fleiß zusammengestellter, umfangreicher Forschungsüberblick, der allerdings durch die große Materialsammlung zu den verschiedenen Trauerritualen streckenweise etwas unübersichtlich wird. Der erste Teil des Buches informiert über die verschiedenen Formen der ritualisierten Trauer in unterschiedlichen Kulturen und geschichtlichen Epochen. Im zweiten Teil werden sodann Interpretationen des Phänomens Trauer aus den verschiedenen humanwissenschaftlichen Disziplinen vorgestellt.

In seiner Zusammenfassung des wissenschaftlichen Forschung kommt der Autor schließlich in Anlehnung an die Trauertheorie des Volkskundlers Meuli zu dem Ergebnis, daß den Trauersitten natürliche, spontane Ausdrucksformen der Trauer zugrunde liegen, die durch die Rituale übersteigert, aber auch begrenzt und kanalisiert und somit in das Sozialgefüge integriert werden.

Prof.Dr.med. S. Goeppert

Hildegard Link-Köhler

**Léon Wurmser: Flucht vor dem Gewissen**

Analyse von Über-Ich und Abwehr-Analyse bei schweren Neurosen; Geleitwort von H. Thomä

Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1987

Ein Paperbackband mit guter Ausstattung und Aufmachung, 358 Seiten Umfang. Ausführliches Register, Literaturverzeichnis mit klassischen Autoren und Veröffentlichungen bis 1987 machen das Buch zu einem Nachschlagewerk. Es entstand aus verschiedenen Vorträgen der letzten fünf Jahre und aus einer langjährigen Beobachtung und praktischen Erfahrung. Es fußt auf einer durchgehenden 30-jährigen psychotherapeutischen Arbeit in der Behandlung schwerer Neurosen und Drogenabhängiger. Der Verfasser gehört einer Gruppe amerikanischer Psychoanalytiker an, die in der ursprünglichen klassischen Sprache und Denkweise verwurzelt blieben.

Der Band enthält eine umfassende Darstellung des heutigen Standes der psychoanalytischen Abwehrtheorie und der auf ihr systemisch aufgebauten Behandlungstechnik. Der Verfasser hat durch die Integration von Erkenntnissen der modernen Affektforschung und der Mutter-Kind-

Interaktion wesentliche Akzente gesetzt und ein Lehrgebäude erstellt. Trotz des schwierigen Sachverhaltes ist das Buch angenehm zu lesen. Die Gliederung der Kapitel ist sehr übersichtlich und folgerichtig. Die Problematik wird an gut nachvollziehbaren Patientengesprächen aufgezeichnet und gründlich diskutiert. Das Zusammenwirken von Über-Ich-Forderungen, Affekten und Wünschen, globalen Identifizierungen und massiven Introjektionen werden deutlich. Eine umfangreiche Darstellung des Schameffektes und seiner Bedeutung in der therapeutischen Beziehung erfolgt neben einer ausführlich dargestellten Abhandlung über abwehrbedingte Regressionsformen. Schwerpunkt ist neben der theoretischen Herausarbeitung der Bedeutung der Über-Ich-Analyse, die bisher vernachlässigt wurde, und ihrer Wichtigkeit im Bereich der Übertragung, die kasuistische Darstellung.

Ein Werk von selten gelungener Harmonie und klarer Didaktik, ein Werk nicht nur für den Analytiker klassischer Prägung, nein, ein Buch, das jedem Interessierten sehr empfohlen werden muß.

. Dr.med. Josef Rosmanitz

---

Einer der Vorzüge der Schlamperei ist, daß man täglich aufregende Entdeckungen macht!

## Veranstaltungen

---

### **11. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche von 24. bis 30. Oktober 1988**

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

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



### **36. Internationaler Fortbildungskongreß der Deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Bundesärztekammer in MERAN**

**"Psychosomatik und Positive Familientherapie"**  
**vom 11. bis 17. September 1988**

Referent: Dr.med. N. Peseschkian

Information: Prof. Dr. H. Hamm, Alter Postweg 20, 2000 Hamburg 90



**Einführung in Theorie und Praxis des WIPPF**  
**(Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie)**

**1. Termin 21. September 1988 von 15.00 bis 19.00 Uhr**

Die Anwendung des Fragebogens WIPPF

Das Erstinterview

Faltkalender für den Patienten

zeitgleich werden Praxismitarbeiterinnen mit der Auswertung  
des Fragebogens vertraut gemacht.

**2. Termin 5. Oktober 1988 von 10.00 bis 14.00 Uhr**

Erfahrungsaustausch

Beantwortung von Fragen nach eigener Arbeit mit dem WIPPF

Interpretationsbeispiele und -hilfen

Schriftliche Anmeldungen bitte an:

Dr.med. N. Peseschkian

An den Quellen 1

6200 Wiesbaden

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksich-  
tigt. Sollte die Gruppe zu groß werden, werden Zusatztermine einge-  
richtet.





## Mitteilungen

---

### Bibliographien zu verschiedenen psychischen Störungen

Die Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) legt neue Bibliographien zu folgenden Themen vor:

- Sexuelle Funktionsstörungen, abweichendes Sexualverhalten und Transsexualität (Nr. 38)
- Phobien (Nr. 39)
- Bulimie, Übergewicht (Nr. 40)
- Alkoholismus (Nr. 41)
- Drogenabhängigkeit, Drogensucht Teil 1: Entstehung, Prävention, Drogenpolitik (Nr. 42), Teil 2: Intervention, Therapie, Rehabilitation (Nr. 43).

Außerdem sind zwei Bibliographien zur psychologischen Grundlagenforschung erstellt worden: Emotionspsychologie - Theorie und Grundlagenforschung (Nr. 36) und Problemlösungsforschung (Nr. 37).

Die Bibliographien, die aus dem Bestand der Literaturdatenbank PSYINDEX zusammengestellt sind, weisen relevante Zeitschriftenaufsätze, Bücher, Sammelwerksbeiträge, Dissertationen und Reports in informativen Kurzzusammenfassungen nach. Die Bibliographien können bei der ZPID, Universität Trier, Postfach 38 25, 5550 Trier bestellt werden. Sie kosten DM 20,-- (Nr. 40 und 42), DM 25,-- (Nr. 35 - 39 und Nr. 43, jeweils Doppelband) sowie DM 30,-- (Nr. 41, Doppelband).

## Geschichte: "Wissen ist Macht, Sehen ist Allmacht

Avicena, der große Arzt, war aus seiner Heimatstadt vertrieben worden. So, wie es heißt, daß der Prophet nichts im eigenen Lande gilt, gilt oft auch der gute Arzt nichts in seiner Stadt. Avicena reiste nach Bagdad; sein Ruf als Arzt eilte ihm voraus. Vor den Toren Bagdads, am Ufer des Euphrat, sah Avicena eine große Menschenmenge, die einen Hakim umstand. Der verkaufte Pillen, Tränklein, legte Blutegel an und stellte seine Diagnosen.

Während Avicena ihm zuschaute, trat eine ältere Frau an den Hakim heran und reichte ihm ein Fläschchen mit Urin. Der Hakim hob das Fläschchen in die Sonne und erklärte: "Dieser Urin ist von deinem Herrn." Die Frau stimmte erstaunt zu. "Dein Herr wohnt im Osten der Stadt." Wieder mußte die Frau dies bestätigen. Der Hakim blickte nochmals in den Urin hinein: "Er ist Jude." Den Umstehenden blieb vor Erstaunen und Wundern der Mund weit offen. "Und außerdem, fuhr der Hakim fort, "hat dein Herr heute Joghurt gegessen." Das Erstaunen aller hatte keine Grenzen mehr. Der Hakim gab der Frau ein Beutelchen mit Pillen, die gut für ihren Herrn wären.

Nachdem sich die Menschenmenge verlaufen hatte, trat Avicena an den Hakim heran, lobte ihn für seine Kunst und fragte ihn "Wie hast du das bloß gemacht?" Der Hakim antwortete: "Genau so wie ich weiß, daß du Avicena bist." Jetzt war Avicena an der Reihe zu staunen. Kopfschüttelnd wollte er wissen: "Woher weißt du das?" Der Hakim lächelte und sagte: "Du warst der einzige, der verständige Fragen stellte. Dich kannte ich nicht aus Bagdad. Ich wußte aber, daß du kommen wirst, und so war es nicht schwer, dich zu erkennen." "Wie konntest du aber so viel über die Frau und ihren Herrn sagen?"

"Das war nichts als Beobachtung. Die Frau trug eine Kleidung, wie sie bei uns nur Mägde tragen. Der Urin, den sie im diesem wertvollen Fläschchen brachte, war also mit großer Wahrscheinlichkeit von ihren Herrn. Sie trug die Zeichen, die sie als Jüdin kenntlich machen. Als Jüdin dient sie sicher nicht einem mohammedanischen oder christlichen Herrn. Ihr Herr mußte also auch Jude sein. An ihrem Ärmel sah ich die Reste von frischem Joghurt. Alles sprach dafür, daß ihr

Herr heute eine Speise mit Joghurt aß. Alle meine Beobachtungen und Schlüsse waren richtig und haben mir selbst auch einen großen Dienst getan."

Avicena, der Arzt, horchte auf. Der Hakim fuhr fort: "Dadurch daß ich so viel über den Urin sagen konnte, brauchte ich ihn nicht auf Zucker hin zu kosten, denn das tue ich, bei Allah, überhaupt nicht gern."

Aus: N. Peseschkian: "Auf der Suche nach Sinn"



---

Es gibt Leute, die nur aus dem Grunde in jeder Suppe ein Haar finden, weil sie, wenn sie davor sitzen, so lange den Kopf schützen, bis eines hineinfällt.

Friedrich Hebbel