

# Zeitschrift für Positive Psychotherapie

---

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

---

Heft 17 - 16. Jahrgang - Dezember 1995 - DM 6,-



Erziehung

Selbsthilfe

Psychotherapie

Transkulturelle Probleme

---

- Die verschiedenen Manifestationen des Hungers
  - Positive Family Therapy with Bronchial Asthma Patients
  - Gruppenpsychotherapie bei neurotischen Störungen der türkischen Gastarbeiter
  - Die Integrierte Gesundheitssicherung - Ein Modell für eine ambulante und stationäre Prävention
  - Ankündigungen und Rezensionen
-



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

**Impressum**

Zeitschrift für Positive Psychotherapie  
Organ des Internationalen Zentrums für  
Positive Psychotherapie e.V. (IZPP)

**Herausgeber**

Dr. med. Nossrat Peseschkian  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,  
Psychotherapie  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

**Redaktion**

Dr. med. Nossrat Peseschkian  
Prof. Dr. med. Raymond Battgay  
Prof. Dr. med. Sebastian Goeppert  
Dr.med.HelmutRöthke

**Beirat**

Dr. med. Thomas Becker - Dr. med. Udo Boessmann -  
Dr. med. Wolfgang Hönnmann - Dipl.-Päd. Gunther Hübner -  
Hans-Jürgen Köttner, Arzt - Dipl.-Päd. Christiane Müller -  
Arno Remmers, Arzt - Dr. med. Andreas Rohen -  
Dipl.-Psych. Angelika Schlegel - Dr. med. Hedwig Sombroek

**Anschrift der Redaktion**

Deutsche Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)  
An den Quellen 1, 65183 Wiesbaden  
Tel.: (0611) 37 37 07, Fax: (0611) 39 99 0

Erscheinungsweise ein- bis zweimal jährlich  
Einzelheft DM 6,- zuzüglich Zustellgebühren

---

**Zeitschrift für Positive Psychotherapie**  
**Eniehung - Selbsthilfe - Psychotherapie - Transkulturelle Probleme**

---

**Inhalt**

<b>Einführung: Qualitätssicherung</b>	<b>4</b>
<b>Geschichte: Das Salomonische Urteil</b>	<b>6</b>
<b>Die verschiedenen Manifestationen des Hungers</b> <b>Prof Dr. med. Raymond Battegay, Basel</b>	<b>8</b>
<b>Geschichte: Der Dattelesser</b>	<b>49</b>
<b>Positive Family Therapy with</b> <b>Bronchial Asthma Patients</b> <b>Dr. med. Marina V. Elyseeva, St.Petersburg, Rußland</b>	<b>50</b>
<b>Geschichte: Gedanken sind wie Keime</b>	<b>57</b>
<b>Gruppenpsychotherapie bei neurotischen Störungen</b> <b>der türkischen Gastarbeiter</b> <b>Dr. med. Petar Opalic', Belgrad,</b> <b>Dr. med. Friedhelm Röder, Marburg</b>	<b>58</b>
<b>Die Integrierte Gesundheitssicherung - Ein Modell</b> <b>für eine ambulante und stationäre Prävention</b> <b>Dr. med. Friedrich Haux, Bad Ems</b>	<b>72</b>
<b>Ankündigungen und Rezensionen</b>	<b>78</b>

# Einführung

## Qualitätssicherung

### Eine Wirksamkeitsstudie zur Positiven Psychotherapie

Ein tiefenpsychologische fundiertes Psychotherapieverfahren  
unter dem transkulturellen Gesichtspunkt mit neuen Techniken  
von Dr. med. N. Peseschkian

Seit einigen Jahren wird eine Wirksamkeitsstudie der Positiven Psychotherapie durchgeführt, die dem Ziel dient, die Effektivität dieser tiefenpsychologisch fundierten Therapieform zu dokumentieren.

In Anlehnung an die umfassende Wirksamkeitsstudie von Prof. Dr. Klaus Grawe (Bern) *Psychotherapie im Wandel*, und weiteren Fachkollegen, sowie in Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Landesärztekammer Hessen, werden drei Qualitätsaspekte untersucht:

1. Die **Strukturqualität** (d.h. Qualifikation und Ausbildung der Fachkräfte, sowie Ausstattung und Organisation der Institution)
2. Die **Prozeß- oder Behandlungsqualität** (d.h. Qualität der therapeutischen Maßnahmen)
3. Die **Ergebnisqualität** (d.h. Therapieerfolg)

Mit einer umfangreichen Meßbatterie, die beispielsweise den **Gießen Test** (von Beckmann, Brähler, Richter), das **Inventory of Interpersonal Problems IIP** (von Horowitz, Strauß und Kordy), den **IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen** (von Krampen) beinhaltet, werden zwei Patientengruppen untersucht:

1. Ca. 300 Patienten, die sich momentan in einer Therapie befinden: anhand der hier erfaßten Daten werden Behandlungsqualität und Ergebnisqualität erfaßt.

2. Ca. 300 Patienten, die ihre Therapie bereits seit einiger Zeit beendet haben: es sind 3 Meßzeitspannen zur katamnestischen Erhebung festgelegt:

- (1) ½ Jahr nach Therapieschluß
- (2) 1-3 Jahre nach Therapieschluß
- (3) 4-5 Jahre nach Therapieschluß

Die so erfaßte Langzeitwirkung (Depotwirkung) der Positiven Psychotherapie ermöglicht eine Aussage über die psychisch erlangte Stabilität des einzelnen Patienten hinsichtlich seiner ursprünglichen Beschwerden, die zur Therapie geführt hatten.

3. Weiterhin wird eine Kontrollgruppe von ca. 300 Menschen in die Studie einbezogen, die bisher noch keine Therapie für sich benötigt bzw. beansprucht hat, also Menschen, die glauben mit ihrem Leben ohne professionelle Hilfe gut zurecht zu kommen.

20 Kollegen (Ärzte und Diplom-Psychologen) bundesweit, die psychotherapeutisch in Positiver Psychotherapie ausgebildet sind, nehmen an der Studie teil und stellen ihr Patientenkontingent zu Verfügung.

Voraussichtlich werden die computergestützte Auswertung und Ergebnisse unseres Feldexperimentes bis zum Ende des Jahres 1996 vorliegen.

Dr. med. N. Peseschkian / Dipl.-Psychologin B. Werner



*Zu der Zeit kamen zwei Huren zum König und traten vor ihn. Und das eine Weib sprach: Ach, mein Herr, ich und dies Weib wohnten in einem Hause, und ich gebar bei ihr im Hause. Und über drei Tage, da ich geboren hatte, gebar sie auch. Und wir waren beieinander, daß kein Fremder mit uns war im Hause, nur wir beide. Und dieses Weibes Sohn starb in der Nacht; denn sie hatte ihn im Schlaf erdrückt. Und sie stand in der Nacht auf und nahm meinen Sohn von meiner Seite, da deine Magd schlief und legte ihn an ihren Arm, und ihren toten Sohn legte sie an meinen Arm. Und da ich des Morgens aufstand, meinen Sohn zu säugen, siehe, da war er tot. Aber am Morgen sah ich ihn genau an, und siehe, es war nicht mein Sohn, den ich geboren hatte.*

*Das andere Weib sprach: Nicht also; mein Sohn lebt, und dein Sohn ist tot. Jene aber sprach: Nicht also; dein Sohn ist tot, und mein Sohn lebt. Und redeten also vor dem König. Und der König sprach: Diese spricht: Mein Sohn lebt, und dein Sohn ist tot; jene spricht: Nicht also; dein Sohn ist tot, und mein Sohn lebt. Und der König sprach: Holet mir ein Schwert her! Und da das Schwert vor den König gebracht ward, sprach der König: Teilet das lebendige Kind in zwei Teile und gebt dieser die Hälfte und jener die Hälfte. Das sprach das Weib, des Sohn lebte, zum König (denn ihr mütterliches Herz entbrannte über ihren Sohn): Ach, mein Herr, gebt ihr das Kind lebendig und tötet es nicht! Jene aber sprach: es sei weder mein noch dein; laß es teilen! Da antwortete der König und sprach: Gebt dieser das Kind lebendig und tötet es nicht; die ist seine Mutter. Und das Urteil, das der König gefällt hatte, erscholl vor dem ganzen Israel, und sie fürchteten sich vor dem König; denn sie sahen, daß die Weisheit Gottes in ihm war, Gericht zu halten.*

(1. Könige 3, Vers 16-28)

Aus: „Der Kaufmann und der Papagei“  
Fischer Taschenbuch Nr. 3300, S. 52



# Die verschiedenen Manifestationsweisen des Hungers

1Raymond Battegay, Basel

Der Begriff "Hunger" in einem weiteren Sinne umfasse nicht nur des Menschen aktives, zupackendes, "aggressives" Verlangen im Sinne des lateinischen Wortes "adgredi" (heranschreiten, angreifen, sich zu etwas anschicken, etwas unternehmen, jemanden für sich zu gewinnen versuchen, sich an jemanden wenden) nach (oralen) Fütterung und Nahrung, sondern auch nach gefühlsmässiger Wärme, (taktile) Berührung und Inbesitznahme eines Objektes. Dieser Hunger in seiner zweifachen Bedeutung lässt sich von Geburt an erkennen. Der kindliche Schrei bei der Geburt - der allerdings nicht in allen Kulturen vorkommt, vor allem nicht in jenen, in denen das Kind sogleich an - die warme Haut der Mutter zu liegen kommt wie z.B. bei den Eskimos - bedeutet in dieser Sicht nicht nur die Aufforderung zum oralen Gestillt-werden, sondern auch Ausdruck eines Bemächtigungshungers, der dann ausbricht, wenn das Kind der intrauterinen Homöostase verlustig geht und eine Frustration in bezug auf Umsorgung erfährt. Kräftige Säuglinge neigen dazu, durch ihre Lautgebung intensiver die mütterliche Zuwendung zu fordern als schwächere. Es wird demnach auch vom Kinde bestimmt, wieviel die Mutter an Zuwendung und Umhegung dem bzw. der von ihr Geborenen angedeihen lässt. Nicht nur die primäre Motivation der Mutter

---

<sup>1</sup> Dr. med., Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel, Chefarzt der Universität Basel, Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel, Kantonsspital, Petersgraben 4, 4031 Basel



zählt, sondern auch die durch das Wechselspiel (engl. : interplay) mit dem, Kinde entstehende sekundäre Reaktion bzw. der Response der Mutter, der durch die mimischen, pantomimischen wie auch lautmässigen Demonstrationen des kindlichen "Hungers" hervorgerufen wird.

## **Liebes-"Hunger"**

Dieser Hunger, der sich im kleinen Kind im Wunsch nach Nahrungsaufnahme wie auch im Bedürfnis nach taktiler Nähe, Augen- und Ohrenkontakt mit der Mutter kundgibt, begleitet den Menschen in mehr oder weniger verdeckter Form sein ganzes Leben. In der Liebe wird der "Hunger" unter Umständen bis zum extremen Fusionsbedürfnis gesteigert. Die Vereinigung zweier Menschen käme ohne diese Sehnsucht nach Nähe eines oder gar Verschmelzung mit einem liebenden Menschen nicht zustande. Die gegenseitige Anziehung der beiden Geschlechter kann in diesem Sinne als Auswirkung des "Hungers" in einem weiteren Sinne betrachtet werden. Wir sprechen ja von „Liebes-Hunger“. Individuen, die in ihrer frühesten Kindheit nichts oder nur bei Erfüllung elterlicher Idealerwartungen oder zuviel von Wärme und Stimulation erfahren, werden zeitlebens - meist vergeblich - hoffen, noch oder wieder jene liebende Umsorgung zu erfahren, die ihnen bislang nicht oder nicht in adäquater Weise zuteil wurde. Aber auch Menschen, die sich wegen anlagebedingter Ich-Schwäche vor mitmenschlicher Nähe ängstigen oder Liebeszuwendungen nicht zu erleben vermögen, fühlen sich naturgemäß seit Kindheit liebesverkürzt. Da alle erwähnten Individuen infolge ihres frühen Zukurzgekommenseins oder ihrer Verwöhnung eine derart hohe Erwartung an die ihnen neu Entgegenkommenden hegen oder aber eine Enttäuschung

antizipieren, werden sie meist, auch nach einer an und für sich entsprechenden Begegnung, "hungrig" bleiben.

## Reiz- und Tatenhunger

Im Normbereich liegt der "Tatenhunger" vieler Menschen. Unser Nervensystem ist derart beschaffen, daß es der ständigen Reize bedarf, um in einem Gleichgewicht zu bleiben. Bei totaler Abschirmung von äußeren Einwirkungen, unter Bedingungen von "sensory deprivation" (Lilly und Shurley, zit. in: Genorn und Loofbourrow, 1963; Gross und Svab, 1969, u.a.), beginnt der Mensch schon nach zehn Stunden unter Sinnestäuschungen zu leiden. Vermag er nichts um sich herum wahrzunehmen, so stimuliert er sich offenbar selbst. Es können entsprechende Veränderungen im Elektroenzephalogramm festgestellt werden. Der "Hunger" nach Reizen, nach Stimulation, nach der Erkennung von "Gestalten", die als solche identifiziert werden können, ist ein normalpsychologisches Phänomen. Dementsprechend besteht - auch beim Normalbürger und nicht nur beim Abenteurer - ein "Hunger" nach immer neuem Erleben und damit nach reizbringenden Taten.

Wie bereits unsere bisherigen Ausführungen zeigen, beruht das Phänomen des "Hungers" auf einem sehr komplexen psychosomatosozialen Geschehen. Da aber kein Erleben sozialer Interaktionen ohne somatisches Substrat denkbar ist, und der Begriff "Hunger"<sup>1</sup> ohnehin auch eine körperliche Befindlichkeit anzeigt, haben wir uns in den kommenden Ausführungen auch mit den neurophysiologischen und metabolischen Aspekten des Problems auseinanderzusetzen.

**Hetherington** und **Ranson** (1940) haben entdeckt, daß bilaterale Läsionen in der ventromedialen hypothalamischen Zone bei Ratten dazu führten, daß sie eine Hyperphagie aufwiesen und eine Fettsucht entwickelten. Wurde bei Ratten hingegen eine Läsion in der Gegend des lateralen Hypothalamus gesetzt, welche gegenüber dem ventromedialen Teil liegt, aßen sie nicht mehr (**Smith**, 1976; **Anand** und **Brobeck**, 1951). Die Aphagie war dramatisch, da die Ratten sogar über Futter liefen, ohne nach ihm zu greifen. Das Nicht-mehr-Essen war lebensbedrohlich, und die Ratten starben, wenn sie nicht künstlich ernährt wurden. **Anand** und **Brobeck** (1951) supponierten, daß die ventromediale hypothalamische Zone das Futterbedürfnis hemme. Sie entwickelten eine Hypothese in bezug auf die zentralnervöse Kontrolle des Futtereinnahmeverhaltens, die auf der Annahme von zwei diesbezüglichen Gehirnzentren beruht, die sogenannte "dual center hypothesis". Die ventromediale hypothalamische Zone würde zu einer Hemmung der Futteraufnahme führen (Sättigungszentrum, **Morley**, 1980), und der laterale hypothalamische Bereich würde eine Erhöhung der Futteraufnahme herbeiführen (Futteraufnahmezentrum, **Morley**, 1980). Im Jahre 1954 haben **Teitelbaum** und **Steffim** beobachtet, daß Ratten mit einer Läsion im lateralen hypothalamischen Bereich, wurden sie lange genug künstlich gefüttert, sich eventuell in ihrer Ess- und Trinkfähigkeit erholten. **Teitelbaum** (1954) hat dabei supponiert, daß die Erholung des Futterkontrollverhaltens eine Wiederholung der ontogenetischen Entwicklung darstelle. Doch sind diese Untersuchungen nicht ohne Widerspruch geblieben, so daß sie noch nicht als gefestigt gelten können. Es zeigte sich in weiteren Untersuchungen (**Brobeck**, 1979), daß eine elektrische Stimulierung der

ventromedialen Regionen des Hypothalamischen, zu einer Hemmung der Futteraufnahme und eine elektrische Stimulation der lateralen Hypothalamusregion zu einem Futteraufnahmerez führten. Die Tatsache, daß Stimulation und Destruktion gegensätzliche Resultate bewirkten, erschien überzeugend. Allerdings wurde die Argumentation angezweifelt, als es gelang, durch Läsionen und Stimulationen in den erwähnten Bereichen auch anderes Verhalten, also nicht nur das Futteraufnahmegebaren, zu beeinflussen (**Grossman**, 1975). Alterationen des Futteraufnahmeverhaltens wurden demnach, wie **Smith** (1976) betont, vielleicht nur einen Aspekt einer veränderten sensomotorischen Integration in das Gehirn darstellen, wobei diese Annahme aber noch keineswegs sicher fundiert ist. Auf die übrigen Hypothesen des Futteraufnahmeverhaltens werden wir im Kapitel der Adipositas eingehen. Es läßt sich aber bereits aus unseren jetzigen Ausführungen betreffend die Rattenversuche erkennen, daß die Nichtaufnahme von Nahrung nicht nur einem komplexen psychologischen Verhalten, sondern gleichzeitig auch den Vorgängen in einem somatischen Substrat entspricht, bei denen vielfältige neuronale und metabolische Prozesse ineinanderwirken.

Wir können natürlich die Ergebnisse dieser Tierversuche nicht einfach auf den Menschen übertragen. Sie sollen uns nur zum Denken anregen in bezug auf mögliche körperliche Grundlagen des Nahrungsaufnahmeverhaltens. Bei der menschlichen Nahrungsverweigerung kommen sicher noch mannigfaltige anderweitige Einwirkungen hinzu wie z.B. das Essverhalten und die Einstellung zur Nahrung der Familie bzw. der Eltern, frühe Lernprozesse in bezug auf das Essen, eine mehr oder weniger bewußte Trotzhaltung, das Vorbild der Eltern, die Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle und damit auch der entsprechenden

Fettpolster und nicht zuletzt die durch emotionale Mangel Erfahrungen in der Kindheit und eventuell später bedingte ungenügende Selbstidentität.

In der Anorexia nervosa tragen die davon Betroffenen, meist weibliche Jugendliche, ihren emotionalen Hunger drastisch zur Schau, indem sie sich körperlich aushungern. Sie lehnen die erwachsene (weibliche) Rolle ab einerseits, wie erwähnt, weil sie durch ihre Mütter nie jene liebende Umsorgung erfahren haben, die sie erwartet haben und für ein erfülltes Leben benötigt hätten, andererseits weil sie so zu dokumentieren vermögen, daß sie emotional hungrig geblieben sind. Die Mangeler nährung führt dann dazu, daß die Betroffenen äußerlich, von seiten ihrer Körperform, kaum als Frauen imponieren und zudem, wie erwähnt, ihr Hungerleiden in einer Welt des Überflusses offen vor Augen führen können. Die Umwelt möchte die Kranken in bezug auf Nahrungsaufnahme erpressen, und die Betroffenen versteifen sich immer mehr darauf, ihren Körper ausmergeln zu lassen und den Hunger zu idealisieren. Die Magersucht ist ein "Denkmal" des zur Sucht gewordenen Hungers.

## **Bulimia nervosa**

Bulimiker sind Menschen, meist Frauen, die, gleich wie die Anorektiker, während ihrer frühen Kindheit oder später emotional und etwa auch kognitiv "hungrig" geblieben sind. Speziell während der Pubertät bricht in ihnen das mehr oder weniger unbewußte Gedenken an diesen frühen Mangel an Liebe und Aufmerksamkeit oder eine lieblos überbefürsorgende bzw. durch Idealerwartungen dominierte Erziehung auf. Sie vermögen sich mit der Rolle einer erwachsenen Frau nicht zu identifizieren und können auch deshalb niemals jene Sympathie und Jene



Zuwendung erfahren, die sie bei der Begegnung mit Vertretern des anderen Geschlechts erwarten. Bulimiker sind meistens adoleszente oder jüngere bzw. auch mittelalterliche Frauen, welche an unkontrollierbaren Heißhungeranfällen leiden und danach versuchen, die inkorporierte Nahrung durch selbstinduziertes Erbrechen wieder loszuwerden. Dieses heißhungrige Essen erscheint regelmäßig, wann immer diese Menschen frustrierende emotionale und/oder kognitive Erfahrungen durchgemacht haben. Auch kann sich ihrer ein Heißhunger bemächtigen, wenn sie besonders determiniert sind, ihre Essorgien zu stoppen. Zuhause greifen sie zu ihren Nahrungsreserven, und sie können erst dann mit Essen aufhören, wenn nichts übrig geblieben ist. Sie befürchten, an Gewicht zuzunehmen und stecken nach der Essorgie einen Finger oder die ganze Hand in den Hals, um das Erbrechen zu induzieren, wobei dieser Vorgang etwa soweit gehen kann, daß sie ihren Finger oder sogar den Pharynx oder den Larynx verletzen. Die Verzweiflung über ihre Essanfälle kann sie soweit treiben, daß sie Hand an sich legen.

Die Bulimiker benötigen auf der einen Seite, wie alle Patienten mit Eßstörungen bzw. entsprechenden Süchten, die bedingungslose Aufmerksamkeit des Therapeuten, auf der anderen Seite müssen sie aber immer wieder auf ihr falsches Problemlösungsverhalten kognitiv aufmerksam gemacht werden, und es muß ihnen die Nutzlosigkeit ihres Versuchs, ihre narzisstische Leere mit Nahrung auffüllen zu wollen, klar vor Augen geführt werden. Sie müssen kognitiv trainiert werden, die auslösenden Faktoren dieses Verhaltensmusters zu erkennen, so daß sie dann in entsprechenden frustrierenden Situationen fähig sind, den dadurch früher ausgelösten unwiderstehlichen Wunsch, Nahrung zu inkorporieren und davon Besitz zu ergreifen, zu vermeiden und ihre Frustrationen anders zu verarbeiten. Es ist

wichtig, daß sie zuhause nur ein Minimum an Nahrung, möglichst nur die ausreichende Menge für einen Tag, vorrätig haben. Wie **Habermas** und **Müller** (1986) betonen, haben sie außerdem einen exakten Essplan mit drei Mahlzeiten und dem erlaubten Mass an Kohlehydraten aufzustellen und sich nach einem Diätplan einzurichten. **Laessle** (1991) spricht von einem notwendigen "Ernährungsmanagement".

Die Resultate vor allem der Gruppentherapie mit Bulirnikern sind ermutigend wie **Oesterheld** et al. (1987) berichten und die Erfahrungen an der Basler Psychiatrischen Universitätspoliklinik (**Keel**, 1988) zeigen. Nach **Oesterheld** et al. führen verschiedene Methoden der Gruppenpsychotherapie zu einer Reduktion der Symptome bei 52-57% der Patienten in bezug auf Essanfälle, Erbrechen oder Ess-/Brechphasen. Die meisten Autoren berichten über eine Reduktion der Symptome bei ca. 70% der Erfassten. Die Arten der Beurteilung scheinen jedoch so unterschiedlich zu sein, daß keine festen Schlüsse bezüglich des therapeutischen Erfolges gezogen werden können. Auch ist es schwierig, den Prozentsatz der Reduktion an Symptomen auszurechnen, die oft nur vage und subjektiv erhoben worden sind. Zuverlässiger ist es, sich auf die Resultate der Betreuung einzelner Individuen zu beziehen. So haben beispielsweise **Stevens** und **Salisbury** (1985) berichtet, daß 6 von 8 Patienten, die sie gruppenpsychotherapeutisch betreut haben, in einer Nachuntersuchung, 10 Monate nach Beginn der Behandlung, frei von Essanfällen waren. **Brisman** und **Siegel** (1985) erwähnen ebenfalls gute Resultate bei der Gruppenpsychotherapie mit Bulimikern. Auch auf der Basis der in der Basler Psychiatrische Universitätspoliklinik gesammelten Erfahrungen kann geschlossen werden, daß diejenigen, die an einer Behandlungsgruppe von Bulirnikern teilnehmen, die nötige Stützung für ihr inkonsistentes Selbst bzw. ihr insuffizientes

Selbstvertrauen erfahren. Zusätzlich können diese Patienten ihre falschen Problemlösungsmuster besser zusammen als alleine erkennen und bekämpfen.

## **Adipositas**

Wie bereits bei der Anorexia nervosa angeführt, haben schon **Hetherington** und **Ranson** (1940) festgestellt, daß Ratten an Gewicht zunahmen, wenn bilaterale Läsionen in der Gegend des ventromedialen Hypothalamus gesetzt wurden. Der primäre Effekt der Läsion schien zu sein, daß sie im Übermaß aßen, eine Hyperphagie entwickelten. **Morley** (1980) bezeichnet dementsprechend den ventromedialen Hypothalamus als Sättigungszentrum und den ventrolateralen Teil als Futteraufnahmezentrum. Wie Untersuchungen von **Morley** (1980) ergeben haben, wirken zerebrale Überträgersubstanzen (Transmitter) regulierend auf das Futteraufnahmeverhalten. Die erwähnten hypothalamischen Kerne stehen unter konstanter Einwirkung dieser Transmitter. So kam man z.B. aufgrund von Untersuchungen an Ratten zum - allerdings nicht unbestrittenen (**Wallace** et al., 1981) - Schluß, daß das zirkulierende immunoreaktive Beta-Endorphin sich im wesentlichen stimulierend auf die Futtereinnahme auswirke. Das dazu antagonistisch wirkende Naloxone hemmt offenbar den Einfluß des Beta-Endorphin und führt zu einer Abmagerung der Tiere (**Margules** et al., 1978). **Morley** und **Levine** (1980) haben festgestellt, daß das stressinduzierte Essen von Ratten durch die Endorphine vermittelt wird. Diese stressbedingten Essreaktionen der Ratten konnten durch den Opiatantagonisten Naloxone aufgehoben werden. Es scheint demnach, daß das Beta-Endorphin wesentlich bei der Kontrolle des Nahrungsaufnahmeverhaltens mitwirkt. **McCloy** und **McCloy**

(1979) haben nun die Hypothese aufgestellt, daß Adipöse süchtig geworden seien in bezug auf die Stimulation durch endogene Opiate. Es sind jedoch nicht nur die endogenen Opiate, die sich auf den Hunger auswirken, sondern auch andere Überträgersubstanzen des Gehirns wie beispielsweise das Serotonin, das Dopamin, das Noradrenalin. Sie stehen alle mit dem endogenen Morphin in einem Wechselverhältnis. Morley (1980) macht darauf aufmerksam, daß das Sättigungszentrum im ventromedialen Hypothalamus unter positiver Serotoninkontrolle steht. Wird durch irgendwelche Stoffe Serotonin mobilisiert, kommt es zur Anorexie, werden intraventrikulär Serotoninantagonisten gegeben, so wird diese Wirkung aufgehoben, und es tritt eine Hyperphagie ein. Wird Noradrenalin in den ventromedialen Hypothalamus der Ratte gespritzt, so wird die Nahrungsaufnahme angeregt. Das Dopamin scheint ebenfalls einen fördernden Einfluß auf die Futteraufnahme auszuüben und vor allem auf den lateralen Hypothalamus einzuwirken. Alle diese Transmitter stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander und wirken zum Teil gleichsinnig und zum Teil antagonistisch auf die erwähnten Gehirnzentren, die die Futtereinnahme regulieren.

Nach der Erörterung gewisser Gegebenheiten und Befunde betreffend die Körpervorgänge, die den Hunger - oder dessen Ausbleiben - ausmachen, wenden wir uns nun dem subjektiven, emotional-kognitiven Aspekt der Adipositas zu.

In der Sprache Melanie Kleins (1940) ausgedrückt, sind die Fettsüchtigen ständig auf der Suche nach einem sie und ihre Bedeutung verstärkenden Objekt. Doch werden sie durch ein Objekt nie befriedigt werden können und deshalb stets unersättlich dazu neigen, sich neue Objekte zuzuführen. Pudel und Meyer (1981) stellen unter anderem fest, daß Fettsüchtige

stärker abhängig sind als andere Menschen von externen Reizen, die mit der Nahrungsaufnahme verbunden sind. Während ganz allgemein das Hungergefühl durch interne Signale (z.B. Magenfüllung) geregelt wird, so ist es offenbar bei Adipösen so, daß äußere Reize, die wohl ihr Selbstgefühl stimulieren, eine besondere Rolle spielen.

Um einerseits die Psychologie Adipöser besser verstehen zu lernen und andererseits das Nahrungsaufnahmeverhalten dieser Patienten eventuell wirksamer beeinflussen zu können, wurde an der Basler Psychiatrische Universitätspoliklinik mit adipösen Patienten eine psychotherapeutische Gruppe zusammengestellt (Battegay et al., 1981). Die Gruppenpsychotherapie fand unter der Leitung zweier Ärzte statt und war vorwiegend analytisch orientiert. Es wurde einmal wöchentlich eine Sitzung von 1½ Stunden Dauer durchgeführt. In der Zeit von März 1976 bis Mai 1978 wurden 88 Gruppensitzungen abgehalten. Nach jeder Gruppenpsychotherapiesitzung wurde vom Leiter ein Protokoll geschrieben, in dem er die Teilnehmerzahl, die Namen der Patienten, das nach jeder Sitzung gewogene - Körpergewicht der Beteiligten und, nach Möglichkeit, die Zahl und die Arten der Interaktionen festhielt. Der Gruppenleiter besuchte regelmäßig die allwöchentlich stattfindenden Supervisionssitzungen der Poliklinik. Ca. zwei Jahre nach Beendigung der Gruppenbehandlung wurden in Einzelbesprechungen Katamnesen aufgenommen.

Da die Problemstellung nicht noch weiter kompliziert werden sollte, wurden lediglich Frauen in die Gruppe aufgenommen. Die Patientinnen waren teils spontan in die Psychiatrische Universitätspolitik gekommen, teils von behandelnden Psychiatern oder anderen Ärzten ihr zugewiesen worden. Nach dem Erstinterview mit dem Gruppenleiter wurden die adipösen



Frauen für die Teilnahme an der Gruppe vorgeschlagen. Die Eintrittsdaten erstreckten sich vom 17. März 1976 bis zum 25. Juli 1977. Insgesamt waren 11 adipöse Frauen an der Gruppe beteiligt. Anlässlich eines einstündigen Erstinterviews wurden eine psychodynamische sowie eine psychiatrische Diagnose formuliert. Es wurde zusätzlich das Körpergewicht zur Zeit des Gesprächs festgehalten, eine Anamnese der Adipositas aufgenommen, die auch das Körpergewicht der Eltern und Essgewohnheiten in der Ursprungsfamilie umfaßte. Ferner wurden allgemeine soziale Daten erhoben.

In **Tabelle 1** sind die Diagnosen, das initiale Körpergewicht, die Frage der Adipositas der Eltern und der ungefähre Beginn der Adipositas der Patientinnen festgehalten<sup>2</sup>

Zur Katamnesenerhebung wurden die 11 Patientinnen mittels eines Briefes um ein Gespräch in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik gebeten. Vom 29. Januar 1980 bis zum 16. April 1980 kamen sie je zu Einzelkonsultationen. Folgende Daten wurden anlässlich dieses Gesprächs erhoben: Körpergewicht zur Zeit der Katamnesenerhebung, Veränderung der Arbeitssituation und der Bezugspersonen, andere Ereignisse seit Austritt aus der Gruppe, Psychotherapie oder andere Behandlung seit Abschluß der Gruppenbeteiligung, zur Zeit der Befragung eingehaltene Diäten, Medikamenteneinnahme, retrospektive Beurteilung der Gruppe, Beurteilung der Qualität der aktuellen Lebenssituation.

---

<sup>2</sup> Hanspeter Lipp, Ursula Miest, Christine Glauser und Udo Rauchfleisch sei auch an dieser Stelle für ihre wertvolle Hilfe bei der Zusammenstellung der Daten gedankt (Battegay et al., 1981)

In bezug auf die Resultate gibt **Tabelle II** eine Übersicht über das Körpergewicht der Beteiligten zu Beginn und am Ende der Gruppenaktivität sowie zur Zeit der katamnestischen Untersuchung etwa zwei Jahre nach Abschluß der Gruppenbehandlung. Es wurde dabei als Idealgewicht das Gewicht mit höchster Lebenserwartung genommen (Stat. Bull. Metrop. Life Insur. Co. 40, Nov. /Dec. 1959).

Auf **Tabelle III** ist vermerkt, ob die Patientinnen in psychiatrischer oder anderweitiger Behandlung standen, Diät einhielten, Appetitzügler einnahmen, und ob sie zusätzlich an einem körperlichen Leiden krank waren.

In **Tabelle IV** sind besondere Charakteristika von Bezugspersonen und Arbeitsplatz, die erlebte derzeitige Lebensqualität und andere soziale Besonderheiten aufgeführt.

**Tabelle V** zeigt auf, wie die Patientinnen die Gruppe und den Leiter in ihren Wirkungen eingeschätzt haben.

Das Körpergewicht vor, unmittelbar nach der Gruppenpsychotherapie und zur Zeit der Katamnese wurde in der **Grafik** für jede Patientin gesondert dargestellt. In bezug auf die Gewichtsverhältnisse waren zwei Hypothesen aufgestellt worden:

1. Hypothese:  $KG_2 - KG_{11} < 0$
2. Hypothese:  $KG_{13} - KG_{11} < 0$

Die relativen Gewichtsverhältnisse sind für jede Patientin (in Prozent Übergewicht) einzeln dargestellt.

Es zeigt sich, daß die mittlere relative Gewichtsabnahme der Gruppe während der Gruppenpsychotherapie statistisch

signifikant ist ( $p < 0,05$ ). 8 von 11 Patientinnen nahmen während der Behandlung ab, 1 blieb in ihrem Gewicht konstant, 2 nahmen zu. Zur Zeit der katamnestischen Untersuchung hat die Gruppe im Mittel immer noch weniger Gewicht als vor Beginn der Behandlung. Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant, d.h. es traten mehrere Rezidive in Richtung verstärkter Übergewichtigkeit auf 6 von 11 Patientinnen waren zur Zeit der Katamnesenerhebung immer noch leichter als vor Beginn der Therapie, 1 gleich schwer wie vorher, 4 schwerer als vor Beginn der Behandlung.

Die erste Hypothese, daß bei der Untersuchung unmittelbar nach Beendigung der Gruppenpsychotherapie die Patientinnen im Mittel leichter seien als zuvor, konnte demnach statistisch bestätigt werden (t-Test). Die zweite Hypothese hingegen, daß auch bei der katamnestischen Untersuchung die Gewichtsreduktion signifikant bleibe, wurde nicht erhärtet.

Nach diesen Befunden zu schließen, übte die Adipösengruppe während ihrer Aktivität eine Wirkung auf das Essverhalten der Beteiligten aus. Dieses Resultat steht in Übereinstimmung mit den Erfahrungsberichten anderer Autoren (**Dorfman** et al., 1959; **Kaplan**, 1966; **Lassiter** et al., 1973). Die Mitglieder wollen in der Gewichtsabnahme gegenseitig nicht zurückstehen. Deshalb beachten die Beteiligten Diätvorschriften besser als zuvor, und die Mehrheit der Gruppenmitglieder nimmt an Gewicht ab. Die Gewichtsreduktion in der Gruppe erfolgte offenbar, weil die Patientinnen einerseits jene Aufmerksamkeit, jene emotionale Wärme und jene Stimulation erfahren haben, die ihnen, bei ihren narzisstischen und/oder oralen Bedürfnissen, in ihrem Alltagsleben fehlten, andererseits aber auch, weil sie miteinander in bezug auf die Gewichtsreduktion rivalisierten. Doch hält die Wirkung der Gruppenpsychotherapie offenbar nicht lange an.

Die Gewichtsabnahme blieb nicht oder nicht in gleicher Masse bis zur Zeit der Katamneseerhebung bestehen. Die Adipösen waren offensichtlich nicht in der Lage, die Gruppe für die Dauer so zu integrieren, daß der gewichtsreduzierende Effekt bestehen geblieben wäre. Dieser Umstand ist charakteristisch für diese Individuen, die häufig an narzisstischen oder narzisstisch-depressiven Neurosen leiden. Diese Menschen benötigen immer wieder die Zufuhr neuer Aufmerksamkeit, neuer emotionaler Wärme und erneute Bestätigung. Da sie diese notwendige "Nahrung" in der alltäglichen Umwelt nicht erhielten, fielen sie nach Beendigung der Gruppenpsychotherapie etwa wieder zurück in die übermäßige Nahrungszufuhr.

Wir können aus diesen Resultaten schließen, daß eine Adipösengruppe den Kranken über lange Zeit, lebensbegleitend, zur Verfügung stehen sollte. Es ist bei ihnen wie bei der Therapie aller Süchtigen. Sie benötigen immer wieder den therapeutischen Einsatz, das Gefühl, gesichert und umhüllt zu sein. Nur wenn eine therapeutische Gruppe konstant besteht, kann sie demnach zu einer dauerhaften Kompensation der Fettsucht führen. Die Störung in Selbst und in den Objektbeziehungen dieser Menschen ist offensichtlich derart, daß es immer wieder des Milieus der therapeutischen Gruppe bedarf, um sie in ihrem Zuwendungsbedürfnis zu befriedigen und sie bei ihrem Vorsatz der Gewichtsabnahme zu halten (**Battegay**, 1960). Zwar werden diese Menschen - in ihrer oralen Erwartungshaltung und narzisstischen Fusionstendenz - damit gruppenabhängig. Ihre Nahrungsabhängigkeit kann dadurch aber gelockert werden.

## Diabetes mellitus

Der Hunger nach mitmenschlicher Zuwendung und Liebe, der sich auch in der Form des Hungers nach anderweitigen Objekten kundgibt, ist auch im Diabetes mellitus erkennbar. Wie immer auch der Diabetes bedingt sein mag, besonders aber bei hochgradigem Insulinmangel (Typus-I-Diabetes), gleicht der Stoffwechsel demjenigen des Hungers. Der Diabetiker, der bewußt oder unbewußt um seine Ernährung bangt und sich entsprechend ängstigt, spürt zutiefst, daß er trotz - oft gierigem - Bemühen, sich Nahrungsmittel zuzuführen, irgendwie zu kurz kommt. Bekanntlich führt der beeinträchtigte Zuckerstoffwechsel dazu, daß - ohne therapeutische Intervention, z.B. ohne Insulin - die Kohlenhydrate, die aufgenommen werden, nicht oder nicht angemessen verarbeitet werden können. Dieser Zustand entspricht im Grunde einem chronisch andauernden Hunger.

## Magen-Darm-Störungen als Ausdruck einer Hungerkrankheit

Auch Magen-Darm-Störungen können einen Ausdruck einer Hungerkrankheit darstellen. Bereits Alexander (1950) stellte fest, daß die Bedeutung emotionaler Faktoren bei der Verursachung von Magen-Darm-Störungen sehr wesentlich ist. Die Füllung des Magens führt zu einem Lustgefühl, und wenn sie dem Säugling versagt wird, kommt es zuerst zu jenem fordernden und dann unglücklichen Schreien, das uns anzeigt, daß das Kind unbedingt der Nahrung bedarf. Auf die Länge zeigt sich aber, wie die Spitz'schen (1945) Beobachtungen in einem Findelhaus an 91 Säuglingen ergeben haben, daß das Kind auch bei bester Pflege und Ernährung nicht zu gedeihen vermag,



wenn es nicht genügend emotionale "Nahrung" erhält. In diesem Hause hatte eine Pflegeperson für mehr als 10 Kinder zu sorgen. Sie wurden richtig ernährt, doch erhielten sie nur einen Bruchteil jener Aufmerksamkeit, die sie benötigten. Von 91 beobachteten Kleinkindern starben im Verlaufe von zwei Jahren, nach zunehmenden Anzeichen des Hospitalismus, bekanntlich 34 bzw. 37%, obschon sie, wie erwähnt, körperlich genügend ernährt worden waren. Der Mensch lebt nicht allein von der substantiellen Nahrung, sondern mehr noch von der warmen Liebe. Erfährt das Kind keine oder keine genügende emotionale Zuwendung, so wird es zeitlebens danach trachten, sich eine solche zu verschaffen.

Der amerikanische Autor **Mirsky** (1958, 1961/1962) hat 2073 Rekruten in bezug auf das Magenferment Pepsinogen untersucht und bei ihnen eine normale Verteilung in bezug auf die Pepsinogenkonzentration im Blut festgestellt. Er wählte eine Gruppe von 63 Hypersekretoren aus 300 Männern (15%) mit den höchsten Pepsinogenwerten aus. Die Gruppe von Hyposekretoren bestand aus 57 von 179 Männern (9%) mit der niedrigsten Pepsinogenkonzentration. Nach einer gründlichen röntgenologischen Magen-Darm-Untersuchung und verschiedenen psychologischen Tests kamen die Männer in das Ausbildungsgelände. Alle, bis auf 13, wurden dann zwischen der achten und der sechzehnten Woche ihrer Grundausbildung psychologisch und röntgenologisch nachuntersucht. Die erste Röntgenuntersuchung bei Beginn der Rekrutenausbildung wies ein abgeheiltes Ulcus duodeni bei 3 und ein aktives Ulcus bei einem der 63 Männer mit gastrischer Hypersekretion nach. Die zweite Röntgenuntersuchung in der achten bis sechzehnten Woche ergab den Befund von aktivem Ulcus duodeni bei weiteren 5 Männern, die bei Beginn des Forschungsprojektes keine Zeichen einer gastrointestinalen Störung gezeigt hatten.

Aber alle Individuen, die ein Ulcus duodeni gehabt oder inzwischen bekommen hatten, waren den 63 Männern mit hohen Serum-Pepsinogen-Werten zuzurechnen. Alle 9 Ulcus-Patienten gehörten zu der Gruppe der 15% mit der höchsten Blut-Pepsinogen-Konzentration. Davon waren 8 in den obersten 5% vertreten.

Es zeigt sich, nach dieser - allerdings nicht unumstrittenen - Studie zu schließen, daß Individuen mit hoher Konzentration von Pepsinogen im Blut, im Vergleich zu Menschen, die weniger Pepsinogen im Blut aufweisen, erhöht ulcusanfällig sind. **Mirsky** (1958, 1961/1962) unternahm eine weitere Studie, und zwar mit langer Laufzeit, an 1600 Kindern im Alter von einigen Monaten bis 16 Jahren sowie an 4460 erwachsenen Männern und Frauen aus verschiedenen sozioökonomischen Schichten. Von ihnen wurden die 2% mit der höchsten Pepsinogenkonzentration im Serum zu einer Gruppe von Hypersekretoren für spezielle Untersuchungen zusammengefaßt. Ebenso wurden die 2% mit den niedrigsten Werten zu einer Gruppe von Hyposekretoren zusammengestellt. Obwohl bei den uns vorliegenden Publikationen die Studie noch nicht abgeschlossen war, konnte der Autor schon feststellen, daß eine große Zahl vorher gesunder Hypersekretoren, die während mehrerer Jahre beobachtet worden waren, die typischen Symptome eines Ulcus duodeni entwickelt haben, ein Umstand, der röntgenologisch bestätigt wurde. Im Gegensatz dazu hatte keines der Individuen aus der Hyposekretoren-Gruppe ein Ulcus duodeni bekommen. Unter den 2% der Kinder mit der höchsten Serum-Pepsinogen-Konzentration entwickelten 10% ein Ulcus duodeni im Alter von 4-6 bzw. von 10-14 Jahren.

Die Befunde von **Mirsky** wurden die Ansicht bestätigen, daß die Ulcus-ventriculi- und -duodeni-Patienten Hungerkranke sind.

Was sie auch immer an emotionaler Zuwendung und materieller "Nahrung" erhielten, würde ihnen demnach nicht genügen. Die Ulcus-Kranken bleiben offenbar ungesättigt, weil sie oral mehr erwarten, als ihnen gegeben wird, oder/und als sie aufnehmen können. Sie würden damit den Kriterien von Individuen entsprechen, die auf narzisstisch-oraler Stufe der Entwicklung fixiert bleiben.

**Mirsky** weist zurecht darauf hin, daß, neben den von ihm angenommenen und von **Rotter** et al. (1979) mittels ihrer immunologischen Untersuchungen nachgewiesenen - genetischen Faktoren, zweifellos typische psychologische Konstellationen und soziale Gegebenheiten zur Uleusentstehung beitragen. In bezug auf die psychologischen Faktoren haben wir bereits auf den Umstand des unstillbaren "Hungers" dieser Menschen hingewiesen. Die damit von ihrer Umgebung Abhängigen versuchen, oft durch eine überaktivität, ihre fusionären Abhängigkeitstendenzen zu kompensieren.

**Alexander** (1950) betrachtet als den Kernfaktor bei der Pathogenese der *Ulcera ventriculi et duodeni* die Versagung der anlehnungsbedürftigen, hilfesusuchenden und Liebe fordernden Sehnsüchte. Heute wissen wir, daß ein gewisser Erreger (*Helicobacter pylori*) zur Ulcus-Entstehung beiträgt. Doch dürfte es kein Zufall sein, daß bei gewissen Menschen durch diese Erreger ein Ulcus duodeni oder ventriculi ausgelöst wird. Ihr "Hungerleiden" dürfte dafür wesentlich mitverantwortlich sein.

## Ben-, Kreislauferkrankungen unter dem Gesichtspunkt des Tatenhungers

Schon längst ist bekannt, daß emotionale Faktoren bei der Entwicklung von koronaren Erkrankungen und der Entstehung und Aufrechterhaltung der essentiellen Hypertonie eine bedeutsam Rolle spielen. **Friedman und Rosenman** (1974) haben bekanntlich Typus A- und Typus B-Persönlichkeiten zur Unterscheidung von entsprechend Gefährdeten bzw. nicht Gefährdeten definiert. Die Typus A-Menschen sind beständig damit beschäftigt, mehr und mehr in immer weniger Zeit auszufahren. Unter dem Aspekt unserer Ausführungen können diese Menschen als ständig Hungrige bezeichnet werden, die sich bemühen, sich immer mehr anzueignen, "einzuverleiben", um immer wieder die Anerkennung anderer zu finden und die Selbstachtung nicht zu verlieren. Bei einer Katamnesendauer von 8 1/2 Jahren wurden in 10 kalifornischen Firmen 3500 Männer zwischen 30 und 59 Jahren untersucht (**Rosenman et al.**, 1975/76). Bei 257 der erfaßten Angestellten kam es während der Prospektivstudie zu einer klinisch festgestellten koronaren Herzkrankheit. Das TypusA-Verhalten war hoch signifikant korreliert mit den koronaren Herzkrankheiten ( $p < 0,0001$  -  $p < 0,003$ ). Diese Typus-A-Individuen sind also Menschen, die immer versuchen, ihre Herausforderungen zu lösen und ein zutiefst vorhandenes Gefühl der Unsicherheit zu überbrücken. Der geschilderte "Tatenhunger" soll demnach dazu dienen, eine aus dem narzisstischen Defizit heraus bestehende Unsicherheit zu kompensieren. Auf die Dauer müssen sie dabei unweigerlich ihren Körper überfordern.

Die Hypertoniker sind demgegenüber oft Individuen, die nicht etwa weniger ehrgeizig wären als die Koronarpatienten, jedoch ihre Ambitionen immer dann zurückstellen, wenn sie sich

irgendwie durchsetzen sollten. Sie versuchen oder fühlen sich gezwungen, wenn immer nur möglich, ihre Aggressivität zurückzudrängen (**Perini** et al., 1986, 1990) und sich den Anforderungen ihrer Bezugspersonen anzupassen. Besonders bei Menschen, die sich, bei Überbehütung in ihrer Kindheit, immer ideal verhalten mußten und ein entsprechendes Ideal-Selbst, aber nicht ein der Entfaltung ihrer echten Neigungen entsprechenden Real-Selbst (**Horney**, 1939; **Winnicott**, 1960), entwickelt haben, ist später die aggressive Durchsetzung behindert, so daß sie in innere Spannungen und über die bekannten biochemischen Mechanismen in eine Hypertonie hineingeraten.

## Der Hunger bei schwer Kranken

Bei schwerer Krankheit des Menschen, bei - zumindest unbewußtem - Gewahrwerden der Todesbedrohung, kommt es, wie Frau **Elisabeth Kübler-Ross** (1973) gezeigt hat, in einer ersten Phase oft zur **Verleugnung** des bedrohlichen Geschehens. In den Betroffenen regt sich offenbar ein großer Lebenshunger. Nicht selten hören wir, daß ein solcher Mensch in diesen Augenblicken von einem gesunden Leben träumt. Dabei wissen wir Ärzte von Patienten, bei denen sich solche Zukunftsvorstellungen - wider alle Prognosen über Jahre doch noch verwirklicht haben. Das Nicht-wahrhaben-Wollen zeugt davon, daß diese Individuen noch ganz auf das Leben ausgerichtet sind und einen Hunger nach weiterem Dasein haben. Kranke, die ihr Leiden bis zum Tode leugnen, sind jedem Arzt bekannt, sind aber die Ausnahme.

Erkennen die Patienten die Progredienz ihres Leidens, werden sie oft von einem **Groll** gegen das Schicksal gepackt, aber auch



gegen die Ärzte, die nichts Wirksames gegen das Leiden zu tun vermögen, wie auch die Angehörigen, die dem Leiden zusehen, aber nichts dagegen unternehmen (können). Die Betroffenen erkennen etwa, wie ungelebt gewisse Bereiche ihrer Persönlichkeit noch sind und wie sehr sie nach Leben hungern. Sie wehren sich gegen das Fatale ihres Schicksals und können fragen, weshalb gerade sie von diesem schweren Los befallen sind.

In einer nächsten Episode versuchen sie mit dem/der betreuenden Arzt/Ärztin zu **feilschen**, zu verhandeln, und sie hoffen, Gelegenheit zu erhalten, noch mindestens eine gewisse Zeit leben zu dürfen. Diese Menschen denken an unerfüllte Aufgaben, bereiten sich Sorgen wegen ihrer Angehörigen, ihrer Kinder, möchten noch gewisse Ereignisse, wie zum Beispiel die Hochzeit eines ihrer Kinder, erleben, bevor sie sterben. In der weiteren Progredienz des Leidens treten sie dann in die Phase der **depressiven Resignation** und schließlich in jene der **Annahme** ein.

## **Das Hunger-Leiden**

Wenig fürchtet der Mensch mehr, als Hunger leiden zu müssen. Viele Menschen nehmen Zwischenmahlzeiten zu sich, weil sie das Hungergefühl bis zur nächsten Hauptmahlzeit nicht aushalten, da ihnen der Magen "knurrt". Es kommt offenbar zu Magenbewegungen und einer Hungersekretion des Magensaftes, die die Betroffenen quälen. **Stunkard** und Fox (1971) haben bei einer Langzeituntersuchung allerdings beobachtet, daß bei normalen Versuchspersonen die gastrische und duodenale Motilität keinen Effekt auf das Hungergefühl oder auf Nahrungsaufnahmewünsche ausüben. In einer ähnlichen Studie,

die nur vier Stunden dauerte und eine größere Gruppe von Personen umfaßte, haben dieselben Autoren nur bei einer kleinen Minderheit von Personen eine strenge Korrelation zwischen gastrischer Motilität und der Intensität-des Hungergefühls gefunden.

Im Hungerstreik von Menschen, die mit ihrem Leiden andere "erweichen" wollen, ist das Leiden zwar selbstgewählt, doch deshalb wohl nicht minder quälend. Immerhin kann die vollkommene emotionale Ausrichtung auf ein Ziel selbst physiologische Bedürfnisse oder/und Qualen bzw. Schmerzen in den Hintergrund treten lassen.

Wird keine Nahrung aufgenommen, so treten in den ersten Tagen nach der Karenz eine steigende Hungerketose im Blut und, bei mangelnder Wasser- und Elektrolytkompensation, ein zunehmender Blutdruckabfall sowie Übelkeit auf. Die bei Adipösen unter therapeutischen Bedingungen erfolgende Null-Diät ist damit nicht zu vergleichen, da bei dieser diätetischen Maßnahme durch Flüssigkeitsgabe und Elektrolytkompensation ständig dafür gesorgt wird, daß dem Körper das Wasser und die lebenswichtigen Mineralien erhalten bleiben.

Bei längerem Hungern werden auch die Körpereiwisse angegriffen und in den Abbauprozess miteinbezogen, so daß der davon betroffene Mensch nicht nur von seinen eigenen energetischen Reserven (Fette), sondern auch von seinen Aufbausubstanzen (Eiweiße) zehrt. Bei komplettem Nahrungsentzug wird indes der Eiweisskatabolismus (Eiweissabbau) mit der Zeit auf ein Minimum gedrosselt, so daß die Stickstoffausscheidung (der Stickstoff rührt von den abgebauten Eiweissmolkülen her) nach einigen Wochen auf weniger als 4 g pro Tag abfällt. Fallen die Eiweissbestände des

Organismus um mehr als die Hälfte ab, so wird ein lebensbedrohlicher Zustand erreicht, da die gesamten Protein-(Eiweiß-)Reserven des menschlichen Körpers nur 6000 bis 8000 g betragen.

Ein total Hungernder, ohne Möglichkeit der entsprechenden Wasseraufnahme, kann, wenn keine anderen, interkurrenten Krankheiten dazukommen, bis zu 30 Tagen ausharren. Die Erfahrungen in Hungerregionen Indiens und des früheren Chinas, in Kambodscha und in den Konzentrationslagern der Nationalsozialisten zeigen, daß eine Vita minima aber oft unter prekärsten Nahrungsbedingungen monate-, ja jahrelang, noch möglich ist. Zu allen Zeiten versuchten Feinde, sich gegenseitig auszuhungern, dem 20. Jahrhundert aber blieb es vorbehalten, daß Angehörige eines Volkes andere Menschen, die z.T. schon seit Hunderten von Jahren in ihrer Mitte wohnten, als nicht zugehörig erklärten und sie systematisch in Millionenzahl aushungerten und schließlich ausrotteten.

## **Der Lebens-Hunger**

Alle Menschen, besonders wenn sie sich gesund fühlen, sind darauf aus, immer wieder neue Erfahrungen zu sammeln. Besonders die Jugend ist von einem Lebenshunger ergriffen, der aber in unserer normierten Welt, bei allen unendlichen Möglichkeiten, die sich den jungen Menschen theoretisch geöffnet haben, nur ungenügend gelebt zu werden vermag. Unsere Gesellschaft kennt strenge Reglementierungen, weist den Jungen aber keine soziale Rolle und keinen Status zu. Man erwartet von ihnen, daß sie lernen und Regeln befolgen, nicht aber daß sie mitreden. Dabei besteht in keiner Lebensphase mehr

als in der Jugend das Bedürfnis, entscheidend mitsprechen zu dürfen.

Der Lebenshunger der jungen Menschen ist ein an und für sich begrüßenswertes Phänomen. Daß die ungestüm vorstoßenden Jungen einerseits und die Hergebrachtes Bewahrenden andererseits in einen Generationenkonflikt geraten, ist nichts Neues. Vielleicht ist die Erwachsenengeneration von heute aber die erste, die sich davon überrascht zeigt.

### **Macht-"Hunger"**

Aus der Geschichte wie auch aus der Gegenwart wissen wir, daß in Diktaturen immer Menschen an der Spitze stehen; die es mit einer Geltungsproblematik zu tun haben. Sie versuchen, ihre Insuffizienzgefühle und ihre Kommunikationsstörung, die wohl - sei es infolge anlagemässiger Unterempfindsamkeit, sei es infolge Umweltversagens - stets von Mangelerfahrungen in ihrer Kindheit in bezug auf Liebe, Zuwendung und Stimulation und damit von einer mangelnden Entwicklung eines adäquaten Selbstgefühls und einer realitätsgerechten Objektrepräsentanz herrühren, mittels der ihnen Unterstellten zu kompensieren. Ihr "Hunger" nach Beachtetwerden und Geltung, nach Stimulation und Bestätigung ist unstillbar. In der Politik können solche "Hungrigen", solche in ihrem Selbst Beeinträchtigten (**Kohut, 1971/1977 Battegay, 1977**), sehr hoch kommen, weil ihre Neigung, ihr mangelndes Selbstgefühl zu kompensieren, ihnen die Motivation gibt, alle Hindernisse in ihrer Laufbahn aus dem Wege zu räumen. Sie setzen ihre Intelligenz vorwiegend für die Realisierung ihrer Ambitionen ein. Die Verwirklichung ihrer kompensatorischen Größenphantasien mündet so in einer Führerposition. Dabei besteht die Gefahr, daß sie bald

despotisch und, ideologisch untermauert, vom Volke das verlangen, was sie in ihrer Phantasie zur Auffüllung ihres "narzisstischen Lochs"<sup>11</sup> (Ammon, 1974) bedürfen. Die Untergebenen sollten immer das tun und lassen, was die Ideologie bzw. die Phantasie dieser narzisstisch Beeinträchtigten verlangt. Es besteht bei diesen Menschen ein Macht-"Hunger", und sie benützen alle Mittel, um sich Objekte "einzuverleiben", mit denen sie sich verstärken wollen. Wenn ein solcher "Staatsmann" im Namen seines Volkes spricht, ohne es zu befragen, so kann er sich um die vielen Millionen Menschen seines Volkes verstärkt fühlen. Bei fehlender demokratischer Kontrolle können diese Individuen sehr gefährlich werden, weil alle und alles, was sich ihnen entgegenstellt, als hinderlich, anstoßerregend, ja sogar als gefährbringend erlebt wird. Es bestehen kaum ausgesprochenere Despoten als jene unter solchen narzißtisch gestörten Führungspersönlichkeiten. Wohl ist es kein Zufall, daß die narzißtisch beeinträchtigten Mitglieder der obersten Führungsschicht eines solchen, sich selbst verabsolutierenden politischen Systems sich bei den Sitzungen immer gegenseitig applaudieren. Der lautstarke und unkritische Beifall aller für einen und des einen für sich selbst wie für die anderen soll offenbar bei allen das dahinter steckende schwache Selbstgefühl stärken.

Es ist gefährlich, die parlamentarische Kontrolle zu beschneiden. In einem System, das autokratisch regiert wird, müssen zwangsläufig Macht-"Hungrige" hochkommen. Eine stetige Ausweitung des narzißtischen Hungers bei diesen Menschen ist unvermeidlich. Das Bedürfnis nach "Einverleibung" führt zu immer weiterem "Verschlucken" von Objekten, und kaum ist ein Objekt einverleibt, kann es als solches schon nicht mehr wahrgenommen werden, da es aufgehört hat, als Gesondertes zu existieren. Es muß deshalb ein unwiderstehliches und



unersättliches Verlangen nach Objekten entstehen, wie es für eine Sucht charakteristisch ist.

Auch in revolutionären Prozessen sehen wir oft narzißtisch "Hungrige" an der Spitze. Solche Menschen neigen zu Revolutionen, die in der Verwirklichung ihrer hohen Vorstellungen und Ziele keinen Verzug ertragen. Die ganze Welt sollte sogleich fusionär ihre Ideen und Ideologien anerkennen, ungeachtet der realen Gegebenheiten. Solche Individuen müssen, sollte sich die Revolution verwirklichen, später entweder enttäuscht sein, weil die Wirklichkeit anders aussieht, als sie es in ihrem narzißtischen Fusionsbedürfnis erwartet haben, oder aber sie versuchen immer radikaler, die Realität nach ihrem - Entwurf umzuwandeln.

Die Revolution "frißt" bekanntlich ihre eigenen "Kinder", weil die neuen Vertreter einer unersättlichen und viel zuviel erwartenden, oft im Grunde menschenfremden Ideologie selbst jene nicht mehr als dazugehörig erleben, welche sie einmal an der Spitze vertreten haben. Ganz abgesehen davon, daß in einer Revolution ein Lernprozess der destruktiven Aggression durchgemacht wird, birgt ein so explosives politisches Geschehen die Gefahr von irrationalen Erwartungen und damit von Enttäuschungen in sich, die wieder aggressiv bewältigt werden wollen. Die Ideologie will sich die Realität botmässig machen, statt der sozialen Wirklichkeit Rechnung tragen.

Jede Gesellschaft, jedes Volk sollte darauf achten, daß narzißtisch Unersättliche von den Schalthebeln der Politik, der Macht, ferngehalten werden. Eine menschengerechte Gesellschaft kann nur dann bestehen, wenn der Unersättlichkeit Dämme gesetzt werden. Es muß auch jedermann klargemacht werden, daß politische Macht, die sich auf Kosten der

Unterwerfung anderer bzw. anderer Völker aufrechterhält, nicht von langer Dauer sein kann. Selbst mit noch so starren Regeln und mit massiver Dotierung der Geheimpolizei kann ein Staatsgebilde auf die Dauer nicht beieinander gehalten werden, das das Resultat eines solchen unersättlichen Aneignungsbestrebens ist. Diejenigen, die sich in ihrem Machthunger nicht bescheiden können, tragen selbst zu ihrem und ihres Staates Untergang bei.

## **Zusammenfassung**

Der Hunger in einem weiteren Sinn umfaßt Inkorporation wie auch Inbesitznahme eines Objektes. Wer in der Kindheit ungenügend umsorgt wurde und zuwenig Liebe erhielt, oder wem Liebe nur zuteil wurde, wenn er die Idealerwartungen der Eltern erfüllte, oder wer ihm entgegengebrachte Liebe infolge Ich-Schwäche nicht zu spüren vermochte oder abwehrte und deshalb nicht empfand, der wird später ein beeinträchtigtes Selbst und Selbstgefühl aufweisen. Diese Menschen werden sich zeitlebens durch Objekte zu verstärken trachten, unter Umständen einen unersättlichen Geltungs- und Macht- oder einen unbändigen Reiz- und Tatenhunger entwickeln. In der Politik wirken sich solche Individuen besonders gefährlich aus. In jedem Staate sollten die demokratischen Einrichtungen gehütet werden, damit solche narzißtisch gestörte Machtgierige zurückgebunden werden können.

Besonders die Anorexia-, aber auch die Bulimia nervosa-Patienten tragen ihren emotionalen Hunger mehr oder weniger drastisch zur Schau, indem sie sich körperlich aushungern oder aber sich die Nahrung nicht gestatten und sie nach gierigem Verschlingen wieder erbrechen. Fettsüchtige lassen ihr

Hungerleiden daran erkennen, daß sie unersättlich Nahrung aufnehmen und dabei ständig an Gewicht zunehmen. Die die Nahrungsaufnahme regulierenden Gehirnprozesse werden, auch anhand vergleichender Tierversuche, erörtert. Gruppenpsychotherapie mit Essgestörten kann helfen, ihnen jene mitmenschliche Präsenz zu vermitteln, die zu einem gestärkten Selbstgefühl beizutragen vermag. Anhand einer therapeutischen Adipösengruppe wurde indes festgestellt, daß die Gruppenpsychotherapie im Grunde lebenslänglich dauern sollte, da nach Auflösen einer Therapiegruppe von Adipösen das Gewicht der Beteiligten anläßlich einer katamnestischen Untersuchung, zwei Jahre nach Beendigung der Gruppenpsychotherapie wieder ansteigende Tendenz aufwies. Es wurde aufzuzeigen versucht, daß beim Diabetes mellitus, den Magen-Darm-Störungen und den Herz-Kreislaufferkrankungen der Hunger nach mitmenschlicher Anerkennung eine ausschlaggebende Rolle spielt. Bei schwer Kranken und im Hungerleiden per se manifestiert sich dieser Lebenshunger in besonders intensiver Weise. Es ist bei der Behandlung der Hungerbetroffenen wesentlich, nicht nur eine rein auf das Substrat bezogene Therapie oder eine entsprechenden Diät durchzufahren, sondern ihnen auch jene menschliche Zuwendung, wenn nötig auch über längere Zeit und/oder in einer Gruppe, zu vermitteln, die sie benötigen, um wenigstens einigermaßen ihren Hunger zu kompensieren.

## Literaturverzeichnis

- Alexander, F.: Psychosomatic Medicine. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1950.
- Ammon, G.: Psychoanalyse und Psychosomatik. Piper, München 1974.
- Anand, B.K., Brobeck, J.R.: Localization of a "Feeding Center" in the Hypothalamus of the rat. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 77:323, 1951. Zit. in: Brobeck, J.R. (Ed.): Best & Taylor's Physiological Basis of Medical Practice. 10th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1979.
- Battegay, R.: Psychodynamische Verhältnisse bei der Gruppenpsychotherapie. Psychiat. Neurol. Neurochir. 63:333-342.
- Sattegay, R., Lipp, H., Miest, U., Glauser, C., Rauchfleisch, U.: Gruppenpsychotherapie mit Adipösen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 7: 163-172, 1981.
- Battegay, R.: Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto, 1977. 3. überarbeitete Aufl. 1991.
- Brisman, J., Siegel, M.: The Bulimia Workshop: A Unique Integration of Group Treatment Approaches. Int. J. Group Psychother. 35:585-601, 1985.

Brobeck, J.R., Trepperman, J., Long, C.N.H.: E-xperimental Hypothalamic Hyperphagia in the Albino Rat. Yale J. Biol.Med. 15:831, 1943. Zit. in: Brobeck, J.R. (Ed.): Best& Taylor's Physiological Basis of Medical Practice. 10th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1979.

Dorfman, W., Slater, S., Gottlieb, N.: Drug and Placebo in Group Treatment of Obesity. Int. J. Group Psychother. 19:345-351, 1959.

Friedman, M., Rosenman, R.H.: Type A Behavior and your Heart. Alfred A. Knopf, New York. Zit. in: J.P. Henry & P.M. Stephens (eds.): Stress Health, and the Social Environment. A Sociobiologic Approach to Medicine. Springer, New York/Heidelberg/Berlin, 1974.

Gellhom, E., Loofburrow, G.N.: Emotions and Emotional Disorders. Hoeber Medical Division, Harper & Row, New York/Evanston/London 1963

Gross, J., Sväb, L.: Die experimentelle sensorielle Deprivation als Modellsituation der psychotherapeutischen Beziehung. Der Nervenarzt 40:21, 1969

Grossman, S.P.: Role of the Hypothalamus in the Regulation of Food and Water Intake. Psychol. Rev. 82:200, 1975. Zit. in: Brobeck, J.R. (Ed.): Best & Taylor's Physiological Basis of Medical Practice. 10th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1979.

Habermas, T., Müller, M.: Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. Der Nervenarzt 57:322-331, 1986.



- Hellweg-Larsen P., Hoffineyer, H., Kieler, J., Thaysen, J.G., Thygesen, P., Wulff, M.H.: Famine Disease in German Concentration Camps, Complications and Sequels. Acta Scand. Suppl. 274, Vol. 44, 1952.
- Hetherington, A.W., Ranson, S.W.: Hypothalamic Lesions and Adiposity in the rat. Anat. Rec. 78: 149, 1940. Zit. in: Brobeck, J.R. (Ed.): Best & Taylor's Physiological Basis of Medical Practice. 10th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1979.
- Hoebel, B.G., Teitelbaum, P.: Weight Regulation in Normal and Hypothalamic Hyperphagic rats. J. Comp. Physiol. Psychol. 6:819. Zit. in: Brobeck, J.R. (Ed.): Best & Taylor's Physiological Basis of medical Practice. 10th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1979.
- Homey, Karen: New Ways in Psychoanalysis. W.W. Norton, New York 1939.
- Kaplan, L.P.: Some Observations from Conjoint Individual and Group Therapy with Obese Women. Int. J. Group Psychother. 6:357-366, 1966.
- Keel, P.i.: Bulimie: Krankheitsbild, Abgrenzung, Psychodynamik und Behandlung. Manuskript, 1988
- Klein, Melanie: Mourning and its Relation to Manie-Depressives States. Int. J. Psychoanal. 2:125-153, 1940.
- Kohut, H.: The Analysis of the Self. Int. Univ. Press, New York, 1971.

Kohut, H.: The Restoration of the Self. Int. Univ. Press, New York, 1977.

Kühler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden. Kreuz, Stuttgart 1973.

Lassiter, R.E., Willet, A.B.: Interaction of Group Cotherapists in the Multidisciplinary Team Treatment of Obesity. Int. J. Group Psychother. 23:82-92, 1973.

Laessle, R.G.: Psychobiologische Faktoren bei Anorexia und Bulimia nervosa. Medizin Mensch Gesellschaft 16:237-250, 1991.

Margules, D.L., Moisset, B., Lewis, M.J., Shibuya, H., Pert, C.B.: Beta-Endorphin is Associated with Overeating in Genetically Obese Mice (ob/ob) and Rats (fa/fa). Science 202:988-991, 1978.

McCloy, J., McCloy, R.R.: Enkephalins, Hunger, and Obesity. Lancet, ii, 56. Zit. in: A. Pradalier, J.C. Willer, F. Boureau & J. Dry: Pain and Obesity. Lancet, May 7, 1090-1091, 1980.

Mirsky, A.: Physiologie, Psychologie and Social Determinants in the Etiology of Duodenal Ulcer. Am. J. of Digestive Diseases (New Series) 3:285, 1958.

Mirsky, A.: Körperliche und seelische und soziale Faktoren bei psychosomatischen Störungen. Psyche li, 26, 1961/1962.

Morley, J.E.: The Neuroendocrine Control of Appetite: The Role of the Endogenous Opiates, Cholecystokinin, TRH, Gamma-Amino-Butyric-Acid and the Diazepam Receptor. *Life Sciences* 27:355-368, 1980.

Morley, J.E., Levine AS.: Stress-Induced Eating is Mediated Through Endogenous Opiates. *Science* 27:355-368, 1980.

Oesterheld, J.R., McKenna, M.S., Gotlib, N.B.: Group Psychotherapy of Bulimia:

A Critical Review. *Int. J. Group Psychother.* 37:163-184, 1987.

Perini, Ch., Müller F.B., Rauchfleisch, U., Battegay, R., Bühler, F.: Hyperadrenergic Borderline Hypertension is Characterized by Suppressed Aggression. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 8:53-56, 1986.

Perini, Ch., Müller F.B., Rauchfleisch, U., Battegay, R., Hobi, V., Bühler, F.: Psychosomatic Factors in Borderline Hypertensive Subjects and Offspring of Hypertensive Patients. *Hypertension* 16:627-634, 1990.

Pradalier, A., Willer, J.C., Boureau, F. & Dry, J.: Pain and Obesity. *Lancet*, May 7, 1090-1091, 1980.

Pudel, V., Meyer, J.-E.: Zur Pathogenese und Therapie der Adipositas. *Der Nervenarzt* 52:250-260, 1981.

Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M.: Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study. Final Follow-up Experience of 81 Years. J. Am. Med. Assoc. 233:872-877. Zit. in: J.P. Henry & P.M. Stephens (eds.): Stress, Health, and the Social Environment. A Sociobiologic Approach to Medicine. Springer, New York/Heidelberg/ Berlin, 1977.

Rosenman, R.H., Brand, R.J., Sholtz, R.I., Friedman, M.: Multivariate Prediction of Coronary Heart Disease During 8 ½ Year Follow-up in the Western Collaborative Group Study. Am. J. Cardiol. 37:903-910. Zit. in: J.P. Henry & P.M. Stephens (eds.): Stress, Health, and the Social Environment. A Sociobiologic Approach to Medicine. Springer, New York/Heidelberg/Berlin, 1977.

Smith, G.P.: Humoral Hypotheses for the Control of Food Intake. In: Bray, G.A. (ed.): obesity in Perspective, Vol. 2, pt. 2, p. 19. U.S. Govt Printing Office 1976. Zit. in: Brobeck, J.R. (Ed.): Best & Taylor's Physiological Basis of Medical Practice. 10th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1979.

Spitz, R.A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Klett, Stuttgart, 1957/1960)

Spitz, R.A.: Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. The Psychoanalytic Study of the Child. 1:53-74, 1945.

Stevens, E., Salisbury, J.: A Cognitive Behavioral Group Treatment of Bulimia. *Brit. J. Psychiatry* 46:66-69. Zit. in: J.R. Oosterheld, M.S. McKenna, N.B. Goud. Group Psychotherapy of Bulimia: A Critical Review. *Int. J. Group Psychother.* 37:163-184, 1987.

Stunkard, A.J., Fox, S.: The Relationship of Gastric Motility and Hunger. *Psychosom. Med.* 33:123-134, 1971.

Teitelbaum, P., Stellar, E.: Recovery from the Failure to Eat Produced by Hypothalamic Lesions. *Science* 120:894, 1954. Zit. in: Brobeck, J.R. (Ed.): *Best & Taylor's Physiological Basis of Medical Practice*. 10th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1979.

Wallace, M., Fraser, Ch., Clements, J.A., Funder, J.W.: Naloxone, Adrenalectomy, and Steroid replacement: Evidence against a Role for Circulating Beta-Endorphin in Food Intake. *Endocrinol.* 108:189-192, 1981-

Winnicott, D.W.: Ego Distortion in Terms of True and False Self In: *The Maturation Process and Facilitating Environment*. *Studies in the Theory of Emotional Development*. The Hogarth Press, London 1965.



**Tab. 1: Persönliche Daten**

Pat. Nr. + Jahr!l:.		Dia.gnose	Initiales Körper- Gewicht	Vater	Mutter	1 Adipös seit
				adipös		
1.	1952	Narzißt. Neurose	115 kg	-	+	Kleinkind
2.	1951	Depr. narz. Neurose	168 kg	+	-	Primarschule
3.	1941	Narzißt. Neurose	97,5 kg	+	-	26j.g., post OP
4.	1937	Narzißt. Neurose	124 kg	+	+	Säugling
5.	1943	Depressive Neurose	103,5 kg	-	-	23j.g., Ausland
6.	1919	Ödipale Neurose	92 kg	+	-	26j.g., 1. Grav.
7.	1947	Neurot. Infantilism	60,5 kg	+	+	25j.g., 1. Grav.
8.	1923	Narzißt. Neurose	91 kg	-	+	22ie., 1. Grav.
9.	1957	An.gstneurose	89 kg	+	-	Vorpubertät
10.	1946	gesund	77,5 kg	+	-	Kleinkind
11.	1914	Narzißt. Neurose	107,5 kg	-	-	32j.g., post Infektionskrankheit

**Tab. 2: Verlauf des Körpergewichts**

Pat. Nr. + Jahr <i>ii</i>		absolutes Körpergewicht (kg)			relatives Körpergewicht(%)		
		Beginn der Gruppen- therapie (t <sub>1</sub> )	Ende der Gruppen- therapie(t <sub>2</sub> )	Katamn. Unter- suchun <i>ff</i> :(t <sub>3</sub> )	Beginn der Gruppen- therapie (t <sub>1</sub> )	Ende der Gruppen- therapie<t <sub>2</sub> )	K.atamn. Unter- suchun <i>ff</i> :(t <sub>3</sub> )
1.		115	97	115	80	52	80
2.		168	186	190	205	238	245
3.		97,5	72	73	52	13	14
4.		124	126,5	128	<b>118</b>	122	125
5.		103,5	104	97	<b>50</b>	51	<b>41</b>
6.		92	78,5	<b>84</b>	70	45	56
7.		60,5	52	59	19	2	16
8.		91	89,5	94	47	28	52
9.		89	78	62	56	37	9
10.		77,5	74	80	27	21	31
11.		107,5	104	105	111	104	106
Summe		1125,5	1061,5	1087	835	713	775
Mittelwert		102,3	96,5	98,8	75,9	64,8	70,5

**Tab.3**

Pat Nr.	Psychiatrische Behandlung:	Sonstige Therapien	Diagnose	Diät	Appetit-Zücker
1.	-	-		-	-
2.	-	-		ja	-
3.	-	ja	Art. Hypertension	ja	-
4.	ja (neu)	ja	Art. Hypertension	ja	-
5.	ja (schon früher)	ja	Psoriasis	-	-
6.	-	ja	Art. Hypertension	ja	-
7.	ja (neu)	-		ja	-
8.	ja (schon früher)	ja	St. n. Lupus erythematoses	ja	-
9.	-	-		ja	ja
10.	-	-		ja	-
11.	-	ja	Art. Hypertension	ja	-

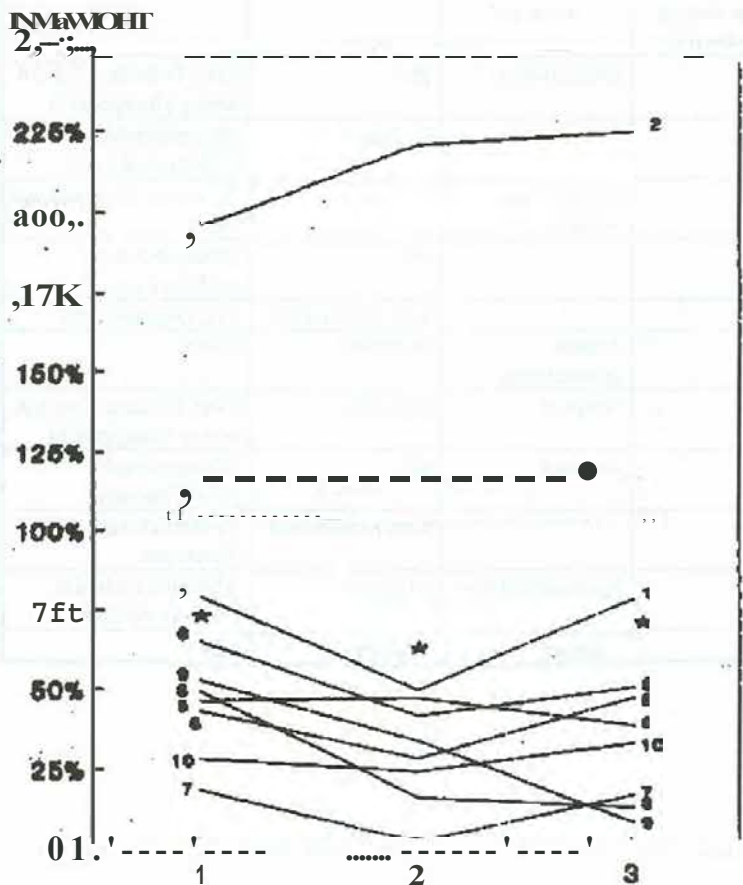
**Tab. 4**

Pat. Nr.	Bezugspersonen	Arbeitsplatz	Anderes	Qualität der Lebenslage z Z der katamn. Unt
1.	Ehe besser	Stellenwechsel	Zigarettenstop	glücklich
2.	-	-	-	glücklich
3.	Tod des Freundes	Stellenwechsel	Zigarettenreduktion	neutral
4.	-	-	-	glücklich
5.	Ehescheidung	-	-	unglücklich
6.	Ehemann 50% arbeitsunfähig wegen Herzinfarkt	-	Umzug in kleiner Wohnung	unglücklich
7.	Ehetrennung, neuer Freund	Stellenwechsel	-	unglücklich
8.	Vater verstorben, Ehemann 50% arbeitsunfähig	-	-	unglücklich
9.	Heirat	Berufswechsel	-	glücklich
10.	-	-	-	glücklich
11.	-	-	-	neutral

Tab. 5

Pat Nr.	Gruppe hat persönlich geholfen	Inwiefern, wenn ja?	Leiterverhalten	Störungen
1.	ja	Identifikation	gut	Eine Teilnehlerin mit wenig Übergewicht
2.	nein		zu passiv	Inhomogenität (Persönlichkeiten)
3.	ja	Ansporn und Rivalität	zu passiv	Zu wenig Eingehen auf Pers.
4.	nein		gut	Inhomogenität (» Niveau «)
5.	nein		kein Kommentar	Eig. Depressivität
6.	ja	Scham, zuzunehmen	zu passiv	keine
7.	JB	Ansporn	zu passiv	Eine Teilnehlerin mit wenig Übergewicht
&	ja	Ansporn	gut	Inhomogenität (Generationen)
9.	nein		kein Kommentar	Persönlich kein Vertrauen
JO.	ja	Kontrollfunktion	zu passiv	Abruptes Ende der Sitzung, zeitlich
11.	ja	Ansporn	zu passiv	keine

# Gruppenpsychotherapie mit übergewichtigen Patientinnen



- 1: bei Beginn der Gruppenpsychotherapie
- 2: am Ende der Gruppenpsychotherapie
- 3: bei der katamnestischen Untersuchung

\* -Mittelwert



## Der Dattelesser

*Eine Frau kam mit  
ihrem kleinen Sohn  
zu dem weisen Ali.  
„Meister“, sprach  
sie, „mein Sohn ist*



*von einem widerwärtigen Übel befallen. Er ißt Datteln von  
morgens bis abends. Wenn ich ihm keine Datteln gebe, schreit er,  
daß man es bis in den siebenten Himmel hört. Was soll ich tun,  
bitte hilf mir!" Der weise Alt schaute das Kind freundlich an und  
sagte: " Gute Frau, geht nach Hause und kommt morgen zur  
gleichen Zeit wieder/" Am nächsten Tag stand die Frau mit ihrem  
Sohn wieder vor Ali. Der große Meister setzte den Jungen auf  
seinen Schoß. sprach freundlich zu ihm, nahm ihm schließ/ich die  
Dattel aus der Hand und sagte: „Mein Sohn, erinnere dich der  
Mcißigkeit. Es gibt auch andere Dinge, die gut schmecken. " Mit  
diesen Worten entließ er Mutter und Kind. Etwas verwundert  
fragte die Frau: „ Großer Meister, warum hast du das nicht schon  
gestern gesagt, warum mußten wir den langen Weg zu dir noch  
einmal machen?" „ Gute Frau", antwortete da Ali, „gestern heitte  
ich deinem Sohn nicht überzeugend sagen können, was ich ihm  
heute sagte, denn gestern hatte ich selber die Süße der Datteln  
genossen!"*

Aus: Der Kaufmann und der Papagei, S. 44  
Fischer Taschenbuch Nr.3300

# Positive Family Therapy with Bronchial Asthma Patients

Dr. med. Marina V. Elyseeva, 1-st Pavlov's Saint-Petersburg Medical University, Russia

This report is dedicated to the role of positive family therapy (PFT) in the bronchial asthma (BA) patients' treatment from our department and clinics for Hospital Therapy study problems of pathogenesis, ethnology and of the BA patients' treatment. It is known, that one of leading mechanisms of the BA pathogenesis is the neuro-psyhic one.

In some BA patients neuro-psyhic factors contribute to a provocation and fixation of asthmatic attacks, so that the psychotherapy becomes one of the most important branches in the BA treatment.

It is well known, that an individual therapy is often insufficient for achievement of stable remission. Patients return to a conflict situation in their family, so a new relapse of the disease arises. That's why our department considers a family therapy to be the leader in a complex treatment of asthmatic patients with neuro-psyhic mechanism of pathogenesis (NP:MP). The present work is devoted to the positive FT in BA patients.

The PFT tries in the first turn to mobilize the patient's own capabilities and create a potentiality for self-aid. In this relation the patient becomes a psychotherapist for all his/her family.

The form of Positive Therapy is a positive interpretation of the disease. The purpose is to change the patient's and his family's vision of the disease so that the acceptance of symptom can occur, and also for allowing for a re-comprehension and finding new ways to exit from the disease. There gives the opportunity of two choices between pathologic and healthy way of reaction for problems of life.

I would like to bring your attention to the following clinical case of family therapy based on the PFT technique. This was done in 5 stages, which also includes the first interview and an analysis of the actual and basic conflict. The fourth stage uses the Gestalttherapy technique.

## Clinical Case

A 42 year old woman with strong headache, who also happens to be a mother of young man suffering from bronchial asthma, came for therapy. She complained of an intolerable situation in the family; her husband was a drunk, her son periodically developed strong asthma attacks that was either related to a deterioration of the family situation (quarrels between parents) or as a reaction to the mother's refusal to carry out some of his requests. Her son categorically declined any attempts for psychotherapeutic treatment. Her spouse also refused to come to a physician. After the conversation with the mother, the proposal was made that her son should take part in family group therapy to help his family and also to help his mother from suffering from the headaches.

During the first stage of observance and withdrawal therapy the participants gained a distance between themselves and their conflict, in other words the conflict was dodged. A meeting with the son was established to discuss with the therapist the philosophy of the therapy, in which he was interested and regarded himself as an expert. Also a reason for meeting with the therapist was to aid his mother with her disease. The Mother supported this decision. This is an example of the transcultural aspects of Oriental customs, where all the family members support the sick person. An Oriental parable called „The Puppet-theater" was told. The first stage was performed for the Mother and son together.

In the second stage an inventory was made, where we considered in a differential way human capabilities and areas of conflict (actual and basic conflict). This permitted us to discuss with the son those human capabilities and areas of conflict which are formed between the children and their parents and between the past and the future in which those philosophical traditions were conceived by the son.

When analyzing the actual conflict with the mother we revealed an exaggerated shift towards family relations, because she was spending most part of her time with the family, giving her attention to her son. We also marked a shift related to the angle „body/sensation" (strong headaches deprived her of any activity for a long time).

When analyzing the basic conflict, it was found, that the mother originates from a Jewish family with very severe rules and traditions, in which her mother gave all her time to her children her father worked hard and devoted little time to the family, however he loved his children very much.

After her son's birth the patient decided to devote all her life to her child, according to the example of her mother. After making such a decision she gradually began to outcast her spouse with the problems of education and cares of their son.

She reared her son in a way that she never refusing any of his demands. Her spouse began then to drink and soon withdrew from the family. The patient explained that her husband's family (his parents were Russians) both his mother and father devoted all their time to their work, so the child has been left to his own devices. In the patient's family, when the spouse was angry at her, instead of saying it openly, usually said to her: „Just look at the kind of son you have."

From ten events in the last 5 years described by the mother, 3 of them were the husband's drunk days, 2 of them were the deterioration of the BA in her son, a trip for vacancies together with friends and son, her own disease which led her to the hospital, the sale of their villa due to the difficult financial situation, and last but not least her son's failure to enter the institute.

The third stage of it has been told (as a support for her son) about his possibilities to know much more about this world, since his possibilities for reasoning and thoughts gives a good prospective for the personality development. His analysis of human relations and also fine feeling and reactions with his body on human emotions may be useful for restoration of relationships in his own family. After the third stage of therapy, the son decided to live for several days at his grandmother's home. However, this decision met



a very strong resistance from the side of his mother, but he has insisted on it. One week after his move to his grandmother's, his BA attacks stopped. It was the beginning of the remission.

As situation encouragement, the mother continually told herself that she had a sick child and nobody could help him but her. That's why she should be involved in her self-development and self-improvement to resolve her internal conflict. During all the sessions of the PT the mother filled the diary with self-aid. Her task was to interpret negative events in her life in their positive meanings.

After the work being done, the mother agreed that her son should move to the grandmother's, which would give him an opportunity to take some responsibility for his own life and she would get a chance to devote some attention to her own appearance.

In the next stage of verbalization, the patient began to discuss in a more quiet and open way her problems related to national peculiarities. She remembered an episode from her childhood, when she studied at school and was constantly afraid to be called a Jew. And when her neighbor asked her for her copybook and she refused, he called her „The Yid," and this caused the other children to say that she „had been Yidding." After that event she was constantly tortured with the fear to refuse anybody with anything, because she was afraid to hear again she was a Yid.

Then we included a Gestalt-therapy technique in our therapy and the fear of refusal has been worked through. The patient recognized that due to this fear she had difficulty in refusing

her son of anything. As a result, the child demanded purchases or concessions from his mother and in case of refusal reacted with an asthmatic attack. By the same way, during the Gestalt-therapy, the patient has been taught to be aware of her emotions. In the future she should, in case of conflict situations, discuss with her spouse those emotions that arose between them, but not the accusations they have usually charged each other with. As a conclusion, the issue of openness and frankness in the expression of ones own emotions was discussed.

In the stage of verbalization with the son, the therapist told him the story about Khlestakov, since it was the situation under which the model of the son's behavior has been hidden. The young person refused to discuss his problems openly, however he took active part in an allegorical interpretation of the family conflict.

He tried to squeeze his own concept in life in a Buddhist limit. However, his own actual actions diverged from his philosophy, which shows how far-fetched and absent his philosophy was. After several meetings with discussions of about his life attitude, the young man finished his therapy sessions and entered the business school in the group for psychology training.

The fifth stage - an extension of purposes - was not allotted, and plans of the patient for the future were not discussed. However, his further actions show that he went apart from his far-fetched illusions and undertook concrete steps to extend his life in the areas of contacts and future.

In the fifth-stage, the patient's mother discussed the possibilities of devoting more time and creating a closer relationship to her spouse and to include him more in the family matters. As a result, the spouse began to spend more time with his wife and quit drinking.

Half a year later we know that the son had a stable remission of the BA, he continues to study, however he did not return to the family. The young man often visits his parents and became closer to his father, who now takes part in the family matters.

## Conclusions

1. Usually psychosomatic patients deny a conflict in their family or try to ignore it. In our case two of the family members had psychosomatic symptoms. The mother recognized an existence of the conflict and was ready for the PT, while her son ignored this conflict. That's why the treatment for him was concealed and realization of classical techniques of the PPT was impossible.
2. Our case showed how the family members can play the role of the family therapist. The wife began to realize this function for her husband and son, while the son helped to his mother and father.
3. It is possible to make a conclusion, that the positive family therapy is a mean for pathogenic treatment of the neuro-psychic mechanism of the bronchial asthma.

## Gedanken sind wie Keime

*Ein Asthmatiker wurde in seinem Bett von einem schweren Asthmaanfall überrascht. Es war dunkle Nacht, und er fand sich in einem Hotel und meinte, er müßte ersticken. Er stürzte zur Tür, öffnete sie und atmete mehrfach tief durch. Die frische Luft tat ihm gut und sein Asthmaanfall ließ bald nach. Als er am nächsten Morgen erwachte, stellte er fest, daß er nicht die Tür des Zimmers geöffnet hatte, sondern lediglich die Tür des Kleiderschranks.*

Aus: „Auf der Suche nach Sinn“,  
Tischer Taschenbuch Nr. 6770

# **Gruppenpsychotherapie bei neurotischen Störungen der türkischen Gastarbeiter**

von Dr. med. Petar Opalic', Belgrad  
und Dr. med. Friedhelm Röder, Marburg

## **1. Einleitung: Äußere Merkmale und Struktur der Gruppe**

Um auf die Bedürfnisse einer großen Anzahl türkischer, psychiatrischer Patienten einzugehen, wurde Ende des Jahres 1984 in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Marburg die Gruppenpsychotherapie mit türkischen neurotischen Patienten organisiert. Die Gruppe fand sich regelmäßig einmal pro Woche für die Dauer von 1,5 bis 2 Stunden innerhalb der Klinik zusammen. Bis zum Sommer, bedingt durch die Urlaubszeit der Patienten in der Türkei, fanden insgesamt 23 Sitzungen statt, deren Auswertung wir hiermit vorlegen.

Der Therapeut war ein deutscher Arzt mit allgemeiner psychiatrischer Erfahrung. Ihm stand als Co-Therapeut ein jugoslawischer Gastpsychiater mit besonderen gruppenpsychiatrischen Erfahrungen zur Seite. Als Dolmetscher fungierte zunächst ein türkischer Pädagogik- und Politikologestudent, später eine türkische Psychologiestudentin.

Die einzelnen Sitzungen wurden verhältnismäßig gut besucht. Während der ersten Hälfte der Gruppenarbeit waren außer dem Gruppenteam durchschnittlich vier bis fünf Mitarbeiter anwesend. Diese Zahl stieg später auf neun. Die meisten Gruppenmitglieder waren auf den Dolmetscher angewiesen,



dessen Funktion gelegentlich von besser Deutsch sprechenden Mitgliedern übernommen wurde.

Nach und nach wurden acht Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen teils von der Poliklinik, teils von der Station in die Gruppe geschickt. Zusätzlich kamen gelegentlich Familienangehörige, insgesamt achtzehn, sowie ein Nachbar und zwei Bekannte hinzu.

Der erste Patient war ein 51jähriger Arbeiter aus einem Dorf an der Schwarzmeerküste, der unter die Diagnosen „Psychogener Tinnitus, bei rezidivierenden Cephalgien und Kontaktekzem sowie angioneurotischer Allergie" behandelt wurde.

Der zweite Patient war eine 33jährige in Jugoslawien geborene Arbeiterin, die seit 13 Jahren in der Deutschland lebt (in der Gruppe sprach sie oft serbokroatisch mit ihrem Mann). Sie wurde unter der Diagnose „Chronisch rezidivierende depressive Verstimmungszustände mit Somatisierungstendenz in Form wechselnd lokalisierter stechender Schmerzen", im Hintergrund mit einer starken Einsamkeitsproblematik behandelt.

Das dritte Mitglied war eine 32jährige Hausfrau, die seit 12 Jahren mit 4 Kindern in Deutschland lebt. Sie hatte psychogene Anfälle (Are de circle, Stöhnen, Zähneknirschen, mehrmals täglich), die auch in der Gruppe auftraten.

Ein weiterer Patient war eine 20jährige Arbeiterin, die seit ihrer frühen Kindheit mit den Eltern und vier jüngeren Geschwistern in Deutschland lebt. Sie leidet an psychogene Anfälle und psychogene Schmerzattacken, weswegen sie mehrfach hospitalisiert wurde.

Der fünfte Patient war eine 34jährige Arbeiterin aus Anatolien mit drei Kindern. sie litt an wechselnder hysterisch-depressiv gefärbten psychosomatischen Beschwerden.

Eine weitere Patientin, 17 Jahre von Beruf Küchenhilfe, das vierte von insgesamt von sechs Kindern, litt seit zwei Jahren aufgrund eines Familienkonfliktes an psychogene Bewußtseinstörungen und psychogene Schmerzattacken.

Der siebte Patient war ein 33jähriger, geschiedener, seit drei Jahren berenteter Arbeiter, der seit 16 Jahren mit seiner Mutter in Deutschland lebt. Er reagierte wechselnd teils depressiv, teils aggressiv, teils in Form unsinnigen Verhaltens. Während der Gruppentherapie wurde er unter der Diagnose „somatische Angstzustände auf der Basis eines Defektsyndroms" behandelt.

Der achte und letzte Patient in der Gruppe war ein 57jähriger berenteter Arbeiter, der seit 16 Jahren in Deutschland lebt. Er wurde kurzfristig aufgenommen und wegen einer depressiven Verstimmung und chronischen Alkoholismus behandelt.

## **2. Besonderheiten der Gruppendynamik**

In den ersten vier bis fünf Sitzungen fanden zu unserem Erstaunen individuelle Gespräche der Gruppenmitglieder mit dem Therapeuten statt. Gespräche der Gruppenmitglieder untereinander unterblieben. Alle Teilnehmer zeigten große Hemmungen, miteinander über ihre somatischen Leiden zu sprechen. Man kann sagen, daß der Eintritt in die Gruppe für alle so eine Art Kulturschock darstellte, denn es widerspricht alter türkischer Tradition, vor Angehörigen anderer Familien oder des anderen Geschlechtes über eigene psychische oder familiäre Probleme zu sprechen.

Autoren wie Koptagel-Ilal (1980) und Leyer, Bademali, Bilgin und Wirsching (1985) verweisen angesichts der auch von ihnen beobachteten Ausrichtungen türkischer Gruppenmitglieder auf den Therapeuten auf die Einflüsse des Islams und Patriarchats, die der Autoritätsperson höchste Bedeutung zukommen lassen. Interventionen anderer Gruppenmitglieder wurden von der jeweiligen Gruppe ignoriert. Ähnliche Erfahrungen beschrieben auch andere Therapeuten wie z.B. Dunkas, Nikellye (1984) von der Gruppentherapie mit Griechen in den USA, Fränkel-Dahmann und Ziegler (1977) in der Gruppenarbeit mit Angehörigen sozialer Randschichten in West-Berlin sowie Werbin und Hynes (1975) in einer Gruppentherapie mit Lateinamerikanerinnen in den USA

Unsere Patienten stellten zunächst hauptsächlich ihren eigenen psychisch-körperlichen Zustand und den Wunsch nach konkreter, beschleunigter Lösung durch Medikamente, Injektionen, stationäre Aufnahme in den Vordergrund. Daneben spielte die Beschäftigung mit organisatorischen Problemen wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Fahrtkostenrückerstattung u.ä. eine wichtige Rolle. Vorsichtige Andeutungen unsererseits bezüglich unserer Zielvorstellung, etwaige vorhandene Selbstheilungskräfte erwecken zu wollen, lösten heftigen Protest aus, was uns dazu bewegte, dieses Stichwort vorerst zurückzustellen. Nachdem die Phase der Erhebung der mehr körperlich orientierten Anamnese abgeschlossen war, verschafften wir uns möglichst umfangreiche Unterlagen über die bisher erfolgten medizinischen Untersuchungen. Dann verwandten wir jeweils eine Sitzung darauf, dem jeweiligen Patienten sämtliche normalen oder pathologischen Befunde und ihre Bedeutung für sein jetziges Beschwerdebild zu erläutern.

Allmählich tauchten anknüpfend am aktuellen persönlichen Erleben auch andere Themen auf, über die dann lebhaft und meist sehr ausführlich miteinander gesprochen wurde. Eine große Rolle spielten Themen bei der kulturellen Auseinandersetzung mit der neuen Umgebung in Deutschland. Diese transkulturelle Problematik scheint in der Gruppentherapie ausländischer Patienten unumgänglich zu sein (Dunkas 1975; Werbin 1975). An erster Stelle sind Themen im Zusammenhang mit dem Familienleben zu nennen, wie z.B. die Rolle der Frau und das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern. Weiter sind Themen im Zusammenhang mit dem Umgang mit den Deutschen zu nennen, wie z.B. Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften, die in Form von Redewendungen bestimmten Nationen zugesprochen werden, wie Erziehungsfragen, Kleidungsstile, Ernährungsweisen und Kriterien weiblicher Schönheit. Die Vor- und Nachteile türkischer und deutscher Normen wurden aus jeweils persönlicher Sicht gegeneinander abgewogen. Im Vordergrund standen dabei die Benachteiligung gegenüber der einheimischen Bevölkerung zu überwinden. Aus den Gesprächen über die Möglichkeiten des Freizeitverhaltens entwickelten sich gegen Ende des Beobachtungszeitraumes bescheidene private Kontakte der Mitglieder außerhalb der Gruppe. Neben den Gesprächen über das persönliche Ergehen und über gesellschaftliche Normen nahm das Gespräch über die magisch-religiöse Behandlung durch Hodschas einen großen Raum ein. Wenn auch unser Interesse für diese Thematik sicherlich nicht ohne Einfluß blieb, spielten Hodschas für einzelne Patienten eine wichtige Rolle. Wir versuchten, derartige Betreuungen in Rechnung zu stellen und uns, soweit als möglich davon abzugrenzen, ohne sie jedoch dem Patienten zu verbieten.

Ein im Vergleich zu deutschen, serbischen und kroatischen Patienten (Opalic 1986) auffälliger Aspekt der Gruppendynamik kam im psychomotorischen Verhalten zum Vorschein. Bestimmte stärkere psychische Spannungen verlangen eine entsprechende verbale oder motorische Reaktion (Green 1975). Vermutlich wegen des Mangels an eigener Fähigkeit zu prompter verbaler Reaktion oder des bei den anderen vermuteten Mangels an spontanem, einfühelndem Feedback zeigten die Patienten häufig psychomotorische Reaktionen, wobei kultur- und schichtspezifische Einflüsse nicht auszuschließen sind. Derartige Reaktionen zeigten sich in Form von großen hysterischen Anfällen, psychogenen Schmerzattacken und plötzlichem Aufstehen, um den Gruppenraum zu verlassen, das Fenster zu öffnen oder zu schließen oder im Gruppenraum auf- und abzugehen, weiter in Form von Sitzplatzwechsel, plötzlich einsetzender beobachtbarer Beschäftigung mit dem eigenen Körper oder dem des anderen, verstärkten Reck- und Streckbewegungen sowie in Form von Aufnahme von wechselnd intensivem Körperkontakt. In der Regel waren derartige Reaktionen Zeichen der steigenden Spannung innerhalb der Gruppe. Bei einigen Patienten äußerte sich so ihr Widerstand gegen die Mißachtung oder Deutung ihrer hysterischen Bedürfnisse. Derartiges geschah auch, wenn andere Patienten mit vergleichbarer Symptomatik im Zentrum des Gruppengeschehens standen. Daneben spielten auch Gefühle der Beschämung, der Langeweile wie auch des persönlichen Vertrautseins einzelner Mitglieder miteinander eine Rolle.



### 3. Die Rollenverteilung innerhalb des therapeutischen Teams

Die entscheidende Besonderheit des Teams bei einer derartigen Gruppentherapie ist durch das Vorhandensein eines Dolmetschers und die weitgehende Abhängigkeit des Teams und der Gruppe von ihm gegeben. Deshalb gebührt ihm und seinen Funktionen im Vergleich zu den übrigen Teammitgliedern besondere Beachtung. Beinahe dasselbe haben andere Therapeuten in individuellen (Dei Castillo, 1970; Benkert, 1974) bzw. Gruppenpsychotherapie (Ruiz, 1979) bemerkt. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, daß die eigene „Zensur“ in der Fremdsprache besser als in der Muttersprache funktioniert. Die Rolle als Übersetzer übte der Dolmetscher anfänglich mit großen Schwierigkeiten aus, weil die Gruppenmitglieder und das Team zunächst kein Gefühl dafür hatten, wie lange man ohne Übersetzung sprechen kann. Der Dolmetscher, der nicht gleichzeitig, abschnittsweise übersetzte, übersetzte meist die Aussagen in Form von Zusammenfassungen und nur gelegentlich wörtlich, was manchmal eine Quelle für Mißverständnisse war und wodurch viele winzige, aber für das Team wichtige Informationen unbeachtet blieben. Auch wenn sich Mitglieder und Team langsam auf die Übersetzungsweise in Abschnitten einstellten, blieb das Problem des ständigen Informationsverlustes erhalten. Dafür lieferte der Dolmetscher wichtige Informationen als kultureller Berater. Diese Rolle kam gelegentlich während der Sitzungen, meist jedoch im Rahmen der Nachbesprechung zum Tragen. Daneben stellte der Dolmetscher ein wichtiger Ansprechpartner für persönliche Mitteilungen der Patienten außerhalb der Gruppe dar, der bestimmte Anliegen des Patienten noch einmal ganz besonders ans Herz

legen sollte oder für sich behalten sollte, wobei es letztere Situation selten auch in der Gruppe gab. Teilweise berichtete der Dolmetscher dann später darüber, aber nicht immer. Gelegentlich wurde der Dolmetscher von Mitgliedern mit Hinweis auf seine türkische Identität als seinesgleichen betrachtet, mit dem man auf der gleichen Ebene sprechen oder gegen den man sich auflehnen kann. Darin zeigten sich erste Ansätze zur Auflehnung gegen eine Autorität. Dieses Verhalten war dann eher zu beachten, wenn die Rolle des Dolmetschers von einer Frau bekleidet wurde, was wohl mit der untergeordneten Rolle der Frau in der türkischen Gesellschaft zusammenhängen mag (vgl. Schumann 1972; Holtbrügge 1975).

Wie andere Verfasser berichten (Dunkas 1975; Werbin, Hynes 1975; Fränkel-Dahmann 1977), kommt in der Gruppenpsychotherapie mit Ausländern oder Angehörigen der Unterschicht dem Gruppenleiter als Autoritätsperson eine sehr wichtige Rolle zu. Das geschah auch in unserer Gruppe. Der Gruppenleiter wurde als mächtiger Mann erlebt. Er verfügte über medizinisches Wissen, über die Kenntnisse der deutschen Kultur und Situation und über das Recht, im Namen der deutschen Gesellschaft handeln zu dürfen, z.B. in Form von Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Er wurde als Heiler, der wohltuend und hoffnungserweckend wirkte, empfunden. Von ihm erwarteten die Mitglieder starke Suggestionen wie von einem Hodscha. Er sollte Maßnahmen und Anordnungen treffen, denen die Mitglieder nur zu gehorchen brauchten. Versuche, den Mitgliedern mehr Verantwortlichkeit für die Änderung ihrer Situation zu übertragen, scheiterten zunächst und konnten erst nach Ablauf einer längeren Zeit und dann auch nur in winzigen Schritten teilweise erfolgreich erfolgen. Der Therapeut hat orientalische Kurzgeschichten (z.B.

Peseschkian 1979), deutsche Sprichwörter oder biblische Zitate verwendet um spontane und lebhaftere Reaktionen auszulösen, als wir das von den jugoslawischen und deutschen Patienten kennen. Das mag sicherlich Ausdruck des orientalischen, kulturellen Gepräges sein. Jedenfalls konnten die Mitglieder so das Team durch ihre projektionsgesteuerten Reaktionen auf die Probleme aufmerksam machen, worüber sie bereit waren zu reden.

Der Co-Therapeut, der wie der Dolmetscher ebenfalls ein Ausländer war, trat in die Gruppe meist nur im Zusammenhang mit Diskussionen über transkulturelle Vergleiche als Vertreter einer dritten Kultur aktiv in Erscheinung (vgl. dazu auch Zinck 1984). Seine Haupttätigkeit zeigte sich mehr in den Nachbesprechungen, wenn es darum ging, die Geschehnisse in der Gruppe zu interpretieren und Richtlinien für das weitere Vorgehen zu erarbeiten.

#### **4. Überlegungen hinsichtlich der weiteren Gruppenarbeit**

Es bleibt nach wie vor wichtig, daß jeweils rechte Verhältnisse zwischen Offenheit für die Strukturierungsversuche der Gruppe durch die derzeitigen und wahrscheinlich neu hinzukommenden Gruppenmitglieder einerseits, und unserem Bemühen, den Bedürfnissen bzw. dem drohenden Chaos entsprechende Strukturen zu schaffen, andererseits zu finden. Bislang erscheint uns vorstellbar, im weiteren gemeinsamen Bemühen mit Mitgliedern der Gruppe mehr Strukturen zu entwickeln, die den individuellen, kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen der Mitglieder gerecht werden und es ihnen ermöglichen, die eigene Situation im Sinne einer Gesundung zu verändern. Dazu gehören auch die Offenheit

für die Einbeziehung von Verwandten, Nachbarn und Freunden sowie die Offenheit für das magisch-religiöse Denken. Beidem sollten in Zukunft mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die sich abzeichnenden Möglichkeiten, mit Hilfe von Kurzgeschichten das Problembewußtsein zu steigern, sollten gezielter ausgeschöpft werden.

Die in Ansätzen festzustellenden vielfältigen Kommunikationsebenen zwischen Gruppenmitglied und Arzt auch als Dolmetscher vorbei mit Hilfe nonverbaler Mittel, in gebrochenem Deutsch oder durch Übernahme der Rolle des Dolmetschers durch andere Gruppenmitglieder verdienen mehr Beachtung. Es gibt generell gesagt, die Möglichkeit der doppelten Kommunikation in der Gruppe, erstens hinsichtlich des Therapeuten und zweitens hinsichtlich des Dolmetschers, es soll darauf geachtet werden. Die Barrieren zwischen den Mitgliedern und dem Dolmetschern bedingt durch die unterschiedliche Geschlechts- und Schichtzugehörigkeit, sollte mehr berücksichtigt werden. So lernten z.B. nicht nur wir, sondern auch beide Dolmetscher in der Gruppe einiges über die Formen des magisch-religiösen Denkens ihrer Landsleute, was ihnen als Angehöriger der Oberschicht bislang selber nicht bekannt war. Überhaupt verdient die Rolle des Dolmetschers mehr an Beachtung, um z.B. den subjektiven Charakter dieser Rolle und vielleicht noch weitere als die bislang genannten Funktionen zu erfassen.

Ferner bleibt abzuwarten, welche Strukturen bei einem weiteren Anwachsen der Gruppengröße entstehen werden. Inhaltlich bleibt abzuwarten, ob wann und wie gesellschaftspolitische Themen so wie der sexuelle Bereich zu Sprache kommen werden, besonders die Möglichkeit eine

türkische Co-Therapeutin in die Gruppe einzuführen. Jedenfalls soll man bereit sein verschiedene Möglichkeiten zu ergreifen, ihren Mitgliedern zu helfen, wieder gesund zu werden und diese Möglichkeiten in den künftigen Gruppensituationen anzubieten.

## Zusammenfassung

Es wird eine 7-monatige Arbeitsweise über die Gruppenpsychotherapie mit türkischen Gastarbeitern und deren Familienmitgliedern in Deutschland dargestellt, die überwiegend unter konversive Störungen leiden. Vorerst wurde auf die spezifische Struktur der Gruppe hingewiesen, die von einem deutschen Therapeuten, einem jugoslawischen Co-Therapeuten und einem türkischen Übersetzer geleitet wurde. Weiterhin sind die Arbeitsbedingungen der Gruppe und die grundlegenden Charakteristiken der Leitungsart hervorzuheben. Nachher wurden die Hauptmerkmale der Gruppendynamik / autoritäres Benehmen der Gruppenmitglieder, Thematik der transkulturellen Probleme, Familien- und Generationsfragen, psychomotorische Abreagierungen in der Gruppe sowie die magischen Hintergründe der Erscheinung wie auch die Behandlung der konversiven Störungen dargelegt. Zusammenfassend kann man sagen, daß die Probleme der Gruppenpsychotherapie hinsichtlich der psychischen Störungen der Gastarbeiter und die Rolle des Dolmetschers und der übrigen Teammitglieder in der Gruppe behandelt wurden. Die Konturen der künftigen Arbeitsweise in Korrelation mit den ähnlichen Erfahrungen anderer Autoren sind ebenfalls angedeutet.



## Literatur

Benkert, H; Floru, L.; Freistein, H.: Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern, die zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Nervenarzt, 45, 76-87, 1974

Dei Castillo, J.L.: The Influence of Language upon Symptomatology in Foreign-Born Patients. American Journal of Psychiatry, 127, 242-244, 1970

Dunkas, N.; Nikelly, A.G.: Group Psychotherapy with Greek Immigrants. International Journal of Group Psychotherapy, 25, 402-409, 1975

Eckert, J.; Biermann-Ratjen, E.M.; Tönnies, S.; Wagner, W.: Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. Empirische Untersuchungen über wirksame Faktoren im gruppenpsychotherapeutischen Prozeß. Gruppenpsychotherapie und Dynamik, 17, 142-162, 1981

Fränkel-Dahmann, I.; Ziegler, G.: Gruppenarbeit mit sozialen Randschichtfamilien - Erfahrungen aus einem Forschungsprojekt über Formen und Auswirkungen von psychosozialer Deprivation. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 11, 278-292, 1977

Green, J.; Bastian, J.: Psychosocial stress, in: Human communication and psychosomatic disease. In: Spjelberg, Ch.; Sarason, I.G. (Eds): Stress and Anxiety, Vol.1, Wiley, New York, 1975

Ho)trügge, H. Türkische Familien in der Bundesrepublik. Erziehungsvorstellungen und familiäre Rollen- und Autoritätsstruktur, Verlag der Sozialwissenschaftlichen Kooperative, Duisburg, 1975

Koptagel-Illal, G.: Psychosoziale Probleme der Familie in einer Übergangsgesellschaft am Beispiel der Türkei. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 16, 146-165, 1980

Leyer, E.; Bademli, Y; Wirsching, M.; Psychosomatische Probleme in Familien türkischer Arbeitnehmer. Vortrag DKPM Bad Hersfeld, März 1985

Opalic',P.: Moguc'nosti grupne psihoterapije (Möglichkeiten der Gruppenpsychotherapie), Istrazivacko-izdavacko-izdavacki centar SSO Srbije, Beograd, 1986

Peseschkian, N.: Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten als Medium in der Psychotherapie, Fischer-Taschenbuch, Frankfurt 1979

Ruiz, E.J.: Influence of Biligualism on Communication in Groups. International Journal of Group Psychotherapy, 25, 391-395, 1975

Schumann, H.J.; Schumann, K.M.: Der Koran wird nicht mehr wörtlich genommen. Deutsches Ärzteblatt, 69, 2642-2645, 1972

Werbin, J.; Hynes, K.: Transference and Culture in a Latina Therapy Group. International Journal of Group Psychotherapy, 25, 396-401, 1975

Zinck, H.: Eine transkulturelle sozialpsychiatrische Behandlung. Falldarstellung eines Suicidversuchs. Psychiatrische Praxis, 11, 20-25, 1984

### **Anschrift der Verfasser**

Assist. Dr. sei Petar Opalic'  
Institut za mentalno zdravlje  
Palmoticeva 37  
11000 Beograd

Dr. med. Friedhelm Röder  
Zentrum für Nervenheilkunde  
an der Philipps-Universität  
R. Bultmann-Str. 8  
35039 Marburg



# **Die Integrierte Gesundheitssicherung**

## **Ein Modell für eine ambulante und stationäre Prävention**

von Friedrich Haux, Chefarzt der AOK-Klinik, Bad Ems

### **Präambel**

Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und die Marktsituation in der sozialen Krankenversicherung erfordern einen Wandel der Krankenversicherungen vom Verwalter von Krankheit zum Anbieter von Gesundheit. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsreformgesetz neue Rahmenbedingungen zur Gestaltung der Gesundheitsförderung geschaffen. Ein gesetztechnisches Novum ist die „abgeschlossenen Vorbeugekur“. Diese Leistung mit Leben zu erfüllen muß die Aufgabe der „Gesundheitskasse“ sein. Hier sind Angebote zu entwickeln, die für Versicherte attraktiv genug sind, sich schon im Vorfeld einer Erkrankung durch eine Prävention für die Anforderungen des Alltags fit zu machen. Der Autor hat mit der Integrierten Gesundheitssicherung vor 15 Jahren ein eigenes Präventions- und Rehabilitationsprogramm entwickelt und implementiert. Ziel dieses Programmes ist eine effektive und effiziente Vorsorge - ambulant und stationär.

Dieses Präventionsprogramm soll kurz vorgestellt werden:

# **Die Integrierte Gesundheitssicherung**

## **Ein Modell für eine ambulante und stationäre Prävention**

von Friedrich Haux, Chefarzt der AOK-Klinik, Bad Ems

### **Präambel**

Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und *die* Marktsituation in der sozialen Krankenversicherung erfordern einen Wandel der Krankenversicherungen vom Verwalter von Krankheit zum Anbieter von Gesundheit. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsreformgesetz neue Rahmenbedingungen zur Gestaltung der Gesundheitsförderung geschaffen. Ein gesetztechnisches Novum ist die „abgeschlossenen Vorbeugekur“. Diese Leistung mit Leben zu erfüllen muß die Aufgabe der „Gesundheitskasse“ sein. Hier sind Angebote zu entwickeln, die für Versicherte attraktiv genug sind, sich schon im Vorfeld einer Erkrankung durch eine Prävention für die Anforderungen des Alltags fit zu machen. Der Autor hat mit der Integrierten Gesundheitssicherung vor 15 Jahren ein eigenes Präventions- und Rehabilitationsprogramm entwickelt und implementiert. Ziel dieses Programmes ist eine effektive und effiziente Versorgung - ambulant und stationär.

Dieses Präventionsprogramm soll kurz vorgestellt werden:



## **1. Grundkonzeption:**

Chronische Erkrankungen dominieren in heutigen Krankheitsspektrum; sie sind neben Einflüssen aus dem sozialen Umfeld und der Arbeitswelt häufig auf Fehlverhaltensweisen und riskante Lebensstile zurückzuführen. Dauerhafte Verhaltensänderungen erfordern neben der Vermittlung gesundheitsbezogener Erkenntnisse und Erfahrungen auch die Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung und Einübung im täglichen Umfeld von Familie, Freizeit und Beruf. Die Kenntnis der alltäglichen Lebensumstände und die aktive Patienteneinbeziehung sind für den Erfolg von Präventionsmaßnahmen ebenso wichtig wie die Vernetzung ambulanter und stationärer therapeutischer Angebote. Die alltagsabgeschiedene, selbstkonzentrierte und lernfördernde Atmosphäre einer stationären Präventionsmaßnahme, wie sie eine Kur darstellt, bietet in vielen Fällen die notwendige Ergänzung ambulanter, gesundheitsbezogener Aktionen. Kuren sind jedoch nur effektiv und effizient, wenn sie in einem ambulanten Präventionsangebot verankert sind.

## **2. Notwendige Rahmenbedingungen**

### **2.1. Patientenebene**

Die freie, selbstverantwortliche Entscheidung und Eigenaktivität des einzelnen Versicherten ist die Voraussetzung für eine dauerhafte gesundheitsbewußte Verhaltensänderung. Der Einzelne muß im Rahmen seines sozialen Umfeldes die Umsetzbarkeit des geforderten gesundheitsbewußten Lebensstils überprüfen. Er wird in der

Regel nur solche Verhaltensweisen annehmen, die ihm ein weiteres Verbleiben in seinem angestammten sozialen Umfeld ermöglichen. Dabei wird er die Verhaltenserwartungen seines Bezugsfeldes in Familie, Freizeit und Beruf mit berücksichtigen. Den in der Gesundheitsförderung Tätigen obliegt die schwierige Aufgabe, die in vielen Fällen offenbar werdende Diskrepanz zwischen bekanntem Wissen und Gesundheit einerseits und tatsächlich praktizierten gesundheitsbeeinträchtigtem Verhalten andererseits bewußt zu machen und gemeinsam mit dem Klienten Verhaltensstrategien zu entwickeln. Eine Lebensstilveränderung wird häufig als existentielle Bedrohung erlebt, denn langjährig eingeübtes soziales Verhalten wird in Frage gestellt, ein Prestigeverlust und die Zuteilung einer Außenseiterrolle im sozialen Umfeld befürchtet. Die Entscheidung, das individuelle Verhalten zu verändern, kann deshalb nur in der Kompetenz des Einzelnen selbst liegen. Professionelle Helfer können hierbei nur beraten und unterstützen. Bevormundung oder soziale Kontrolle laufen im angestrebten Prozeß der individuellen Verhaltensänderung zuwider.

## **2.2. Anbieterebene**

Die zunehmende Gewichtung der Prävention im internationalen und nationalen Bereich erfordert im Rahmen der volkswirtschaftlich unabdingbaren systematischen Qualitätssicherung die Aufstellung eines Merkmalkataloges, der Kriterien zur Bewertung des jeweiligen Präventionsangebotes bereitstellt. Diese Charakteristika einer erfolgreichen Prävention sind auch bei der Ausbildung entsprechender Fachkräfte im Bereich der Gesundheitsförderung/Gesundheitsmanagements zu berücksichtigen.

sichtigen. Folgende Kriterien müssen als essentiell angesehen werden:

## **I. Ganzheitlichkeit**

Ganzheitlichkeit in Diagnose und Therapie sind Grundvoraussetzung für eine effektive und effiziente Prävention. Ganzheitlich bedeutet, den Patienten dort abzuholen, wo er sich befindet. Es gilt, lebenslagenorientiert und alltagsbezogen vorzugehen. Ganzheitlich heißt, den Menschen als Einheit zu sehen und die unterschiedlichsten Einflüsse psycho-sozialer, ökologischer, kultureller, psychischer, physischer, kognitiver und genetischer Provenienz zu erkennen und mit in die Diagnose und Therapie einfließen zu lassen. Ganzheitlichkeit läßt sich jedoch nur umsetzen, wenn auch die folgenden Kriterien erfüllt sind:

## **II. Interprofessionelle Kooperation**

Die fachübergreifende Kooperation stellt ein unerläßliches Element einer erfolgreichen Prävention dar. Nur durch eine interprofessionelle, in Teamarbeit erarbeitete Diagnose und Therapie kann Ganzheitlichkeit sichergestellt werden.

## **III. Transferfähigkeit**

Therapeutische Programme sind in der Prävention nur dann sinnvoll, wenn sie sowohl alltagsbezogen als auch in speziellen Institutionen, wie Krankenhäuser, Kliniken, Betrieben etc. durchgeführt werden. In der Bundesrepublik Deutschland werden ca. 400 Mrd. DM für Gesundheit ausgegeben. Die Höhe dieses Betrages kommt auch dadurch zustande, daß

zahlreiche Brüche im Bereich von Diagnose und Therapie zu verzeichnen sind, die dem Patienten immer wieder aufs neue diagnostiziert werden, um anschließend wieder einer anderen Therapie unterworfen zu werden. Erfolgreiche Prävention bedeutet, Diagnose und Therapie im ambulanten und stationären Bereich zu synchronisieren.

#### **IV. Langfristigkeit**

Prävention ist nur dann effektiv und effizient, wenn sie langfristig angelegt ist. Ziel muß es sein, die Therapie auf Dauer zu verankern.

#### **V. Strukturelle Komponente**

Langfristigkeit kann nur dann erreicht werden, wenn entsprechende strukturelle Komponenten vorhanden sind. Bislang ist es den Rentenversicherungsträgern nicht gelungen, stringente, in sich geschlossene Therapieketten für den Bereich der Prävention und Rehabilitation aufzubauen. Die Krankenkasse und insbesondere die AOK haben durch ihre starke regionale Präsenz die Möglichkeit, Patienten langfristig zu betreuen. Sie verfügen über eigene Angebote im Bereich der Ernährung, Bewegung, Entspannung, der sozialen Betreuung etc., die in der Lage sind, dem Patienten auch vor Ort adäquat parademizinisch weiter zu beraten.

#### **VI. Systematische Evaluation**

Für eine Qualitätssicherung in der Prävention ist es unerlässlich, eine systematische Evaluation durchzuführen. Sie erlaubt eine schnelle Korrektur eingeschlagener Vor-

gehensweise im Sinne des real-time managements; hierdurch wird das therapeutische Programm fortlaufend auf eine patientenorientierte und alltagsbezogene Ausrichtung überprüft und neugestaltet. Evaluation mit der eventuellen Folge der Implementation innovativer Strukturen erfordert die Einbeziehung wissenschaftlicher Institutionen, wie Fachhochschulen, Universitäten etc. Sie gewährleisten die Auseinandersetzung mit Innovationen im diagnostischen und therapeutischen Bereich.

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Friedrich Haux  
Chefarzt der AOK-Klinik  
Viktoriaallee 27

56130 Bad Ems





7.10.9greQjle.r- A.'..lige nill! rt'; :rz,tlic. w (s Usi  
fufisymithrtapie(AAGP), f . . . . .

vom 22. bis 24. November 1996 in Berlin,

Hotel „Steglitz International“, Albrechtstr. 2, 12120 Berlin.  
Tel. 030/790050, Fax 030/790055550,

- Aktuelle Psychotherapie  
Methodenkombination als Standard? -

Vorträge und Arbeitsgruppen zu folgenden Themen

*Angst - Depression - Schmerz - Sucht*  
*Anorexia nervosa - Bulemie - Diabetes mellitus*

A 1111 lung: Annero rie ffaefs. Selq.e at ger A4G. > friegrjc ;. µ-  
Str: i 40474 Dusseldorf; Tel, #d f'ax 021 1/45074 1 oder  
Qr, med. R Hirs G.csch,1'sfüljrey der A:ÄGP; Sapwi e 12 · 82234  
Wessling, Tel. und Fax 08153/9-5'089.



**Fritz Zorn : „Mars“**

**Fischer Verlag, Frankfurt 1994, DM 14,90**

"Ich bin jung und reich und gebildet; und ich bin unglücklich, neurotisch und allein. Ich stamme aus einer der allerbesten Familien des rechten Zürichseeufers, das man auch die Gold-küste nennt. Ich bin bürgerlich erzogen worden und mein ganzes Leben lang brav gewesen. Meine Familie ist ziemlich degeneriert, und ich bin vermutlich auch ziemlich erblich belastet und milieugeschädigt. Natürlich habe ich auch Krebs, wie aus dem vorher Gesagten eigentlich selbstverständlich hervorgeht."

Dies ist der erste Satz - und wie ich meine der Schlüsselsatz - einer 1976 geschriebenen Biographie eines 30-jährigen Millionärssohnes, der anlässlich seiner Krebserkrankung mit Hilfe eines Psychotherapeuten versucht, seine persönliche Lebensgeschichte aufzuarbeiten. Auch wenn die heutigen Forschungen diese vom Autor postulierte Linearität zwischen Psyche und Krebsgeschehen nicht beweisen konnte, durchzieht diese Annahme wie ein roter Faden das Werk und entspricht seiner Konstruktion von Wirklichkeit. In diesem Licht zieht er seine persönliche Lebensbilanz, rechnet vor allem mit der Doppelmoral der bürgerlichen Gesellschaft ab, die hinter dem verlogenen Harmoniebedürfnis eine konfliktscheue, lebensuntüchtige, körper- und genußfeindliche Atmosphäre schuf, in der das Leben verpaßt wird. Trotz dieser Bitterkeit und Aggressionen, die schon im gewählten Pseudonym und Titel zum Ausdruck kommen, ist es dem Autor aber gelungen, eine äußerst differenzierte Darstellung einer depressiven Persönlichkeit zu geben, die mit den ihr zur

Verfügung stehenden Mitteln von Problembewältigung um den "Sinn und die Klarheit" seines Lebens angesichts der tödlichen Bedrohung durch den Krebs ringt.

Auch nach 20 Jahren ein immer noch aktuelles Buch, was die wiederholten Neuauflagen beweisen.

Dr. med. Hedwig Sombroek

**Michael Linden, Martin Hautzinger (Hrsg.):  
„Verhaltenstherapie. Techniken, Einzelverfahren und  
Behandlungsanleitungen“**

**3. überarb. und erw. Auflage, Springer-Verlag 1996,  
DM 48,-**

Dieses Buch ist ein Psychotherapiemanual. Es soll einen Beitrag leisten zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Verhaltenstherapie. Durch die Beschreibung verhaltenstherapeutischer Methoden, Techniken und Einzelverfahren soll eine bessere Therapeutencompliance mit erprobten und wissenschaftlich fundierten Standardvorgehensweisen in der Verhaltenstherapie ermöglicht werden. Was ist „systematische Desensibilisierung“ oder „Selbstinstruktion“, wie und wann sollten diese Verfahren sinnvollerweise eingesetzt werden? - Welche Verfahren sind bei bestimmten Störungsbildern wie etwa Angststörungen, Zwängen oder kindlichen Entwicklungsstörungen indiziert? - Was ist allgemein z.B. bei Indikationsentscheidungen zu beachten?

Die dritte Auflage des 1981 erstmals erschienenen Psychotherapie-Manuals (PTM) hat den Charakter eines Nachschlagewerkes beibehalten und bietet:



- Lernenden einen Überblick über Einzelverfahren, Methoden und Strategien der Verhaltenstherapie, deren Einsatzmöglichkeiten bei psychiatrischen und psychosomatischen Störungsbildern sowie allgemeine Grundlagen psychotherapeutischen Arbeitens,
- Praktikern das gezielte Nachschlagen, da die Darstellungen der Methoden, deren Indikation und Kontraindikation sowie vor allem ihre technische Durchführung sehr detailliert und praxisrelevant gehalten sind,
- vorgebildeten Lesern verständlich zu lesende Information über Möglichkeiten der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie.

Dr. med. N. Peseschkian

**Evelyn Heinemann:**

**„Aggression - Verstehen und bewältigen“**

**Springer-Verlag, Berlin -Heidelberg 1996, DM 29,80**

Mit Kompetenz und in prägnanter Kürze gelingt es der Autorin das wichtige Thema "Aggression" zu behandeln. An Hand einer durchgehenden Falldarstellung eines jugendlichen Gewalttäters beschreibt sie zunächst, wie Aggressionen entstehen, indem sie verschiedene psychologische Aggressionstheorien darlegt. Verschiedenen Formen und Ausdrucksweisen der Aggressionen sind die weiteren Kapitel gewidmet, wobei besonders auch Autoaggression, Suizid und Persionen ausführlich dargestellt werden. Jeweils eigene Kapitel reserviert die Autorin ganz aktuellen Themen wie geschlechtsspezifische Ausdrucksformen von Aggressionen, aggressives Verhalten in der Überflußgesellschaft und in der Masse. Sie benennt nicht nur die



historischen Entstehungsbedingungen für Hexenwahn und Kriege, sondern auch die gegenwärtigen gesellschaftspolitischen Faktoren für den Rechtsradikalismus. An zwei Beispielen aus anderen Kulturen (Jamaika und Palau) beschreibt sie kulturspezifisches aggressives Verhalten und alternative Möglichkeiten von Aggressionsbewältigung.

Die letzten Kapitel des Buches zeigen unterschiedliche Behandlungsansätze zur Bewältigung von Aggressionen bei Kindern und Erwachsenen auf. Besonders zukunftsweisend scheint mir das Konzept der "Psychoanalytischen Pädagogik", das auch der Forschungsschwerpunkt der Autorin ist. Ganz deutlich ist aber auch die Botschaft angekommen, daß das vor-rangige Ziel der Aggressionsbewältigung eine sinnvolle Inte-gration von verschiedenen Theorien und Behandlungsmethoden erfordert.

Dr. med. Hedwig Sombroek



**Manfred Cierpka (Hrsg.):**

**„Handbuch der Familiendiagnostik“**

**Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg, 1996, DM 78,-**

Die Beziehungen des Patienten/Klienten zu seinem Partner und zu seiner Familie werden in den letzten Jahrzehnten verstärkt in der Psychotherapie berücksichtigt. Der Familiendynamik wird in der Diagnostik viel Aufmerksamkeit geschenkt. Paar- und Familientherapien sind Verfahren, die in vielen Institutionen und Praxen zum Behandlungsrepertoire der Therapeuten gehören.

Die stärker werdende Berücksichtigung von Störungen bzw. von Ressourcen in zwischenmenschlichen Systemen bei der Entstehung, dem Verlauf und der Prognose von Problemen, Symptomen oder gar Erkrankungen erfordert und rechtfertigt die Zusammenstellung des bisherigen Wissens auf dem Gebiet der Familiendiagnostik. „Familiendiagnostik untersucht und beschreibt Interaktionen... zwischen den Familienmitgliedern ... und analysiert die Dynamik der Familie als systemisches Ganzes...“ wie - das macht den Inhalt dieses Handbuches aus. Die hervorragende didaktische Aufbereitung ermöglicht es dem Leser, den diagnostischen Prozeß Schritt für Schritt nachzu-vollziehen - vom ersten telefonischen Kontakt über die Durchführung der Gespräche mit Hilfe eines Leitfadens bis zur klinischen Dokumentation. Familientheoretisches Hintergrundwissen ergänzt die praxisbezogenen Anleitungen und erleichtert eine theoretische Einordnung der diagnostischen Phänomene. Der interdisziplinäre Ansatz des Buches gewährleistet, daß sowohl systematische, psychoanalytische als auch strukturelle Theorien zur Anwendung kommen.

Dr. med. N. Peseschkian

**Josef Dudel, Randolph Menzel, Robert F. Schmidt (Hrsg.):  
„Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition“  
Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg, 1996, DM 118,-**

Das Lehrbuch „Neurowissenschaft“ bietet eine umfassende Darstellung aller Fachgebiete, die sich mit der Struktur und Funktion von Nervensystemen befassen. In einem interdisziplinären Ansatz werden traditionell getrennte Disziplinen wie Evolutionsbiologie, Entwicklungsbiologie, Biochemie, Molekularbiologie, Zellbiologie, Physiologie, Anatomie und Verhaltensbiologie mit dem Ziel zusammengeführt, das Nervensystem auf allen Komplexitätsebenen zu verstehen.

Hunger, Schlaf, sexuelle Erregung, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit - diese und viele andere grundlegende Aspekte tierischen und menschlichen Erlebens und Verhaltens können heute aufgrund des rasanten Wissenszuwachses auf dem Gebiet der Neurowissenschaften immer detaillierter erklärt werden.

Dementsprechend faszinierend sind die im Dudel/Menzel/Schmidt zusammengetragenen Erkenntnisse, die von der Molekular- und Zellbiologie der Neurone über die synaptischen und modulatorischen Interaktionen von Zellen und Zellverbänden bis zu komplexen Hirnfunktionen wie Bewußtsein, Kognition und Sprache reichen.

28 ausgewiesene Experten sind die Garantie für das hohe inhaltliche Niveau und die Aktualität dieses Lehrbuches, das auch durch seine vorbildliche Didaktik und die Fülle farbiger Abbildungen überzeugt.

Dr. med. N. Peseschkian



**Sebastian Goeppert: „Medizinische Psychologie“**  
**Rombach Verlag, Freiburg September 1996, DM 49,80**

Das Fach Medizinische Psychologie betrifft das Herzstück des Arztberufs jenseits und vor aller Spezialisierung: Im Zentrum steht der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Die Lehre der Medizinischen Psychologie und Soziologie hat zwei Anliegen: einmal die Vermittlung des fachspezifischen Lernstoffs ( wie er im Gegenstandskatalog festgelegt ist) unter Einbeziehung einer angemessenen Prüfungsvorbereitung, zum anderen die Steuerung des Wechselspiels von Persönlichkeit, Kommunikation und Übertragungsdynamik in Lernsituationen. Diesem Buch liegt das erprobte Freiburger Unterrichtskonzept zugrunde, nach dem die Studierenden einzelne Themen fallbezogen unter fachkundiger Anleitung in kleinen Gruppen möglichst selbständig erarbeiten. Es soll dem doppelten Bedürfnis der Studierenden gerecht werden: als Kompendium der Medizinischen Psychologie und Soziologie führt es anschaulich in grundlegende Themen jeder ärztlichen Berufsausübung ein (z.B. Arzt-Patient-Beziehung, Gesundheit und Krankheit, Persönlichkeitsentwicklung, Psychosomatik und Ethik in der Medizin). Zudem dient es (aufgrund seiner Orientierung am Gegenstandskatalog in Verbindung mit ausgewählten kommentierten Fragen der multiple-choice-Prüfung) zur gezielten Examensvorbereitung.

**Sebastian Goeppert**, geb. 1942, Professor für Medizinische Psychologie in Freiburg im Breisgau. Buchveröffentlichungen auf den Gebieten der Medizinischen Psychologie, Psychoanalyse und Kommunikationswissenschaft. Interdisziplinärer Forschungsschwerpunkt (zusammen mit Herma Goeppert-Frank): Moderne Kunst und Literatur am Beispiel von Werkanalysen bei Pablo Picasso und Samuel Beckett.

**U.Boessmann / N. Peseschkian: „Arbeitsbuch Positive Ordnungstherapie. Gebrauchsanweisung für die ganzheitsmedizinische Praxis“**

**Hippokrates Verlag Stuttgart 1995, DM 49,-**

Die Regeln einer natürlichen, gesundheitserhaltenden und wiederherstellenden Lebensordnung sind seit altersher Grundlage der Medizin. Der Begriff der Ordnungstherapie wird hier um naturwissenschaftlich, naturheilkundliche, psychosomatische und philosophische Aspekte zu einer praxisgerechten Konzeption ganzheitlicher Medizin erweitert.

Konkrete Anregungen zur Patientenmotivation und ärztliche Gesprächsführung bestätigen den Anspruch der Ordnungstherapie, als Säule der klassischen Naturheilverfahren auch in der modernen Praxis mehr Beachtung zu finden.

Aus der Praxis für die Praxis stellen die Autoren ihre ordnungstherapeutische Strategie als eine positive, ermutigende und befähigende der negativen, verbotenden Diktion *Kneipps* und *Bircher-Brenners* entgegen und ermuntern zu alternativen Strategien der Behandlung.



**Hans Henning Studt (Hrsg.): „Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie“**

**Johann Ambrosius Barth Verlag, Heidelberg , DM 58,-**

Leider vergeht kein Tag, an dem wir nicht mit den verschiedenen Formen der Aggression, der defensiven oder feindseligen Aggression oder Destruktivität, konfrontiert werden - sei es unmittelbar in zwischenmenschlichen Beziehungen oder mittelbar über Informationen der verschiedenen Medien. Als Psychotherapeuten müssen wir mit aggressiv-destruktiven Verhaltensweisen psychisch schwer gestörter Patienten umgehen und haben die Aufgabe, die bei ihnen zur Selbstdestruktion fehlverarbeitete Aggression als Krankheitsfaktor zu erkennen und zu analysieren.

Die Beiträge des Bandes - entstanden aus Vorträgen eines Kongresses der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie - untersuchen zum einen die ursächliche Bedeutung der Aggression und Autoaggression bei verschiedenen Krankheitsbildern und zum anderen die Auswirkungen der Aggressivität und Destruktivität in der Gesellschaft. Dabei werden verschiedene Formen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie in unterschiedlichen Behandlungsrahmen beschrieben. Die Fallbeispiele wie auch die Darstellungen von aggressiv-destruktiven Phänomenen in der Gesellschaft geben Anregungen zur Prophylaxe psychogener Störungen.

Mit Beiträgen von: A. Blecher, P. Boppel, G. Danzer, H.C. Deter, E. Fikentscher, M. Hirsch, W.V. Holitzner, B.F. Klapp, A. Klepper, C. Maiß, G. H. Paar, N. Peseschkian, A. Ploeger, B. Rommelspacher, H. Röthke, I. Schietsch, E. Schiffer, H.H. Studt, F. Winkelmann

So wendet sich das Buch an Psychotherapeuten, Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter in Klinik, Praxis und Beratungsstellen, aber auch an die Studierenden der Medizin und klinischen Psychologie.

Dr. N. Peseschkian

**Nossrat Peseschkian: „Das Geheimnis des Samenkorns. Positive Streßbewältigung“**  
**Springer Verlag, August 1996, DM 34,80**

*„Wenn du eine hilfreiche Hand brauchst, so suche sie am Ende  
deines eigenen Armes.“*

N. Peseschkians Konzept der Positiven Psychotherapie stützt sich auf die Fähigkeit des Menschen zur Selbsthilfe. Die in diesem Buch zusammengestellten Beispiele aus seiner therapeutischen Praxis zeigen, wie die oft verschütteten oder einseitig ausgeprägten Fähigkeiten zur Problembewältigung wieder entwickelt und ins Gleichgewicht gebracht werden können, die in der Therapie verwendeten orientalischen Geschichten, Gleichnisse und Fabeln ermöglichen dabei einen neuen Blick auf alte Probleme und eingefahrene Problemlösungen. Ein Buch, das Anregungen zum Nachdenken über das eigene Verhalten in Streßsituationen gibt und Möglichkeiten phantasievoller Problembewältigung aufzeigt.