

Zeitschrift für Positive Psychotherapie

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



Heft 4: 4. Jahrgang .Dezember 1982 - DM 6,—

Erziehung Selbsthilfe Psychotherapie Transkulturelle Probleme

Psychotherapie des Alltagslebens

Positive Psychotherapie in der ärztlichen Praxis — Drei
Einstiegsmöglichkeiten

- Sich-das-Leben-nehmen
- Praktische Wege der Positiven Psychotherapie zum Patienten — Erfahrungen in einer Praxis für Allgemeinmedizin
- Die Anwendung des methodischen Prinzips der Positiven Psychotherapie im industriellen Bereich — Erfahrungsbericht über ein Programm zur Verbesserung der Arbeitssicherheit

Positive Psychotherapie — Hoffnung für die Sozialarbeit



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE E.V.

Impressum

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

Herausgeber

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

Redaktion

med. N. Peseschkian
im-Psychologe Hans Deidenbach
er. pol. Ingrid Hofmann

Beirat

Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. G. Karcher, Böblingen
Prof. Dr. med. G. Müller, Mainz
Prof. Dr. med. G. Müller-Zahn, Wiesbaden
Prof. Dr. med. G. Ortrun Werner, Bebra
Prof. Dr. med. G. Walburg Maric, Bad Homburg
Prof. Dr. med. G. D44e Schön, Wiesbaden

Anschrift der Redaktion

Einreichungsweise

Abzugsbedingungen

Abzug (DGPP): kostenlos
3h Zustellgebühren
-eSparkasse, Wiesbaden,
2-Z51050015

Zeitschrift für Positive Psychotherapie

Erziehung Selbsthilfe - Psychotherapie • Transkulturelle Probleme

Inhalt

Seite

Einführung des Herausgebers	2
Geschichte: Leichte Heilung	3
Positive Psychotherapie in der ärztlichen Praxis	4
Drei Einstiegsmöglichkeiten Dr. med. N. Peseschkian	
Sich-das-Leben-nehmen	1
6 (ergreifen? — wegwerfen?) Dr. med. Hans H. Dickhaut	
Praktische Wege der Positiven Psychotherapie zum Patienten	
29 Erfahrungen in einer Praxis für Allgemeinmedizin Dr. med. Frauke Gailus	
Die Anwendung des methodischen Prinzips der Positiven Psychotherapie im industriellen Bereich	3
5 Erfahrungsbericht über ein Programm zur Verbesserung der Arbeitssicherheit Dr. Geschichte: Das Marionettenspiel	45

Einführung des Herausgebers

Die Prinzipien der somatischen Behandlung und der Behandlung psychischer Krankheiten waren von jeher von den Vorstellungen des Menschenbildes abhängig, das in dem entsprechenden Zeitalter Gültigkeit besaß.

Die Verteilung der Krankheiten hat sich gewandelt; was früher Pest, Cholera und Pocken waren, sind heute, in unserem Kulturkreis Herzerkrankungen, Gefäß- und Bronchialerkrankungen, Depressionen, Ängste, innere Unruhe und Ratlosigkeit. Aus der Medizingeschichte heraus ist dies verständlich: nach den großartigen Erfolgen der Naturwissenschaft gegenüber den Infektionskrankheiten, in der inneren Medizin und in der Chirurgie entwickelte man eine Vorstellung, die man vielleicht so beschreiben kann: Der Mensch ist eine Maschine und muß repariert werden, in dem sie geölt wird, schadhafte Teile entfernt und Ersatzteile eingebaut werden. Der Bereich des Psychischen wurde belächelt und allenfalls randständig behandelt. Heute kommen wir aber gar nicht mehr an der Feststellung vorbei, daß etwa 60 bis 80% aller Erkrankungen psychisch bedingt oder zumindest mitbedingt sind. Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen, rheumatische Erkrankungen, Schmerzen, Asthma, Herzbeschwerden, Sexualstörungen, Ängste, Depressionen, Zwänge usw. werden heute immer mehr unter dem Gesichtspunkt des Erlebens, der Erlebnisverarbeitung und psychischen und psychosozialen Konflikten gesehen.

Diese Einseitigkeit ist geschichtlich-kulturell bedingt. Sie ließe sich vermeiden, wenn wir bereit wären, andere Denkmodelle einzubeziehen. Diese geben den Krankheitsbegriffen unterschiedliche Bedeutung und legen alternative Behandlungsstrategien nahe. Ausgehend von der Frage „was haben alle Menschen gemeinsam und wodurch unterscheiden sie sich?“ beschreibt die Positive Psychotherapie ein Inventar von Konfliktinhalten. Diese sind im Individuum ebenso wirksam wie in der Familie und der Gesellschaft. Diese Konfliktinhalte sind die Grundlage des therapeutischen Instrumentariums der Positiven Psychotherapie. Die Positive Psychotherapie bietet ein Rahmenmodell dafür, wie auch verschiedene psychotherapeutische und psychosoziale Richtungen miteinander arbeiten können: psychoanalytische, tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, gruppentherapeutische, medikamentöse und physiotherapeutische Behandlungsformen werden dabei herangezogen. Allerdings setzt dies eine gewisse Distanzierung vom psychotherapeutischen Dogmatismus voraus. Aus diesem Blickwinkel ergeben sich auch für die Wissenschaft neue Aspekte, über die Ursache und den Sinn der Krankheit.

Die Verfasser der nachfolgenden Artikel haben versucht, Möglichkeiten für eine sinnvolle Zusammenarbeit aus der Sicht ihrer Arbeitsbereiche darzustellen.

Dr. med. N. Peseschkian

Leichte Heilung

Der Neffe des Herrschers Ghabus-Woschmgir war schwer erkrankt. Alle Ärzte des Landes hatten bereits die Hoffnung aufgegeben. Die Medikamente hatten keine Wirkung. Da die Ärzte nicht weiterkamen, war der Herrscher damit einverstanden, daß Avicena, damals ein junger Mann von sechzehn Jahren, die Behandlung übernahm. Als Avicena den Palast betrat, waren alle über seinen Mut erstaunt, dem Kranken helfen zu wollen, wo doch alle gelehrten Hakim des Landes ihre Ratlosigkeit eingestehen mußten.

Avicenasah den Kranken, einen mageren, blassenjungen Mann, auf dem Lager hingestreckt. Auf ärztliche Fragen gab der Kranke keine Antwort und die Verwandten berichteten, daß er schon seit einiger Zeit kein Wort mehr sage. Avicena griff an den Puls des Kranken und hielt dessen Hand eine längereZeit. Schließlich hob er bedächtig den Kopf und sagte: „Dieserjunge Mann muß anders behandeltwerden. Dazu brauch ichjemanden, der sich in dieser Stadt gut auskennt, der alle Straßen und Gassen kennt, alle Häuser und alle Menschen, die in ihrwohnen.“ Allewunderten sich und fragten: „Was hatdie Heilung des Kranken mit den Gassen unserer Stadt zu tun?“ Trotz ihres Zweifels gehorchten sie Avicenas Befehl und ließen einen Mann kommen, von dem es hieß, er kenne die Stadt wie seine eigenen Taschen. Ihn bat Avicena: „Nenne mir alle Viertel der Stadt.“ Dabei griff er nachdem Puls des Patienten.

Als ein bestimmtes Viertel genannt wurde, fühlte Avicena, daß sich der Puls plötzlich beschleunigte. Daraufhin ließ er alle Straßen dieses Viertels nennen, bis bei einem Straßennamen der Puls des Kranken erneut aufgeregt zu Pochen begann. Jetzt verlangte Avicena, daß alle Gassen dieser Straße genannt würden. Der kundige nannte die Gassen, eine nach der anderen, als plötzlich der Name einer kleinen, wenig bekannten Gasse die Erregung des Kranken sprungartig steigerte. Zufrieden befahl Avicena. „Holt mir einen Mann, der alle Häuser dieser Gasse samt ihren Bewohnern nennen kann.“ Ihn wies Avicena an, alle Häuser dieser Gasse aufzuzählen, und der Pulsschlag des Kranken verriet, welches das richtige sei.

Als der Helferzu den Namen der Hausbewohner kam, nannte er auch den Namen eines Mädchens. Miteinem Schlag begann der Puls des Patienten zu rasen. Avicena bemerkte: „Sehr gut, alles ist klar. Ich kennejetzt die Krankheit desjungen Mannes, und die Heilung ist leicht.“ Er stand auf und sprach zu den Anwesenden, die ihn staunend anstarrten: „Dieserjunge Mann leidet unter der ‚Liebeskrankheit‘. Seine Beschwerden des Leibes haben darin Ihre Wurzel. Er ist verliebt in das Mädchen, dessen Namen ihr hörtet. Geht, holt das Mädchen und werbt es als Braut.“

Der Patient, der mit größter Aufmerksamkeit und Erregung den Worten Avicenas gefolgt war, wurde rot bis über beide Ohren und versteckte sich verschämt unter der Bettdecke. Der Herrscher machte das Mädchen zur Braut seines Neffen, der von dieser Stunde an genas (nach Mowlana).

Positive Psychotherapie in der ärztlichen Praxis

Drei Einstiegsmöglichkeiten

Von Dr. med. N. Peseschkian

In der Medizin gibt es unterschiedliche Auffassungen über die Krankheiten und darüber, was uns krank macht.

Die einen stellen den Körper in den Mittelpunkt. Sie sehen nur Infektionskrankheiten, organische Krankheiten und ihre Therapie beschränkt sich auf Medikamente, Operationen, Massage und Kur: Was macht Magen, Darm, Bandscheiben ...

Die anderen sehen den Menschen nur noch als Psychisches und soziales Wesen. Für sie stehen Depressionen, Ängste, Hemmungen, Minderwertigkeitskomplexe und Aggressionen im Vordergrund. Ihre Therapie ist vorwiegend das Gespräch, die Analyse und die Gruppenarbeit: Was macht die Ängste ...

Wieder andere möchten den Menschen nur als geistiges Wesen sehen und ihn nur über den Geist trapiieren. Ihre Behandlung ist das Gebet, die Askese, das Lesen heiliger Schriften und die Meditation. Sie werden mit mir übereinstimmen, daß alle etwas richtigesgesehen haben. Sie haben aber nichtallesgesehen. Es verhält sich hier ähnlich, wie mit der orientalischen Fabel des Elefanten:

Die Schaulustigen und der Elefant

Man hatte einen Elefanten zur Ausstellung bei Nacht in einem dunklen Raum gebracht. Die Menschen strömten in Scharen herbei. Daesdunkel war, konnten die Besucherden Elefanten nicht sehen, und so versuchten sie, seine Gestalte durch Betasten zu erfassen. Da der Elefant groß war, konnte jeder Besucher nur einen Teil des Tieres greifen und es nach seinem Tastbefund beschreiben. Einer der Besucher, der ein Bein des Elefanten erwischt hatte, erklärte, daß der Elefant wie eine starke Säule sei; ein zweiter, der die Stoßzähne berührte, beschrieb den Elefanten als spitzen Gegenstand; ein dritter, der das Ohr des Tieres ergriff, meinte, er sei einem Fächer nicht unähnlich; der vierte, der über den Rücken des Elefanten strich, behauptete, daß der Elefant so gerade und

Flach sei wie eine Liege.

(Nach Mowlana)

Im gleichen Sinne greift der eine beim Menschen nur den Körper heraus. Der andere nur seine Seele und seine sozialen Bezüge und der dritte schließlich nur den Geist, obwohl Körper, Seele und Geist erst zusammen den Menschen in seiner Einheit ausmachen. Dieser Gedanke des Einheitsverlustes wird uns heute beschäftigen.

Was heißt „Positive Psychotherapie“?

Der Begriff „positiv“ wird üblicherweise als moralische Kategorie verwendet. Allerdings, was „positiv“ als Werturteil auch immer sein mag, es hängt von dem Bezugssystem ab, das erst den Maßstab für gut und böse liefert.

Die Positive Psychotherapie hinterfragt gerade diese Bezugssysteme. „Positiv“ bedeutet hier etwas Weiteres. Es meint entsprechend seinem unsprünghchen Wortsinn (lat.: positum) das Tatsächliche, das Vorgegebene. Tatsächlich und vorgegeben sind nicht notwendigerweise die Konflikte und Störungen, sondern auch die Fähigkeiten, die jeder Mensch mit sich bringt. Das heißt nicht, alles mit einem positiven Vorzeichen zu versehen. Die Positive Psychotherapie versucht, zwischen dem kritischen Verhalten und den Fähigkeiten zu differenzieren. Erst dieses Vorgehen erlaubt es, konfliktarme oder stabile Verhaltensanteile von dem Symptom zu trennen. Es bereitet den Patienten und seine Umgebung darauf vor, besser mit bestehenden Problemen umzugehen.

Allen unseren körperlichen, seelischen und sozialen Funktionen liegt die Fähigkeit zur Differenzierung zugrunde. Der therapeutische Eingriff, gleichgültig, welche Methoden im einzelnen angewandt werden, ist letztlich der Versuch, dem Betroffenen eine verfeinerte, situationsangemessene Unterscheidung zu ermöglichen. Sie gestattet es ihm, sich den Anforderungen einer Situation im Rahmen seiner Zielvorstellung angemessen zu verhalten.

Nach traditioneller Auffassung steht zwischen Therapeut und Patient die Krankheit:

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

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

Therapeut	Fähigkeiten Krankheiten	Patient
<i>Positives Vorgehen</i>		

Das positive Menschenbild

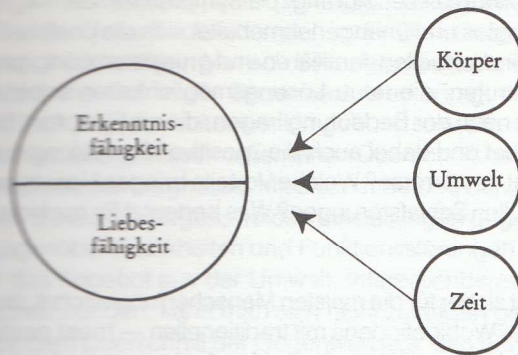
Die Prinzipien der Erziehung, Behandlung und Psychotherapie waren seit jeher von den Vorstellungen des Menschenbildes abhängig, das in dem entsprechenden Zeitalter Gültigkeit besaß. In diesem Menschenbild fließen die Erfahrungen ein, die man mit seinen eigenen Eltern und den Mitmenschen macht, ebenso Erfahrungen, die man von anderen oder aus der Tradition übernommen hat. Sie sind gruppenspezifisch und im weiteren Sinn abhängig von den Wertsystemen der jeweils gültigen Weltanschauung und Religion.

In früheren Zeiten, vor allem im klassischen Griechenland, wurde der psychisch Kranke verehrt. Man glaubte, daß psychisch Kranke eine Verbindung zur Welt der Götter hätten. Zur Zeit des frühen Christentums entwickelte man den psychisch Kranken gegenüber Mitleid: Sie waren stigmatisiert und trugen die Dornenkrone Christi. Im europäischen Mittelalter betrachtete man psychisch Kranke als von Teufeln und Dämonen besessenen und versuchte, sie durch „Austreibung“ des Teufels zu heilen. Dies geschah durch Beschwörungen, Schläge, Klistiere usw. Man steckte sie in Narrenhäuser, legte sie in Ketten oder verbrannte sie als Hexen. Ende des 19. Jahrhunderts, als sich die naturwissenschaftliche Einstellung durchzusetzen begann, versuchte man, die körperlichen Ursachen der psychischen Störungen in den Vordergrund zu rücken. Man glaubte an körperliche Ursachen psychischer Erkrankungen. In der Tat konnten in dieser Zeit bei verschiedenen Krankheitsbildern erhebliche Fortschritte erzielt werden. Die klassische Psychiatrie basiert auf den Erkenntnissen dieser Zeit.

Daneben geriet die Bedeutung von Erlebnissen, der Einfluß der sozialen Umgebung im Elternhaus, Schule und Gesellschaft immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses. Daraus entwickelte sich das psychotherapeutische Denken, das mit psychischen Mitteln eine Änderung im Verhalten und Erleben erzielen wollte. Pioniere wie S. Freud entdeckten den Ursprung von neurotischen Störungen in psychosozialen Bedingungen. Man begann schließlich, den Bereich der psychosomatischen, der seelisch-körperlichen Störungen und auch der Psychosen von psychosozialen Voraussetzungen her zu erforschen.

Aus der Vielzahl der Schulen und der behandelten Störungen entwickelte sich eine Reihe von Methoden: Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung, analytische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie usw.

Dem Konzept der Positiven Psychotherapie liegt die Auffassung zugrunde, daß jeder Mensch ohne Ausnahme zwei Grundfähigkeiten besitzt, die ERKENNTNISFÄHIGKEIT und die LIEBESFÄHIGKEIT. Beide Grundfähigkeiten gehören zum Wesen eines jeden Menschen. Je nach den Bedingungen seines Körpers, seiner Umwelt und der Zeit, in der er Lebt, werden sich diese Grundfähigkeiten differenzieren und zu einer unverwechselbaren Struktur von Wesenszügen führen.



Grundfähigkeiten und ihre Entwicklungsbedingungen

Grundfähigkeiten in der Literatur

Die Hypothese der Basis-Religion vorgez
 --3ähigkeiten fand ich in ähnlicher Form bereits in der
 z---et (vgl. Peseschkian, 1977, S. 103-136).

Im Prinzip zeigt sich in vi
 ginnsp und Realitätsprinz
 Wissenszügen. Maslow
 menschlichen Seins. From
 nen biologischen Instinkten
 dem Begriff der „basic virt
 beschreibt. Diese Begriffe en
 men und lassen sich nicht
 schieden des theoretis
 schenbild. für das Konst
 (vgl. Peseschkian, 1977

~-'3ner Gestalt. S. Freud benutzt die Zweiteilungen von Lust-
 p. Guilford (1965) spricht von universellen Dispositionen und
 (1973) verwendet den Begriff der Grundbedürfnisse des
 m (1974) unterscheidet zwischen den allen Menschen eige-
 und existentiellen Bedürfnissen. Erikson (1971) verwendet
 es", die er in einer Stufenfolge von Grundtugenden be-
 Istammen verschiedenen wissenschaftlichen Theoriesyste-
 bruchlos ineinanderführen. Sieht man jedoch von den Unter-
 en Bedeutungszusammenhangs ab, findet man ein Men-
 --<te gefordert werden, die den Grundfähigkeiten entsprechen

;,~|*

des positiven Vorgehens

Das positive V
 zeptieren, wie sie
 was sie werden ko
 und Krankh
 und durch

9edeutet in diesem Sinne, uns und andere Menschen sozuak-
 -artig sind. Wir müssen inInnenzugleich aberauch das sehen,
 -----r Dies bedeutet zunächst, den Menschen mit seinen Störungen
 - - - -enmen, um dann mit seinen noch unbekannten, verborgenen
 --z---z-„erschütteten Fähigkeiten Beziehung aufzunehmen.

In diesem :);ri;-e stiedes Symptom und jede Krankheit grundsätzlich umdeutbar. Dies
 bezieht sich - W auf den objektiven Befund, als auf die subjektive und gruppen-

spezifische Verarbeitung dieser Störung. Da Symptome in der Regel negativ gedeutet werden, d.h. ausweglos und unangenehm, bietet sich die positive Deutung gerade an. Ihr Ziel ist es, im individuellen, familiären und gruppenabhängigen Verständnis die Änderung hervorzurufen, die neue Lösungsmöglichkeiten anbahnt. Praktisch sieht es so aus, daß wir nach der Bedeutung fragen, die ein Symptom für einen Menschen und seine Gruppe hat und dabei auch die „positive“ Bedeutung miteinfassen: Welche positiven Aspekte hat das Erröten? Welche Vorteile bringen Hemmungen mit sich? Welche Funktionen erfüllen Schlafstörungen? Was bedeutet für mich die Tatsache, daß Angst habe? usw.

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

Drei Angriffsmöglichkeiten in der Positive Psychotherapie

Die krankmachenden Faktoren wirken gegenüber den folgenden drei Bereichen:

1. Gegenüber dem Körper
2. Gegenüber der Umwelt
3. Gegenüber der Zeit

1. Krankheiten im Bereich des Körpers sind am besten bekannt und stellen das Gebiet der klassischen Medizin dar.

Dem Einflußfaktor Umwelt wird in zunehmendem Maße Rechnung getragen. Die Umwelt ist hier der Korrespondent zum Körper und dessen primär autonomen Bedürfnissen. Als Umwelt fungieren die Faktoren der Sozialisation, also die enge Familie, Eltern — Geschwister, die erweiterte Familie, die gesellschaftlichen Sozialisationsinstitutionen Kindergarten und Schule. Später wird die soziale Umwelt ausgeweitet auf die beruflichen und partnerschaftlichen Kontakte. Neben den unmittelbaren Bezugsgruppen und Mitgliedsgruppen, denen man angehört, nimmt man auch den Kontakt zu anderen Gruppen auf, die man nur als Gruppen, nicht aber von ihren Vertretern her kennt. Dies wäre im weitesten Sinne die soziale Umwelt, die zudem noch in sich strukturiert ist. Aber auch die anderen Umweltangebote, wie Kontakt zur Natur, Kontakt zur Technik spielen eine Rolle.

Die Aussagen über Körper und Umwelt treffen eigentlich nur für eine bestimmte Situation zu. Man beschreibt körperliche und Umgebungsfaktoren in einem definierten Ent-

wicklungsabschnitt und in einer bestimmten geschichtlichen Situation. Die Veränderungen des Körpers und der Umwelt vollziehen sich in der Dimension Zeit. Wollte man die Situation analysieren, in der sich ein Mensch befindet, durchschneidet man seine Lebensgeschichte wahrscheinlich in der Gegenwart. Man erfragt den körperlichen Zustand, den Kontakt des Individuum mit seiner Umgebung sowie wie sich im Moment darstellen. Wir untersuchen also gewissermaßen einen Querschnitt der Lebensgeschichte unter dem Gesichtspunkt der Diagnostik. Mit diesem Befund darüber, welche Störungen im körperlichen Bereich vorliegen, welche Einstellungen gegenüber dem Körper im allgemeinen, gegenüber Krankheiten und Funktionsstörungen bestehen sowie mit dem Befund über das Angebot aus der Umwelt, Interessenbereiche und von außen kommenden Einschränkungen, kann man sich nicht zufrieden geben. Vielmehr wird man versuchen von dem Querschnitt der Gegenwart aus, den Entwicklungsverlauf zu erfassen. Die Frage, die sich hier stellt, ist die nach dem 'Warum', nach dem 'Was war vorher'? Die Analyse der Vergangenheit gibt dem Therapeuten die Hilfestellung, unter der er die Symptomatik der Gegenwart besser verstehen kann. Dies betrifft nicht nur die Psychotherapie, die es sich zur Angewohnheit gemacht hat, in den Tiefen der Vergangenheit zu schürfen. Auch die somatische Diagnostik benötigt zum Verständnis einer momentanen Symptomatik oder einer Reihe von Risiken Vorinformationen. So ist beispielsweise wichtig zu wissen, ob der Patient, der wegen Schädelbasisbruch eingeliefert wurde, bereits vorher einen Schädelbasisbruch hatte. Ebenso kann die Bedeutung eines abweichenden Rhesusfaktors anders beurteilt werden, wenn die Mutter das erste Kind erwartet, als wenn sie bereits das dritte Kind erwartet und schon vorher leichte Komplikationen aufgetreten waren. Die Zukunft ist für den therapeutischen Prozeß unter mehrfacher Hinsicht wichtig. Der Arzt ist zwar kein Astrologe oder Wahrsager, der aus den Sternen das Schicksal des Patienten abliest, aber er muß doch in der Lage sein, die Konstitution eines Patienten, den Schmerzgrad eines Infekts oder Konfliktes abzuschätzen und unter Berücksichtigung der Behandlungsmöglichkeiten eine Prognose zu stellen. Beim Patienten wirkt sich die Beziehung zur Zukunft unmittelbar aus. So ist bekannt, daß der mangelnde Lebensmut bei Operationen ein zusätzlicher Risikofaktor ist, d. h. tatsächlich Einfluß auf die Überlebenswahrscheinlichkeit nimmt. Wie jedoch ein Mensch Stellung gegenüber seiner Zukunft, seiner Gegenwart oder seiner Vergangenheit nimmt, unterliegt zu einem Großteil den Erfahrungen, die er im Zusammenhang mit der Dimension der Zeit machen konnte. Es finden sich hier lebensgeschichtlich bedingte Fixierungen an die Vergangenheit, bei denen der Betroffene die Gegenwart meidet und für die Zukunft hofft, die Vergangenheit möge doch wiederkehren. Ebenso findet sich eine Fixierung an die Gegenwart, nach der sowohl die Frage nach der Vergangenheit, als auch die Frage nach der Zukunft gemieden wird. Schließlich erweist sich die Zukunft selber als Utopie so attraktiv, daß viele Menschen die Gegenwart und deren Probleme nur als Tritt Brett zu einer besseren neuen Welt betrachten, in der sich eben diese Probleme wie von selbst gelöst haben werden. Die Entwicklungen der Medizin unterstützen diese Neigung. Viele Krankheiten, die bisher als Schicksal gelten mußten, sind der Therapie zugänglich geworden und stellen medizinisch gesehen kein Problem mehr dar.

Allerdings scheint diese Zukunftsperspektive viele Menschen so zu faszinieren, daß sie meinen, bereits jetzt schon eine Hypothek auf die Entdeckung der Zukunft nehmen zu können. So werden die Risikofaktoren beispielsweise für Herz-Gefäß-Erkrankungen oder den Lungenkrebs bedenkenlos in Kauf genommen mit der naiven Hoffnung, daß der Medizin bis dahin etwas Neues einfallen könnte. Die Beziehung zur Zukunft wird hier zu einer Flucht vor den Problemen der Gegenwart, wiefolgendes Beispiel zeigt: „Wir haben jetzt keine Zeit um mit dem Kind zu beschäftigen, wir gehen später mit ihm zum Psychotherapeuten“ Dies sagte die Mutter eines 5jährigen Kindes, das unter Bettnässen, Stottern und Verhaltensstörungen litt. Genau wie die Störungen sich auf Körper, Umwelt und Zeit beziehen, greift jede Therapie, ob sie es will oder nicht, ebenfalls diese Bereiche an. Prototyp der körperlichen Behandlung ist das Medikament, das über seine biochemische Wirkungsweise in den Stoffwechsel eingreift. Bei der körperlichen Therapie steht sinngemäß der Körper und die körperlichen Erkrankungen im Vordergrund. Dementsprechend wird neben der medikamentösen Therapie der Körper mit Hilfe des Messertherapiert, gemeint ist die Chirurgie, die krankhafte Organe entfernt bzw. funktionstüchtige Organersatzteile einfügt. Weiterhin gehören in das Feld der körperlichen Therapie die Massage, Elektrotherapie, Akupunktur usw. Wenn wir von körperlicher Therapie sprechen, so ist das ungenau. Wir alle wissen beispielsweise, wie sehr ein kranker Zahn, ein entzündeter Appendix oder allein ein gereizter Rachen unser Gesamtfinden beeinflussen kann.

Insofern wirkt auch die primär somatische Therapie auf das Erleben und damit den psychischen Bereich und ist sekundär auch Psychotherapie.

Einzigkeit und Körper: Trotz aller Regelmäßigkeiten und Gesetzmäßigkeiten, welche die Wissenschaften der Anatomie, Physiologie, Pharmazie und Biochemie für Aufbau und Funktionen des menschlichen Körpers festgestellt haben, stoßen selbst diese Wissenschaften immer wieder auf die Bedeutung der Einzigkeit des Menschen. Sie zeigt sich hier vor allem durch Abweichungen von der statistischen Norm, die jedoch nicht unter den Krankheitsbegriff fallen.

Besonders auffällig wird die körperliche Einzigkeit in der ärztlichen Praxis, wenn es darum geht, einen Patienten individuell auf bestimmte Medikamente einzustellen. Man macht dabei immer wieder die Erfahrung, daß Menschen unterschiedlich auf Medikamente reagieren. Eine besondere Disziplin, die Pharmakopsychologie, hat sich mit den individuellen Unterschieden in der Reaktionsweise auf Psychopharmaka beschäftigt. Sie konnte nachweisen, daß einzelne Individuen paradox auf Medikamente reagieren (EYSENCK). Eine Schlußfolgerung, die daraus zu ziehen ist, lautet: Art und Menge eines Medikaments sind individuell zu bestimmen. Die Individualität findet sich ebenso im Bereich des Stoffwechsels und der Ernährung. Während manche Menschen durch den Genuß von Kaffeeangeregt werden und nach einer Tasse Kaffee am Abend nicht schlafen können, bleibt bei anderen Kaffee ohne Einfluß auf den Schlaf. Das menschliche Nervensystem belegt exemplarisch die Tatsache der Individualität und Einzigkeit: Die Gehirne des Menschen unterscheiden sich derart in Struktur, Masse und Gewicht,

daß man behaupten kann, daß es keine zwei Menschen mit einem gleichen Gehirn gibt. Dieser anatomische Sachverhalt spiegelt sich in den individuellen Erlebnisweisen wider. Untersuchungen zum Tastsinn, zur Wärme- und Kälteempfindung und zur Schmerzempfindlichkeit zeigen, daß jeder Mensch auf entsprechende Reize unterschiedlich reagiert.

Mit anderen Worten: Jeder erlebt die Welt auf seine Weise. Weicht ein Mensch von einem anderen in irgendeiner Weise ab, läuft ein Kind später, ißt es weniger, braucht es mehr Schlaf, ist dies nicht unbedingt ein Zeichen von Abnormität und Krankheit. Es kann vielmehr ein Merkmal seiner Individualität, d.h. seiner Einzigartigkeit sein. An der Umwelt liegt es nun, die Einzigartigkeit des Individuums zu gestalten, zu fördern und zu unterstützen.

Therapiemöglichkeiten und Umwelt: Einem somatisch orientierten Arzt wird es vielleicht nicht gefallen, zu hören, daß er bereits die Umwelt eines Patienten korrigiert. Indem er operiert, oder Medikamente gibt, greift er von außen in das offene System Mensch ein und spielt gewissermaßen die bessere Umwelt, die beispielsweise gerade die Vitamine liefert, die in der bisherigen Umwelt vorenthalten waren. So liefert der Arzt dem rachitischen Kind durch Vitamingaben die Sonne nach, die es bisher entbehren mußte. So wie der Arzt hier Umwelt ist, ist jeder therapeutische Eingriff ein Eingriff in ein offenes System aus der Umwelt. Der Psychotherapeut besitzt dabei eine ähnliche Funktion wie der vitaminespendernde, Sonne ersetzende Arzt. Er liefert dem Patienten oder dessen Umgebung etwas, was diesem (dieser) unmittelbar nicht zugänglich ist, bzw. war und durch seine neurotische Entwicklung abgeblockt wurde.

Genauso wie die primäre Umgebung der Familie und die Mitgliedergruppe der Gesellschaft Faktoren der Krankheitsentstehung sind, können sie in der Therapie eingesetzt werden. Zum Teil ist sich die Gesellschaft dieser Funktion bereits bewußt und hat Verantwortung für Vorbeugung und Therapie übernommen und entsprechende Institutionen eingerichtet. Aktionsfeld der individuellen Konfliktentstehung aber ist die Familie. Sie ist die Keimzelle der Gesellschaft, ebenso die Keimzelle individueller und kollektiver Störungen. Dabei liegt sie nicht nur der Gesellschaft zugrunde, sondern reflektiert ihre Strukturen und Wertnormen. Für den Psychotherapeuten ist die Familie die Umwelt des Patienten, an der er unmittelbar sein Verhalten und seine Einstellungen entwickelt und überprüft hat. Je nachdem, wie die Familie und später der Partner auf die Situation des Patienten eingestellt ist, ergeben sich verschiedene prognostische Möglichkeiten.

Einzigartigkeit und Umwelt: Die Variationsmöglichkeiten hinsichtlich der Einzigartigkeit des Körpers und der Sinne werden um ein Mehrfaches gesteigert, wenn man den Einfluß der Umwelt mit berücksichtigt. Die Umwelt wirkt auf jeden einzelnen, jeden Tag und jede Nacht. Die Art und Weise, wie die Eltern das Kind behandeln, welche Geduld sie aufbringen, welche Position das Kind in der Geschwisterreihe hat — Erstgeborenes, Nesthäkchen oder „Sandwich“-Kind — alles nimmt Einfluß auf die Entwicklung des Kin-

des. Kindergarten, Schule und das Verhältnis zu Gleichaltrigen spielen für das Wachstum des Kindes eine Rolle. In der Entwicklung eines Menschen wirken auf ihn später die beruflichen Möglichkeiten, die Berufswahl, die Erfahrungen mit Partnern, die Art der zwischenmenschlichen Beziehungen und die Religion oder Überzeugung, der man angehört.

Die unterschiedliche Entwicklung eines Menschen basiert somit einerseits auf der Einzigartigkeit der Fähigkeiten, andererseits auf dem Einfluß der Umwelt:

Manche Kinder beginnen früher zu fragen als andere. Die einen entwickeln eine große Ausdauer und Intensität beim Fragen, die anderen fragen weniger.

Manche Kinder interessieren sich mehr für Märchen und sind früher bereit, Märchen anzuhören als andere.

Manches Kind entwickelt eine lebendige Phantasie, ein anderes bleibt hingegen mehr auf der Ebene der Realität.

Wird diese Zeit vertan, hat der Mensch große Schwierigkeiten, das Versäumte nachzuholen; in bestimmten Fällen ist ein Nachholen aus eigener Kraft nicht möglich. Um ein Beispiel aus dem Bereich des Körpers zu wählen: Die Koordination der Augenbewegungen wird nur bis zu einem bestimmten Alter selbstregulativ entwickelt. Danach läßt sich die Störung nur durch Operation beseitigen. Ein Beispiel aus der Umwelt: Ein Kind, dem die Möglichkeit zum Spielen aus irgendeinem Grund genommen wurde, kann sich zum Störenfried oder Eigenbrötler entwickeln. Auch hier kann meist nur eine Hilfe von anderen, beispielsweise durch Spieltherapie im Sinne einer Psychotherapie, helfen.

Die Änderungsmöglichkeiten des menschlichen Verhaltens sind relativ groß, gemessen an dem, was man bisher für veränderbar hielt. Ein Kind ist nicht zu dem verurteilt, was es im Augenblick ist. Dies gilt für körperliche Leiden wie für seelische Störungen. Dennoch finden die Änderungsmöglichkeiten ihre Grenzen in der Zeit.

Da jeder Mensch hinsichtlich seines Körpers und des Erlebens seiner Umwelt Einzigartigkeit besitzt, ist es zumindest problematisch, von sich auf den anderen oder von anderen auf sich zu schließen. Das gilt für Aussagen wie:

„Die Peitsche hat mir auch nicht geschadet, warum soll sie meinem Kind schaden?“ (42jähriger Rechtsanwalt).

„Meine Eltern haben für mich auch keine Zeit gehabt. Ich habe trotzdem zu etwas gebracht. Es ist nicht einzusehen, wieso die Schwierigkeiten meines Kindes darauf zurückgehen sollen, daß ich zu wenig Zeit habe.“ (45jähriger Bauunternehmer). „Mein Freund trinkt noch mehr Alkohol als ich, warum soll es mir dann schaden?“ (24jähriger Student).

„Ich habe das Medikament, das mir so gut getan hat, meiner Freundin gegeben.“ (32jährige Hausfrau).

„Alle männlichen Familienmitglieder sind Ingenieure geworden. Es ist gar nicht einzusehen, warum unser Jüngster Kunst studieren möchte.“ (44jähriger Ingenieur).

Für uns gilt es, die besonderen und individuellen Stärken und Fähigkeiten des Partners zu erkennen. Es kommt nicht so sehr darauf an, daß er mit Altersgenossen hinsichtlich einer Fähigkeit gut konkurrieren kann und sich sogar dort als der Beste erweist. Wichtiger erscheint vielmehr, unabhängig von einem derartigen Vergleich, die besonderen Fähigkeiten zuerkennen und ihre Entwicklung zu unterstützen. Manche Menschen sind sehr praktisch begabt, andere besitzen sehr abstrakte Fähigkeiten. Manche zeigen organisatorische Fähigkeiten, wieder andere zeigen sich auf künstlerischem Gebiet erfolgreich. Es gibt somit genügend Möglichkeiten, innerhalb derer jemand seine besonderen Fähigkeiten entwickeln kann.

Darüber hinaus können wir nicht ^{die} Augen vor den eigenen Schwächen und den Schwächen des Anderen verschließen. Erst die Erkenntnis der Schwächen gibt die Möglichkeit, diese zu beheben. Wenn ein Kind in der Schule Desinteresse zeigt, die Leistungen in der Mathematik nachlassen, braucht dies nicht unbedingt eine mangelnde Aufmerksamkeit als erste Ursache zu haben. Das Kind könnte auch an Sehstörungen leiden: was vorne an der Tafel vor sich geht, sieht es nicht richtig. Vorwürfe verschlimmern die Situation noch. Wird die Ursache der Schwäche richtig erkannt, läßt sich in diesem Beispiel mit einer Brille leicht Abhilfe schaffen. Werden die Schwächen nicht erkannt, kann es außer zur Resignation auch zu einem verzweiferten Konkurrenzkampf kommen: man möchte die Leistungen der anderen erreichen, obwohl die Voraussetzungen voneinander abweichen. Daraus resultieren übertriebene Aktivität, um Ausgleich zu schaffen, Aggressivität gegen die Mitschüler, Neid, Mißgunst, Eifersucht und schließlich permanente Enttäuschungen.

Ähnliche Folgen treten in Erscheinung, wenn Hörschäden, Stoffwechselstörungen oder hirnorganische Störungen bestehen. Für die Schule sollte die sogenannte Legasthenie bedacht werden, die durch gezieltes Training zu korrigieren ist.

Konsequenzen:

Für die Einzigartigkeit eines Menschen werden seine persönliche Aktivität und sein individueller Einsatz bedeutsam. Er selber ist nicht nur das Produkt von Körper und Umwelt, sondern produziert sich in jedem Augenblick selbst.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Nossrat Peseschkian
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie
Dozent an der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
der Landesärztekammer Hessen
An den Quellen 1
6200 Wiesbaden

Literatur

- Abdul-Baha: Beantwortete Fragen, Baha'i-Verlag, Frankfurt/Main, 1962
- Adler, A.: Individualpsychologische Behandlung der Neurosen in: Praxis und Theorie der Individualpsychologie
Fischer Taschenbuch Nr. 6236
- Baha'u'llah: Ährenlese, Baha'i-Verlag, Frankfurt/Main, 1961
- Battegay, R.: Psychoanalytische Neurosenlehre, eine Einführung
Hans Huber, Bern, 1971
- Benedetti, G.: Die Welt der Schizophrenen und deren psychotherapeutische Zugänglichkeit
in: Schweiz. Med. Wochenschrift, 84,1029,1954
- Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft
Klett, Stuttgart, 1971
- Erikson, E.H.: Identität und Lebenszyklus
Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1966
- Frankl, V.: Ärztliche Seelsorge-,
Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse
Deuticke, Wien, 1966
- Freud, S.: Die endliche und die unendliche Analyse (G.W. Bd. 16)
- Fromm, E.: Revolution der Hoffnung
Klett, Stuttgart, 1971
- G u i l f o r d, J. P.: Persönlichkeit
Beltz, Weinheim, 1964
- Jung, C.G.: Psychologie und Religion
Rascher, Zürich, 1940
- Peseschkian, N.: Psychotherapie des Alltagslebens,
Training zur Partnerschaftserziehung und Selbsthilfe
Fischer Taschenbuch, Frankfurt, 1977

- Peseschkian, N.: Positive Psychotherapie,
Theorie und Praxis einer neuen Methode
S. Fischer Verlag, Frankfurt, 1977
- Peseschkian, N.: Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten als
Medien in der Psychotherapie — Mit Fallbeispielen zur Erzie-
hung und Selbsthilfe
Fischer Taschenbuch, Frankfurt, 1979
- Peseschkian, N.: Positive Familientherapie
Eine Behandlungsmethode der Zukunft
Fischer Taschenbuch, Frankfurt, 1980
- Peseschkian, N.: Auf der Suche nach Sinn
Psychotherapie der kleinen Schritte
Fischer Taschenbuch, Frankfurt, voraussichtlich Herbst 1983

Sich-das-Leben-nehmen (wegwerfen? — ergreifen?)

Von Dr. med. Hans H. Dickhaut

„Die Gott lehren will, die führt er durch die Hölle und führt sie wieder heraus.
Wer das durchgemacht hat, lebt wirklich.“ (Martin Luther)

„Stärke wächst aus Niederlage und Schwäche; der Verlust des alten Lebens
ist die Voraussetzung, ein neues zu finden.“ (Bill, Mitbegründer der
Anonymen Alkoholiker)

„Wer keinen Schmerz annehmen will, kann nicht leben.“ (E. Herhaus)

„Wer weiß, ob das Leben nicht der Tod ist und der Tod das Leben.“
(Euripides)

„Ich habe nie gelebt. Ich wurde nie geliebt.“ (Marilyn Monroe)

„Das Leben ist der Gefährte des Todes und der Tod der Gefährt des Lebens.
Wer vermag den Zusammenhang der beiden zu beurteilen. Wenn ein Mensch
geboren wird, ist das nur die Verkörperung eines Geistes. Wenn der Geistsich
verkörpert, gibt es Leben, und wenn der Geist sich verstreut, gibt es Tod.
Wenn aber Leben und Tod Gefährten sind, weshalb sollte ich bekümmert
sein? Darum sind alle Dinge eins. Was wir lieben, ist das Geheimnis des Le-
bens. Was wir hassen, ist die Verweseung im Tode. Aber das verwesliche wird
wieder geheimnisvolles Leben und dieses geheimnisvolle Leben wird wieder
verweslich.“ (Laotse)

„In einem Sumpf in Nord-Persien war ein Mann versunken. Nur sein Kopf
schaute noch aus dem Morast heraus. Lauthals schrie er um Hilfe. Bald sam-
melte sich eine Menschenmenge an dem Ort des Unglücks, und einer faßte
den Mut, dem Verunglückten zu helfen. 'Gib mir deine Hand', rief er zu ihm
herüber. 'Ich werde dich aus dem Sumpf herausziehen'. Doch der versunkene
rief weiterhin um Hilfe und tat nichts, daß der andere ihn herausziehen konn-
te. 'Gib mit deine Hand', forderte dieser ihn mehrere Male auf. Die Antwort war
lediglich ein erbärmliches Schreien um Hilfe. Da trat ein anderer Mann hinzu
und sprach: 'Du siehst doch, daß er dir niemals eine Hand geben wird. Gib du
ihm deine Hand, dann wirst du ihn retten können.– (aus „Der Kaufmann

und der Papagei“
von N. Peseschkian)

Sich-das-Leben-nehmen, das-Leben-wegwerfen, Schluß-machen (mit dem Leben), sich-um-(das Leben)bringen; es gibt viele Synonyma für die Selbsttötung, für den Suizid. Ich halte den Begriff „Selbsttötung“ für neutraler und sprachlich korrekter als „Selbstmord“. Wer von „Freitod“ spricht, verkennet wie wenig frei die suizidale Handlung ist. „Der Suizidale stirbt an Suizidalität wie der Krebskranke an Krebs stirbt, wenn ihm nicht geholfen wird.“ (K.P. Jörns)

Der Suizid ist ebenso wie der Suizidversuch in den allermeisten Fällen Ausdruck und Endpunkt einer seelisch-krankhaften Entwicklung (E. Ringel u.a.). Entgegen einer oft geäußerten Meinung gibt es die Selbsttötung bei psychisch Gesunden („normalen Menschen“) nur ganz selten. Die Suizidforschung läßt es auch immer zweifelhafter erscheinen, ob es den „Bilanzsuizid“ überhaupt gibt. Bei der demonstrativ erscheinenden Selbsttötungsdrohung bleibt immer verdächtig, daß hinter der erpresserisch wirkenden Demonstration eine krankhafte Persönlichkeitsentwicklung steht. In Extremsituationen größerer Gruppen (KZ, Kriegsgefangenschaft u.a.) kann es zu Massensuiziden kommen. Nie wählen alle die Selbsttötung als einzigen Ausweg, einzelne finden Alternativen. Es bleibt die Einzigartigkeit des Erlebens der jeweiligen Persönlichkeit, die in der Verzweiflung über die Ausweglosigkeit der eigenen Situation für sich die Selbsttötung als einzige Lösung sehen läßt.

Solange Menschen ihr Verhalten als historische Überlieferung weiterberichtet haben, gibt es Schilderungen von Selbsttötungen. Unter allen Lebewesen dürfte allein der Mensch um die Möglichkeit wissen und die Fähigkeit haben, sein Leben selbst zu beenden. Philosophisch formuliert (J. Hoffmeister) ist der Suizid die „absichtliche Vernichtung des eigenen Lebens, deren nur der Mensch fähig ist, da nur er ein Wertleben führt und sich gegen den Trieb der Selbsterhaltung dazu entschließen kann, ein wertlos oder wertwidrig gewordenes Leben aufzugeben“.

In vielen frühen Kulturen gab es gesellschaftliche Normen, die das Aussteigen aus der Gemeinschaft der Lebenden verlangten. Wer ein Stammes tabu gebrochen hatte, tötete sich selbst als Sühne oder Strafe. Bei Germanenstämmen oder anderen Völkern gaben sich alte Männer selbst den Tod. Asiatische Religionen entwickelten in Indien und in China den Ritus, Witwen durch Selbstverbrennung den verstorbenen Männern in den Tod folgen zu lassen. In Japan ist bis in die Neuzeit das „Harakiri“ als Selbsttötung durch Bauch-aufschlitzen nach Ehrverlust bekannt. Weltanschauungen — wie auch der Konfuzianismus und der Buddhismus, die keinen persönlichen Gott und keine persönliche Unsterblichkeit kennen — in denen der einzelne weniger bedeutete, verurteilten den Suizid nicht. Die Zarathustra-Religion der alten Perser lehnte die Selbsttötung ab, wie auch der Islam (Koran) und die alttestamentarischen Juden (Talmud), die den Toten nachträglich mit der Verweigerung der Trauerzeremonien bestraften. In der Frühzeit der griechischen Kultur war die Selbsttötung erlaubt; die Stoiker, Kyniker und Epikuräer hielten den Suizid, besonders für Alte und unheilbar Kranke für vertretbar. Platon und Aristoteles jedoch verurteilten den Suizid als Handlung gegen die vornehmsten Ziele des Staates. Pythagoras stellte fest, daß durch den Abgang eines Suizidanten die ganze „spiri-

tuelle Mathematik" durcheinander käme. Die alten Römer hatten die Pflicht, ihr Leben für den Staat zu erhalten und den Suizid der Sklaven aus ökonomischen Gründen zu verhindern; die persönliche Habe der Toten wurde als unvererbbar eingezogen.

In der Bibel wird von einigen Selbsttötungsversuchen berichtet; ein ausdrückliches Verbot habe ich weder im Alten, noch im Neuen Testament gefunden. Zahllose frühe Christen brachten sich um, vielleicht unter dem drängenden Wunsch, vor Gott zu treten und in das ewige Leben einzugehen. Erst die Kirchenväter und die Konzilienbeschlüsse verboten die Selbsttötung; Exkommunikation, schimpfliches Begräbnis und Einziehung des Vermögens waren die Folge. Der heilige Augustinus (354-430 n.Ch.) stellte auch die allgemein akzeptierten Selbsttötungsgründe wie Märtyrertod, langsames Verhungern der Asketen und Tod der gewaltsam entjungferten Jungfrauen in Frage. Noch bis in unsere Zeit kennen wir die Verweigerung des christlichen Begräbnisses für durch Suizid Verstorbene. Im Mittelalter wurden die Toten nach Suizid „schändlich“ behandelt, verscharrt oder sonst wie geschändet. Martin Luther verzieh den Suizidanten, weil sie vom Teufel getrieben würden und nicht aus freiem Willen handelten. In der Renaissance wurde die Selbsttötung offiziell nicht mehr verdammt, es konnte sogar zur Bewunderung kommen. Die Literatur nahm sich der Melancholie als Thema an. Shakespeare brachte viele Selbsttötungen in seine Tragödien ein. Später löste Goethes „Leiden des jungen Werther“ eine Art europäische Suizid-Epidemie aus. Schopenhauer nahm den Suizidanten verstehend in Schutz, da der Todeskandidat ja leben wolle, nur mit den Bedingungen unzufrieden sei, die ihm das Leben biete. Insgesamt blieb und bleibt der Suizid in vielen Fällen in unserem Kulturkreis ein verwerfliches Tun, eine Sünde, eine Schande für die ganze Familie; der Suizid wird immer noch gern als peinlich vertuscht, verfälscht oder bei Prominenten sensationell ausgeschlachtet.

Häufig werden Selbsttötungen als Unfall oder gar als natürlicher Tod kaschiert. Aus all diesen Gründen sind Statistiken nur mit größter Vorsicht verwendbar-, die Dunkelziffer bleibt außerordentlich hoch, weil allein schon der Begriff „Suizidhandlung“ schwer abgrenzbar ist. Was gilt überhaupt als Suizidhandlung, als Suizidversuch? Ich meine die „unerklärlichen“ Unfälle an Maschinen, mit dem Pkw oder Motorrad auf gerader Straße, beim Waffenreinigen oder wenn jemand „aus Versehen“ zu viele Tabletten eingenommen hat oder „das Gleichgewicht verlierend“ aus großer Höhe hinabstürzt. Immer werden unterschiedliche Beurteilungen durch die Umgebung abgegeben werden und selten wird erkennbar sein, was wirklich geschehen ist. In katholischen Ländern wird ein Suizid weit häufiger vertuscht werden, als in Japan, wo Suizide immer noch als Heldentaten gewertet werden; Andere Länder — andere Sitten.

Derartige transkulturelle Aspekte vermitteln in der Psychiatrie neue Möglichkeiten des Verstehens. N. Peseschkian hat in der von ihm entwickelten integrativen Methode der Positiven Psychotherapie auf die Bedeutung destranskulturellen Vorgehens hingewiesen. Der transkulturelle Ansatz durchzieht wie ein roter Faden die gesamte Positive Familientherapie, die wesentlicher Teil der Positiven Psychotherapie ist:

Gesellschaftssysteme, Produktionsformen und Weltanschauungen vermischen sich mit kulturellen Eigenarten. Die transkulturelle Betrachtungsweise kommt also mit den großen überlieferten Kulturen nicht aus, sondern muß Subkulturen, Gruppen, Lebensgemeinschaften und die Familie berücksichtigen. Ähnlich, wie jede Kultur ihre besonderen Normen und Wertvorstellungen hat, verfügt auch jede dieser Untergruppen über ihre kennzeichnende Merkmale, bis hin zur Familie, in der beispielsweise Begriffe benutzt werden, die nur von den Familienmitgliedern wahrgenommen und verstanden werden können und in der psychosoziale Normen herrschen, die mit der herrschenden Gesellschaft übereinstimmen können oder nicht ... Genauso wie es Kulturkreise gibt, gibt es in diesem Sinne auch Erziehungskreise, in deren Rahmen jeder sein eigenes kulturelles System entwickelt, mit dem er auf andere Systeme stößt. Das Prinzip der transkulturellen Problematik wird somit auch zum Prinzip zwischenmenschlicher Beziehungen und der seelischen Konfliktverarbeitung.'

Die transkulturelle Betrachtungsweise hebt die Einzigartigkeit der individuellen Einstellungen, Beurteilungen und Wertungen hervor.

Mit der Selbsttötung will der Mensch sein bisheriges Leben beenden, weil er meint, es nicht mehr ertragen zu können und daß es keine Alternative gäbe. In der Verzweiflung über die Ausweglosigkeit erscheint ihm nur noch die Selbsttötung als Ausweg zu verbleiben. Diesem Menschen fehlt die Fähigkeit, einen neuen Weg sehen und beginnen zu können. Insoweit steckt in dem Hilferuf „ich weiß nicht weiter, ich mache Schluß“, immer auch eine „Kalkulation auf Zukünftiges“ wie es W. Krebs ausdrückt. E. Ringel hat den Begriff des „praesuizidalen Syndroms“ geprägt. Dieses ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Einengung in den verschiedensten Bereichen, * * durch Angst vor der als nicht mehr gestaltbar erlebten Zukunft, durch eine Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen, durch die Umkehr der gehemmten Aggressionen gegen sich selbst und durch die Flucht weg von der Realität. E. Ringel hat die verschiedenen Formen der „Einengung“ beschrieben und meint, daß die Einengung der Wertwelt, besonders die Verringerung des Selbstwertgefühlswohl ein zentrales Problem der Suizidalität sei. H. Henseler versteht den Suizid als Krise des Selbstwertgefühls: „Zunächst unverständlichen psychodynamischen Vorgängen kann eine Labilisierung des narzißtischen Regulationssystems vorausgehen; die Suizidhandlung selbst erscheint als krisenhafter Versuch, das gefährdete Selbstwertgefühl zu retten “: Eine Art „Selbstheilungsversuch“, vergleichbar mit dem „narzißtischen und/oder oralen Selbstheilungsversuch“ bei der Sucht (R. Battagay). H. Henseler stellt überzeugend fest, „daß

Peseschkian, Positive Familientherapie, S. 235f.

vgl. J. Amöry, S. 13 und S. 127; H. Nagara, S. 53 f.

Suizidimpulse bei näherem Hinsehen fast ausnahmslos etwas mit anderen Menschen zu tun haben, nämlich mit kränkenden Enttäuschungen an nahestehenden Personen. auch wenn die Kränkung erst voll verständlich wird, wenn man berücksichtigt, daß eine viel frühere, nicht verarbeitete kränkende Erfahrung in der zur Suizidhandlung führenden Situation neu belebt wird". Das Erleben der Einengung läßt den Suizid als letzten Zielpunkt einer Entwicklung verstehen, die am Ende ein weiteres Dasein unmöglich macht. Der verbleibende Zukunftsbezug ist der des Enden wollens" (W. Krebs). Es gibt aber auch ein anderes Erleben der betroffenen Person, welches von Erwartungen. Hoffnungen und Phantasien bestimmt und damit auf weiteres Dasein der Person bezogen sein kann: „das Erleben einer unerträglichen Situation und der Drang, sie zu beenden, verbinden sich mit dem Sehnen nach besseren Daseinsbedingungen" (W. Krebs).

E. Stengel hat zuerst erkannt, daß es ein Irrtum sei, der Mensch wolle entweder leben oder sterben; es gebe bei diesen Menschen Befindlichkeiten, in denen sie sowohl leben, als auch sterben wollen. Aus diesem Widerstreit entstünden die meisten Suizidversuche: der Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörenden Kräften; Reste an gesunden Anteilen wollen eigentlich das Leben bewahren.

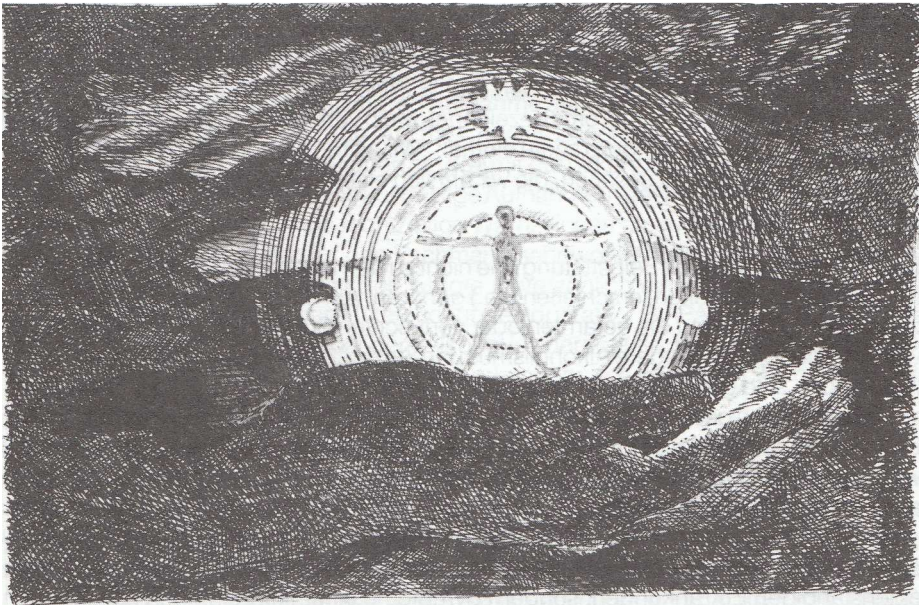
K.P. Jörns weist darauf hin, daß es nach einer formalen Logik unverständlich sei, „daß der Suizidale, der nicht leben und nicht sterben kann, sich tötet, um leben und sterben zu können". Der Grund hierfür sei, daß „formale Logik von Polarisierungen lebt, und sie hat natürlich gerade Tod und Leben, aber auch Sterben und Leben, endgültig polarisiert". K.P. Jörns versteht die Erzählung von Franz Kafka „Der Aufbruch" als Suizid-Parabel, die diese widersprüchlich-logische Einheit im Denken suizidaler Menschen verständlich machen kann. Das „Weg-von-hier" ist in der Parabel das eigentliche Ziel des aufbrechenden Reiters. So gehe es bei dem „Aufbruch" um nichtweniger „als um die Überwindung des Seins, wie es jetzt ist und damit um das totale sich Hineingeben in das ersehnte Andere. . . ". Der Suizidale wähle diese „tödliche Handlung, um wieder oder endlich leben und sterben zu können; um ein anderer zu sein".

J. Amery nennt den Suizid „Freitod, wohl wissend, daß der Akt manchmal, häufig durch den Zustand drangvollen Zwanges zustande kommt". Er stellt die Logik des Lebens gegen die Logik des Todes: „Man muß schließlich leben ... aber: muß man leben? Muß man dasein, nur weil man da ist?. . . Noch ehe aber gefragt wurde, schreit der den Freitod Suchende gellend: Nein! Oder er sagt dumpf: Man muß vielleicht, ich aber w nicht. . .".

J. Amery fordert die „bündige Anerkennung der Freiheit zum Freitod als unveräußerliches Menschenrecht", bei dem dem Suizidanten trotz seiner Situation als Minderheit das Recht gebühre, das jede Minderheit für sich in Anspruch nehmen könne. Es sei für das „humane Gemüt" schlecht verträglich, daß man den Suizidanten, „gelingt sein Vorhaben, schnöde verleugnet, gelingt es nicht, als einen Verrückten behandelt. . . ". Für J. Amery wurde der „Ekel" die fast selbstverständliche Reaktion dem Leben gegenüber.

Hierzu meint E. Ringel zurecht: „Leben und Scheitern müssen nicht ident, Dasein muß nicht ein Friedhof begrabener Wünsche sein“.

Bei Kranken mit Selbsttötungsimpulsen finden sich neben endogenen Depressionen (ca. 10%) ganz überwiegend (ca. 80-90%) psycho-reaktive Störungen auf dem Boden einer neurotischen Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsentwicklung im weitesten Sinne. Suizidimpulse sind Reaktionen auf Erlebnisse, die ihre Bedeutung aus einer ungelösten, größtenteils unbewußten Lebensproblematik beziehen. E. Ringel beschreibt ehespezielle neurotische Entwicklung als „Neurose zum Selbstmord hin“. In vielen Fällen sind es Persönlichkeiten mit neurotischen Reaktionen, die durch aktuelle Schwierigkeiten schnell das Gefühl bekommen, in eine ausweglose Lage geraten zu sein. Handelt es sich um eigentliche Neurosen mit Selbsttötungstendenz, so liegt die Neurotisierung in der Kindheit. Es wäre sachlich unrichtig, die in der Kindheit prägenden und erziehenden Personen als „Schuldige“ anzuprangern, worauf besonders A. Miller eindringlich hingewiesen hat: „Es sind bestimmte Zustände, Situationen oder Rechtslagen, die uns alle betreffen, weil alle Eltern einst Kinder gewesen sind und die meisten Kinder von heute einmal Eltern sein werden“.



Man darf das Schiff nicht an einen einzigen Anker und das Leben Wich an eine einzige Hoffnung binden.
(Epiktet)

Hinter dem Suizidimpuls können sich eine Fülle unterschiedlicher Motive verbergen. resignierende ebenso wie erwartungsvolle. In der widersprüchlichen Motivation zur Selbsttötung kann die Hoffnung enthalten sein, daß der Tod nicht das absolute Ende sei. Ich meine nicht nur die verschiedenen Formen des Jenseits, ich denke an Vorstellungen, wie wir sie aus den Träumen depressiver Kranker oder aus den tagtraumartiger Phantasien kennen. Ich nenne hier ein Beispiel, wie ich es an anderer Stelle beschrieben habe: „Eine depressive Frau, deren Sohn 1 Jahr vorher Suizid begangen hatte, fühlte sich bei Spaziergängen wie mit magischer Kraft in den Kurparkteich gezogen und erzählte mir von Träumen, in denen ihr Sohn ihr lockend gewunken habe. Eines Tages ertränkte sie sich.“

J. Amery gibt eine bemerkenswerte Beschreibung der suizidären Handlung: Wer auf die „Schwelle zum Freitod tritt, führt wie niemals zuvor mit seinem Körper, mit seinem Kopf, seinem Ich den großen Dialog. Es gibt da viele Stadien ... erwachende Zärtlichkeit zu etwas, das doch abzuschaffen man im Begriffe steht ... Trennungsschmerz, wie Freud es sagt, vor dem Abschied vom fremd-eigensten, dem Leib. Hand, die da die andere betastet ... Arme, Beine, das Geschlecht, wie werden sie aussehen in den Phasen der Auflösung? Noch sind sie da, fremd und ureigen, verachtet, verworfen schon, geliebt noch immer. . .“ J. Amery stört sich an der Wortkoppelung des Begriffes „Todes-trieb“ von Siegmund Freud und stellt den Begriff „Todesneigung“ vor, der dem Tatbestand gemäßer sei. Die Neigung, als Hin-, als Hin-abneigung, aber auch als Alb-neigung dem Leben und dem Sein gegenüber. Es sei ein langer Prozeß des „Sich-hin-neigens“, annähern an die Erde. Die Todesneigung sei eine Erfahrung, die jeder machen könne Ich habe an anderer Stelle beschrieben, was E. Ringel als „Suizidphantasien“ im Rahmen des praesuizidalen Syndroms bezeichnet. Mein verstorbener psychiatrischer Lehrer H. Bürger-Prinz in Hamburg sagte einmal: „Wir wären alle tot, wenn wir an unserem Körper eine Vorrichtung besäßen, die wir ähnlich einem Lichtschalter auf 'Aus' stellen könnten“.

Es gibt viele Formen der Selbsttötung, die nicht zu den bekannten Handlungen (vergiften, erhängen, ertränken, erschießen u.a.) gehören. Auf die große Dunkelziffer bei Suizidstatistiken sowie auf die getarnten oder vertuschten Suizide habe ich bereits hingewiesen. Sucht, insbesondere Alkoholismus und Suizid stehen in einem engen Verhältnis zueinander, sind gewissermaßen eine mögliche Form trügerischer Selbstheilungsversuche narzißtisch gestörter Persönlichkeiten, worauf R. Battegay u.a. hingewiesen haben. Die Gemeinsamkeit liegt in dem selbsterstörerischen Wunsch, ein anderer sein zu wollen. Dieser Wunsch entwickelt sich, weil die sozialen Interaktionen mehr und mehr in ein unerträgliches Leiden führen.

Süchte (Alkoholismus, Medikamentensucht u.a.) sind — wie auch Suizidalität — keine eigenständigen Erkrankungen, sondern Symptome einer tiefgreifenden psychischen Störung mit der krankhaften Tendenz zur Selbstzerstörung: Selbsttötung auf Raten. Die Magersucht (Anorexie) als psychosomatische Erkrankung mit Essensverweigerung führt nichtselten zum Tode. Ich habe in langjähriger klinischer Beobachtung zahlreiche

Todesfälle gesehen, die ich als schleichende Selbsttötung verstehe, und deren Impulse oft nicht bewußt wahrgenommen, auch von der Umgebung meist nicht erkannt wurden. Ich erlebte sie mal larviert, verschleiert oder langsam-zögernd oder in Raten wie bei den Süchten. Menschen lassen eine tödlich verlaufende Krankheit gewissermaßen zu, indem sie Vorsorgeuntersuchungen unterlassen oder hinausschieben, klärende Eingriffe oder möglicherweise rettende Operationen ablehnen. Der Tod wird unbewußt ersehnt, gewünscht, angestrebt oder doch einkalkuliert, quasisuizidal zugelassen. Auch hier erscheint das „Sich-sterben-lassen“, der psychosomatisch-schleichende, suizidale Ausgang meist als Resultat einer langen lebensgeschichtlichen Entwicklung. Ich nenne es: „psychosomatisch-suizidaler Verlauf.“ „Bei diesem Arbeitstempo müssen Sie zugrunde gehen“, sagt der Arzt, „ich warne Sie, es ist Zeit, auszuspannen“. Davon aber ist keine Rede, im Gegenteil, die Zügel, die das Leben des Mannes abwürgen, werden noch strenger angezogen ... Der Kaufmann, der die Nächte verkürzt und tags die Erregungen, die er zu vermeiden hätte, geradezu sucht, arbeitet sich zu Tode, für sein Geschäft, für seine Familie, wie es heißt.

Als beispielhaften Fall erlebte ich mich. Etwa 11 Monate, nachdem ich als jahrelanger Alkoholiker trocken geworden, genesen und erfolgreich auf dem Weg zur Nüchternheit war, erlitt ich als 57jähriger morgens einen Schwächezustand, zum ersten mal ein schmerzhaftes, den Brustkorb einengendes Gefühl mit Druck auf dem Herzen. Der Fachinternist, der meine bis dahin noch nicht als bedrohlich erschienene Coronarsklerose kannte und behandelt hatte, kam nach eingehenden EKG- und Blutuntersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Befunde einem drohenden Herzinfarkt entsprechen könnten, riet zur sofortigen stationären Aufnahme auf der Intensivstation zur Beobachtung für die nächsten 1 bis 2 Tage. Auf mein kurzes Zögern reagierte er mit der Schilderung ähnlicher Krankheitssituationen bei drei mir gut bekannt gewesenen Kollegen zwischen 50 und 55 Jahren, die eine kurzfristige Aufnahme in der Intensivstation abgelehnt hatten und wenig später ohne rechtzeitige Warnzeichen am Infarkt verstorben waren. Bei diesen Kollegen waren für den Fachmann sehr wohl Anteile eines praesuizidalen Syndroms erkennbar gewesen. Ich willigte unverzüglich ein. Einige Wochen später wurden nach entsprechenden Untersuchungen operativ 7 By-Pässe angelegt, ich war nach der Kapitulation gegenüber dem Alkohol im therapeutischen Prozeß fähig geworden, in dieser Minute der Entscheidung zu erkennen: „Ich will leben“. So habe ich mir, zugreifend und festhaltend „das Leben genommen“.

Suchtkranke und selbsttötungsgefährdete Kranke stoßen in ihrer Umgebung meist auf angstbesetzte Abwehr oder gar Feindseligkeit, nicht selten auch bei Ärzten. Die Hilflosigkeit und das Ohnmachtsgefühl gegenüber den Hilferufen der Verzweifelten prägen diese Haltung, hinter der häufig Verdrängung oder Projektion eigener Anteile verborgen liegen. Es gibt sehr viele süchtige Anteile: Leistungs- und Erfolgssucht, Genuß-, Vergnügnungs- und Erlebnissucht, Gefall- und Habsucht, Geltungssucht usw. Die Arbeitssucht ist weitverbreitet: Sind wir nicht mehr oder weniger alle süchtig? Nüchtern ist das Gegenteil von betrunken und bedeutet auch besonnen. Wer sich besinnt, wird sich

seiner Wirklichkeit bewußt, steht am Scheidewege: Er muß sich entschließen, mit dem bis dahin gewohnten selbsttäuschenden Verhalten Schluß zu machen.

Oft höre ich aus der Umgebung „ur-plötzlich“ verstorbener Menschen (z.B. Herzinfarkt am Schreibtisch oder auf der Straße): „ein schöner Tod“. Ich habe Schwierigkeiten mit der Vorstellung und erhebliche Zweifel an dem „schönen Tod“. H. Ortner nennt es die „Urfrage: ist der Tod die Auflösung ins Leere oder der Durchbruch ins Eigentliche?“ Diese Urfrage beantworten immer weniger Menschen mit den hoffnungsvollen Lösungen des Glaubens. Der Tod wird als Ende begriffen, nicht als Verwandlung. Auch H. Ortner stellt fest, daß heute schon als „Ideal gilt, was jahrhundertlang ein Schreckensbild gewesen sei: Der unvorhergesehene Tod“. „Der Tod ist nicht das Ende des Lebens, sondern ein Teil davon.“

Wo kommt das Leben her, wenn es entsteht, wenn das Leben beginnt? Ei und Samen kommen selbst aus Leben. Das Chaos war die ungeformte Urmasse der Welt, in der die Absicht zum Leben bereits vorhanden war. „Chaos“ (griechisch) ist Quelle für das Lehnwort „Gas“: Atemluft. Das Leben außerhalb des Uterus beginnt mit dem ersten Atemzug. Wo bleibt das Leben, wenn der Körper tot ist und in Verwesung übergehend oder zu Asche verbrannt Erde wird? Wo bleibt das Leben, wenn sich jemand suizidal das Leben nimmt, das Leben wegwirft? Martin Buber sagte: „Mit jedem Mensch ist etwas Neues in die Welt gesetzt, was es noch nicht gegeben hat, etwas Erstes und Einziges. Jeder Einzelne ist ein neues Ding in der Welt, und er soll seine Eigenschaft in dieser Welt vollkommen machen.“

Leben heißt für mich, in Einbeziehung und Verbindung zu sich und seiner Welt stehen, sich im Dialog mitzuteilen; „Leben heißt Kommunizieren“ (K. P. Jörns). Ich kenne die Geschichte eines alten chinesischen Weisen, der sagte: „Mir träumte, ich sei ein Schmetterling. Wer sagt mir aber, daß ich nicht ein Schmetterling bin, der träumt, er sei ein Mensch?“ Irrzweiten Buch von den Makkabäern (3,38) heißt es, Heliodor sei „mit dem Leben davongekommen“. Der Herr habe ihm das Leben geschenkt. Hier wird also das Leben als Gnade, als Geschenk bewertet.

In einem Vortrag: „Schluß-machen: Anfang oder Ende?“ habe ich auf eine andere positive Bedeutung des Schlußmachen-wollens hingewiesen, auf Impulse, die eben nicht einer Selbsttötungsabsicht entsprechen. Dem Entschluß, etwas beenden zu wollen, geht die Fähigkeit voraus, das bisherige, was beendet werden soll, in Frage zu stellen. Ein Standortwechsel wird vorgenommen, ein Verzicht. Gewohnheiten, Prinzipien oder Konzepte können in Zweifel gezogen oder verworfen werden. Mit dem Schluß-machen kann ein neuer Anfang beginnen, es kann das Leben genommen, mit beiden Händen ergriffen werden. Dies ist z. B. bei der positiven Kapitulation des Alkoholikers der Fall, wenn er mit dem Trinken aufhört und trocken wird.

Jedes präsuizidale Syndrom, alle suizidalen Impulse, jeder psychosomatisch-suizidale Verlauf kündigt sich über lange Zeit vor dem tätlichen Ende an. Diese verbalen oder averbalen Ankündigungen können verschlüsselt und kaum verständlich sein. Wer bereit und fähig ist, Kund-machungen dieser Art wahrzunehmen, der kann viel tun: da-sein, zuhören, nicht-im-stich-lassen, mit-fühlend in Verbundenheit (Sympathie) und sich-ein-fühlend (Empathie) die Beziehung zum Suizidgefährdeten bewahrend darbieten und sein Denken in Richtung positiver Aspekte lenken. E. Ringel hat besonders hingewiesen auf die (sicherlich ebenfalls nicht leichte) Aufgabe, sich „dem Suizidgefährdeten“ als Objekt der Aggressionsentladung zur Verfügung zu stellen (niemand sollte sagen: 'dafür bin ich zu gut'). Immer gilt es aber, die jedem — auch Ärzten und sonstigen Therapeuten — gesetzten Grenzen demütig zu erkennen und zu akzeptieren. Bedrängende Hilfe und moralisierende Appelle haben eher negative Auswirkungen und führen zu einer weiteren Einengung. Suizidverhinderung um des Prinzips der Lebenserhaltung willen und mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln evtl. sogar gegen den Willen des Betroffenen schränkt die Freiheit des Suizidgefährdeten ein, die er trotz aller Lebensgefährdung lebensnotwendig braucht; ich meine nicht die Freiheit zum „Freitod“ wie sie J. Amöry forderte, sondern die Freiheit zur eigen-ver-antwort-lichen Entscheidung.

Für jeden Suizidgefährdeten — im weitesten Sinne meiner Ausführungen über die verschiedenen Formen der erkennbaren und der verschleierte Suizidimpulse — kann irgendwann der Zeitpunkt kommen, daß er sich seiner Suizidalität bewußt wird. Der Suizidale, wie wir ihn gewöhnlich sehen, steht dann an seiner Schwelle und entscheidet sich zum Absprung. Der Suizidär, der den allmählichen, den verschleierte, den psychosomatischen oder den ratenweisen Verlauf geht, kann nur über das bewußt werdende Erleben seiner Suizidalität diese Schwelle erkennen. Beim Alkoholiker, bei allen Süchtigen ist es ein persönlicher Tiefpunkt, der sie diese Schwelle erreichen läßt: es ist die positive Kapitulation, mit der der Kranke sich-das-Leben-nehmend zur Besinnung kommt, nüchtern (besonnen) wird. W.H. Lechler verdanke ich das eigentümliche erleben, ein-fühlen und verstehen der SURRENDER. Der Begriff SURRENDER (H.M. Tiebout) bedeutet: aushändigen, übergehen, überlassen, verzichten, aufgeben.

Sucht und Suizid haben auch hier wieder ihre Gemeinsamkeiten. Im ersten Schritt des Programms der Anonymen Alkoholiker heißt es: „Wir gaben zu, daß wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind — **und unser Leben nicht mehr meistern konnten.**“ Wer sein SURRENDER erlebt, der sagt: Am Ende meines Weges, wenn ich nicht mehr weiter weiß, dann gebe ich zu, daß ich machtlos bin. Dann stehe ich an der Schwelle zum Absprung. Die Todesneigung kann in den Tod als Lebensendeführen: Schlußmachen mit dem Leben. Richte ich mich an der Schwelle, auf aus der Todesneigung, blicke ich nach vorn, sehe ich hin in das Leben, sehe ich mir das Leben an, lege ich nicht Hand an mich, sondern händige mich dem Leben aus, dann übergebe ich mich dem Leben, nehme mir das Leben, lasse los, um hier und jetzt zu bekennen:

GOTT gebe mir die Gelassenheit,
Dinge hinzunehmen,
die ich nicht ändern kann,
den Mut, Dinge zu ändern
die ich ändern kann
und die Weisheit
das eine vom anderen zu unterscheiden.

Gelassenheit und Mut zum Leben, das ist die positive Kapitulation, das SURREN DER.
Die Krise als Chance.

„Die größte Hilfe ist es, in den Menschen den Wunsch zu wecken, sich selbst zu helfen, (Rachmanova) So verstehe ich auch den Anspruch: „Hilf Dir selbst, dann hilft Dir Gott.“ Selbsthilfe zum Leben! Das SURREN DER ist der sagbare Weg: Jede Nacht endet im Tag. Die Dunkelheit im Tunnel endet dort, wo das Licht wieder sichtbar wird. Ich muß nur durch die Nacht zum Tag, durch die Dunkelheit des Tunnels zum Licht gehen. Gehen muß ich selbst; ich kann mich nichtgehen lassen. Hier sind Hinweise zu dem „Mysterium von Tod und Auferstehung“ (U. Steffen), zum „Verschlingungs-Mythos“ (in der tiefen-psychologischen Deutung: C.G. Jung u.a.) wie wir es in vielerlei Gestalt in der Literatur (E. Hemmingway, G. Bachelard, A. Amos, H. Melvilles, E. O'Neill u.a.) und Malerei (M. Chagall, P. Klee u.a.) wiederfinden, das „Jon⁹-Motiv“: Durch die Hölle zum Leben, durch die Nacht zum Morgen.

Das SURRENDER ist der positive Verzicht sowie die Freiheit zur Begrenzung und Neubeginn. Hierzu gehört der Begriff „fasten“, was ursprünglich (fest-)halten und bewachen heißt, erst später die Bedeutung der Enthaltensamkeit bekam. Im Erleben des Fastens, des Verzichtens erkenne ich als positiven Ansatz neue Lernmöglichkeiten. Es sind überall und auch in Deutschland viele Initiativen aus einem Gefühl heraus entstanden, das ich als SURREN DER verstehe. Ich muß etwas für mich tun, wir müssen Mitverantwortung übernehmen, wir müssen uns neu orientieren. Das ist im weitesten Sinne humanitäre Suizidverhütung aller einzelnen in der Gesamtheit der Menschen in den Anfängen: Mut zur Zukunft. „Die Zeit in der wir leben, ist tödlich ernst.“ (J. Amery)

Aus Franz Kafka's Erzählung „Der Aufbruch“

„Ich befahl, mein Pferd aus dem Stall zu holen. Der Dienerverstand mich nicht. Ich ging selbst in den Stall, sattelte mein Pferd und bestieg es. In der Ferne hörte ich eine Trompete blasen, ich fragte ihn, was das bedeute. Er wußte nichts und hatte nichts gehört. Beim Tore hielt er mich auf und fragte: 'Wohin reitest Du, Herr?' 'ichweißes nicht', sagte ich, ' nur weg von hier, nur so kann ich mein Ziel erreichen.' 'Du kennst also Dein Ziel?', fragte er. 'Ja', antwortete ich, 'ich sagte es doch, weg-von-hier, das ist mein Ziel.' 'Du hast keinen Eßvorrat mit',

sagte er. 'Ich brauche keinen', sagte ich, 'die Reise ist lang, so lang, daß ich verhungern muß, wenn ich auf dem Weg nichts bekomme. Kein Eßvorrat kann mich retten. Es ist ja zum Glück eine wahrhaft ungeheure Reise.-

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hans H. Dickhaut
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Lutherstraße 10
6350 Bad Nauheim 1

Literaturverzeichnis

- | | |
|-----------------------|--|
| Amery, Jean | Hand an sich legen,
Klett-Cotta, Stuttgart, 1979 |
| Bill, ... | Wie Bill es sieht,
Anonyme Alkoholiker Deutschlands,
Abr, Oberursel, 1978 |
| Battegay, Raymond | Narzißmus und Objektbeziehungen,
H. Huber, Bern, 1979 |
| Dickhaut, Hans H. | Ich mache Schluß,
psycho, Heft 5, 1982, S. 325 |
| ders. | Schluß-machen: Anfang oder Ende?,
psycho, erscheint 1982 |
| ders. | Heute trinke ich nicht — Das Krankheitsbild des
Trockenrausches,
psycho, Heft 10, 1981, S. 625-632 |
| Henseler, Heinz | Narzistische Krisen,
rororo studium, Reinbek-Hamburg, 1974 |
| Herhaus, Ernst | Kapitulation, Hauser, München, 1977 |
| Hoffmeister, Johannes | Wörterbuch der Philosophischen Begriffe,
Felix Meiner, Hamburg, 1955 |

Jörns, Klaus-Peter	Nicht leben und nicht sterben können, Herder, Wien/Vandenhoeck& Rupprecht, Göttingen, 1979
Krebs, W.	Selbsttötung und Selbsterhaltung — zur Psychopathologie und Zukunftsvorstellungen, psycho, Supplement I, Aktuelles Forum, 1982, S. 21-22
Lechler, Walther H.	Surrender in AA-Informationen, Düsseldorf, Darmstadt, München
M i l l e r, Alice	Am Anfang war Erziehung, Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1980
Nagera, Humberto	Vincent van Gogh, Psychoanalytische Deutung seines Lebens anhand seiner Briefe, Reinhardt, München, 1973
Ortner, Helmut	Der Tod — ein Teil des Lebens, psychologie heute, Heft 5, 1982, S. 78
Peseschkian, Nossrat	Positive Familientherapie, S. Fischer, Frankfurt/Main, 1980
ders.	Der Kaufmann und der Papagei, Fischer Taschenbücher, Frankfurt/M., 1979
Ringel, Erwin	Das Leben wegwerfen, Herder, Wien, 1978
ders.	Selbstmord — Appell an die anderen, Kaiser, München, 1980
Steffen, Uwe	Das Mysterium von Tod und Auferstehung, Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, 1963
Stengel, Erwin	Selbstmord und Selbstmordversuch, S. Fischer, Frankfurt/Main, 1969
Monroe, Marilyn	Meine Story, Passagen aus ihrem Autobiographie-Fragment, Courage, Heft 8, 1982, S. 8-10

Praktische Wege der Positiven Psychotherapie zum Patienten. Erfahrungen in einer Praxis für Allgemeinmedizin

Von Dr. med. Frauke Gailus

Hilfesuchend, sei es mit schmerzverzerrtem Gesicht oder nach Luft ringend, mit klagenden Augen oder müdem Gang, erschlaffter, mutloser Körperhaltung oder auch bewußtlos, vielleicht sterbend, so begegnen uns die Erkrankten täglich — im Praxisalltag und beim Hausbesuch. Mit dem körperlichen Versagen geht auch das seelische Gleichgewicht verloren und vom Arzt wird nicht nur das Medikament, sondern auch Stützung und Aufrichtung in einer Lebenskrise erwartet. Hier habe ich durch die Anwendung der Positiven Psychotherapie in meiner Allgemeinpraxis — einer Landpraxis in einer dörflichen Kleinstadt — ein ausgezeichnetes Handwerkszeug erhalten, das durch seine aktuelle Nähe ohne Verständigungsschwierigkeiten einen Zugang zu den Kranken ermöglicht.

Heute will der Patient mehr Zeit und Geduld des Arztes als vor zehn Jahren. Die Psychologisierung des Alltags hat in der Erziehung, im Berufsleben und in der Ehe durch Berichterstattung in Presse, Rundfunk und Fernsehen stark zugenommen. Alles wird zerpfückt und zerlegt, was an überlieferten Wertvorstellungen heilig war und innere Sicherheit bot. So wird man als Allgemeinarzt, der die Familie in mehreren Generationen kennt, zum Beichtvater.

1. Voraussetzung für die Anwendung der Positiven Psychotherapie

Nimmt man seinen Beruf ernst und versucht gleichzeitig die Erkenntnisse der Positiven Psychotherapie anzuwenden, wird man — wie ich — zunächst in eine Erschöpfungsdepression hineingesteuert. Die Vielzahl der auftauchenden Konflikte läßt sich mit der Zeitspanne, die der Ablauf in einer Praxis für Allgemeinmedizin pro Patient zuläßt, nicht in Einklang bringen. Ich warsehr unglücklich darüber. Es gelang mirweder den Patientendurchgang wie früher durchzuführen, noch blieb Zeit, mir wichtig erscheinende Konflikte ausreichend anzusprechen. Mit fiel die Geschichte vom „Spatzenpfau“ ein, der nach seinem Versuch, es dem Pfau gleichzutun, hinterher weder ein Pfau noch ein Spatz war. Ich suchte nach den Widerständen, die ich bisher nicht berücksichtigt hatte und die der Durchführung meines Planes entgegenstanden.

— Als erstes war meine Überheblichkeit anzuprangern. Durch die Rolle des Beichtvaters hatte ich eine Bedeutung für den Einzelnen — eine Sonderstellung — und der Hilferuf an mich beflügelte mein psychotherapeutisches Sendungsbewußtsein.

Ich tat des Guten zuviel und scheiterte am Widerstand des Patienten, der meinen Rat gar nicht wollte — was mir entgangen war! Ich hatte angenommen, ein Recht zu haben, psychotherapeutisch in seine Lebensverhältnisse hineinzuwirken. Das Erfolgserlebnis mußte ausbleiben.

Zum Zweiten entwickelte ich selbst Widerstände, psychotherapeutisch zu helfen, in dem Umfang wie ich merkte, daß ich ausgenutzt wurde. Patienten, die ich mit viel Mühe betreute, waren unehrlich und benutzten ihre seelischen Störungen als Alibi oder Waffe gegen die Umwelt. Sie wollten im Grunde keine Hilfe. Es kam auch vor, daß Therapien abgebrochen wurden, weil andere Familienmitglieder dagegen waren — oder es bestand keine Bereitschaft, selbst etwas zur Besserung der Konflikte beizutragen. Patentrezepte, die nicht wehtaten, konnte ich aber nicht geben.

Ich kam daher zu dem Ergebnis, das d r e i wichtige Voraussetzungen erfüllt sein müssen, wenn ich mich psychotherapeutisch engagieren will:

- a) Der Patient muß unter einem Leidensdruck stehen, der so intensiv ist, daß die gebotene Hilfe angenommen wird.
- b) Es muß ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bestehen, so daß offen jedes Für und Wider diskutiert werden kann.
- c) Der Patient muß zu eigenen Aktivitäten und zu einem Standortwechsel bereit sein.

2. Möglichkeiten des Einstiegs in die Psychotherapie im ärztlichen Alltag

Für den Arzt für Allgemeinmedizin gibt es viele Wege, einen Einstieg in die Psychotherapie zu versuchen. Die medizinische Behandlung z.B. in Form von wiederholten Injektionen, Blutdruck- und EKG-Kontrollen, Blutentnahmen, wöchentlichen Auszahlungsscheinen bei langanhaltenden Krankheiten sowie Hausbesuchen bietet Gesprächsmöglichkeiten, in denen das Lebenskonzept des Patienten, seine Wertvorstellungen und seine Persönlichkeit sichtbar werden. Im Konfliktschema tasten wir das Verhältnis des Kranken zu seinem Körper, zur Leistung allgemein, seine Kontaktfähigkeit und seine Zukunftsgedanken ab, wobei einseitige Betonung eines dieser vier Bereiche und Vernachlässigung der übrigen zu seelischer Verkrampfung und zur Störung der Einheit der Persönlichkeit führt.

Die Verbundenheit mit dem Patienten gelingt sofort mit der Umdeutung seiner Krankheit unter einem positiven Aspekt:

Der Hypertoniker, der ständig auf die Uhr schaut und schon stehend auf dem Gang ungeduldig auf die Blutdruckkontrolle wartet, wird gefragt, wo er diese korrekte Haltung gelernt hat. Eine Fülle von Informationen über das Berufs- und Familienleben wird sich schrittweise bei jeder weiteren Blutdruckkontrolle ergeben. Der Hypertoniker verweilt jedoch nicht bei sich, er verweist auch den Arzt auf die anderen wartenden Patienten und die fortschreitende Zeit.

*) Positive Familientherapie, S. 91

Bei dem entgleisten Diabetiker, dem meist übergewichtigen, der lebensfroh das Maßhalten ignoriert — bei ihm liegt das Konzept auf der Hand: er hetzt sich nicht, Zeithaben und Geduldigsein sind seine Fähigkeiten, von denen die Mitmenschen profitieren. Im Wartezimmer macht er es sich gemütlich und plaudert mit Bekannten über die neuesten Ereignisse im Städtchen. Erhöhte Fett-Zucker- oder Harnsäurewerte sind oft ein Indiz dafür, daß seine Gutmütigkeit und Offenheit ausgenutzt wurden, daß sie ihm Konflikte einbrachten, die er durch leibliche Genüsse zu vergessen trachtet.

Positiv umdeutet heißt, die Krankheit wie z. B. das „nach Luft ringen“ als Fähigkeit zu sehen, auf sich aufmerksam zu machen, Ischiasschmerzen als ein Warnsignal für eine notwendige Arbeitspause zu erkennen, während Herzschmerzen darauf hindeuten, daß man sich mehr Zeit und Ruhe gönnen sollte.

Der transkulturelle Aspekt bedeutet, daß man offen wird für andere Lebensqualitäten und Wertvorstellungen. Er hilft im Gespräch ebenso, wie der positive Ansatz. Ein Patient zeichnet sich z.B. durch extrem verkrampfte Haltung und Fixierung auf seine Beschwerden aus. Wir fragen: Wie wird die Krankheit in der Familie gesehen? Wie lebt der Nachbar? Wie bewältigt der Kollege seine Arbeitsplatzprobleme? Welches Ziel verfolgt er? Hat er Freunde?

Krankheiten des Körpers brechen aus, z.B.

- wenn der Körper als funktionierende Maschine zur Erbringung von Leistung mißbraucht wird,
- wenn man sich zurückzieht, sich von den Mitmenschen isoliert,
- wenn man keinen Sinn mehr im Leben sieht.

Jetzt kann eine Geschichte oder eine Spruchweisheit helfen, um dem Patienten den Abstand von seiner Situation zu ermöglichen. Peseschkian hat in seinem Buch „Der Kaufmann und der Papagei“ eine Fülle davon niedergeschrieben. Zum Beispiel „Fünzig Jahre Höflichkeit“ wo ein Ehepaar am Tag der Goldenen Hochzeit bei der Aufteilung des Frühstücksbrötchens erkennen muß, daß es so lange die einfachsten Wünsche des Partners nicht kennengelernt hat.

So wird die Vertrauensbasis für spätere Konsultationen gefunden und die Denkanstöße helfen weiter. Die Geschichten haben nicht nur Spiegel- und Modellfunktionen. Sie wirken als Vermittler, da die überzeichnete Wahrheit es dem Patienten erlaubt, kurzfristig die Rolle des Angeklagten zu verlassen und über das angesprochene Konzept zu lächeln. Sie wirken außerdem wie eine Depotspritze in die Erlebnissphäre des Kranken hinein und helfen dabei unmerklich bei der Bewußtmachung und Entscheidung.

Erst jetzt können wir unter den oben genannten Voraussetzungen eine psychotherapeutische Behandlung anbieten, die sich in den bekannten fünf Stufen vollzieht.

Es ist darauf zu achten, daß der Patient nicht in Abhängigkeit von uns gehalten wird, sondern so schnell wie möglich das Rüstzeug erhält, sein Schicksal selbständig in die Hand zu nehmen. Jedes therapeutische Zusammentreffen — jetzt zeitlich vereinbart und nicht mehr dem Zufall überlassen — wird mit Aufgaben für den Patienten für die Zwischenzeit abgeschlossen. So lernt er die Ablösung vom Therapeuten.

3. Ansatzpunkte bei akuten Krankheitsbildern für den psychotherapeutisch tätigen Arzt für Allgemeinmedizin

Es ist einleuchtend, daß akute Krankheitsbilder vorübergehenden Charakter haben und wir den Patienten durch diezeitliche Begrenzung der Behandlung aus den Augen verlieren. Aberjede akute Krankheit beruht auf eine Störung von Körper und Seele, die chronisch werden kann. So tritt neben den Virus als Krankheitsursache ein schädigendes Prinzip, und dieses zu erkennen, muß genauso trainiert werden wie wir es bei der körperlichen Untersuchung gelernt haben, auf bestimmte Symptome zu achten. Es gilt, die Pause, die uns die Krankheit als Chance bietet um solche schädigenden Prinzipien zu erkennen, zu nutzen, sowohl als Arzt als auch als Patient.

Die Ischiasneurologie tritt während des Umzugs auf, die Epicondylitis radii bei einseitiger übermäßiger Gelenkbenutzung in der Akkordarbeit. Die Periarthritis humeroscapularis nach dem Schneeschaukeln, die beiderseitige Kniegelenksentzündung beim Fliesenlegen usw. Wir stellen die Unterleibsentzündung, die bei Partnerschaftskonflikten auftaucht, fest, die Diarrhoe oder Magenschleimhautentzündung bei finanziellen Sorgen. wer kennt nicht als Arzt für Allgemeinmedizin die hoch fieberhafte Angina vor dem Abitur, Staatsexamen, der Gesellen- oder Magisterprüfung. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist bereits eine Heilmaßnahme, denn Bettruhe bedeutet kurzfristige Abwehr von Leistung und Kontakt. Man hustet oder schwitzt, hat Ausschläge die abschrecken, übelriechende Durchfälle und besonders Schmerzen. Der Körper kämpft. Er erholt sich jedoch schneller, wenn der Patient will. Der Wunsch nach Gesundheit muß also geweckt werden. Ich mobilisiere die Kontaktfähigkeit des Patienten zu seinen besorgten Betreuern, halte erstrebenswerte Ziele vor Augen und richte die Aufmerksamkeit auf die besondere Pflege und Hilfe für den Körper. Die übermäßige Leistung, die oft Ursache des ungesunden Lebenswandels ist, dränge ich in den Hintergrund. Warum weigert sich der Körper, Leistung zu erbringen? Warum funktioniert die Immunabwehr nicht mehr wie vor einem Monat? Sind die Anforderungen der Umwelt zu hoch? Ist die emotionale Zuwendung zu gering?

Gerade bei akuten Erkrankungen haben wir durch den Hausbesuch den besten Einblick in die Störfelder, können erkennen, welche der psychosozialen Normen vielleicht konfliktauslösend wirkt. Wie wir wissen, können Pünktlichkeit, Ordnung oder Gerechtigkeit mit viel Ungeduld gepaart sein, Höflichkeit mit Unehrllichkeit, Zeit mit mangelnder Leistung oder Sparsamkeit mit mangelnder Liebe und Kontaktarmut. So können wir durch Aufzeigen der positiven und selbstverständlich erscheinenden Eigenschaf-

ten des Konfliktpartners zur Entschärfung der Situation und der Krankheit beitragen und die gegenseitige Achtung fördern.

Eine Sondersituation tritt ein, wenn wir zu Notfällen gerufen werden. Bestimmtheit im Auftreten, Sicherheit im Handeln muß neben der Spritze die Angst des Patienten eindämmen. Der Kranke ist anscheinend nicht mehr in der Lage, etwas anderes zu tun, als an Heilung und Gesundheit zu glauben. Dieser Glaube, der auf einem spontanen Vertrauensverhältnis beruht, muß unter allen Umständen — gleichlaufend mit schnellen medizinischen Maßnahmen — gefördert werden, denn er kann lebensrettend sein. Hier tritt der Wert der Beeinflussung, der Übertragung voll zutage. Wie geht es aber z. B. nach dem Herzinfarkt, der Lungenembolie, dem Suizidversuch weiter?

4. Psychotherapeutische Ansatzpunkte bei chronischen Erkrankungen — eine Auswahl —

Patienten mit chronischen Erkrankungen kommen oft zur Konsultation. Der Arzt muß sich hier fragen: gibt es Wege, das schädigende Grundkonzept zu finden? Will der Patient wirklich gesund werden? Oft ist die Krankheit inzwischen fester Bestandteil seines Lebens und dem der Familie geworden und sie bringt dem Patienten Vorteile, auch finanzieller Natur.

Hier trifft die Erfahrung, die immer wieder durch Beobachtungen gestützt wird, daß bestimmte Krankheitsbilder und bestimmte psychosoziale Normen zusammengehören.

Bei **Herz- und Kreislaufkranken** mit Hypertonie, Hypotonie, Stenokardien, nach einem Infarkt oder bei Patienten mit Schrittmachern finde ich immer wieder z.B. einen Mangel an **Geduld, Zeit und Liebesbereitschaft**. Freizeit und Erholung wird reglementiert. Meditation und Entspannung sind Fremdworte für diese Menschen.

Erst wenn der Herzschlag stolpert, die Stenokardie würgt oder Schwindel den Kollaps anmeldet, ist er vielleicht zu einem Standortwechsel bereit. Schmerz und Angst helfen dem Arzt in einer solchen Situation dabei.

Bei **Stoffwechselkrankheiten** ist es schwieriger, einen Standortwechsel herbeizuführen, da der Lebensgenuß oft erst späte Schäden zeigt. Ich konnte jedoch beobachten, daß bei diesen Menschen Glaube und Hoffnung nur sehr gering ausgeprägt sind.

Bei **Krebspatienten** erkannte ich übertriebenen Leistungszwang und Kontaktarmut. Beides verstärkt die Hoffnungslosigkeit in der sich der Patient befindet. Eine Einzel- oder Familientherapie ist dann oft erwünscht und bietet sich dem Arzt an.

Bei den Angehörigen stellt sich oft später — nach dem Tod des Patienten, den sie geliebt und verehrt hatten, Krebsangst ein. Man identifiziert sich mit ihm, weil er das Konzeptvorbild war.

Diarrhoen fand ich gehäuft bei großzügigen Menschen, Verstopfung bei traditionsgebundenen, oft zusammen mit Sexualstörungen und Sauberkeitszwang.

Der **Asthmatiker** braucht den Anfall, damit sich jemand um ihn kümmert, der Hautkranke dagegen schreckt die Mitmenschen ab. Beides sind Krankheitsbilder, die mit der psychosozialen Norm **Kontakt** zusammenhängen.

Gelenkerkrankungen signalisieren eine Leistungsverweigerung oder unterdrückte Aggressionen.

Der **Depressive** jedoch fordert unsere ganze Aufmerksamkeit, denn er kann in den Selbstzerstörungsversuch hineinsteuern. Seine Hoffnungslosigkeit muß intensiv behandelt werden. Wenn ich mich in einer solchen Situation überfordert fühle, leite ich den Kranken an einen Fachkollegen weiter.

Oft reicht meine Zeit nur für wenige intensive Einzeltherapien aus. Die zwanglose, begleitende Lebenshilfe jedoch erhält bei mir jeder Patient, der sie sucht und die Anwendung der Positiven Psychotherapie hilft dabei, die Fähigkeit zur Gesundheit zu fördern.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Frauke Gailus
Ärztin für Allgemeinmedizin
Am Pfaffenrain 4

6901 Neckarsteinach



Einen
Menschen
lieben, heißt
einwilligen,
mit ihm
alt
zu werden.
Albert Camus

Verurteile keinen Menschen und halte kein Ding für unmöglich,
denn es gibt keinen Menschen, der nicht seine Zukunft hätte,
und es gibt kein Ding, das nicht seine Stunde bekäme. (Talmud)

Die Anwendung des methodischen Prinzips der Positiven Psychotherapie im industriellen Bereich

Erfahrungsbericht über ein Programm zur Verbesserung der Arbeitssicherheit

Von Dr. Walter Eberle

I. Ausgangslage und Gestaltungsrahmen der „Aktion Sicherheit“

1. Im Rahmen einer breit angelegten Aktion zur Verbesserung der Arbeitssicherheit im Produktions- und Instandhaltungsbereich eines Großunternehmens der chemischen Industrie ergaben sich Anwendungsmöglichkeiten für das methodische Prinzip der Positiven Psychotherapie.

Der Verfasser hatals Gasthörer mehrfach Gelegenheitgehabt, das System der Positiven Psychotherapie von Herrn Dr. Peseschkian kennenzulernen. Er ist Mitglied der deutschen Gesellschaftfür positive Psychotherapie.

Der Einsatz im Unternehmen erfolgte als externer Berater und Trainer. Durch jahrelange vorhergehende Zugehörigkeit zu diesem Unternehmen war eine große Vertrautheit mit den Arbeitsverhältnissen gegeben.

2. Die Situation im Unternehmen ist dadurch gekennzeichnet, daß durchjahrelange intensive Bemühungen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit bei den Produktionsverfahren, bei den räumlichen-ergonomischen Verhältnissen und bei der Ausrüstung mit Arbeitsschutzmitteln auf diesem „sicherheitstechnischen“ Gebiet nur noch begrenzte Fortschritte erzielbar sind und eine Art Schallmauer erreicht scheint, was den statistisch erkennbaren Fortschritt betrifft.

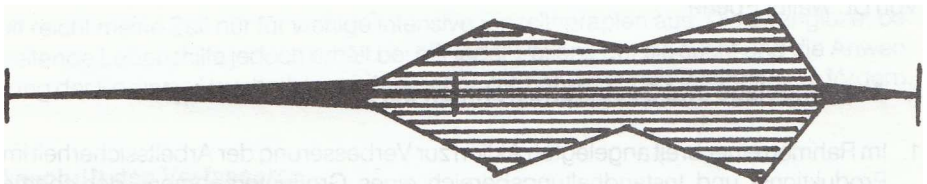
Die Blicke richten sich deshalb besonders auf die Verbesserungschancen, die im unzureichenden Sicherheitsverhalten liegen. Ganz allgemein rückt heute das unfallträchtige Verhalten im Betrieb immer mehr in den Vordergrund des Interesses.

3. Eine Auswertung der Unfall-Berichtsbogen im Unternehmen erbrachte den Befund, daß etwa 15% der Unfälle der letzten Jahre sicherheitstechnische Ursachen hatten und etwa 85% dem sogenannten „Fehlverhalten“ zugeschrieben wurden.

Eine visualisierte Metaplan-Abfrage im Laufe der Seminarserie mit knapp 300 Betriebsführern und Betriebsassistenten aus den Bereichen Produktion und Technik

ergab zu Fragestellung „Erwarten Sie in Zukunft Verbesserungen der Arbeitssicherheit eher auf sicherheitstechnischem Gebiet oder beim Sicherheitsverhalten?“ nachstehendes Bild:

ausschließlich d.h. 100%	sowohl als auch	ausschließlich d.h. 100%
Verbesserungen bei der Sicherheitstechnik		Verbesserung des Sicherheitsverhaltens



Die überwiegenden Meinungsbekundungen im Feld zwischen 50 und 80% des Anteils des Sicherheitsverhaltens lassen den Schluß zu, daß etwa drei Viertel der Unfälle durch Verhaltensweisen entstehen, welche den Betroffenen als „Fehlverhalten“ zum Vorwurf gemacht werden.

4. Der Umgang mit dem „Fehlverhalten“ — Erkennen und Korrektur der Verhaltensweisen — ist im Unternehmen Bestandteil der Gestaltung der Arbeitsbeziehungen durch Führung und Zusammenarbeit. Auch auf diesem Gebiet ist in dem Unternehmen umfangreiche Vorarbeit geleistet worden. So sind insbesondere Bemühungen bei der Verbesserung der laufenden Information und bei der arbeitstechnischen und wissensmäßigen Qualifizierung der Mitarbeiter unternommen worden. Hier verfügen viele Vorgesetzte über ein Standardrepertoire der Arbeitstechnik und Führungstechnik und haben oft auch jahrelange Erfahrungen vorzuweisen. Einen unterentwickelten Kenntnisstand und nach eigenem Bekunden auch eine große Unsicherheit und Hilflosigkeit verspüren die Vorgesetzten aber dort, wo es um den sogenannten „Eingriff in die Persönlichkeit“ des Mitarbeiters geht. Ein Großteil der verhaltensbedingten Unfälle aber konfrontiert die Vorgesetzten mit diesem Problem. Sie müssen dem Mitarbeiter in einer geeigneten Form zum Umstellung seines Verhaltens verhelfen. Die hierbei auftretende Hilflosigkeit und indirekt auch die Vielzahl der Pannen und Fehlversuche wurden erkennbar, als in verschiedenen Seminaren Mehrfach-Unfaller danach befragt wurden, ob sie in den Gesprächen, welche Vorgesetzte pflichtgemäß nach Unfällen mit ihnen führen müssen, Hilfe empfangen konnten, diese Frage fast durchweg kraß verneinten.

5. Intensiv-Befragungen nach den Schwierigkeiten solcher Gespräche ergaben, daß es für Vorgesetzte ganz offensichtlich typische „Klippen“ des Gesprächs und der Behandlung gibt:

— **Zugang zum Mitarbeiter finden.**

Es kann schwierig sein für den Vorgesetzten, diesen Zugang zu finden, weil die Schwierigkeiten eher in seinem eigenen Verhalten begründet liegen, vielleicht aber auch weil der Mitarbeiter selbst niemanden leicht an sich heranläßt

— **Das Verhalten des Mitarbeiters diagnostizieren und auf bestimmte auffallende Verhaltenskonzepte zurückführen.**

Hierbei liegen die Schwierigkeiten sowohl in der Bereitschaft zu Selbsterkenntnis als auch in der mangelnden Technik der Fremderkennung begründet.

— **Den Zusammenhang von Verhaltenskonzept und Unfall plausibel machen.**

Hierbei geht es darum, den vorhandenen Leidensdruck durch den Unfall richtig zuzuordnen und den Vorsatz für eine Verhaltensänderung auszulösen.

— **Hilfe für eine Verhaltensänderung geben.**

Dazu gehört das Herausfinden und Entwickeln eines Programms zur Einübung des anderen Verhaltens (Eigenhilfe) als auch die Fremdhilfe des Vorgesetzten zur Abstützung und Kontrolle.

Am Ende sind Verhaltenskorrekturen zur Vermeidung künftiger Unfälle natürlich vom Eigenentschluß der betroffenen Mitarbeiter abhängig, so daß die besondere Schwierigkeit für Vorgesetzte ganz offensichtlich darin liegt, **Hilfe zur Selbsthilfe** zu gewähren.

Der Philosophie nach zeigt sich hier eine große Verwandtschaft zum Konzept der Positiven Psychotherapie. Auch sind die einzelnen „Klippen“ ganz offensichtlich mit dem Vorgehensschritten der Positiven Psychotherapie zu meistern: Verhaltensänderung = Zielerweiterung.

Dementsprechend wurde den Betriebsführern und Betriebsassistenten auch in einem Teil des zweistufigen Trainingsprogrammes vermittelt, wie man im Einzelgespräch Verhalten deuten und Verhaltenskonzepte erkennen und damit so umgehen kann, daß der Gesprächspartner letztlich eine Hilfe zur eigenen Verhaltenssteuerung erfährt.

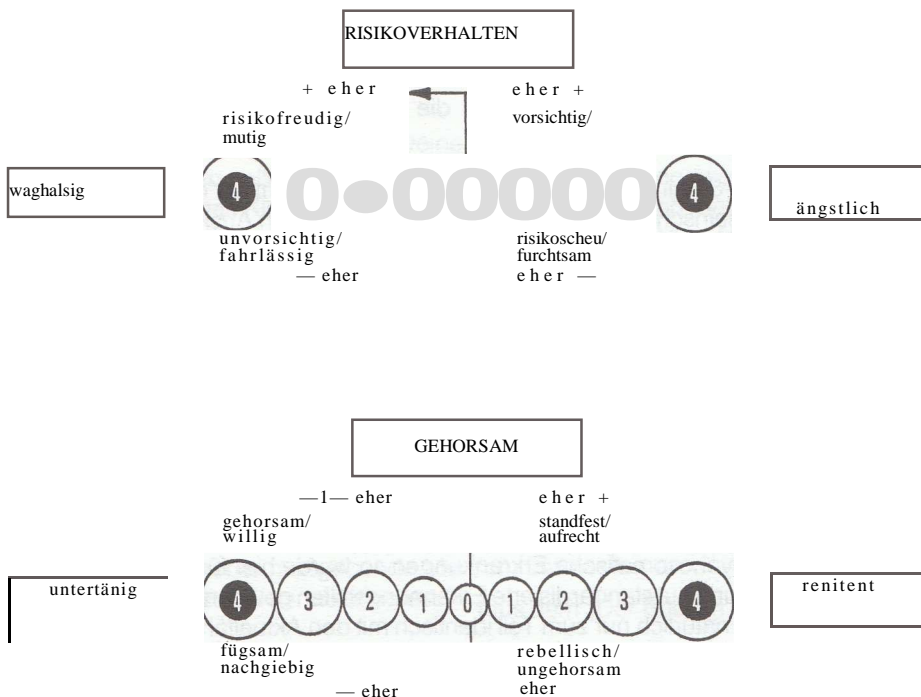
Indessen lag der eigentlich interessante Anwendungsbereich für das methodische Prinzip der Positiven Psychotherapie weniger in diesen Seminaren als vielmehr in speziellen Verhaltenstrainings mit Mehrfach-Unfällen. Hier fungierte nicht der Vorgesetzte, sondern der Trainer als Therapeutischer Helfer.

11. Verhaltens-Trainings mit Mehrfach-Unfällen

1. Der Verfasser wurde zu mehreren Trainings mit Mehrfach-Unfällen verpflichtet. Bislang wurden sechs dieser Trainings durchgeführt. Sie dauern jeweils zwei Tage und zwölf Personen nehmen daran teil. Auf die Anonym gestellte Erfolgskontroll-Frage, ob die Teilnehmer in den Verhaltenskonzepten, die besprochen wurden, ihr eigenes Unfallgeschehen und auch die sonstigen Gefahren-Situationen (sogenannte „Beinahe-Unfälle“) wiedererkennen, haben jeweils drei Viertel der Teilnehmer bekundet, daß ihnen diese Zusammenhänge völlig klageworden sind. Da einige wenige Ausländer unter den Teilnehmern waren, ist zu vermuten, daß ein Teil der restlichen Unklarheit auf sprachliche Schwierigkeiten zurückzuführen ist. Insgesamt war zu beobachten, daß es Verständnisschwierigkeiten mit den überwiegend handwerklich ausgebildeten Facharbeitern nicht gab. Offensichtlich deshalb, weil die Annahme des Konzepts der Positiven Psychotherapie mehr ein Frage der „Herzensbildung“ und des gesunden Menschenverstandes ist als eine Frage der „Gehirnakkrobatik“.
2. Die Rechtfertigung für die aufwendige Seminarreihe ergab sich für das Unternehmen dadurch, daß nach einer groben Faustregel davon ausgegangen werden kann, daß etwa ein Drittel der Mitarbeiter nahezu zwei Drittel aller Unfälle verursacht (sogenannte „Mehrfach-Unfaller“). Es gibt also keine Gleichverteilung des Unfallgeschehens und dies deutet schon massiv darauf hin, daß nicht nur Zufallseinflüsse im Spiel sind, sondern offensichtlich bestimmte Menschen stärker gefährdet und in Mitleidenschaft gezogen sind als andere. Dieser Zusammenhang ist zwar laienhaft bekannt, aber in den Betrieben wenig systematisch durchforscht. Die Seminare mit den Mehrfach-Unfällen boten hierzu Gelegenheit.
3. Im Ablauf dieser Seminare analysieren die Teilnehmer unter der strikten Regel der Vertraulichkeit wechselseitig eine Reihe ihrer Unfälle. Dies geschah vorrangig unter dem Gesichtspunkt: Welches Fehlverhalten war beteiligt bzw. welches Verhalten würde ich zu meinem Schutz heute an den Tag legen?

So entstand eine Liste von Aussagen, die vom Verfasser auf Verhaltenskonzept-Linien gelegt wurden, deren Ansatz dem differenzierungsanalytischen Inventar (DAI) der Positiven Psychotherapie nachgebildet ist. Diese Verhaltenskonzepte werden vom Verfasser in eine Form gebracht, die es dem Betroffenen ermöglicht, sie als Erkennungshilfe für seine eigene Persönlichkeit einzusetzen. Der große Vorzug dieser Erkennungshilfen liegt darin, daß es für die Betroffenen nicht peinlich ist, eine Aussage übersich selbst zu machen, da jeweils für jede Seite eine positive und negative Formulierung gewählt wird.

Das Prinzip dieser Erkennungshilfen wird an den beiden nachstehenden Beispielen des Risikoverhaltens und des Gehorsams erkennbar.



Besonders wichtig ist hierbei die Erkenntnis, daß jedes Verhaltenskonzept — Aktualfähigkeit im Sinne der Theorie von Dr. Peseschkian — seine Vorder- und Rückseite, man kann auch sagen, seine Licht- und Schattenseite hat. Mit der vertiefenden Arbeit ist dem Verfasser klargeworden, welche feine positive und negative Färbung die deutsche Sprache hier jeweils bereithält.

Ein Unterschied zu den spezifischen Aktualfähigkeiten des Differenzierungsanalytischen Inventars liegt sicher darin, daß beim Thema zum Teil andere Konzepte zum Tragen kommen als bei psychosomatischen Störungen, vor allem aber auch darin, daß nur in seltenen Fällen erkennbar war, daß die Verhaltensausprägung so extrem ist, daß der Betroffene außerstande ist, sie auf Antrieb und mit etwas Nachhilfe zu erkennen, sondern den psychotherapeutischen Berater braucht, der ihm mit intensiver Betreuung hilft, aus der Situation herauszufinden und natürlich zunächst einmal sich zu erkennen.

Man könnte also sagen, daß es zwar strukturell um das gleiche Problem geht, aber doch eine unterschiedliche Problemintensität gegeben ist.

4. Diese Verhaltens-Erkennung führen die Teilnehmer mit Hilfe dieser Erkennungshilfenförsich selbstdurch und übertragen das Ergebnis mit Hilfeder Metaplan-Technik auf eine sichtbare Tafel, so daß ein auswertbares anonymes Gruppenbild entsteht. Auf derartige Auswertungen beruhen die Erkenntnisse und Folgerungen des Verfassers.

Im Verlaufe der Seminare wurden die Teilnehmer aber nicht nur nach ihrer eigenen Persönlichkeitseinschätzung gefragt, sondern gaben auch Auskunft darüber, welche der etwa 20 angesammelten Verhaltenskonzepte nach ihrer Ansicht ursächlich sind für Unfälle bei anderen Kollegen (Fremdeinschätzung). Die aus dieser Spiegelung gewonnene Erkenntnis wurde gefiltert durch Aussagen der Vorgesetzten in anderen Seminaren, welches nach ihrer Ansicht und ihrem Vorurteil die hauptsächlich unfallträchtigen Verhaltenskonzepte sind.

Die sehr detaillierte Gegenüberstellung und Auswertung soll hier nicht weiter beschrieben werden. Interessant ist das Ergebnis: Mit 10-12 Verhaltenskonzepten läßt sich der ganz überwiegende Teil der Verhaltensbedingten Unfälle erklären. Daraus kann man eine Standardhilfefür das Gespräch über und die Behandlung von unfallträchtigen Verhaltensweisen gewinnen. Die Parallelezum DAI istverblöffend. Wie dort für die psychosomatische Erkrankungen so wurde hier für Unfälle empirisch eine Rückführung auf standardisierte Erkennungshilfen gewonnen. Die Verhaltenskonzepte sind natürlich nur zum Teil identisch mit den Aktualfähigkeiten der Positiven Psychotherapie.

Der Verfasser hat die Vermutung, daß sich dieses auch bei anderen Problemen des industriellen Bereiches herausstellen wird; z. B. Absentismus.

Über die Vorgehens-Empfehlungen, welche den Teilnehmern im Anschluß an den diagnostischen Teil des Trainings mitgegeben werden, soll in einem Fortsetzungs-Bericht informiert werden. Hier kommt insbesondere auch dasfünfstufige Verfahren der Positiven Psychotherapie zum Tragen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Walter Eberle
Altkönigstraße 5

6365 Kosbach v.d. H

*) siehe VDI-Nachrichten vom 6.8.82: Sicherheit durch Erziehung und Bildung

Positive Psychotherapie = Hoffnung für die Sozialarbeit

Von Bernhard Gailus

„Weil Du entsprechend Deinen kräftigen Hunger und Deiner besonderen Vorliebe alles schnelle, heiß und in großen Bissen gegessen hast, mußte sich das Kind beeilen, düstere Stille war bei Tisch, unterbrochen von Ermahnungen: 'zuerst iß, dann sprich' oder 'schneller, schneller, schneller' oder 'siehst Du, ich habe schon längst aufgegessen'. Knochen durfte man nicht zerbeißen, Du ja, Essig durfte man nicht schlürfen, Du ja. Die Hauptsache war, daß man das Brot gerade schnitt, daß Du das aber mit einem von Sauce triefenden Messer tatest, war gleichgültig. Man mußte achtgeben, daß keine Speisereste auf den Boden fielen, unter Dir lag schließlich am meisten. Bei Tisch durfte man sich nur mit Essen beschäftigen, Du aber putztest und schnittest Dir die Nägel, spitztest Bleistifte, reinigtest mit dem Zahnstocher die Ohren. Bitte, Vater, verstehe mich recht, das wären an sich vollständig unbedeutende Einzelheiten gewesen, niederdrückend wurden sie für mich erst dadurch, daß Du, der für mich so ungeheuer maßgebende Mensch, Dich selbst an die Gebote nicht hiel-

test, die Du mir auferlegtest.“ (aus dem „Der Brief an Vater“ v. F. Kafka)

Immer wieder erreichen den Sozialen Dienst Anfragen von Jugendlichen, ob sie vom Elternhaus ausziehen dürfen und was die Eltern bezahlen müssen, wenn sie ein eigenes Zimmer nehmen. Ein großer Teil dieser Anrufe sind ernstgemeinte Hilferufe, und trotzdem sind es wenige, die sich auf diese Weise bemerkbar machen. Viele Kinder und Jugendliche betreten andere Wege: Schulschwänzen, Kriminalität, Alkohol, Drogen, Prostitution, bis zur Selbsterstörung (Suizid). Hiermit signalisieren die auffällig gewordenen Kinder, daß zu Hause etwas nicht in Ordnung ist. Im Vergleich zu den Kindern offenbaren sich die Erwachsenen seltener durch die Ehescheidung, daß ihr Familienleben gescheitert ist.

Über die Nachbarn, Polizei, Staatsanwaltschaft, Vormundschaftsgericht und Schulen erfährt der Soziale Dienst in der Regel als erster von den mannigfaltigen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen. Mit dem Auftrag, den sie erhalten, nehmen sie Kontakt mit der Familie auf. Hiermit sind dem Sozialen Dienst große Möglichkeiten geboten. Die Erkenntnis bestätigt aber den Schluß, daß er im Vorfeld bleibt und die Chance nicht nutzt, über die Schwellen der offenen Türen zu den Problemen der gesamten Familie vorzudringen.

Ihre Tätigkeit beschränkt sich auf drei Schwerpunkte:

- a) wenn der Antrag von der Polizei bzw. Staatsanwaltschaft erteilt wurde, dann wird ein Bericht erstellt, der letztlich nicht mehr ist als ein ausführlicher und erweiterter Lebenslauf des Betroffenen mit einer pädagogischen Stellungnahme.



Für ein Kind ist der Raum
wichtiger als die Zeit,
über die es nicht nachdenkt.

Friedrich Georg Jünger

- b) wenn der Hinweis von Nachbarn, Schule, Kindergarten, Verwandte und Bekannte erfolgt oder das Kind noch nicht strafmündig ist, erfolgt die Beratung im Rahmen des Gesprächs. Schon beim ersten Gespräch können Überlegungen einer Herausnahme und Fremdunterbringung getroffen werden.
- c) verlangt das Familiengericht oder das Vormundschaftsgericht Stellungnahme über die künftige elterliche Sorge des bzw. der Kinder, die infolge einer Scheidung dem einen oder dem anderen Elternteil zugesprochen werden sollen, so wird auch in dieser Sache mit nur oberflächlichen Aussagen eine Empfehlung unterbreitet. Dort, wo sich die Eltern von vornherein einander geeinigt haben, ist dies ohnehin Formsache. In den Fällen, in denen sich die Eltern nicht einigen, bedarf es jedoch einer ausführlicheren Stellungnahme.

Die im einzelnen getroffenen Maßnahmen werden im Endeffekt sehr fragwürdig, wenn man nachforscht, warum man zu diesem und nicht zu einem anderen Schluß gekommen ist. Es könnten in ein und demselben Fall bei zehn verschiedenen Sozialarbeitern verschiedene Schlußfolgerungen richtig sein — oder auch falsch. Die Tatsache bleibt aber, daß die vom zuständigen Sozialarbeiter festgelegte Maßnahme **eine Entscheidung für das Kind fürs ganze Leben bedeutet**. Wenn man bedenkt, daß die päd.

Entscheidung aufgrund gesammelter Erfahrungen, politische, konfessionelle oder durch sonstige weltanschauliche Gesichtspunkte beeinflusst ist, stärkt das die Sorge um dieses Vorgehen.

Die Arbeit des Sozialarbeiters ist nicht nachvollziehbar. Ein Kollege kann also die getroffene Maßnahme seines Vorgängers völlig umwerfen und die seine als richtig gelten lassen. Es gibt keine Kriterien, aus denen ein dritter schließen kann, warum man zu dem und nicht zu einem anderen Ergebnis gekommen ist.

Die Arbeitsweise ist dafür kennzeichnend, daß das signalisierende Kind, der Jugendliche isoliert behandelt wird in der Familie oder in einer Fremdunterbringung.

Aktuellkonflikte sind nicht nur eine Offenbarung, sondern auch die Wurzel des Übels, auch diese muß vom Tisch. Die Arbeit ist vergleichbar mit einer solchen Feuerwehr, die lediglich die Flamme löscht und sich nicht um glühende Reste kümmert und dann wieder erscheint, wenn ein neuer Funke auflodert.

Die kritische Ausführungen rechtfertigen nicht, den Sozialarbeiter als den hinzustellen, der alles falsch macht. Die langjährigen Beobachtungen erzwingen aber die Sorge darüber, daß die Tätigkeit des Sozialen Dienstes nicht in Ordnung ist, daß die Ausbildung des Sozialarbeiters Mängel aufweist, die unbedingt korrigiert werden sollten. Eine große Zahl von Sozialarbeitern ist selber unzufrieden und versucht durch Fortbildung ihr Wissen zu erweitern. Selbst der Staat, dem sicherlich eine solche Arbeit mit Familien und einzelnen Betroffenen durch den Sozialen Dienst als unbefriedigend bekannt sein dürfte, hemmt eine differenzierte, fachlich qualifizierte Ausbildung mit der politischen Überlegung, daß dann der Sozialarbeiter auch Anspruch auf mehr Entgelt hätte. Der Staat schränkt auf diese Weise sozialpädagogische Arbeit ein und verursacht ungewollt z.B. kostspielige Heimunterbringungen, die bei intensiver Betreuung durch einen gut ausgebildeten Sozialarbeiter eventuell hätte vermieden werden können.

Gerade der Soziale Dienst hätte die beste Möglichkeit vor Ort als erster die Nöte und Konflikte zu erkennen, diese selber zu bearbeiten oder an anderer Stelle zu vermitteln.

Nachweisbar auffällig anders sieht es dort aus, wo sich der Sozialarbeiter intensiv über seine beruflichen Abgrenzung hinaus den Problemen stellt, wenn er nicht nur ein pädagogischer Vollzugsbeamter sein will. Wenn er seines Auftrags wegen, den Betroffenen nicht isoliert behandelt, sondern die Familie als ganze Einheit und jedes Mitglied als Individuum sieht, transkulturell denkend. Dort, wo die Aktuellkonflikte den Sozialarbeiter zu den Grundkonflikten führen und er sich die Mühe macht, der Familie Hilfe anzubieten, wird er in der Lage sein, mit ihr gemeinsam die Konflikte zu erkennen, zu akzeptieren und zu verarbeiten.

Der Sozialarbeiter soll kein Therapeut werden, aber in der Nähe des Therapeuten sollte er stehen können. Eine solche Vorstellung hängt natürlich mit der Frage zusammen, wie ernst und wichtig die Gesellschaftsolcher allerorts bekannten Verhaltensstörungen und daraus sich ergebenden Folgen nimmt. Vielleicht ist es sogar von großer Bedeutung für die Gesellschaft, daß solche dunklen Flecken bestehen. Hier könnte man auch die Frage stellen, was würde geschehen, wenn schon 30% weniger Scheidungen, Gefängnisinsassen, Heiminsassen u.ä. zu verzeichnen wären. So würde ein Systemkonzept zerbrechen, und wer könnte in der Lage sein, dem System sein Konzept erweitern zu helfen?

Die Lehre der Positiven Psychotherapie zeigt Wege auf, die bisher in allen therapeutischen und pädagogischen Handlungen und Empfehlungen nicht so eindeutig klar werden. Sie stärkt die positiven Kräfte in jedem Einzelnen, damit er mit seinen gestörten Fähigkeiten besser fertig wird und ungenutzte neue Wege in allen Lebenslagen bereichern.

Das Instrumentarium dieser Therapie ist für jede soziale Schicht verständlich und praktikabel.

Es ist deshalb so wichtig, das insbesondere die sozial-päd. Gruppe (Sozialarbeiter), die vor Ort als erste die Begegnung mit der einzelnen Person der gesamten Familie, deren Nöte und Konflikte hat, dieses Rüstzeug vermittelt bekommt, damit sie in die Lage versetzt wird, eine Arbeit zu leisten, die der Hilfesuchende letztlich benötigt und erwartet. In vielen Fällen hilft schon ein winziger Hinweis, um das Boot, in dem der Anrufer, Signalisierender sitzt, in ein anderes noch nie befahrenes Gewässer zu schicken. Ermutigung daran ist nötig, daß es auch positiv sein kann, gegen den Wind zu segeln. Solche kleine Empfehlungen, oft mit großer Wirkung, müssen, wie es heißt, den Nagel auf den Kopf treffen. Der Hilfeanbietende muß nicht nur verstanden werden, sondern auch selber verstehen können. Dieses Rüstzeug bietet die Positive Psychotherapie, die der Psychiater und Neurologe Dr. N. Peseschkian entwickelt.

Anschrift des Verfassers:

Bernhard Gailus
Am Pfaffenrain 4

6901 Neckarsteinach

Das Marionettenspiel

Im Zelt eines Marionettenspielers stand dichtgedrängt eine Menschenmenge, die laut-
hals lachend dem Spiel der Marionetten folgte. Ganz hinten stand ein Vater mit seinem
Sohn. Während der Vater auf den Zehenspitzen stehend die Szene gerade noch sehen
konnte, reichte der Sohn mit seinem Kopf nur bis zur Hüfthschärpe der Umstehenden. Er
reckte sich den Hals aus und weinte schließlich, bis ihn der Vater auf die Schulter nahm.
War das ein Vergnügen! Hoch oben über alle Turbane hinweg sah nun der Junge das
lustige Spiel der Puppen. Er weinte nicht mehr, sondern jauchzte, hüpfte auf den Schul-
tern des Vaters, als wäre er ein Reiter und der Vater das Pferd. Begeistert trommelte er
mit seinen Fäusten auf den Kopf des Vaters, trampelte mit seinen Füßen gegen dessen
Brust und vergaß völlig, daß er auf seinem Vater saß. Plötzlich merkte er eine Hand auf
seiner Schulter. Erschreckt drehte er sich um und sah einen weißbärtigen, gütig blicken-
den Derwisch. „Mein Sohn“, sprach dieser, „ du amüsiest dich sehr gut, du siehst das
Marionettentheater besser als viele andere im Zelt. Doch denke daran, wenn dein Vater
sich nicht die Mühe gemacht hätte, dich auf seine Schultern zu laden, stündest du noch
unten, im Schatten der anderen. Vergiß also nicht, auf wessen Schultern du sitzt. Du soll-
test dich freuen und glücklich sein. Du solltest aber auch die anderen, auf deren Schul-
tern du glücklich bist, nicht vergessen.“ (orientalische Geschichte)

Veranstaltungen

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

2. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche (Herbstferien)

Tagungsort: Hörsaal der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 2,
6350 Bad-Nauheim

Während der Tagung zu erreichen unter der Rufnummer 0 60 32 / 60 84. Positive Psy-
chotherapie in der ärztlichen Praxis — Kleine Psychotherapie in der ärztlichen Praxis —7
Seminarveranstaltungen mit Fallbesprechungen für Allgemeinärzte, Internisten,
Kinderärzte, Hautärzte, Gynäkologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Psychiater, Nerven-
ärzte, Orthopäden, Urologen und Chirurgen.

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

Montag, 3. Oktober 1983 von 10.00 bis 16.30 Uhr-1. Seminar:

Positive Psychotherapie als Bezugspunkt für die Zusammenarbeit von Fachleuten ver-
schiedener Disziplinen — Krankheitsbegriff in der Medizin und Psychotherapie unter

dem transkulturellen Gesichtspunkt— Aspekte zur erweiterten Arzt- und Patientenbeziehung: Arzt- Patient, Arzt und andere Ärzte; Arzt und seine Familie — Therapie und Menschenbild — Was haben alle Menschen gemeinsam? Wodurch unterscheiden sie sich? — Das positive Vorgehen in der ärztlichen Praxis — Positive Symptomdeutung — Übersetzung konventioneller Krankheitsbilder (z.B. Frigidität, Angst, Depressionen, Herzinfarkt, Rheuma ...) — Auswirkungen der positiven Symptomdeutung auf die Einstellungsänderungen — Geschichten als Hilfen zum Standortwechsel — Drei Interaktionsmodelle: Verbundenheit, Unterscheidung und Ablösung — Fallvorstellung — Fallbesprechung.

Dienstag, 4. Oktober 1983 von 10.00 bis 16.30 Uhr — 2. Seminar:
Besonderheiten der Diagnose in der Psychotherapie — Befunderhebung — Realitäten — Vier Möglichkeiten der Konfliktverarbeitung und ihre Bedeutung als Beobachtungshilfen — Sozial- und Persönlichkeitsstrukturen — Neurosenlehre der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Existenzanalyse, Individualpsychologie ...) — Einfluß der Neurosenlehre auf die therapeutischen Möglichkeiten — Standortwechsel und Widerstände in der Arzt-Patient-Beziehung — Psychosomatik — Neurose (z.B. depressive Reaktionen) — Psychose (z.B. Schizophrenie) — Fallvorstellung — Fallbesprechung.

Mittwoch, 5. Oktober 1983 von 10.00 bis 16.30 Uhr — 3. Seminar:
Psychotherapie des Alltagslebens — Befunderhebung — Technik des Differenzierungsanalytischen Inventars (DAI) — Das Beschreibungsmodell — Das Mikrotraumenmodell — Das Konfliktmodell — Das Risikomodell — Das DAI als Methode der Selbsterfahrung — Dialektik von Konfliktdynamik und Konflikthalt — Die Bedeutung der psychosozialen Normen (Aktualfähigkeiten) in der Pädagogik, Psychiatrie und den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen — Fallvorstellung — Fallbesprechung.

Donnerstag, 6. Oktober 1983 von 10.00 bis 16.30 Uhr — 4. Seminar:
Aktuallkonflikt und Grundkonflikt—Techniken zur Beschreibung aktueller Konfliktsituation — „Reise in die Vergangenheit“ — Die vier Vorbildimensionen — Symptome und Konzepte in ihrer lebensgeschichtlichen Bedeutung — Praktische Einbeziehung des Grundkonfliktes in die positive Familientherapie — Fallvorstellung — Fallbesprechung.

Freitag, 7. Oktober 1983 von 10.00 bis 16.30 Uhr — 5. Seminar:

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

Samstag, 8. Oktober 1983 von 10.00 bis 16.30 Uhr —6. Seminar:

Positive Familientherapie — Elterngruppe — Partnergruppe — Literatur und Dichtung für Therapie (Wer ist Ihr Lieblingsauto?) — Konzepte und Gegenkonzepte — Konzeptstammbaum — Familiäre Fronten und ihre Aufhebung — Arzt und eigene Familie — Fallvorstellung — Fallbesprechung.

Sonntag, 9. Oktober 1983 von 10.00 bis 16.30 Uhr-7. Seminar:

Selbsthilfe in der ärztlichen Praxis — Ablösung aus der therapeutischen Situation — Übertragung — Gegenübertragung — Selbsterfahrung — Balintgruppe und Positive Psychotherapie — Milieutherapeutische Maßnahmen — Plenarsitzung — Arzt und Ethik — Psychotherapeutische Probleme in der ärztlichen Praxis (Patientenführung, Fragen der Überweisung an Fachpsychotherapeuten) — Fallvorstellung — Fallbesprechung.

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

Die Teilnahme von Angestellten des an diesen Seminaren teilnehmenden Arztes ist möglich

Der Unkostenbeitrag für diese Seminarveranstaltung beträgt DM 350,—

Mitglieder der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen zahlen DM 100,—.

Der Unkostenbeitrag ist am ersten Tage der Veranstaltung bar oder per Scheck am Veranstaltungsort zu zahlen.

Anmeldungen erbeten an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim, Telefon 0 60 32 /61 71 oder 61 72.

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

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

Jahresbeitrag: DM 6Q,— (ordentliche und außerordentliche Mitglieder)
DM 90,— (Ehepaare)
DM 30,— (Studenten)



Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

An weiterem Informationsmaterial bin ich interessiert ja — nein

Beitrag als Spende gem. § 1 Ob, Abs. 1, EStG abzugsfähig.

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