

# Zeitschrift für Positive Psychotherapie

---

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

---



Heft 14- 13. Jahrgang - Sept. 1992 - DM 5,-

Erziehung  
Selbsthilfe  
Psychotherapie  
Transkulturelle Probleme

---

-+ Süchtigkeit, Sucht und Sehnsucht

-+ Trauer und Trauerreaktionen

-+ Der Tod als Teil des Lebens

-+ Aktive Sterbehilfe - Ende der  
Rehabilitation?

---



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

### **Impressum**

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

### **Herausgeber**

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

### **Redaktion**

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

### **Beirat**

Dr.med. Anas Aziz, Aachen  
Dr.med. Friedrich Killing, Darmstadt  
Dr.med. Walburg Marie, Bad Homburg  
Dr.med. Michael Ohligs, Oberursel  
Dr.med. Franz Lang, Groß-Umstadt  
Dipl.Soz.Päd. Gunther Hübner, Hofheim

### **Anschrift der Redaktion**

Dr.med. N. Peseschkian  
An den Quellen 1  
6200 Wiesbaden  
Telefon: (0611) 37 37 07

### **Erscheinungsweise**

ein- bis zweimal jährlich

### **Bezugsbedingungen**

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft  
für Positive Psychotherapie (DGPP): kostenlos

Einzelheft DM 5,- zuzüglich Zustellgebühren

Zahlungen an: Nassauische Sparkasse Wiesbaden  
Konto-Nr.: 111 125 848 (BLZ 510 500 15)

ISSN 0942-1203

## **Inhalt**

<b>Einführung des Herausgebers</b>	<b>4</b>
<b>Geschichte: Noch ein langes Programm</b>	<b>5</b>
<b>Süchtigkeit, Sucht und Sehnsucht</b> <b>Prof.Dr.rned. Raymond Battegay, Basel</b>	<b>6</b>
<b>Trauer und Trauerreaktionen</b> <b>Hans-Jürgen Köttner, Reinheim</b>	<b>40</b>
<b>Der Tod als Teil des Lebens</b>	<b>50</b>
<b>Aktive Sterbehilfe - Ende der Rehabilitation?</b> <b>Prof.Dr. Marga Rothe, Heidelberg</b>	<b>54</b>
<b>Rezensionen</b>	<b>65</b>
<b>Geschichte: Die Signale des Todesengels</b>	<b>80</b>

## Vorwort des Herausgebers

Die Prinzipien der Therapie und Psychotherapie waren seit jeher von den Vorstellungen des Menschenbildes abhängig, das in dem entsprechenden Zeitalter Gültigkeit besaß. In dieses Menschenbild fließen die Erfahrungen ein, die man mit seinen eigenen Eltern und den Mitmenschen macht, ebenso die Erfahrungen, die man von anderen oder aus der Tradition entnommen hat. Es entstand eine Anzahl von zeitabhängigen Anschauungen darüber, was das Verhalten eines Menschen bestimmt und welche die verantwortlichen Instanzen für die Entwicklung und deren Störungen seien.

Während früher die Frage nach dem "Woher" wichtig war, steht heute die Frage nachdem "Wozu" im Vordergrund.

In unserem Leben begegnen wir dem Tod nicht nur einmal, sondern viele Male und mit unterschiedlicher Beteiligung:

- Einstellung zum Tod anderer Menschen

- Einstellung zum eigenen Tod

Der Tod gehört zu dem bestimmten Schicksal des Menschen. Die Einstellung dazu aber ist bei jedem Menschen verschieden. Die Angst vor dem Tode ist sicherlich natürlich, jedoch braucht sie nicht unbedingt in ihrer schwersten Form aufzutreten. Der Tod als relativ unfaßbares Ereignis ist oft nur ein entfernterer Sinngegenstand der Angst vor Verlust, Sucht und Sehnsucht.

Die Autoren der nachfolgenden Beiträge zeigen verschiedene Aspekte zu den Themen Süchtigkeit, Sucht, Trauerreaktionen und Tod aus Ihrer Sicht auf.

Dr.med. N. Peseschkian

## **Geschichte: Noch ein langes Programm**

Ein Kaufmann hatte 150 Kamele, die seine Stoffe trugen, und 40 Knechte und Diener, die ihm gehorchten. An einem Abend lud er einen Freund (Saadi) zu sich. Die ganze Nacht fand er keine Ruhe und sprach fortwährend über seine Sorgen, Nöte und die Hetze seines Berufes. Er erzählte von seinem Reichtum in Turkestan, sprach von seinen Gütern in Indien, zeigte die Grundbriefe seiner Ländereien und seine Juwelen. "Oh Saadi", seufzte der Kaufmann, "ich habe nur noch eine Reise vor. Nach dieser Reise will ich mich endlich zu meiner wohlverdienten Ruhe setzen, die ich so ersehne wie nichts anderes auf der Welt. Ich will persischen Schwefel nach China bringen, da ich gehört habe, daß er dort sehr wertvoll sei. Von dort will ich chinesische Vasen nach Rom bringen. Mein Schiff trägt dann römische Stoffe nach Indien, von wo ich indischen Stahl nach Halab bringen will. Von dort will ich Spiegel und Glaswaren in den Yemen exportieren und von dort Samt nach Persien einführen." Mit einem träumerischen Gesichtsausdruck verkündete er dem ungläubig lauschenden Saadi: "Und danach gehört mein Leben der Ruhe, Besinnung und Meclitation, dem höchsten Ziel meiner Gedanken." (Nach Saadi)

Aus: N. Peseschkian: "Psychosomatik und positive Psychotherapie"  
Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 1991

# **Süchtigkeit, Sucht und Sehnsucht**

von Prof.Dr.med. Raymond Battegay, Basel

## **Einleitung**

Unter dem Begriff "Süchtigkeit" verstehen wir eine allen Süchten gemeinsame psychologische Grundlage. Wir meinen damit, daß die verschiedenen Süchte, wie beispielsweise die Drogenabhängigkeit, die Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit, das süchtige Rauchen, die Vergnügens-, die Sammel-, die Nasch- und die Stehlsucht, die Wander- und die Feuersucht wie auch die sexuellen Süchte Äußerungen ein und derselben süchtigen Fehlhaltung (Matussek, 1959) bzw. Fehlentwicklung sind. Süchtigkeit will also heißen: das Vorhandensein eines unwiderstehlichen und u ersättlichen Verlangens nach - wenigstens scheinbarer - Überwindung der dem Individuum in der psychobiosozialen Realität ges tzten Schranken mit Hilfe von Mitteln oder Handlungen, die dem Lustgewinn, der Unlustverhütung, der Reizzufuhr oder -abwehr, der Verminderung sozialer Distanz, der Leistungssteigerung, der Flucht in eine Scheinwelt und/oder als Mittel der Auflehnung und Abwehr gegen die Normen der Gesellschaft bzw. die Normenvertreter dienen.

Vererbung, Konstitution, individuelle Lebensgeschichte, aktuelle Lebensumstände und -erkenntnisse mit dadurch bedingten bewußten oder unbewußten Mangelserfahrungen oder Konflikten stellen die Grenzen dar, die diese Menschen zu überwinden hoffen. Sie entscheiden auch, neben allgemeinen Sitten und der Verfügbarkeit des Suchtmittels oder der subjektiven Wertigkeit einer Triebhandlung, über die "Wahl" der Art des süchtigen Vollzuges. Der Wunsch zur Korrektur der biopsychosozialen Realität entspringt demnach einer - primären - Anlage oder aber einer sekun-



dären, durch ungünstige bzw. als ungünstig erlebte Milieueinwirkungen in der Kindheit oder später entstandenen Tendenz zu einem Fehlbezug zum engeren oder weiteren sozialen Beziehungssystem, in das ein Individuum miteinbezogen ist.

Sprechen wir von Sucht, so meinen wir damit jene Abhängigkeit psychologischer oder/und physischer Art von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung oder einer repetitiv durchgeführten Handlung, die bei einer Person entsteht, die diesen Stoff periodisch oder kontinuierlich einnimmt (Eddy et al., 1965), oder die eine entsprechende Handlung kontinuierlich immer wieder oder periodisch ausführt. Ist das Objekt der Sucht eine Substanz, so variieren die Charakteristika der Sucht bzw der Abhängigkeit je nach den pharmakologischen Effekten einer Substanz.

## **Abhängigkeitstypen**

Es ist unerlässlich, jeweils den speziellen Typ der Drogenabhängigkeit anzuzeigen. Die sieben von der Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organisation = WHO) unterschiedenen Typen der Drogenabhängigkeit seien im folgenden aufgeführt:

1. Morphin-Typ
2. Barbiturat-/Alkohol-Typ
3. Kokain-Typ
4. Cannabis (Marihuana)-Typ
5. Amphetamin-Typ
6. Khat-Typ
7. Halluzinogen-Typ

## **Tätigkeitssüchte**

Dreht sich die Sucht indes um eine Tätigkeit, bzw. um eine Triebhandlung, so wird die betreffende Sucht entsprechend

den unterschiedlichen Trieben bzw. Triebentartungen gekennzeichnet. So sprechen wir z.B. von Wandersucht (Poriomanie), Feuersucht (Pyromanie), Spielsucht, Sammelsucht, Essucht, Naschsucht, Steblsucht sowie suchtartigen sexuellen Triebhandlungen. In älteren Arbeiten werden diese Süchte etwa als Tätigkeitssüchte oder als Monomanien (Gabriel und Kratzmann, 1936) bezeichnet. Ein Charakteristikum der Tätigkeitssüchtigen ist, daß sich bei ihnen ein Unlustgefühl einstellt und immer mehr steigert. Die süchtigen Triebhandlungen erfolgen dann, wenn die Betroffenen die Spannung nicht mehr aushalten. Die Triebhandlungen dauern so lange, bis eine Entspannung erlebt wird. Nun beginnt der ganze Prozess von neuem mit einer allmählichen Zunahme des Unlustgefühls, bis wieder eine Triebentladung erfolgt. Man könnte die aufgezeichneten Vorgänge mit einer allmählichen Aufladung eines Kondensators vergleichen, die dann von einer Entladung gefolgt wird.

Die Tätigkeitssüchte wie alle anderen Süchte zeugen davon, daß die Betroffenen eine Leere in sich verspüren, die nach Abhilfe verlangt. Während bei der Medikamenten- und Drogenabhängigkeit sowie bei der Adipositas (Fettsucht) und der Anorexia nervosa (Magersucht) der Hunger nach Unterstützung oder Besitznahme des Objektes unersättlich ist, sind bei den meisten der erwähnten Tätigkeitssüchte die Betroffenen zeitweilig gesättigt. Doch dauert dieser Zustand in der Regel nur einige Tage oder Wochen an.

## **Narzistische Beeinträchtigung**

Wie in meinem Buch „Die Hungerkrankheiten“ (Battegay, 1982) angeführt, besteht bei allen Süchtigen eine Störung im Selbst. Die damit verbundene Selbstwertproblematik und mangelnde Möglichkeit, sich selbst zu schätzen und anzunehmen, führt dazu, daß die betreffenden Menschen mehr unbewußt als bewußt nach Kompensation ihres man-



gelnden Selbstwertgefühls suchen und auf diese Weise ihr Problem zu lösen versuchen. Der Griff zum Suchtmittel oder die süchtige Triebhandlung sollen dazu dienen, die inneren Zweifel und die narzistische Leere der Betroffenen zu überbrücken. Da diese Medikamente, der Tabak, die Drogen, der Alkohol und die repetitiven Handlungen jedoch nur notdürftige und im Grund selbstzerstörerische Problemlösungsstrategien darstellen, werden diese Menschen immer wieder mit ihrer narzistischen Verletzlichkeit konfrontiert.

## **Die Süchtigen und die sog. Normalbürger**

Wenn in der Gegenwart, neben der Alkoholsucht, die Drogenabhängigkeit und das süchtige Rauchen, trotz dem Bekanntheitsgrad ihrer schädigenden Auswirkungen, so verbreitet sind, weist dieser Umstand darauf hin, daß viele Menschen unglücklich sind, weil sie in ihrer frühen oder späteren Kindheit nicht jene Liebe und Aufmerksamkeit durch ihre Eltern erfahren haben, die sie zu einer gedeihlichen Entwicklung benötigt hätten. Doch sind darunter auch junge Menschen, die von vornherein die elterliche Zuwendung, auch wenn sie in der richtiger Art und Weise erfolgte, nicht zu erleben vermochten, wie die Boderline-Persönlichkeiten (Kemberg, 1975, 1984). Dazu kommt, daß wir heute in Europa Jugendliche, die (rüher in andere Kontinente geschickt worden wären, in unseren Ländern selbst behalten müssen, und wir für sie eine Lösung zu finden haben. Diese Tatsachen versuchen die biedereren und sog. normalen Bürger der europäischen Länder oft zu leugnen, und sie entwickeln daher destruktive Aggressionen gegen junge Süchtige, die im Grunde nur eine Seite des Normalbürgers widerspiegeln. Es sind ja oft gerade diese angeblich acht- und ehrbaren Bürger, die süchtig kulinarischen Genüssen nachgehen und auf den Autobahnen oder gar auf gewöhnlichen Straßen durch ihr süchtiges Jagen nach berausenden Geschwindigkeitsexzessen auffallen.

## Die Sehnsucht nach Überwindung der Grenzen

Die Sucht wohnt jedem Menschen als Möglichkeit inne, und das drückt sich in den modernen Gesellschaften unseres Kulturkreises vielfältig aus. Nicht nur die erwähnten, ins Auge springenden Süchte, sondern auch das Streben nach dauerhaftem und sich steigerndem wirtschaftlichem Wachstum, nach grenzenloser Ausbreitung in und Erforschung des Weltraumes, nach ständig perfektionierterer Kommunikation, nach immer mehr Einblick in den genetischen Code des Menschen und nach Manipulation des menschlichen, tierischen und pflanzlichen Erbgutes sind deutliche Kennzeichen der menschlichen Unersättlichkeit. Es war von jeher die Sehnsucht des Menschen, seine Grenzen zu überwinden und den Göttern oder Gott gleich bzw. ebenbürtig zu sein. Dieser Wunsch drückt sich nicht etwa nur im GrößenseJbst machtgieriger Diktatoren aus, sondern auch im UnfeWbarkeitsanspruch gewisser Religionsvertreter und in der Ewigkeitsillusion, in der jedermann lebt und wirkt, und zwar so, als ob er oder sie sich für immerdar auf der Welt einzurichten hätten. Wir schaffen und wirken, bauen und schöpfen in einer Weise, die für Jahrhunderte bestimmt wäre, und nehmen kaum zur Kenntnis, daß wir, sub specie aeternitatis, so etwas wie nur Eintagsfliegen darstellen. Diese Sehnsucht nach "ewigem Leben" in den sozialen Bezügen ist auch darin erkennbar, daß die Menschen bis ins höchste Alter Jung und jugendlich bleiben wollen, Hormontherapien und 'Verjüngungskuren' auf sich nehmen, kosmetische Eingriffe an sich ausführen lassen, bis sie etwa nur noch eine Karrikatur ihrer selbst sind und ihr "Gesicht verloren haben".

## Illusion und Realität

Der süchtige Versuch, die Welt nach dem eigenen Entwurf **zu** korrigieren und zu manipulieren, führt nie zu dem - oft sehnsüchtig - erwarteten Ergebnis. Die Realität und ihre Begrenzungen müssen immer einmal zur Kenntnis genommen werden. Der Turmbau **zu** Babel, der hätte in den Himmel hinein wachsen sollen, scheiterte schließlich an der Sprachverwirrung der ihn Erbauenden. Die Großmachtträume aller Jahrhunderte fanden letztlich stets ihr Ende in der Tatsache, daß kein Staatsgebilde in der Welt von dauerhaftem Bestand ist. So endeten die Großreiche Assyriens, Babylons, das Römische Imperium, das kommunistische Reich wie auch die anderen neuzeitlichen Diktaturen schließlich samt und sonders in Trümmern. Selbst die Französische Revolution, in der die beteiligten Menschen sehnsüchtig nach Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit riefen, wurde durch gegenrevolutionäre, restaurative Bewegungen abgelöst, die die neugewonnene Freiheit wieder bedrohten. Die Vision eines Karl Marx, die Güter gleichmäßig unter den Menschen zu verteilen, endete in einer menschenverachtenden und -vernichtenden Oligarchie. Die Friedenssehnsucht des Menschen, die mit der Niederlegung der Mauern zwischen Ost und West Auftrieb bekam, wurde mit einer schwersten Bedrohung durch einen mörderischen Diktator konfrontiert, die dazu führen konnte, die Erde in Brand zu setzen. Zuwenig war anscheinend den europäischen Mächten in Ost und West gegenwärtig, daß unbegrenzte Waffen- und Giftgaslieferungen an einen Diktator, der mit drakonischer Herrschaft sein eigenes Volk drangsaliert und viele seiner eigenen Landsleute umgebracht sowie ein ihm zum Schutze anbefohlenen Volk mit Giftgas umzubringen begonnen hatte, gefährliche Entwicklungen nach sich ziehen können.

## Süchtiges Gewinnstreben und Mißachtung des Menschen

Das süchtige Streben nach Gewinnmaximierung hat auch die westlichen Staaten und ihre politischen Vertreter jegliche Moral aus den Augen verlieren lassen. Die Golfkrise wurde erst als solche erkannt, als die Strangulation in bezug auf den wichtigsten Energieträger drohte. Daß aber durch eine megalomane Boderlinepersönlichkeit, die an den Schalthebeln der Macht sitzt, schon Tausende vergast und ein nahliegendes Land mit Giftgasangriffen bedroht wurde, kümmert niemanden. Dabei müssen wir uns fragen, wie es dazu kommen kann, daß das sonst so herausgestellte Gewissen der Politikergarde auf diese Weise korrumpiert werden konnte. In diesem Zusammenhang ist Erich Neumanns (1959) Buch "Tiefenpsychologie und neue Ethik"<sup>11</sup> zu erwähnen, der auf die Tatsache hinweist, daß die christlich-jüdische Ethik, wenn sie nicht mehr durch Glauben getragen ist, zu einer Unterdrückung unbewußter Strebungen geführt hat, die dann, in gefährdenden Situationen, umso mehr durchbrechen. Er fordert deshalb eine das Bewußte und Unbewußte umfassende menschliche Ethik. Wir werden dementsprechend dazu kommen müssen zu fordern, daß die Politiker zumindest in Experimentiergruppen, in Selbsterfahrungsgruppen, ihre bewußten und unbewußten Tendenzen besser kennenlernen. Sollen einmal die uralten biblischen Visionen verwirklicht werden, die Schwerter in Pflugscharen umzuwandeln, so müssen die Verantwortlichen - und wer gehörte in einer Demokratie nicht dazu? - die Charakteristika des menschlichen Narzißmus und der damit zusammenhängenden Kränkbarkeit, den daraus resultierenden Rache- und Machttendenzen kennenlernen.

## **"Geburtstrauma" und Rachsucht**

Der Homo sapiens kommt nach der Foetalzeit im Mutterleib in eine relativ kühle, unwirtliche Welt. Das aggressive Schreien des Säuglings deutet darauf hin, daß das kleine Menschenkind einerseits durch das "Trauma der Geburt" (Rank, 1924) gekränkt ist und dringend nach jener Abhilfe verlangt, die ihm wieder eine warme Umsorgung brächte. Durch diese Grunderfahrung des Hinausgeworfenseins in eine kalte Welt besteht bei jedem Menschen ein gewisser Mangel im Narzißmus, im Selbstwerterleben. Daraus ist wohl zu verstehen, daß der Mensch ganz allgemein so kränkbar ist und viele Einwirkungen anderer als Beleidigung erfährt, so daß er in Wut gerät und auf Rache sinnt. Wenn oft gesagt wird, daß das Alte Testament grausam sei, wenn darin geschrieben steht "Auge um Auge, Zahn um Zahn", so muß ich erstens sagen, daß dieser Satz dort einschränkend gemeint ist, in dem Sinne, daß beim traumatischen Verlust eines Zahnes oder eines Auges nicht aus Rache ein Mensch umgebracht, sondern höchstens ein Zahn oder ein Auge genommen werden dürfe. Im Licht der modernen Psychoanalyse muß ich aber zweitens sagen, daß beim Menschen die psychologische Tendenz besteht, wenn ihm ein Zahn herausgeschlagen wird, nicht nur beim Gegner ebenfalls nach der Zerstörung eines Zahnes zu trachten, sondern geradezu nach dem Ausschlagen des ganzen Gebisses oder der "Erledigung" eines ganzen Menschen. Jeder Mensch und nicht nur Angehörige gewisser Volksgruppen sind rachsüchtig. Das war wohl im Alten Testament bekannt, so daß deshalb der einschränkende Satz gewählt wurde.

## **Lebensgier und Schadenfreude**

Diese frühe Erfahrung des Verlassenmüssens einer warmen und wärmenden Umwelt ist es, die den Menschen zeitle-



bens und mehr oder weniger unersättlich danach streben läßt, jene Wärme und liebende Umsorgung wieder zu erfahren, die er nach der Geburt vermißte. Jeder Mensch ist in diesem Sinne süchtig. Bedürfte es überhaupt eines Beweises, so kann ich Sie an die vielen gesundheits-schädigenden Eß- und Trinkorgien, die jede Gefährdung außer acht lassenden Auto- und Motorbootrennen und die süchtige Rekordjagd im Sport, an das gierige Verfolgen von Fußballspielen und Stierkämpfen erinnern. Vielleicht aber ist in diesem Zusammenhang auch die menschliche Sucht zu erwähnen, bei Verkehrsunfällen oder anderweitigen Unglücken als Gaffer mit dabei zu sein, so daß die Helfer nicht zur Unglücksstelle zu gelangen vermögen. Der Mensch möchte also nicht nur am Schönen teilhaben, sondern ist offenbar auch süchtig darauf aus, das Unglück anderer, ja sogar Blut fließen zu sehen.

Auch ist in der Gegenwart, in der die Reizüberflutung immer mehr zunimmt, allenthalben eine süchtige Neugier festzustellen. Nichts gilt mehr als intim. Der Voyeurismus wurde zum süchtigen Kulturphänomen unserer Gesellschaft. Offenbar kommt der moderne Mensch in Abstinenzsymptome hinein, wenn er sich nicht ständig mehr Reize zuführt. Allerdings gerät er dabei letztlich in Gefahr, sich psychophysisch zu erschöpfen und an einer Depression zu erkranken.

## **Die Süchtigen: unsere Vertreter**

Wenn also diese allgemein verbreitete süchtige Neugier in der Gesellschaft festzustellen ist, weshalb werden dann die offiziell Süchtigen, vor allem die Drogenabhängigen, und wenn auch bedeutend weniger, die viel zahlreicheren Alkoholabhängigen ein- und abgegrenzt? Diese Menschen sind ja schließlich nur die Vertreter der süchtigen Gesellschaft, jene Menschen, die infolge ungünstiger Umwelterfahrungen, vor allem in ihrer Kindheit, oder einer gewissen anla-



gemäßigen Schwäche nicht in der Lage waren oder sind, ihre süchtigen Tendenzen in sozial akzeptierter Weise zu leben. Wir können unsere Schwächen ausklammern, sie auf andere projizieren, die diese Rolle übernommen haben. Auf diese Weise müssen wir uns nicht mit unserer eigenen Schwäche auseinandersetzen. Es wäre allerdings an der Zeit, daß wir in den Süchtigen unsere Repräsentanten sehen und uns mit dem Phänomen der Sucht in uns auseinandersetzen.

## **"Genug ist nicht und nie genug"**

Die Tendenz der Menschen, nach immer mehr zu streben, kein Genug mehr zu empfinden, sondern immer mehr zu wollen, färbt naturgemäß auch auf ihre Ernährungs- und Trinksitten ab. Ungeheure Summen werden für das Essen und Trinken ausgegeben. Ständig verfeinerte Menüs sollen die Gaumen der stets Verwöhnteren reizen. Dabei reichen die vorhandenen Pflanzen und Tiere nicht mehr aus, um den Menschen zu befriedigen. Immer neue Gemüse- und Obstarten werden mittels Genmanipulation herangezüchtet.

Auch immer verfeinere Getränke, vor allem alkoholischer Art, werden angeboten und gekostet. Es wird selbst dann vor dem Trinken nicht zurückgeschreckt, wenn das Fahren eines Motorfahrzeuges, das eine fein betätigte Motorik erfordert, es nicht gestatte. In der Schweiz hat sich der Gesamtverbrauch von Alkohol je Einwohner pro Jahr seit dem Jahrfünft 1951-55 von 8,4 Litern Alkohol 100 % (= reiner Alkohol) auf 10,5 Liter 100 % pro Jahr und Einwohner in den Jahren 1976-80 gesteigert. (Schmid und Blanchard, 1981). In der Bundesrepublik Deutschland, ohne Ostteile, kam es zu einem Anwachsen des Alkoholkonsums von 4,4 Litern 100 % in den Jahren 1951-55 auf 12,6 Liter 100 % pro Einwohner in den Jahren 1976-80. In den USA war eine Steigerung von 5,2 Litern 100 % (1951-

55) auf 8,5 Liter 100 % (1976-80) zu verzeichnen. ( s. Tabelle 1)

Entsprechend sind auch die Gesamtkosten für den Alkoholgebrauch angewachsen. Während in den Jahren 1933-38 die Ausgaben für Alkohol je Einwohner der Gesamtbevölkerung der Schweiz Fr. 178,- pro Jahr betrugen, stiegen sie in den Jahren 1976-80 auf Fr. 1.039,- pro Jahr. Es war also eine weit höhere Steigerung der Ausgaben für Alkohol zu registrieren als sie der Teuerung entspricht. Die Gesamtausgaben der schweizer Bevölkerung für alkoholische Getränke pro Jahr steigerte sich von durchschnittlich 568 Millionen Franken pro Jahr während der Zeitspanne 1933-38 auf durchschnittlich 5,213 Milliarden Franken pro Jahr in der Zeit 1976-80 und 6,795 pro Jahr in der Spanne 1981-85. Zum Vergleich sei angeführt, daß für die schweizerischen Krankenkassen und Versicherungen in den Jahren 1981-85 pro Jahr durchschnittlich 6,293 Milliarden Franken ausgegeben wurden. Leu und Lutz (1977) haben die gesamtgesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz, also die Kosten, die durch die Folgen der akuten und andauernden Alkoholaufnahme erwachsen, wie die verfrühte Mortalität, die erhöhte Morbidität, die alkoholbedingten Unfälle und Kriminalität, die Reduktion der Erwerbsquote und der Erwerbsproduktivität, den alkoholisch bedingten Arbeitsabsentismus usw. für das Jahr 1972 berechnet, und sie kamen damals auf einen Wert von 1.050.593,- bisl.346.213,- Milliarden Franken. Schon allein diese Zahlen deuten darauf hin, daß die Einnahme des Suchtmittels Alkohol einem weitverbreiteten Bedürfnis entspricht. Betrachtet man noch dazu die Tatsache, daß in den letzten Jahren zahllose junge Menschen süchtig zu Drogen greifen, so müssen wir sagen, daß entweder das Leben, besonders in den eben vergangenen Jahren, so schwierig geworden ist, daß es ohne Suchtgift unerträglich wurde, und/oder die menschliche Suchtbereitschaft speziell

**Gesamtverbrauch von Alkohol je Kopf der Wohnbevölkerung in der Schweiz und im Ausland in den Jahren 1951/55 bis 1976/80**  
(Liter reiner Alkohol)

<u>Land</u>	<u>1951/55</u>	<u>1956/60</u>	<u>1961/65</u>	<u>1966/70</u>	<u>1971/75</u>	<u>1976/80</u>
Frankreich	19,6	18,7	18,4	17,6	16,8	15,8
Italien	11,8	12,8	12,7	13,8	13,6	12,7
BRD	4,4	6,7	9,1	10,4	12,2	12,6
Österreich	6,0	7,4	9,3	10,3	11,6	11,0
Schweiz	8,4	9,0	10,0	10,4	11,0	10,5
Belgien	7,7	7,7	7,5	7,9	9,8	10,5
Dänemark	3,2	3,7	4,8	6,0	8,0	9,0
Niederlande	1,8	2,2	3,4	4,5	7,5	8,9
USA	5,2	5,4	5,6	6,0	6,6	8,5
Großbrit.	4,3	4,5	5,6	6,0	7,5	7,6
Finnland	1,3	1,4	2,2	3,3	5,7	6,4
Schweden	4,5	3,9	4,2	5,3	5,9	5,8
Norwegen	2,0	2,4	2,7	3,2	4,0	4,3

in schwierigen Zeiten angeregt wird, und die Menschen eher dazu neigen, sich mit Hilfe eines Suchtmittels jene Welt zu schaffen, die ihnen zusagt. Der hohe Alkoholkonsum in unserem Kulturkreis seit jeher zeigt aber an, daß der süchtige Bewältigungsversuch der Realitätsanforderungen eine allgemein menschliche Versuchung darstellt. Eine Befragung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich des Jahres 1978 von 19-20jährigen Männern und Frauen des Kantons Zürich ergab, daß 19,8 % der Männer und 17,2 % der Frauen Kontakte mit Cannabis, 3,3 % der Männer und 1,6 % der Frauen mit Opiaten, 5,7 % der Männer und 3,7 % der Frauen mit Halluzinogenen angaben. 42,5 % der Männer und 41,4 % der Frauen waren Zigarettenraucher. Die Frage nach durchgemachten Alkoholräuschen beantworteten 68,5 % der Männer und 43,7 % der Frauen positiv.

#### Abb. 1: Alkoholabhängigkeit

In der Basler Psychiatrischen Universitätspoliklinik läßt sich bei einer Untersuchung der Zahlen der Alkoholabhängigen erkennen, daß in bezug auf die Hauptdiagnosen ein signifikanter Anstieg ( $p < 0.05$ ) von 1985 bis 1987 der entsprechenden Patienten zu verzeichnen ist. Von 1987 bis 1988 ist das Anwachsen der entsprechend Zahlen jedoch nicht signifikant, doch von 1988 bis 1989 hochsignifikant ( $p < 0.01$ ). Betrachtet man aber gleichzeitig die Zahlen der Patienten, die als Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit aufweisen, so ergibt sich von 1985 bis 1989 ein stetiger Rückgang, der insgesamt signifikant ( $p < 0.05$ ) ist. Daraus kann geschlossen werden, daß total die Zahl der Patienten mit Alkoholproblemen nicht anstieg, jedoch das Gewicht der Alkoholprobleme offenbar zunahm. Dementsprechend zeigen Haupt- und Nebendiagnosen zusammen im Gesamtverlauf betrachtet keine signifikante Veränderung über die erfaßten Jahre.

## Abb.2: Drogen- und Medikamentenabhängigkeiten

Was die Drogen- und Medikamentenabhängigen betrifft, läßt sich beim Vergleich der Patienten der Jahre 1985 bis 1989 mit Haupt- und Nebendiagnosen zusammengezählt, bei einem nichtsignifikanten Rückgang von 1988 bis 1989, ein insgesamt hochsignifikanter Anstieg erkennen ( $p < 0.01$ ). Dabei ist zu erwähnen, daß der Anstieg der Hauptdiagnosen über alle Jahrgangsstufen hochsignifikant ist. Einzeln betrachtet, ist der Anstieg von 1985 bis 1986 hochsignifikant ( $p < 0.01$ ) und der Anstieg zwischen den übrigen Jahrgängen signifikant ( $p < 0.05$ ). Bei den Nebendiagnosen ist zunächst ein hochsignifikanter Anstieg von 1985 auf 1986 zu beobachten ( $p < 0.01$ ), dann hingegen ein hochsignifikanter Rückgang von 1988 zu 1989 ( $p < 0.01$ ).

## Abb. 3 und 4: Hospitalisation (Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige)

Auffallend ist ferner, daß die überaus große Mehrzahl der Alkohol- wie auch der Drogen- und Medikamentenabhängigen durch alle hier erfaßten Jahre hindurch ambulant behandelt werden konnte (s. Abbildungen).

Daß das süchtige Bemühen jeder Art vergeblich ist, zeigen die Entwicklungen in Richtung des Verhängnisses schwerster körperlicher Abhängigkeit und entsprechenden Schadens und Infektionen mit AIDS, wie wir sie nach Erfahrungen unserer Poliklinik bei 50 - 60% der Drogenabhängigen antreffen.

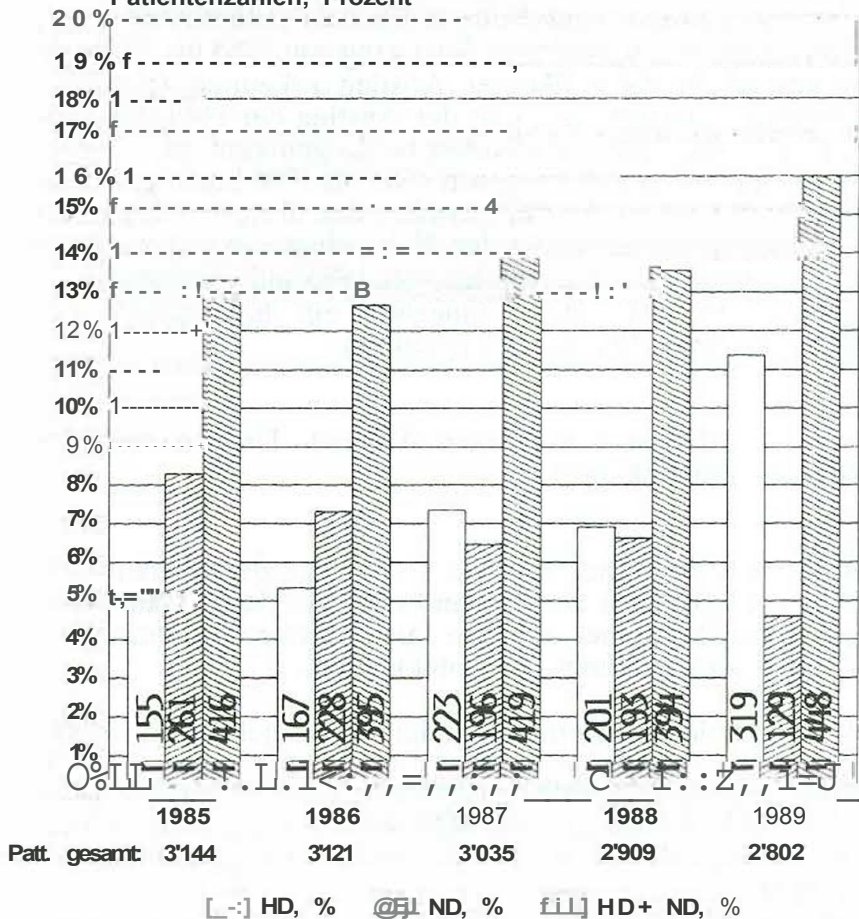
Die jungen Menschen, aber auch andere, die zu einem Suchtmittel greifen, wissen naturgemäß beim ersten Griff nach der Droge nicht, daß sie mit der Zeit mehr oder weniger restlos davon abhängig werden. Viele davon kennen



# Alkoholabhängigkeit

## Hauptdiagnosen (HD), Nebendiagnosen (ND) Haupt- und Nebendiagnosen (HD+ND)

Patientenzahlen, Prozent





## Erläuterungen zu Abb.1

### a) Hauptdiagnosen

Von 1985 bis 1987 stetiger Anstieg. Der Anstieg ist insgesamt signifikant ( $p < 0.05$ ). 1987 zu 1988 nicht signifikanter Rückgang. 1988 zu 1989 hochsignifikanter Anstieg der Patienten mit Alkoholabhängigkeit ( $p < 0.01$ )

### b) Nebendiagnosen

Von 1985 bis 1989 stetiger Rückgang, wobei die Differenz von 1987 zu 1988 nicht signifikant ist. Der Rückgang ist insgesamt signifikant ( $p < 0.05$ ).

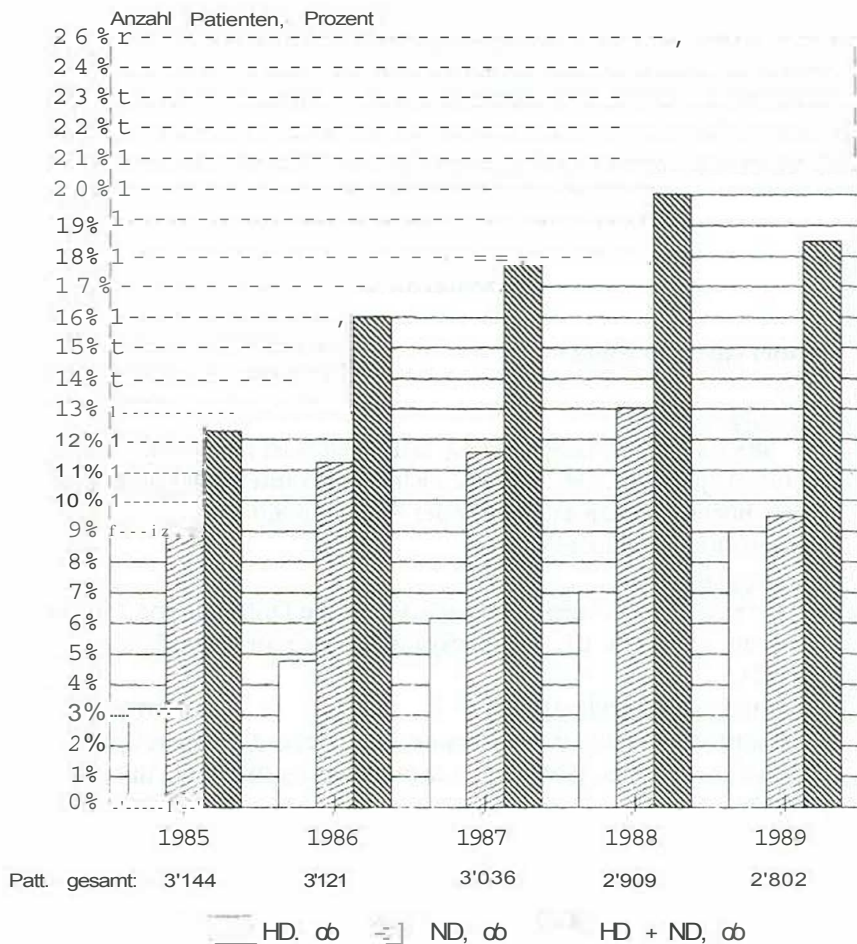
### c) Haupt- und Nebendiagnosen

Im Gesamtverlauf ist keine signifikante Veränderung festzustellen. Lediglich von 1988 zu 1989 zeigt sich ein hochsignifikanter Anstieg ( $p < 0.01$ ).

# DROGEN- UNO MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT

Hauptdiagnosen (HD), Nebendiagnosen (ND)

Haupt- und Nebendiagnosen (HD+ND)



## Erläuterungen zu Abb. 2

### a) Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen

insgesamt hochsignifikanter Anstieg ( $p < 0.01$ )

Im einzelnen: > 1985 zu 1986 hochsignifikanter Anstieg ( $p < 0.01$ )

> 1988 zu 1989 geht der Rückgang ganz knapp an der Signifikanz vorbei.

### b) Hauptdiagnosen

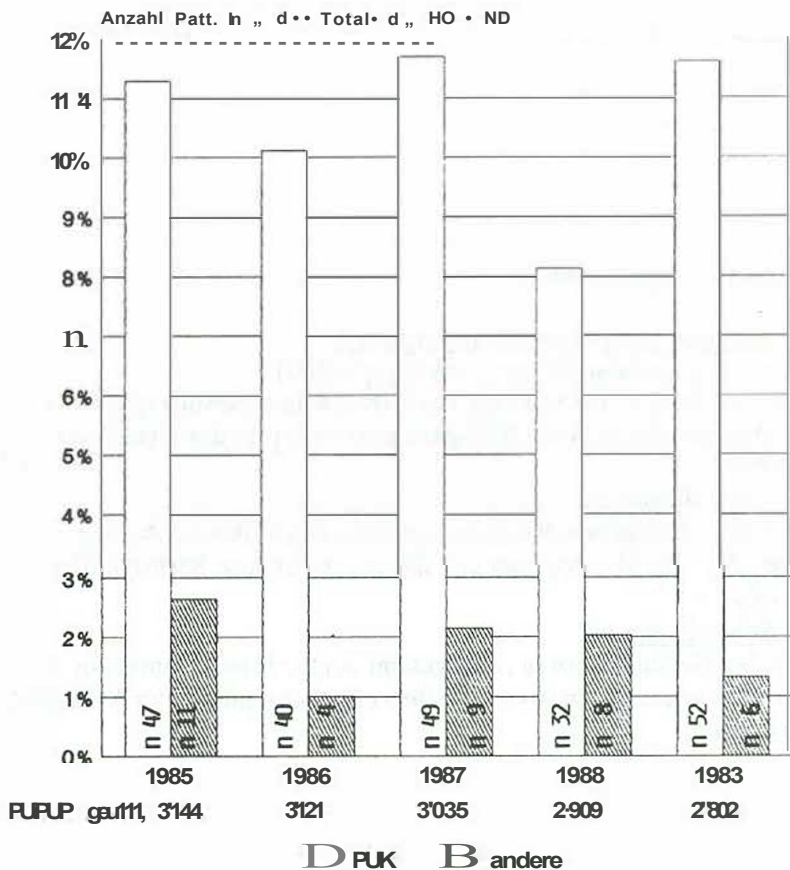
Auf allen Jahrgangstufen ist insgesamt ein signifikanter Anstieg ( $p < 0.05$ ). Der Anstieg über alle Jahrgangsstufen ist hochsignifikant ( $p < 0.01$ )

### c) Nebendiagnosen

Bei den Nebendiagnosen ist insgesamt ein hochsignifikanter Anstieg bis 1988 festzustellen ( $p < 0.01$ ), 1989 ein hochsignifikanter Rückgang ( $p < 0.01$ ).

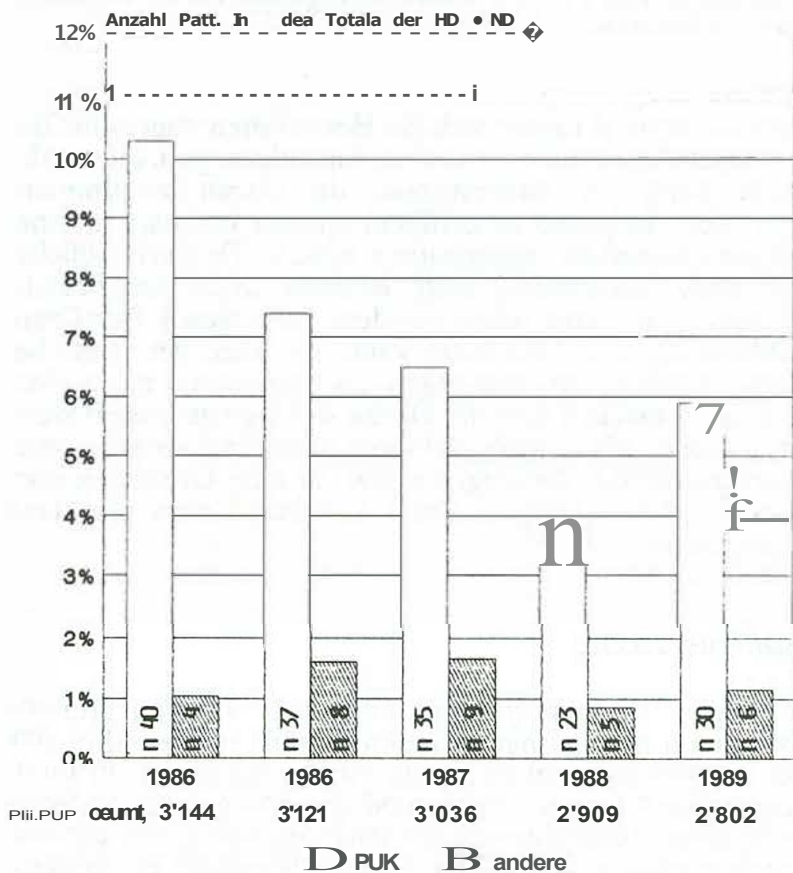
# Alkoholabhängigkeit

Hoap.in der Psych. Universitätsklinik  
Basel (PUK) oder anderen psych. Kliniken



# Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

Hosp.in der Psych. Universitätsklinik  
Basel (PUK) oder anderen psych. Kliniken



zwar intellektuell die entsprechenden Gefahren, doch nehmen sie diese Kenntnis emotional nicht ganz ernst.

## Motive

Für den Griff nach dem Alkohol, den Zigaretten, den Medikamenten und Drogen lassen sich grosso modo folgende Motive erkennen:

### 1. *Selbstheilungsversuch*

Schon prämorbid fühlen sich die Betroffenen angesichts ihrer Umgebungssituation und den Anforderungen, die an sie gestellt sind, oft außerstande, die damit zusammenhängenden Aufgaben zu erfüllen, und sie kommen in eine ängstlich-depressive Resignation hinein. Der schließliche Griff zum Suchtmittel darf deshalb auch als Selbstheilungsversuch angesehen werden. Daß dieses Bemühen allerdings ein vergebliches ist, kann schon aus der Tatsache ersehen werden, daß sich gegen das Suchtmittel meist eine Toleranz entwickelt und die Dosen so lange gesteigert werden müssen, bis jeweils schwere Intoxikationssymptome auftreten und die Abhängigen etwa in eine Grenzsituation (Jaspers, 1965, Battegay, 1981) zwischen Leben und Tod hineingeraten.

### 2. *Selbstmordersatz*

Die jungen Männer und Frauen, die zu Drogen greifen, entstammen häufig ungeordneten familiären Verhältnissen oder Broken-home-Situationen. Auch sind sie oft in ihrer Persönlichkeit beeinträchtigt, und sie weisen dann die Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, mit zur Fragmentation neigendem Ich, einer Tendenz zu Impulsdurchbrüchen, einer Neigung, die äußere Welt nach ihrem inneren Entwurf zu betrachten, einem fusionären Bezug zu anderen Menschen, bei dem sie umso mehr enttäuscht wer-



den, wenn sich das andere Individuum nicht als das entpuppt, was sie angenommen haben. *Es* kommt deshalb dazu, daß diese Menschen die Objekte zuerst etwa als gut, dann aber umso mehr als schlecht betrachten, wenn es sich erwiesen hat, daß die anderen eine eigenständige Ansicht vertreten und sich nicht einfach in das Weltbild der Borderline-Persönlichkeiten pressen lassen. Ferner neigen diese Individuen zu projektiver Identifikation, indem sie aggressive Anteile ihres Ich auf ihnen begenende Objekte verlegen und scheinbar wissen, was in diesen an Aggressionen vor sich geht, so daß sie diese angreifen oder vor ihnen fliehen. Diese Charakterzüge der Borderline-Persönlichkeiten bedingen es, daß sie kommunikationsbehindert sind und oft an Selbstmord denken. Der Griff zu den Drogen ist ein Selbstmordersatz, der den Betroffenen und den Betreuern noch ein Moratorium gibt, während dessen sie diesen Menschen beistehen können.

### *3. Opposition gegen die Gesellschaft und Selbsthaß*

Naturgemäß sind besonders diese Borderline-Persönlichkeiten, aber auch andere, die in ihrer Kindheit um die Liebe ihrer Eltern oder Ersatzpersonen betrogen worden sind, verbittert, und sie neigen dazu, in Opposition gegen die Gesellschaft zu treten, aber auch sich selbst minder einzuschätzen. Gerade bei diesen Menschen ist es wesentlich, ihnen bei der ärztlichen oder psychologischen Betreuung zu jenem Selbstvertrauen zu verhelfen, das sie für sie selbst und die Gesellschaft öffnet.

### *4. Flucht in eine Scheinwelt*

Als Ausweg aus einer mißlichen Lage erscheint oft die Flucht in eine Scheinwelt, in der die Betroffenen jene Welt erfahren würden, die ihnen ein unbeschwertes Leben im Rahmen der Gesellschaft, vielleicht aber auch jenes

"Schlaraffenland" zu erleben ermöglichte, nach dem sich vielleicht jedes Kind sehnt.

## ***5. Unersättlichkeit***

Jedem Betroffenen ist eine Unersättlichkeit, ein Hunger, das Leben und mitmenschliche Liebe zu erfahren, eigen. Der Versuch, sich die Welt durch Alkohol, Zigarettenrauchen, Medikamenten- und Drogeneinnahme zugänglich zu machen, muß sich indes jeweils nach Abklingen der Suchtmittelwirkung als trügerisch erweisen. Es wird deshalb immer wieder und stets rascher versucht werden, die Suchtmittelwirkung herbeizuführen. Aber auch die süchtigen Triebhandlungen, wie z.B. die Spielsucht, die Eßsucht, die Stehlsucht, süchtige sexuelle Triebhandlungen usw. neigen zu einer stetig gesteigerten Fortsetzung.

## ***6. Wunsch nach Leistungssteigerung***

Vor allem Alkohol- und Nikotinabhängige, aber auch andere Süchtige, verfallen häufig der Fiktion, daß sie mit Hilfe des Suchtmittels ihre Leistung zu steigern vermögen. Zwar ist subjektiv das Erleben der Leistung oft gesteigert, doch objektiv eine Abnahme der Exaktheit und der Speditivität des Geleisteten festzustellen, ganz abgesehen davon, daß viele, die restlos in die Abhängigkeit des Suchtmittels geraten sind, nicht mehr zu arbeiten vermögen und invalid geschrieben werden müssen.

## ***7. Dauerstreben nach Lustgewinn und Unlustverhütung***

Die stetige Zufuhr von Suchtmitteln oder die immer wieder durchgeführten süchtigen Triebhandlungen lassen erkennen, daß die Betroffenen frustrationsintolerant sind und das Leben ohne dauerhafte Bemühungen nach Lustgewinn und Unlustverhütung nicht auszuhalten vermögen. Auch dieses

Motiv drängt die Betroffenen dazu, nach immer neuen Suchtstoffen Ausschau zu halten und sie sich zuzuführen, selbst wenn damit schwerste Gefahren, wie HIV-Infektion, verbunden sind.

## ***8. Unfähigkeit zu spontaner Freude und Genuß***

Da diese Menschen oft schon primär in ihrer Persönlichkeit schwer gestört sind oder aber missliche Umgebungsverhältnisse in ihrer Kindheit durchgemacht haben, sind sie meist unfähig zu spontaner Freude und Genuß. Obschon sie sich etwa in Gruppen gleichermaßen Betroffener aufhalten, können sie sich nicht gegenseitig durch Unterhaltung und Diskussion Freude und Vergnügen bereiten. Es ist höchstens ein "Galgenhumor" bei ihnen möglich. Diese Unfähigkeit, Freude und Genuß zu erzielen und zu erleben, läßt sie umso mehr sich dem Suchtmittel oder den süchtigen Handlungen verschreiben.

## ***9. Fehlen einer echten Beziehung/Vereinsamung***

Das Aufwachsen in gefühlsmäßig insuffizienten Beziehungen, in denen es versäumt wurde, die Selbstidentität des kleinen Kindes zu fördern, wie auch die anlagemäßige Beeinträchtigung der Fähigkeit, in der Realität erhaltene Zuwendung zu erfahren, muß zu einer Kommunikationsstörung führen, welche eine Vereinsamung zur Folge hat. Der Griff zum Suchtmittel, den die Betroffenen ausführen, gaukelt ihnen in ihrer Phantasie oft eine bessere Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme vor, obschon sie, selbst wenn sie gruppenmäßig Drogenabusus betreiben, kaum eine echte Beziehung zu den Mitbetroffenen pflegen können.

## 10. *Verfehlte Vertiefung*

Die Borderline-Persönlichkeiten wie auch die anderen in ihrer frühen Kindheit geschädigten Menschen, die zu Suchtmitteln oder süchtigen Handlungen greifen bzw. tendieren, sind entweder in ihrem Ich dermaßen fragil oder in ihrem Selbstgefühl solchermaßen beeinträchtigt, daß sie nicht in der Lage waren, eine emotionale und/oder geistige Vertiefung durchzumachen. Sie haben mehr Mühe als andere, sich den Zugriffen ihres Unbewußten zu entziehen bzw. sie abzuwehren, und es ist ihnen daher schwerer als anderen Menschen, eine gedankliche und emotionale Verarbeitung zu erzielen.

## 11. *Mangelnde Fähigkeit, die Realität so anzunehmen, wie sie ist.*

Die Betroffenen sind, wie erwähnt, ihrem Unbewußten mehr ausgesetzt als die übrigen Menschen, so daß sie schon allein deshalb vermehrt der Innenwelt und weniger der äußeren Realität zugewandt sind. Dementsprechend werden Anforderungen der Außenwelt als gravierend erlebt, so daß sie auch aus diesem Grunde zu den Suchtmitteln greifen.

## **Fragwürdige Suche nach Überwindung der dem Menschen gesetzten Schranken**

Diese Menschen versuchen also, ihre durch Vererbung und Konstitution, durch die individuelle Lebensgeschichte und die aktuellen Lebensumstände bedingten bewußten oder unbewußten Mangelerfahrungen und Konflikte der frühen Kindheit, die in ihnen noch nachwirken und die Grenzen, die ihnen in der sozialen Realität gesetzt sind, mit Hilfe der Suchtmittel oder süchtigen Handlungen zu überwinden. Der Wunsch zur Korrektur der biopsychosozialen Realität entspricht demnach einer primär in der Anlage oder aber

sekundär vor allem durch Milieueinwirkungen in der Kindheit oder später entstandenen Tendenz zu einem Fehlbezug zum engeren oder weiteren sozialen Beziehungssystem, in das ein Individuum mit einbezogen ist. Wer hätte indes nicht schon versucht, mit Hilfe einer etwas üppigen Mahlzeit oder gar mit dauerhafter übermäßiger Zufuhr von Nahrungsmitteln oder mit einem Trunk sich selbst zu erheitern? Wieviele Menschen, vor allen in unserem Kulturkreis, nehmen nicht immer wieder Alkohol zu sich, um sich das Leben "erträglicher" zu gestalten? Das Ausmaß der Verbreitung des Alkoholtrinkens geht schon aus den vorher aufgeführten Zahlen hervor. Wem wäre nicht gelegentlich das Leben verleidet, ohne gegen eine Kompensation in mitmenschlicher Kommunikation zu erhalten? Ist es denkbar, daß jemand noch nie in Opposition zur Gesellschaft gestanden hätte und/oder sich gelegentlich selbst haßte? Würden sovielen den Urlaub herbeisehnen, wenn sie nicht etwa die Flucht in eine Scheinwelt wünschten? Wenn wir das Jagen nach immer mehr Wohlstand betrachten, können wir dann sagen, daß die Unersättlichkeit nur das Problem der Suchtmittelabhängigen oder der Menschen darstellt, die zu süchtigen Triebhandlungen neigen. Lesen wir die Zahlen über das ständige Wirtschaftswachstum oder das Bedauern über die nicht mögliche Maximierung des Gewinns, oder verfolgen wir die Berichte über sportliche Höchstleistungen, die die früheren überbieten, so können wir sicher nicht das Problem des Wunsches nach Leistungssteigerung nur bei Suchtgiftabhängigen sehen. Es ist auch ein Zug unserer Zeit, süchtig dauernd jugendlich erscheinen zu wollen, sich unersättlich mannigfache Lüste zu verschaffen und Unlust zu verhüten. Auch ist die Zeit der Dorf- und Stadtoriginale vorbei. Die Normierung hat viele der Fähigkeit beraubt, spontan Freude und Lust zu empfinden. Es fehlt dem heutigen Menschen oft am Bemühen um echte Beziehungen, da dieses ihn zu viel Zeit zu kosten scheint. Besonders im Alter, aber schon früher, klagen sie dann aber umso mehr



über Vereinsamung. Die Sehnsucht nach Mitmenschlichkeit, die viele indes so sehr vernachlässigen, ist bei allen groß. Bei der ständigen Hetze, in denen die Menschen nach immer neuen Erlebnissen und Erfolgen jagen, versäumen sie es, sich in aller Ruhe mit anderen zu unterhalten und zu diskutieren. Immer mehr Bücher werden gedruckt, aber nur noch wenige gelesen. Die Bücherregale müssen voll sein, doch ist etwa kaum mehr eine Seite zu finden, die Lese Spuren trüge. Die Unfähigkeit, die Realität, so wie sie nun einmal ist, in aller Härte, aber auch Faszination zu akzeptieren, ist allenthalben verloren gegangen. Sehnsucht nach dem Über-sich-Hinauswachsen war dem Menschen zeit seiner historischen Existenz eigen. Seine heutige Sehnsucht geht aber dahinaus, ein Wissen und eine Macht über sich, die belebte und unbelebte Welt zu gewinnen, wie sie einst kaum den Göttern oder Gott zugetraut wurden. Mit speziellen Sonden erforschen wir unser ganzes Sonnensystem, und bald können wir explorierende Maschinen zu den entferntesten Gestirnen schicken. Unsere Sehnsucht geht dahin, die Lichtgeschwindigkeit zu überwinden und mitzuverfolgen, wie sich der Weltraum in rasanter Schnelligkeit ausdehnt, vielleicht in der Hoffnung, einmal sehen zu vermögen, was jenseits sein könnte.

## **Menschliche Solidarität?**

Die menschliche Neugier kennt keine Grenzen. Sie ist die Schwester der Sehnsucht. Wir untersuchen unsere Gehirntätigkeit auf alle ihre möglichen Funktionen hin, versäumen es aber, eine entsprechende emotionale und geistige Reifung durchzumachen. Wie zu allen früheren Zeiten fallen wir auch heute noch auf Diktatoren herein, und es werden ihnen Waffen in Unzahl geliefert, bis die ganze Erde durch sie bedroht ist. Solidarität wächst nie in der Sehnsucht nach ökonomischem Gewinn, sondern trotz zahlloser katastrophaler Erfahrungen mit Machtsüchtigen in der



Menschheit erst, wenn ein solcher Diktator mit den ihm gelieferten Waffen die Menschheit in ihren Grundfesten und -rechten bedroht. Man spricht oft von einer Solidarität, die allmählich die ganze Welt ergreife, doch überläßt man, aus lauter Gewinnsucht der besser gestellten Länder, Millionen und Abermillionen der unterentwickelten Erdbereiche dem Hunger und ist höchstens bereit, den sie knechtenden Regierungen Waffen zu liefern, statt die wirtschaftlichen Bedingungen dort wirkHeb zu heben, so daß die Bevölkerung überhaupt mitreden könnte.

Die Solidarität, von der eben gesprochen wurde, kann angesichts des todbringenden Potentials der bestehenden Waffensysteme und der Schnelligkeit der Informationsübermittlung in der gesamten Welt nicht mehr ignoriert werden. Die UNO, bis vor kurzem noch ein Milieu für VerbalschJachten, wird sich, noch mehr als es in der heutigen politischen Krise der Fall ist, um echte Solidarität zwischen den Menschen bemühen müssen und auch Schulungsstätten einzurichten haben, in denen Angehörige von Völkern, die noch nicht in Demokratie geschult sind, in demokratischer Politik unterrichtet werden und eine entsprechende Selbsterfahrung gewinnen können.

Wir können die menschliche Sehnsucht nach etwas Höherem nicht als etwas Gutes oder Schlechtes betrachten. Sie ist bei allen Menschen vorhanden. Nietzsche hat in "Also sprach Zarathustra" vom 1)bermenschen gesprochen. Wir ersehnen indes njcht die Überwindung des Schwachen im Menschen, denn gerade dieser schwache Anteil ist der empfindsame, den es mehr als bisher zu pflegen gilt. Zwar hat Charles Darwin (1963) den Kampf ums Dasein und darin den Untergang der schwachen Arten geschildert, doch geht die Sehnsucht, vor allem unter den heutigen Jungen, dahin, daß der Mensch tatsächlich einen Schritt voranrnacht und sich mit den Schwachen solidarisch erklärt. Wir müssen auskommen können ohne Entrechtete, ohne die Angehöri-

gen anderer Völker zu diskreditieren oder gar umzubringen. Es ist auf der Erde genug zu tun und bis heute genug Nahrung vorhanden, damit alle ein Auskommen und Lebensfreude finden und gewinnen können. Wenn aber falsche Propheten aufstehen und beispielsweise der afrikanischen Bevölkerung verbieten möchten, sich gegen zuviel Nachwuchs oder gegen HIV-Infektionsgefahr durch Kondome zu schützen, so können sie nicht beanspruchen, eine neue Welt einzuläuten. Was wir in diesem Moment brauchen, ist das Ablegen jeglicher Ideologie. Ideen sollen und dürfen weiter reifen, doch, sobald sie zur Ideologie werden, entpuppen sie sich in ihrer Unmenschlichkeit. Die Religionsbekenntnisse verschiedener Art entsprechen der menschlichen Sehnsucht nach Überwindung des Bösen im Homo sapiens. Nehmen sie aber Ausschließlichkeitsanspruch an, so sind sie menschenfeindlich, eine Sucht oder gar eine Seuche geworden. Noch nie hat der Mensch mit Hilfe seiner neuen Datenverarbeitungsmöglichkeiten so umfassende Kenntnisse über die physikalischen, biochemischen und molekularbiologischen Prozesse in der Welt erlangt. Umso mehr wird es aber notwendig, seine in ihm mehr oder weniger verborgene oder offenbare Sehnsucht nach Harmonie auch jenen teilhaftig werden zu lassen, die bisher als Schwache und Mißachtete vernachlässigt worden sind.

## **Zusammenfassung**

Sprechen wir von Süchtigkeit, so meinen wir damit die allen Süchten (Drogen-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit sowie die Tätigkeitssüchte) eigene Grundlage, nämlich das Vorhandensein eines unwiderstehlichen und unersättlichen Verlanges nach - wenigstens scheinbarer - Überwindung der dem Individuum gesetzten Schranken mit Hilfe von Mitteln oder Handlungen, die vor allem dem Lustgewinn und der Unlustverhütung, der Flucht, der

Auflehnung und der Abwehr dienen. Sprechen wir von Sucht, so bezeichnen wir damit die Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung oder einer repetitiv durchgeführten Handlung, die bei einer Person entsteht, die einen Stoff periodisch oder kontinuierlich einnimmt oder eine Handlung periodisch oder kontinuierlich immer wieder ausführt. Bei den Süchtigen ist beinahe ausnahmslos eine Selbstwertproblematik und oft auch eine Ich-Pathologie im Sinne der Borderline-Störung zu beobachten. Die Sehnsucht nach Überwindung der gegebenen Grenzen und Begrenztheit, die Illusion, die Welt nach dem eigenen Entwurf korrigieren zu können, kennzeichnen die als solche auffallenden Süchtigen. Das süchtige Gewinnstreben und die allgemeine Kränkbarkeit, die Rach- und Machtsucht, die verbreitete Lebensgier und Schadenfreude des Menschen lassen erkennen, daß aber die Menschheit ganz allgemein, wohl infolge des "Traumas der Geburt", an einer narzisstischen Wunde krankt. Es können deshalb die Süchtigen als Vertreter des Menschengeschlechts schlechthin gesehen werden, denen besonders in der Gegenwart genug nicht und nie genug ist. Der Griff zum Suchtmittel bzw. zur süchtig betriebenen Tätigkeit und der entsprechenden Triebverwirklichung enthält in der Regel folgende Motive: Selbstheilungsversuch, Selbstmordersatz, Opposition gegen die Gesellschaft und Selbsthaß, Flucht in eine Scheinwelt, Unersättlichkeit, Wunsch nach Leistungssteigerung, Dauerstreben nach Lustgewinn und Unlustverhütung, Unfähigkeit zu spontaner Freude und Genuß, Fehlen einer echten Beziehung/Vereinsamung, verfehlte Vertiefung, mangelnde Fähigkeit, die Realität so anzunehmen, wie sie ist. Es werden die besonders in der Gegenwart feststellbaren Bestrebungen des Menschen zur Überwindung seiner Gebundenheit und seine ambivalente Einstellung zur mitmenschlichen Solidarität besprochen und die Einbindung des Schwachen und Mißachteten in die menschliche Sehnsucht nach Harmonie als Ziel dargelegt.

## Literaturverzeichnis

Battegay, R.: Grenzsituationen. Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1981

Battegay, R.: Die Hungerkrankheit. Unersättlichkeit *als* krankhaftes Phänomen. Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1982 und Fischer Taschenbuch Nr. 42287, Frankfurt/Main 1987

Darwin, Ch.: Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl. Reclam 1963 (1859 1. Auflage, Origins of Species by Means of Organic Affinity)

Eddy, N.B., Halbach, H., IsbeU, H. Seevers, M.H.: Drug Dependence: Its Significance and Characteristic. Bull. World Health Organization 37, 1965

Gabriel, E., Kratzmann, E.: Die Süchtigkeit. Neuland Verlag, Berlin 1935

Jaspers, K.: Kleine Schule des philosophischen Denkens. Sammlung Piper, München 1965

Kemberg, O.F.: Borderline Conditions, and Pathological Narzisses. Jason Aronson, New York 1975

Kemberg, O.F.: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University Press, New Haven - London 1984

Leu, R., Lutz, P.: Ökonomische Aspekte des Alkoholkonsums in der Schweiz. In: Bernholz, P., Bombach, G., Frey, R.L. (Hrsg): Baseler sozialökonomische Studien 7, Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich 1977

Neumann, E.: Tiefenpsychologie und neue Ethik. Rascher, Zürich 1949

Nietzsche, F.: Also sprach Zarathustra. Alfred Körner. Leipzig

Rank, O.: Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Int. Psychanal. Verlag, Leipzig/Wien/Zürich 1924

Schmid, E., Blanchard, N.: Der Verbrauch alkoholischer Getränke in der Schweiz in den Jahren 1976 - 1980 und früheren Zeitabschnitten. In: 100 Jahre Alkoholstatistik. Eidg. Alkoholverwaltung 1981

### **Anschrift des Verfassers**

Prof.Dr.med. Raymond Battegay  
Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik und  
Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel  
Kantonsspital, Petersgraben 4  
CH-4031 Basel, Schweiz



## Wenn man nur noch sterben darf

Oma T. braucht jemand zum zuhören / Zuletzt ein Vaterunser

Frau T. ist tot. Darüber sollte ich eigentlich nicht rechten, denn sie war schon 88 Jahre alt. Aber ich werde den Gedanken nicht los, daß sie vielleicht noch lebte, wenn sie nicht ins Krankenhaus gekommen wäre.

Ich habe Frau T. kennengelernt, nachdem ich mich danach erkundigt hatte, ob es in unserer evangelischen Gemeinde einen alten Menschen gebe, der sich darüber freuen würde, wenn ich ihm etwas vorläse. Mir wurde Frau T. genannt, weil sie nicht mehr gut sehen konnte. Zuerst war sie mißtrauisch; denn viele hatten sie unter dem Vorwand, sie wollten ihr helfen, ausgenutzt und sogar bestohlen. Aber bald hat sie schon immer sehnsüchtig darauf gewartet, daß ich zu ihr komme, um das Nötigste einzukaufen und mit ihr zu plaudern. Am wichtigsten war es, ihr einfach zuzuhören.

Daß Frau T. dann eines Tages von Pflegern abgeholt und ins Krankenhaus gebracht wurde, hat auch mich überrascht. Es geschah gegen ihren Willen. Sicher, es ging ihr nicht gut, aber mit ihrer Willenkraft hatte sie sich bislang aufrecht erhalten. Im Krankenhaus stellte sich erst bei einer Operation heraus, daß sie Krebs hatte. Von da an wurde sie von allen so behandelt, als ob ihr nichts übrigbliebe, als zu sterben - und das bemerkte sie. Während ich sie im Krankenhaus besuchte, um ihr vorzulesen, räumten ihre entfernten Verwandten - die engeren waren vor ihr gestorben - schon ihre Wohnung aus. Ich dagegen hoffte bis zuletzt, daß sie wieder gesund werde, denn sie war geistig von bewundernswerter Klarheit.

Frau T. war katholisch. Nach manchen Enttäuschungen vollte sie von ihrer Kirche nichts mehr wissen, aber desto mehr von Gott. Kurz vor ihrem Tode konnt sie nicht mehr sprechen. Doch machte sie mir ein Zeichen, indem sie die



# **Trauer und Trauerreaktionen**

von Hans-Jürgen Köttner, Arzt, Reinheim

Auf den Tod eines nahestehenden Menschen reagieren wir mit Trauer, die unterschiedlich intensiv und lang sein kann. Der Volksmund spricht von einem Trauerjahr; man sagt auch: "Die Zeit heilt alle Wunden". In dieser Ausdrucksweise spiegelt sich eine allgemeine Erfahrungstatsache wider, daß man bei der Trauer verschiedene Phasen unterscheidet:

## **1. Phase der Betäubung**

Sie kann Stunden bis Wochen andauern und kann von Ausbrüchen intensiver Qual oder Wut unterbrochen werden.

Unmittelbar nach der Nachricht vom Tod eines lieben Menschen hört man oft: "Ich kann es gar nicht fassen.", "Ich kann es gar nicht glauben.", "Es ist wie ein böser Traum." Manche Menschen führen in dieser Phase ihr Leben automatisch weiter, andere sind nicht mehr fähig, ihren Alltag zu gestalten. Es kommt zu plötzlichen Wut- oder Panikreaktionen.

## **2. Phase der Sehnsucht**

Sie ist gekennzeichnet von der Suche nach der verlorenen Person und kann einige Monate oder manchmal Jahre dauern. Allmählich beginnt die Auseinandersetzung mit der Realität des Verlustes. Häufig bestehen intensive, schmerzhaft Gefühle. Der Trauernde leidet unter Ruhelosigkeit, Schlafstörungen, Gefühlen der Anwesenheit des Verstorbenen, hat mitunter lebhaft und intensive Träume und ist ständig auf der Suche nach Beschäftigung. Auch in dieser Phase kommt es oft zu heftigen, kurzfristigen Zornausbrüchen: "Wie konnte sie/er mich nur alleine las-

sen?", "Wie konnte Gott das nur zulassen?" Die Richtigkeit ärztlichen und pflegerischen Handelns wird nachträglich in Frage gestellt. Es kommt zu Gefühlen der Hoffnung des Wiederkehrens, Enttäuschung, Wut und Anklage. In dieser Phase treten verwirrende Gefühlsausbrüche auf, die sich unterschiedlich manifestieren:

- Aufheben oder Wegwerfen von Erinnerungsstücken
- Sprechen über den Verstorbenen
- Nichts davon hören wollen
- Aufsuchen oder Vermeiden von Orten gemeinsamer Erinnerung

### **3. Phase der Desorganisation und des Verzweifeln**

Allmählich kommt es zur Aufgabe der Hoffnung auf eine Wiederkehr. Es treten Phasen von depressiver Verstimmung und Apathie auf, oft auch der Rückzug aus allen sozialen Kontakten. Da der Verstorbene es nicht mehr erleben kann, darf ich es auch nicht mehr erleben oder mich über Dinge freuen. Aufgrund der Wahrnehmung des endgültigen Verlustes treten intensive Einsamkeitsgefühle auf.

### **4. Phase der Reorganisation**

Langsam beginnt die Neuorientierung. Es werden wieder Pläne gemacht und in die Tat umgesetzt. "Ich glaube, ich fange an, aufzuwachen"; "Ich beginne wieder zu leben, statt nur zu existieren.", so äußert sich jetzt der Trauernde. Vielen wird es in dieser Phase möglich, zu unterscheiden zwischen Denk- und Verhaltensmustern, die nicht mehr notwendig sind, und dem Festhalten an Inhalten und Werten, die sinnvoll sind. Verschiedene Dinge können im Sinne des Verstorbenen weitergeführt werden, d.h. Werte und Inhalte werden dem eigenen Leben angepaßt und integriert und nicht so weitergeführt, als ob der Verstorbene noch leben würde.

# Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen

Mit Tod und Trauer wird in verschiedenen Kulturen anders umgegangen. Ethnologen haben festgestellt, daß selbst unter den primitivsten Völkern die Haltung dem Tod gegenüber wesentlich komplexer ist, als gewöhnlich angenommen wird. Dies zeigen schon unterschiedliche Verhaltenskonzepte bei Krankheit und Tod in Ost und West. (Vgl. Peseschkian: Auf der Suche nach Sinn)

Tab. 1: Unterschiedliche Verhaltenskonzepte bei Krankheit und Tod in Ost und West

	West	Ost
Krankheit	Wenn jemand krank ist, möchte er seine Ruhe haben. Er wird von wenigen Personen besucht. Besuche werden auch als soziale Kontrolle empfunden.	Ist hier jemand erkrankt, so wird das Bett ins Wohnzimmer gestellt, z.B. bei einem Beinbruch. Der Kranke ist Mittelpunkt und wird von zahlreichen Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden besucht. Ein Ausbleiben der Besucher würde als Beleidigung und mangelnde Anteilnahme aufgefaßt.
Tod	• Von Beileidsbesuchen bitten wir Abstand zu nehmen. - „Ich muß mit meinem Schicksal allein fertig werden.“ - „Jetzt muß ich alleine so viel Leid ertragen.“	Acht bis 40 Tage lang besuchen die Verwandten, Freunde, Bekannten und andere Mitmenschen die Hinterbliebenen und geben ihnen so das Gefühl der Geborgenheit: „Geteiltes Leid ist halbes Leid.“

Alle Gesellschaften haben Regeln und Rituale für den Umgang mit Toten und dem Verhalten von bzw. gegenüber Trauernden. Zur Verdeutlichung, in welchem Maß Tod und der Umgang damit in unserer heutigen Zeit verdrängt werden, zeigen die folgenden Zahlen aus Hamburg. Von den Bestattungen im Jahr 1989 wurden

50% mit einem Geistlichen

30% mit einem Redner und

7% ohne Trauerfeier - man spricht dann von einem einfachen Abtrag -

durchgeführt. Zum Umgang mit diesem Thema gehört auch die "Grabkultur". 17% der 1989 in Hamburg bestatteten Toten hatten keinen eigenen Grabstein mehr. Die Zunahme von anonymen Urnenbeisetzungen im Gemeinschaftsgrab - es gibt nur einen Lageplan mit Planquadrat - wird beobachtet.

Bowlby unterscheidet drei Arten von Regeln und Riten, die allen Kulturen gemeinsam sind:

1. solche, die bestimmen, wie eine fortbestehende Beziehung zu dem Verstorbenen gestaltet sein sollte,
2. wo und wie Beschuldigungen angebracht und Wut geäußert werden kann,
3. Zeit, wie lange die Trauer dauern sollte.

Die einseitige Betonung in unserer westlichen Kultur nach dem Motto: "Ich werde schon alleine damit fertig", kann zu zunehmender Isolation, Überforderung und Blockierung der Trauerarbeit führen.

Der Begriff der Trauerarbeit stammt aus der Psychoanalyse. Denn jeder Verlust, jede Trennung oder Ablösung von einem Menschen, zu dem eine emotionale Beziehung bestand, löst Trauer aus und muß verarbeitet werden.

*Differenzierung*

e

*Ablösung*

„

In diesem Zusammenhang möchte ich auf die drei Interaktionsstadien Verbundenheit - Differenzierung - Ablösung hinweisen und will einige Faktoren aufzeigen, die eine Trauerarbeit blockieren und somit zu einer abnormen Trauerreaktion führen können:

1. Als die wichtigste Variable zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen die Rolle des Patienten innerhalb der Familie. Hatte dieser eine besondere Bedeutung und war die Identifizierung in den vier Bereichen (Körper, Leistung, Kontakt, Phantasie) im Sinne der Projektion sehr hoch, stirbt man sozusagen in diesen Anteilen mit, insbesondere,

wenn eine enge Verbundenheit bestand und Differenzierungs- und Ablösungsmechanismen schuldhaft besetzt waren.

2. Die Verarbeitung früherer Verluste: diese werden erneut aktualisiert.

3. Ursachen und Umstände des Todes

4. Soziale und psychosoziale Umstände des/der Hinterbliebenen. Wie gut gelingt die Umstellung auf die neue Situation:

**-physisch**

**-intellektuell** (z.B.: wie ist die finanzielle Situation)

**- emotional** (z.B. Wohnungs- oder Wohnortwechsel, Bezug zur Familie, fördert oder hemmt die Umwelt die Trauerarbeit)

**- spirituell** (d.h. bestehen bestimmte Überzeugungen und/oder kulturelle Normen, die eine gesunde Trauer erleichtern oder erschweren)?

Wenn z.B. anerkannte Rituale und Anleitungen fehlen, führt dies zur Verwirrung und man weiß kaum, wie man sich zueinander verhalten soll. In diesem Sinne dient auch der Bestattungsritus in erster Linie den Hinterbliebenen. Trotzdem bleiben Fragen: Soll man einen Besuch machen oder den Betreffenden lieber in Ruhe lassen? Wie gut kann man selbst Hilfe annehmen? Hierzu einige Patientenaussagen:

"Wenn ich über die Vergangenheit sprechen wollte, wurde mir gesagt, ich solle sie vergessen, sie mir aus dem Kopf schlagen."

"Ich fühle mich schlecht, weil ich nicht weinen konnte."

"Gesprochen habe ich bisher mit niemandem darüber, es wurmt nur in meinem ganzen Körper herum."



"Manchmal weine in heimlich, wenn die Kinder oder die Nachbarn kommen, reiße ich mich zusammen, die haben ja genug andere Sorgen."

Eine sich daraus entwickelnde abnorme Trauerreaktion bekommt ihre Eigendynamik und kann bis zur Erschöpfung oder schweren depressiven Zustandsbildern führen. Dazu die folgende Tabelle von Bowlby:

Zustand	Gruppe von Witwen und Witwern	
	Viele Meinungs- verschiedenheiten	Wenige oder keine Meinungsverschiedenheiten
Sehnsucht	63%	29%
Depression	45%	14%
Angst	82%	52%
Schuld	63%	33%
Mäßige bis schlechte körperliche Gesundheit	39%	10%

Eine wichtige Rolle spielen dabei Schuldgefühle. Die Probleme, die im Leben nicht gelöst wurden, wirken über längere Zeit in der Trauerarbeit nach und können sie mehr oder minder hemmen. Die Schuldgefühle können nur nach und nach verarbeitet oder verdrängt werden. In der Psychoanalyse spricht man dabei von Idealisierung. Der,

der die Fehler hatte, wird zum Besten. Ein Stück Idealisierung gehört jedoch auch zu einer gelungenen Trauerarbeit. Es ist natürlich ein erheblicher Unterschied in der Verarbeitung von Trauer, ob ein Schwerkranker nach längerem Leiden stirbt, oder ob es sich um einen plötzlichen und unerwarteten Todesfall handelt. Bei einem Schwerkranken beginnt die Trauerarbeit schon während der Krankheit, so daß viele dann nach dem Tod zunächst einmal erleichtert sind, daß das Leiden ein Ende hat und die eigene körperliche Belastung wegfällt. Wegen dieses Gefühls der Erleichterung braucht niemand ein schlechtes Gewissen zu haben, denn welche Last und Mühen die längere Pflege eines Schwerkranken bedeutet, weiß jeder, der damit konfrontiert war oder ist.

Bei der Trauerarbeit selbst ist es - wie schon beim Umgang mit Sterbenden (vgl. Heft 13) dargestellt, wichtig, von den vier Formen der Konfliktverarbeitung Gebrauch zu machen. Im Sinne der eigenen Gesundheit sollten Einseitigkeiten vermieden werden.

Zum Abschluß noch ein Zitat von Elisabeth Kühler-Ross: "Jeden Tag sterben Menschen, und dennoch hat eine Gesellschaft, die imstande ist, einen Mensch auf den Mond zu schicken, niemals größere Mühe darauf verwandt, eine moderne und gründliche Definition des menschlichen Todes zu erarbeiten. Ist das nicht sonderbar?"

## **Literatur:**

Bowlby, J.: Bindung, Trennung, Verlust  
Kindler Verlag, München 1976

Dittrich, H.: Vom Umgang mit der Trauer  
Econ Verlag, Düsseldorf 1988

Kühler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden  
GTB Siebenstern, Gütersloh 1978

Kühler-Ross, E.: Reifwerden zum Tode  
GTB Siebenstern, Gütersloh 1984

Kühler-Ross, E.: Verstehen, was Sterbende sagen wollen  
Kreuz Verlag, Stuttgart 1982

## **Anschrift des Verfassers**

Hans Jürgen Köttner  
Arzt - Psychotherapie  
Hinter der Kirche 7  
6107 Reinheim



Da werden <sup>10</sup>Ärzte zu Narren: „Gemein wird der auch mit den Narr 'n.I der 'nem Todkran-  
ken äugt in'n Harn/und spricht: Wart, bis ich diT verkünd.Iwas ich in meinen Büchern  
find!' / Dieweil der Arzt in Büchern sucht./ der Kranke fährt zur Totensi:h/ucht."

Aus Sebastian Brants „Narrenschicht!“ (1494). Duv die Illustration von Albtchtl Durer.

# **Der Tod als Teil des Lebens**

## **Alte Bräuche erleichterten den Umgang mit dem Sterben - Wichtig für die Trauerarbeit**

Die Todesanzeigen in den Zeitungen verraten, daß sich die Menschen heute im Umgang mit dem Tod schwer tun. Wenn trauernde Hinterbliebene das Ableben eines Angehörigen anzeigen, ist die Rede davon, daß der oder die Verstorbene "sanft entschlafen" oder "heimgegangen" ist, von ihren "Leiden erlöst" wurde oder "unerwartet verschied". In einer Zeit, in der die Mehrzahl der Menschen im Krankenhaus oder auch zu Hause alleine oder im Beisein nur der allernächsten Verwandten stirbt, erfährt kaum noch jemand das Sterben zum Leben gehörig.

Der Gedanke an den eigenen Tod wird weitgehend verdrängt oder tabuisiert. Von Beileidsbekundungen - so wird vielfach gebeten - ist im Trauerfall ebenfalls abzusehen. Die erforderlichen Formalitäten und Vorbereitungen zur Beerdigung werden von den Bestattungsunternehmen geregelt. Dadurch bleibt kaum noch Raum für altüberlieferte Bräuche, die früher einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung von Trauer und Leid leisteten.

## **Trauern im Sterbezimmer**

Einst begann die "Trauerarbeit" bereits im Sterbezimmer. So wurden zum Abschiednehmen auch die Nachbarn ins Sterbezimmer gerufen, die dort so lange blieben, bis der Tod eintrat. Dann hielten sie bis zur Beerdigung abwechselnd Totenwache. Zuvor hatten die Angehörigen bereits die Uhr angehalten, die - als Symbol irdischer Vergänglichkeit - im Sterbezimmer nicht mehr benötigt wurde. Der Spiegel, der als Attribut menschlicher Eitelkeit galt, wurde verhängt, damit sich die Seele des Verstorbenen leichter aus ihrem irdischen Leben lösen konnte.



Noch heute schließt man den Toten Augen und Mund, obgleich der ursprüngliche Grund längst in Vergessenheit geraten ist. Im Volksglauben ging man einst davon aus, daß der Blick eines Toten denjenigen nach sich ziehen könne, den er traf, oder daß der offene Mund einen Lebenden ins Totenreich rufen könne. Nach dem Schließen der Augen wurde der Verstorbene gewaschen und angezogen und auf Stroh gebettet, bis der Sarg fertiggestellt war.

In manchen Gegenden kleidete man den Toten in seine schönsten Kleider. Bei Frauen war es meist das Hochzeitskleid und bei den Männern das Hochzeitshemd. Im österreichischen Lechtal zog man den Verstorbenen ein Paar gute Schuhe an, während ein anderes Paar an einen bedürftigen Dorfbewohner weitergegeben wurde. überall jedoch galt, daß der Verstorbene "in würdiger Kleidung" vor den Richterstuhl Gottes treten sollte.

Waren diese Arbeiten beendet, so wurde der Tod durch "Ansagen" und Glockengeläut den anderen Dorfbewohnern mitgeteilt. Vom Kirchturm wurden die "Drei Letzten" geläutet: Mit dreimaligem Absetzen läutete bei Kindern eine kleine Glocke, bei Erwachsenen ertönten zwei Glocken. Aus der Art des Sterbegeläuts war sogar ersichtlich, ob Mann oder Frau, Mädchen oder Junge gestorben waren. Bis zur Beerdigung wurden im Hause des Verstorbenen nur die allernotwendigsten Arbeiten verrichtet und die vielen Beileidsbekundungen entgegengenommen.

In Thüringen war es einst Brauch, den offenen Sarg am Begräbnistag auf zwei Stühlen in den Hausgang zu stellen. Zur festgesetzten Stunde versammelten sich die Leidtragenden vor dem Trauerhaus um dabei zu sein, wenn der Sarg beim Ertönen des Glockengeläutes verschlossen wurde. Die Sargträger brachten den Sarg mit dem Fußende zuerst aus dem Haus. Alles sollte so sein, als ob der Verstorbene aus dem Haus ginge. Eine eigens bestellte Totenfrau schüttete schließlich kreuzweise Wasser über die Stelle, an der der Sarg zuvor gestanden hatte. Dann zerschlug sie das Wassergefäß und warf die Haustür kräftig ins Schloß. Es war ein



Zeichen dafür, daß das irdische Leben nunmehr unwider-  
ruflich vorüber war.

Währenddessen formierte sich draußen der Leichenzug. In  
der hessischen Wetterau zog die sogenannte Totenprozes-  
sion - voran der Pfarrer und der Lehrer mit den Schulin-  
dern, gefolgt von dem Sarg und der Trauergemeinde - zum  
Friedhof. Mancherorts mußte zu jeder Beerdigung minde-  
stens ein Viertel der Dorfbewohner erscheinen. Etwaige  
Versäumnisse, insbesondere der Nachbarn, wurden streng  
bestraft.

## **Gesang der Schulkinder**

Noch im 18. Jahrhundert fanden die Beerdigungen vieler-  
orts nachts oder am frühen Morgen statt. Erst als es üblich  
wurde, sogenannte "Singleichen" zu halten, bei denen die  
Schulkinder auf dem Friedhof zu singen hatten, verlegte  
man die Beerdigungstermine auf den Vormittag. Ein neues  
Schulgesetz untersagte im 19. Jahrhundert jedoch das Aus-  
setzen des Unterrichts zum Zwecke des Leichensingens,  
und so gibt es nur noch wenige Gemeinden, in denen etwa  
ein Konfirmand mit dem sogenannten Vortragekreuz vor  
dem Sarg hergeht.

Im hessischen Gelnhausen fanden noch zu Beginn des 19.  
Jahrhunderts die Begräbnisse ohne Begleitung des Pfarrers  
statt. Nachdem dieser den Verstorbenen zu Hause ausge-  
segnet hatte, brachten acht Träger den Sarg auf einer  
Bahre hinaus zu seiner letzten Ruhestätte. Am Grab  
sprachen die Sargträger lediglich ein Vaterunser. Später  
ging der Pfarrer bei Erwachsenen mit ans Grab. Kinder, die  
noch nicht konfirmiert waren, wurden noch lange Zeit ohne  
Begleitung des Pfarrers beerdigt.

Dieser Artikel von Brigitte Jonas ist am 13. November 1991  
im Wiesbadener Kurier erschienen.



# Aktive Sterbehilfe - Ende der Rehabilitation?

von Prof.Dr.Marga Rothe, Heidelberg

Ich habe mir lange überlegt, ob ich mich zu einem Thema äußern soll, das mich als Nichtbehinderte nicht aktuell betrifft, sondern nur aktuell betroffen macht.

Ich tue es, weil aktuelle Ereignisse ein äußerer Anlaß dazu sind und ich aus meiner Sicht einen Beitrag leisten möchte.

Meine Aufgabe ist es, gemeinsam mit Menschen, denen ein schweres Schicksal nicht mehr gestattet, ihr bisheriges Leben zu führen, nach neuen Aufgaben und neuen Sinnmöglichkeiten zu suchen, und da, wo dieses Suchen nicht oder noch nicht gelingt, die Zeiten der Verzweiflung, die es auch für jeden Nichtbehinderten gibt, miteinander durchzustehen. Darin sehe ich meine Aufgabe in einem Rehabilitationszentrum und meine Aufgabe als Mit-Mensch.

Nachdem eine Gesellschaft, die ihren Mitgliedern Anleitungen zur Selbsttötung gibt, einer Behinderten unserer Einrichtung zur Selbsttötung verholfen hatte, erklärte ein Vertreter dieser Gesellschaft in einer Fernsehsendung, es gäbe bald 1000 dieser Fälle.

Viele Behinderte bei uns zeigten sich sehr betroffen, da sie Mut zum Leben suchen, aber nicht nach Mut zum Sterben verlangen. Einer von ihnen sagte mir, er habe seit dieser Zeit das Gefühl, die Leute sähen ihn an und fragten sich, ob der da im Rollstuhl nur keinen Mut habe, sich das Leben zu nehmen, da sein Leben doch wohl nicht lebenswert sei.

Wer definiert lebensunwertes Leben? Der Betroffene selbst? Oder drängt die - woraus auch immer gebildete - öffentliche Meinung einem Menschen die Erkenntnis auf, sein Leben sei nicht lebenswert?

Woran macht sich lebensunwertes Leben fest? An äußeren Gegebenheiten, an inneren Zuständen, an Charakter, an Erziehung, an Herkunft, an Rasse, an Geschlecht, an arm oder reich, an jung oder alt, an dumm oder klug?

Wer das Leben eines anderen für lebensunwert hält, entzieht sich der Begegnung mit ihm. Eigenes und fremdes Leben wird immer nur in dem Maße als lebensunwert, als werlos empfunden und erlebt, in dem es keine Bedeutung mehr hat, weder für einen selbst noch für einen anderen Menschen. Solange ein Mensch da ist, der meinem Leben Bedeutung gibt, für den ich wichtig bin, solange fühle ich mich gebraucht, solange fühle ich mich nicht wertlos, so lange sehe ich im Leben noch einen Sinn.

Ob ein Mensch unter den Bedingungen, die er vorfindet, leben kann, hängt nicht allein von den konkreten Bedingungen ab, sondern auch von seiner Einstellung zu diesen Bedingungen. Diese Einstellung ist wiederum abhängig von der Einstellung seiner Umgebung. So ist es auch zu erklären, daß Menschen, deren Lebensbedingungen sehr mühevoll sind, ein zufriedenes und glückliches Leben führen können, während anderen, deren Lebensbedingungen, gemessen an äußeren Werten und Normen, gut sind, ihr Leben wegwerfen. Ein Mensch, der das Leben eines anderen als nicht lebenswert bezeichnet, tut das häufig deshalb, weil er sich für sich selbst nicht vorstellen kann, unter den Bedingungen dieses anderen das Leben zu leben und dabei einen Lebenssinn zu finden. Wer aber sein Leben als sinnlos empfindet, ist blind für die Aufgaben, die das Leben auch für ihn bereithält.

Ist ein Mensch noch ganz gefangen von dem aktuellen Ereignis des Leides, das ihn getroffen hat, ist er häufig alleine nicht in der Lage, neue Aufgaben wahrzunehmen und sich ihnen zu öffnen. Hierzu bedarf er der Hilfe anderer Menschen und hier genau liegt die Hilfe einer ganzheitlichen Rehabilitation. Sie muß Angebote bereithalten für Körper, Seele und Geist, um den Blick wegzulenken von dem eigenen schweren Schicksal, hin auf neue Aufgaben, auf einen neuen Lebenssinn. Dies wird nach einem schweren Unfall häufig erst nach Jahren wahr- und angenommen. Geduld mit der neuen Situation und Vertrauen in neue Möglichkeiten wachsen nur langsam. Es ist eine der schwer-

sten Aufgaben der medizinischen, beruflichen und psychosozialen Rehabilitation, die Hilfen so anzubieten, daß der Behinderte sie als eine auf seine individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse zugeschnittene Einheit empfindet, in die er seine bisherige Systemumwelt so konfliktfrei wie möglich einbeziehen kann. Die vier Bereiche der Konfliktverarbeitung bieten hier gute Möglichkeiten der Bewußtmachung und des Gesprächseinstiegs, denn

Rehabilitation bedeutet nicht Beratung des Binderten, sondern Beratung *mit* dem Behinderten über *seine* Zukunft.

Rehabilitation bedeutet Entdeckung, Bewußtmachung und Aktivierung bisher brachliegender, nicht genutzter Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Rehabilitation bedeutet Umwidmung alter Werte und Sinnmöglichkeiten, Darstellung und Definition neuer, bisher vielleicht unbekannter Werte und Sinnmöglichkeiten,

Rehabilitation bedeutet Einbeziehung des Umfeldes in den Prozeß der Neuorientierung.

Rehabilitation bedeutet, Hoffnung schöpfen für den Weg ins Leben, bedeutet Werbung für das Leben und seine Möglichkeiten, nicht Werbung für den Tod und seine Endgültigkeit.

Rehabilitation bedeutet Überzeugung der Gesellschaft - und des Behinderten, daß *jeder* Mensch zu jeder Zeit an seinem Platz einen Beitrag leisten kann.

Viele Behinderte bewirken allein durch ihr Vorbild bei der täglichen Bewältigung eines nach außen hin mühevollen Lebens weitaus mehr, als viele Nichtbehinderte. Voraussetzung dafür ist die volle soziale und berufliche Akzeptanz und Anerkennung.

Jeden von uns kann ein schwerer Schicksalsschlag treffen, der unsere physischen, psychischen, geistigen und/oder sozialen Möglichkeiten begrenzt. Für jeden von uns, dem



ein solches Schicksal bisher erspart geblieben ist, sollte es selbstverständlich sein, zur Begegnung und zur Beziehung echt und unvoreingenommen einfach da zu sein, und zwar nicht nur *mit* der Zurverfügungstellung finanzieller Mittel, sondern ganz konkret als Mensch, als Freund, als Partner. Der Mensch in jeglicher Grenzsituation eines schwer gewordenen Lebens - das gilt nicht nur für Krankheit und Behinderung - braucht mehr noch als andere eine tragfähige soziale Nähe. Ein noch so gut funktionierendes und ausgeklügeltes Hilffssystem ist wirkungslos, wenn es anonym bleibt, wenn es die *Teilnahme* am Leben des anderen schuldig bleibt. Jeder Mensch, gleich wo er steht, ist aufgerufen, sich zur Verfügung zu halten, wenn ein anderer ihn in einer Situation braucht, *mit* der er alleine nicht fertig wird. Immer geht es dabei primär um das Suchen nach neuen Aufgaben und Zielen, um einen Lebensinn. Nie darf im Vordergrund die "einfache" Lösung des Sterbens stehen. Aktive Sterbehilfe ist deshalb so verführerisch gefährlich, weil sie signalisiert, daß auf Herausforderungen, von denen kein menschliches Leben verschont bleibt, primäre oder gar einzige Antwort zu sein scheint, das Leben zu beenden, statt den "Kampf" aufzunehmen. Entscheidet sich der Mensch für den Tod, ist er nicht mehr offen für die Möglichkeiten seines Lebens, für das ihm Aufgegebene, das er bewahren, neu erfahren oder in oft schweren inneren Kämpfen neu schaffen kann. Der Mensch, der sich auf den Tod festgelegt hat, ist nicht mehr zugänglich für die Angebote der Rehabilitation. Er ist auf der Flucht vor dem Leben und nicht mehr in der Lage, sich in den Augen und Herzen seiner Mitmenschen zu begegnen. Er findet keine Geborgenheit in seiner Umgebung, weil er niemand an seinem Innersten teilhaben läßt. Er fürchtet sich, durchschaut zu werden, und kann deshalb weder sich selbst noch andere erkennen. Er ist allein und - er stirbt allein.

Das Leben ist nichts anderes als der Weg zum Endpunkt, zur Vollendung des Lebens im Tod.

Der Weg dorthin ist von unterschiedlicher Länge und hält unterschiedliche Ereignisse bereit, auf die jeder einzelne mit seinem Wesen antwortet. Er *selbst* hat die Antwort zu geben auf die Fragen, die Leben und Tod an ihn stellen. Auch bei einem schweren Schicksal ist er nicht der Fragende, sondern der Antwortende. Er ist nicht der, der zu fragen hat: Weshalb ist mir dies geschehen? - sondern: Was muß ich tun, da mir dies geschehen ist? Welche Antwort erwartet das Leben von mir? Diese Antwort auf das ihm im Leben schicksalhaft Aufgegebene schafft der Mensch in der Regel nicht alleine. In jeder Phase seines Lebens und Leidens ist er angewiesen auf den Mitmenschen, auf das DU und WIR, durch das er, wie Martin Buher sagt, erst zum ICH wird. In solchen Begegnungen wird der Mensch fähig, auf die Fragen seines Lebens eine eigene Antwort zu finden. Das Ringen um eine Antwort setzt einen bis zum Ende offenen Dialog voraus, bei dem es aus Achtung vor der Freiheit und Würde des Menschen keine vorzeitige Festlegung auf ein Ziel geben darf.

Die Antwort muß - auch in Grenzsituationen - immer zuerst ein JA zum Leben sein. Ein JA zur Entdeckung - neuer - Sinnmöglichkeiten und neuer Aufgaben. Rehabilitation aus dieser Sicht ist Sinn-Entdeckungshilfe.

Bei einer unheilbaren progredienten Krankheit, bei der der natürliche Tod sich ankündigt, erwartet nicht das Leben eine Antwort, sondern der Tod, und sie sollte ein Ja zum Sterben sein. Eine überzogene Therapie, die das Ja zum Sterben nicht zulassen will, weil medizinisch eine Verlängerung des Lebens möglich erscheint, nimmt dem Kranken allzuoft die Möglichkeit, in Würde zu sterben. Sie ist ebenso inhuman und greift ebenso in die Erfüllung des uns Aufgegebenen ein, wie eine aktive Sterbehilfe, nach der häufig nur deshalb gerufen wird, weil vorher eine Lebensverlängerung "um jeden Preis" den anwesenden Tod glaubte vertreiben zu können.

Humanes Sterben bedeutet Zulassen des Sterbens in Angesicht des nahen Todes. Humanes Leben bedeutet Zulassen des Lebens im Angesicht der Welt, in der jeder *seinen* Auftrag zu erfüllen hat, in der jeder zu einem humanen Miteinander beizutragen hat, einem Miteinander, bei dem es um die Wahrheitsfrage geht.

Erst die volle Erfassung der neuen Lebenswirklichkeit und ihrer Möglichkeiten erlaubt eine frei verantwortliche Entscheidung. Nach einer großen Leiderfahrung ist ein Mensch in der Regel für eine längere Zeit so von seinem Schicksal gefangengenommen, daß er nicht über sich selbst hinaus den Blick auf die Wahrheit richten kann, die über die aktuellen Ereignisse, die sein Leben betreffen, hinausweist. In dieser Phase ist er nicht zur Freiheit der Entscheidung fähig.

In dem Maße, in dem der Mensch auf andere angewiesen ist, ist er ihnen ausgeliefert. Erst wenn er seine - innere - Freiheit wiedererlangt hat, kann er anfangen, aus freier Entscheidung zu leben oder zu sterben. Freiheit ist immer die Möglichkeit zu leben und zu sterben. Die Wirklichkeit zwingt zur Entscheidung für das eine *oder* das andere. Der Mensch kann beides ernsthaft wünschen, aber er kann nicht beides gleichzeitig ernsthaft wollen, d.h. konkret, er kann nicht ernsthaft sterben wollen und sich gleichzeitig auf neue Sinnmöglichkeiten des Lebens einlassen. Ein Behinderter, der sich nicht zwischen Leben und Sterben entscheidet, ist "gespalten" und verfügt deshalb nicht mehr über seine ganze Kraft, die Möglichkeiten des Lebens und damit auch der Rehabilitation wahr- und anzunehmen.

Menschen, die das Leben eines anderen, nur weil sie selbst mit dessen Schicksal nicht leben könnten, als lebensunwert bezeichnen, verletzen dessen Würde schwer. Auch ihre eigene stellen sie deutlich in Frage. Ein dadurch von der Teilhabe am Sinn des Lebens ausgeschlossener Mensch sieht dann vielleicht im Tod die einzige Möglichkeit, seine Würde zu bewahren, er will den anderen die Last seines Lebens nicht länger zumuten. Ihm ist die Chance genom-

men, seinen Weg zu gehen, seine Wahrheit zu finden, sein Leben zu leben, oder - seinen Tod zu sterben, denn ein Tod unter diesen Prämissen ist ein fremdbestimmter Tod.

Nach einem Unfall die Freiheit der Entscheidung im eben beschriebenen Sinne zu gewinnen, erfordert unendliche Kraft, die häufig blockiert ist durch die Unfähigkeit der Familie, des Freundes, des Bekanntenkreises, mit der neuen Situation umzugehen. Alte Beziehungen erstarren, weil dem Behinderten die Normalität im Denken, Fühlen und Handeln nicht mehr zugetraut wird. Neue Zukunftsperspektiven sind solange nicht erfahrbare und erkennbar, solange der Behinderte selbst und die Menschen seines Umfeldes sich nicht eindeutig **für** das Leben entschieden haben.

Weil diese Entscheidung so schwer ist und die Freiheit dazu nach einem Unfall durch das Zusammenspiel aller verfügbaren Kräfte erst langsam wieder erworben werden muß, deshalb haben die Initiatoren der aktiven Sterbehilfe oft ein leichtes Spiel. Sie übernehmen die Rolle von Dostojewski's Großinquisitor, dem die Menschen mit Begeisterung ihre Freiheit hinwerfen, damit er für sie entscheidet. Ihre Entscheidung heißt: Tod! Damit wird der in einer Grenzsituation Lebende, in seiner Entscheidungsfreiheit momentan begrenzte Mensch auf eine Perspektive festgelegt, die wahrscheinlich nicht die seine ist.

Der Tod ist endgültig, die Entscheidung nicht reversibel! Zu bezweifeln ist nach allem Gesagten auch, ob es noch eine Umkehr gibt, wenn der Weg zur aktiven Sterbehilfe erst einmal eingeschlagen ist.

Die Äußerung des Todeswunsches bedeutet, wie wir gesehen haben, ja noch nicht, daß der Betroffene den Tod auch ernsthaft will. Dann aber darf ich ihn auch nicht auf meine, für den anderen irreversible Perspektive festlegen, schon gar nicht in einer Situation, in der er zu einer eigenen, freien Entscheidung nur bedingt fähig ist. Die Annahme, daß ich weiß, was für den anderen das Beste ist, ist in allen Situationen grundsätzlich falsch.



Wo nehmen die Initiatoren der aktiven Sterbehilfe das Recht her, ihr subjektives Wissen auf andere zu übertragen? Was führt sie zu der Erkenntnis, daß es sich bei dem Leben dieses oder jenes Menschen um ein - auch in Zukunft - nicht lebenswürdiges und nicht lebenswertes Leben handelt? Welche Erwartungen wecken sie - bei sich selbst und anderen?

Warum finden Menschen, die in Vereinen organisiert, aktive Sterbehilfe leisten wollen so viel Resonanz?:

- weil Rehabilitation nicht so ist, wie sie sein sollte und sein könnte,?
- weil wir Angst haben vor der inhumanen Verlängerung zu Ende gehenden Lebens mit Hilfe der Apparatemedizin,?
- weil wir Angst haben vor dem Abgeschobenwerden und vor der Isolation in den letzten Wochen und Stunden des Lebens?

Wollen wir uns deshalb bis in den Tod hinein absichern,

- weil wir keinen Glauben mehr haben weder an uns selbst noch an Gott?
- weil wir kein Vertrauen mehr haben in unsere eigenen inneren Kräfte, die uns tragen - und die uns ertragen helfen?
- weil wir befürchten, keine Mit-Menschen zu finden, die uns begleiten bis ans Ende?

Wollen wir mit dem "Sicherheitsventil" der aktiven Sterbehilfe unsere Angst vor der Auseinandersetzung mit dem Leiden bekämpfen? In einer Gesellschaft wie der unseren muß alles machbar, alles vom Menschen bestimmbar sein, - selbst der Tod.

Nur von einer dieser Gesellschaften werden jährlich etwa 3000 Menschen mit einer schriftlichen Anleitung für den sogenannten selbstgewählten Tod geworben, und viele stehen beobachtend am Rande und überlegen - noch - ob sie nicht auch für den Eventualfall einer physischen oder psychischen Extremlastung einem solchen Verein heitre-



ten, um damit ihre Angst vor einer Situation zu begrenzen, mit der sie möglicherweise alleine nicht fertig werden und für die sie in ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis niemanden ausfindig machen können, der bereit wäre, das Leid mit ihnen durchzustehen. Daß eine breite öffentliche Werbung für die Flucht aus der Verantwortung für das eigene Leben möglich ist, ist ungeheuerlich.

Wir müssen uns mit diesem Thema auseinandersetzen, weil aktive Sterbehilfe nicht zur Bildung jenes öffentlichen Bewußtseins beiträgt, das für einen *positiven* Verlauf der Rehabilitation unabdingbar ist, eines Bewußtseins, das in selbstverständlicher Weise Behinderte als gleichwertige Menschen akzeptiert, die ebenso wie Nichtbehinderte in der Lage sind, *ihren* ganz persönlichen Beitrag zu einer menschenwürdigen Gestaltung unserer Gesellschaft zu leisten und ein sinnerfülltes Leben zu führen.

Aktive Sterbehilfe ist nicht das Ende der Rehabilitation, aber sie behindert Rehabilitation, weil sie den Glauben an *die* Sinn-Haftigkeit *jedes* Menschenlebens in Frage stellt - und in einzelnen Fällen beendet sie auch Rehabilitation. Leidvolle Erfahrungen der Vergangenheit haben uns dies in würdeloser Weise vor Augen geführt. Das Gegenwärtigsein des "Sterbeangebots" verändert auch die Wahrnehmung von Behinderten und Nicht-Behinderten.

## **Anschrift der Verfasserin**

Prof.Dr. Marga Rothe  
Stiftung Rehabilitation  
6900 Heidelberg

Dieser Artikel ist in ähnlicher Form in der Zeitschrift "Leben und Weg - Magazin für Körperbehinderte" erschienen.

## Zwei Flaschen Bier für meine Oma

Sie hatte immer Zeit für uns, jetzt nehme ich mir Zeit für sie

Ende April, an einem Sonnabend verlasse ich kurz die Wohnung meiner Oma und überlege, wie ich mit meinen vierzehn Jahren zwei Flaschen Bier kaufen kann. Meine Oma, die nach zwei schweren Stürzen in ihrer Wohnung ans Bett gefesselt ist, möchte sie zum Abendbrot trinken. In der Getränkeabteilung der Kaufhalle spreche ich einen jungen Mann an, der mir dann das Bier kauft.

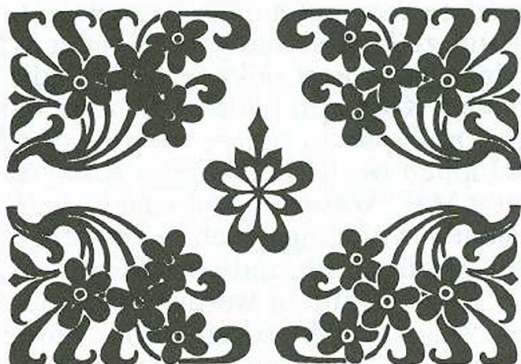
Wieder bei Oma, räume ich auf und wasche ihr Geschirr von den letzten beiden Tagen ab. Im Flur finde ich einen Zettel von meinem Vater, der mir mitteilt, daß ich bitte die "große Hausordnung" machen möge. Während ich ihre Treppe wische, höre ich meine Oma rufen. Ich eile zu ihr. Sie schaut mich fest an und nimmt meine Hand. "Ivonne, ist alles in Ordnung zu Hause, und geht es in der Schule gut?" - "Ja, Oma." Ganz erleichtert sinkt sie tiefer in die Kissen. Sie streichelt meinen Kopf und schläft erschöpft ein. Mir kommen die Tränen. Sie so zu sehen, tut weh. Mit zusammengekniffenen Lippen wechsele ich ihren Katheter. Vielleicht ist es das letzte Mal? Was wäre wohl das beste für sie? Weiter in der eigenen Wohnung zu leben mit der Hilfe von uns, ihrem Bruder und ihren Freundinnen? Oder im Pflegeheim rund um die Uhr betreut zu werden, aber nur zusammen mit fremden, kranken Menschen? Was würde ich selbst wollen, wenn ich an ihrer Stelle wäre? Tot sein und begraben? Ich weiß es nicht. Oma wollte leben.

Es ist alles getan. Aus ihrem Schlafzimmer hole ich mir ein Buch. Ich versuche zu lesen. Aber immer wieder wandern meine Gedanken zu ihr. Ich kann mich nicht konzentrieren, springe auf und laufe nervös an ihr Bett. Sie schläft, aber ob sie wieder aufwacht? Hoffentlich!

Omi hatte immer Zeit für uns: zum Schwatzen, Basteln, Spielen. Vieles konnte ich ihr anvertrauen, was ich meinen Eltern nicht gesagt habe. Jetzt bin ich für sie da.  
Zwei Wochen später ist Oma tot.

Ivonne Papke

Aus: Jugend schreibt - Zeitung in der Schule mit der  
Frankfurter Allgemeinen Zeitung für Deutschland - FAZ  
vom 19.05.1992



**Hellmuth Benesch**

**Verlust der Tiefe**

**Eine psychische Dimension im Umbruch**

**Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main 1991**

**Reihe "Geist und Psyche", Nr. 10469**

Der Verlag schreibt *über dieses Buch* unter anderem: "Psychologen vermeiden im allgemeinen die Beschäftigung mit philosophischen Fragen, angeblich, um ihr "wissenschaftliches" Ansehen nicht zu gefährden." Benesch, Professor für Klinische Psychologie an der Universität Mainz, "hält diese ängstliche Enthaltensamkeit für überholt". Nach seiner Meinung kann man gerade heute von der Psychologie auch Antworten zu philosophischen, kultur- und gesellschaftstheoretischen und weltanschaulichen Fragen erwarten. Mit "Verlust der Tiefe" meint der Autor die Entwertung des alten psychischen Tiefen-Begriffs und den drohenden Verlust der gelebten Tiefen-Dimension. Nach seiner Meinung brauchen wir eine "neue Tiefenpsychologie", die sich die Frage stellt: Was braucht der Mensch an seelischen Bedingungen, um nicht krank zu werden, und inwieweit sind diese Bedingungen heute im Schwinden begriffen?" Benesch setzt sich kritisch mit einer - wie er es nennt - "manipulatorischen", einer "esoterischen, einer "existentiellen" und einer "humanistischen" Tiefenpsychologie auseinander. Er beschreibt sehr anschaulich tiefenpsychologische Phänomene, zum Beispiel die "altered states of consciousness". Im Abschnitt "bewußte und unbewußte Bewertungsfilter" zeigt er, daß es zwar "gruppentypische Ähnlichkeiten unbewußter Abläufe" gibt, nicht aber "das" Unbewußte, sprich, das "durchgängig bei *allen* gleiche Unbewußte". Der aufmerksame Leser kann durch die Lektüre seine "bewußten Bewertungsfilter" erweitern oder relativieren und einige ihm "unbewußte Bewertungsfilter" über seine Wahrnehmungsschwelle heben.

**Hans Deidenbach**

**P. Buchheim, M. Cierpka, T. Seifert (Hrsg.)**  
**Psychotherapie im Wandel**  
**Abhängigkeit**  
**Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

Im vorliegenden ersten Band der neuen Reihe ***Lindauer Texte*** sind insgesamt 17 Referate zusammengestellt, die sich mit den beiden Leitthemen der 40. Lindauer Psychotherapietage auseinandersetzen. Der erste Teil vermittelt einen Überblick über die **Psychotherapie im Wandel**. Diskutiert werden zum Beispiel Wandlungen psychotherapeutischer Konzepte und theoretischer Grundlagen und persönliche Veränderungen als Voraussetzung für Psychotherapie. Die Beiträge im zweiten Teil **Abhängigkeit** behandeln nicht nur klinische und theoretische Fragen der Abhängigkeitserkrankung, sondern sie heben auch zwischenmenschliche, gesundheitspolitische und gesellschaftliche Aspekte hervor.

Dr.med. N. Peseschkian



**Hilde Bruch**

**Eßstörungen**

**Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht**

**Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt 1991**

**Reihe "Psychologie", Band 6796**

Nach Auffassung von Fachleuten ist das 1973 in New York erschienene Buch, das nun - gekürzt - mit dem Schwerpunkt "Fettsucht" in deutscher Übersetzung vorliegt, "das Standardwerk zum Thema schlechthin". Nach 40jähriger Arbeit auf dem Gebiet der Fehlernährung bietet es eine Synthese biologischen Denkens, eklektischen Verständnisses der psychosomatischen Theorie und eines Menschenbildes an, das auf der Überzeugung von der Einzigartigkeit jeder Person ruht. In diesem multidisziplinären Ansatz zeigen sich Berührungspunkte mit der positiven Psychotherapie. Auch der Grundtenor des Buches, daß Essen in keiner menschlichen Gesellschaft "nur hinsichtlich Verfügbarkeit, Genießbarkeit oder Naturhaftigkeit bewertet" wird, sondern auch "komplexe: Wertungsmaßstäbe, ausgeklügelte Ideologien, religiöse Überzeugungen und Kategorien sozialen Prestiges" beinhaltet, sprengt den Rahmen eines eingegengten Verständnisses von Ursachen und Bedingungen der Fehlernährung. Das mit vielen Beispielen aus der therapeutischen Praxis angereicherte Buch kann für Fachleute eine anregende Lektüre sein.

Dr.med. N. Peseschkian

**H. Deidenbach**  
**Zur Psychologie der Bergpredigt**  
**Fischer-Taschenbuch Nr.10285**  
**Reihe "Geist und Psyche"**

Es ist ein wunder-volles Buch. Dem Leser wird die Erfahrung möglich, die Bergpredigt als zeitloses und konfessions-unabhängiges Kernstück, quasi als Quintessenz der Lehre Jesu zu erkennen. Die nähere Beschäftigung mit dem Bibeltext ist anhand der gelungenen Gliederung des Buches leicht möglich und wird durch reichhaltige Zitate paralleler Bibelstellen und begleitender Literatur vertieft.

Je nach Stand-Ort des Lesers wird er sich mehr oder weniger stark angesprochen fühlen und mehr oder weniger Anregungen erhalten, über "Gehörtes" nachzudenken und das "Tun" zu versuchen.

In den zeit- und kulturunabhängigen Aussagen der Bergpredigt liegt ein (noch) ungenutztes Potential zur Verbesserung der Lebensqualität des Individuums und der gesamten Welt. Eine Erkenntnis, die - trotz aller beklagenswerten Entwicklungen auf dieser Erde - Mut macht, Schüler im Sinne dieses Buches zu werden.

Ingrid Hofmann

**H. Dieckmann**  
**Komplexe**  
**Diagnostik und Therapie in der analytischen Psychologie**  
**Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

Komplexe sind eigentlich schon immer in allen Kulturen bekannt gewesen und beschrieben worden, obwohl sie nicht als solche bezeichnet worden sind. Die Naturvölker kannten zum Beispiel die Besessenheit durch Geister, Dämonen oder sogar Götter. Auch in unserer Kultur sind

solche Assoziationen, die aus dem Unbewußten auftauchen können, bereits seit dem Altertum bekannt. Der erste, der sie ausführlich beschrieben hat, ist Aristoteles in seiner "Psyche". Die chinesische Volksmedizin bringt Komplexe mit gewissen Körperzentren in Verbindung. Im vorigen Jahrhundert beschäftigten sich Stuart Mill und Wilhelm Wundt mit solchen Assoziationsgruppen, die nicht dem bewußten Willen unterliegen, aber doch in der Psyche Funktionen ausüben. Der erste, der die Bezeichnung "Komplexe" benutzte, war Breuer, von dem sowohl Freud als auch Jung den Begriff übernommen haben. Der Autor behandelt das Thema Komplexdiagnostik und Komplextherapie auf der Basis der Jung'schen Konzeption. Er geht grundlegend davon aus, daß Komplexe zum gesunden Funktionieren der menschlichen Psyche gehören und nur die Dominanz eines einzelnen Komplexes durch übermäßige libidinöse oder aggressive Aufladung Krankheitserscheinungen hervorruft. Entsprechend wird als Therapieziel nicht die Auflösung der Komplexe angestrebt, sondern ihre gesunde Verteilung in der Psyche und eine möglichst breite Beziehung zwischen dem Ich-Komplex und den anderen Komplexen des persönlichen und kollektiven Unbewußten. Mit dem Buch erhält der Praktiker einen guten Einblick in die Komplextheorie, -diagnostik und -therapie auf der Basis der Analytischen Psychologie C.G.Jungs.

Dr.med. N. Peseschkian

**P. Helmich, E. Hesse, K. Köhle, HJ. Mattem, H. Pauli, Th. v. Uexküll, W. Wesiack**

## **Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung**

**Ein Lernbuch für Ärztinnen, Ärzte und Studierende**

**Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

Positive Psychotherapie kennt vier Formen der Konfliktverarbeitung. Auch die Autoren des vorliegenden Buches bieten Studenten und Ärzten, Praktikern, Klinikern, Pflegern und Sozialarbeitern eine wertvolle Hilfe an, Krankheit nicht nur unter ihrem körperlichen Aspekt, sondern in ihrem *"bio-psycho-sozialen Gefüge"* zu begreifen. Es gilt, eine überlieferte Rollenstereotypie, die dem Arzt Aktivität, dem Patienten jedoch Passivität zuschreibt, kritisch zu reflektieren. So zeichnet sich eine Basis ärztlichen Handelns ab, die auf *Gesundheit* abhebt und, die vorherrschende pathogenetische Sicht ergänzend, im Patienten dessen Fähigkeit zur *"Selbstorganisation"* wahrnimmt. Hochschullehrer für Allgemeinmedizin und Psychotherapie / Psychosomatik formulieren gemeinsam Grundlagen für ein patientenorientiertes Handeln. Konkrete Hilfe für einen kompetenten Umgang mit *"Alltagsproblemen"* wie Generations- und Paarkonflikte, Trauer, Selbstwertstörungen, sexuelle Störungen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit wird angeboten. Die Darstellung diagnostischer und therapeutischen Strategien wird ergänzt durch fundierte Vermittlung psychoanalytischer Theorie und Begriffswelt.

Dr.med. N. Peseschkian

**F.B.Kanfer, B.Reinecker, D.Schmelzer**  
**Selbstmanagement-Therapie**  
**Ein Lehrbuch für die klinische Praxis**  
**Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

"Wie versetze ich meinen Patienten / Klienten in die Lage, sein Leben wieder ohne therapeutische Hilfe zu gestalten?" Diese Frage charakterisiert Ziel und Anliegen der Selbstmanagement-Therapie. Nach einer ausführlichen Darstellung der Grundlagen werden diagnostische Strategien und deren Implikationen für den Selbstmanagement-Ansatz beschrieben. Verhaltensorientiert denken heißt für die Autoren, auch alle Gedanken, Gefühle sowie sonstigen Verhaltensweisen, die man in allgemeinen z.B. als "Überzeugungen", "Werthaltungen" oder "emotionale Reaktionen" (S.413) bezeichnet, mit einzubeziehen. Zu den sechs Grundregeln für das Selbstmanagement gehören auch "positives Denken" ("sich bevorzugt auf solche Strategien, Pläne oder Aktionen konzentrieren, die zu Fortschritten und Weiterentwicklung beitragen"), "in kleinen Schritten" und "zukunftsorientiert denken", Strategien, die positiver Psychotherapie ebenfalls eignen. Teil III beschreibt *die* Umsetzung des Ansatzes für die Praxis. Das Modell ist methodenoffen, da es inhaltlich nicht ausschließlich auf klassisch-verhaltenstherapeutische Standardtechniken begrenzt ist, sondern aufgrund seiner offenen Rahmenstruktur auch die zielorientierte Einbeziehung therapeutischer Techniken erlaubt, die in anderen theoretischen Bezugssystemen entstanden sind. Das Buch eignet sich sehr gut als theoretische und praktische Einführung in lerntheoretisch-verhaltenstherapeutisches Denken auch im Rahmen positiver Psychotherapie.

Hans Deidenbach



**J. D. Lichtenberg**  
**,sychoanalyse und Säuglingsforschung**  
**Übersetzt von M. Baumgart**  
**Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

Vor 1960 hielt man die Erforschung des Neugeborenen für eine "esoterische" Angelegenheit. Einige Pioniere wie Spitz, Benjamin, Fries und Wolf waren die Ausnahme. Inzwischen hat sich das Bild vom Neugeborenen verändert. Anstelle eines undifferenzierten Zustandes oder einer Tabula rasa wird ein Organismus sichtbar, dessen innere Zustände und Fähigkeiten zur Verhaltensregulierung schon recht vielfältig sind. In diesem Buch werden neue Forschungsergebnisse über die ersten zwei Lebensjahre dargestellt, die es erfordern, bisherige psychoanalytische Annahmen zu überdenken. Lichtenberg geht im einzelnen auf die Implikationen der Säuglingsforschung für die psychoanalytische Affekt- und Objektbeziehungstheorie ein und vergleicht die neuen Erkenntnisse mit Freuds Vorstellungen über psychische Strukturen und erogene Zonen. Im letzten Abschnitt des Buches erläutert er, wie sich die Erkenntnisse der Säuglingsforschung in der psychoanalytischen Situation umsetzen lassen und wie man mit ihrer Hilfe die Heilwirkung der analytischen Psychotherapie besser begreifen kann. Lichtenberg weist Kohuts Selbstpsychologie einen wichtigen Platz zu, wobei er dafür plädiert, die Affekte - und nicht die Triebe - in den Mittelpunkt der analytischen Theorie zu stellen.

Dr.med. N. Peseschkian

**J. Markgraf, S. Schneider, A. Ehlers (Hrsg.)**  
**Diagnostisches Inventar bei psychischen Störungen (DIPS)**  
**Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

Neue Diagnosesysteme wie der amerikanische Diagnose-schlüssel **DSM-III-R** oder der WHO-Schlüssel **ICD-10** haben Zuverlässigkeit und Gültigkeit von Diagnosen erheblich verbessert, stellen aber auch neue Anforderungen an die Kliniker. Hilfe bieten unter anderem strukturierte Interviews wie "Das Erstinterview in der positiven Psychotherapie" im "Wiesbadener Inventar zur positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF)" oder das **Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS)**. Beide Instrumente erlauben nicht nur eine reine Klassifikation, sondern erfassen darüber hinaus auch Informationen für die Planung und Durchführung psycho- und verhaltenstherapeutischer Behandlungen. DIPS hat drei Teile. Ein Handbuch beschreibt die Gütekriterien, Durchführung und Auswertung, Übungsfälle und beispielhafte Therapieindikationen. Ein Interviewleitfaden bietet Fragen und Diagnosekriterien zu verschiedenen Formen von Angst, affektiven Störungen, Alkoholismus und Drogenmißbrauch, somatoformen Störungen, Eßstörungen, nicht-organischen Psychosen und eine allgemeine Anamnese an. Im Protokollbogen lassen sich die erhobenen Daten zusammenfassen. Studenten und Weiterbildungskandidaten ermöglicht DIPS eine Einarbeitung in die Diagnose auch schwieriger klinischer Fälle.

Hans Deidenbach

**Peter Petersen (Hrsg.)**  
**Ansätze kunsttherapeutischer Forschung**  
**Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

Unter "Kunsttherapie" versteht der vorliegende Sammelband alle Formen von Therapie, die auf traditionellen Künsten fußen und kreativ-künstlerische Elemente als notwendig erachten: vom Schauspiel und der Poesie über Musik, Malerei und Bildhauerei bis zum Tanz, zur Leiherrfahrung und zur Sprachgestaltung. Innerhalb kunsttherapeutischer Schulen spielen Menschenbilder eine große Rolle. Die Beiträge entstanden nach einem Symposium 1987. Sie sind als Anstoß zur wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung mit naturwissenschaftlich-medizinischer Forschung und zur Entwicklung einer Theorie der Kunsttherapie gedacht. Anhand von Fallbeispielen werden Entwicklungsprozesse kunsttherapeutischer Strategien veranschaulicht. Grenzen zur Psychotherapie werden offengehalten und wichtige Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Besonders anregend sind Ausführungen über die "inneren Bilder" des Therapeuten und ihre Bedeutung für die unbewußte Kommunikation zwischen Therapeut und Patient ("Synchronizität"). Sozialpsychologische Experimente demonstrieren, wie stark "das Unbewußte" - eine inhaltliche Konkretisierung dieses hypothetischen Konstrukts erfolgt im Buch nicht - die Interaktion beeinflussen. Kunsttherapeutische Forschung achtet wesentlich auf *gesunde Anteile* des kranken Menschen bzw. der gestörten psychosozialen Gemeinschaft; die Beiträge können die *Verständigung von Therapeuten untereinander* erleichtern: zwei wichtige Berührungspunkte mit positiver Psychotherapie.

Hans Deidenbach

**A. Pritz, G. Sonnek (Hrsg.)**

**Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten**

**Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1990**

Das Buch entstand aus der Diskussion um die Verbesserung postgraduierter Fortbildung von Psychologen und nichtärztlichen Psychotherapeuten. Dem psychologisch geschulten Leser, der gelernt hat, auch psychosoziale Faktoren von Gesundheit und Krankheit zu erkennen und zuzuordnen, wird der biologisch-medizinische Teil von Krankheitslehre und Heilkunde nahegebracht. Die wichtigsten Störungen, Syndrome und Krankheiten werden übersichtlich anhand auffallender Leitsymptome dargestellt. Medizinische Fachausdrücke sind auch in deutscher Sprache aufgeführt. Das Sachverzeichnis ist als praxisnahe Überblickinformation konzipiert. Der Leser soll nicht zum "Miniarzt" fortgebildet werden. Die Autoren möchten ihn für medizinische Fragestellungen sensibilisieren, notwendige Grundkenntnisse hinsichtlich einer Differentialdiagnose vermitteln und ihn besser in die Lage versetzen, zu entscheiden, wann die Überweisung eines Patienten an einen Arzt vorzunehmen ist. Ein wichtiges Anliegen - gerade auch positiver Psychotherapie - ist die Zusammenarbeit von Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen zum Wohl des Patienten. Das Buch ist so konzipiert, daß es sich im Rahmen von Fort- und Weiterbildung gut einsetzen läßt.

Hans Deidenbach

**L. Reiter, C. Ahlers (Hrsg.)**  
**Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß**  
**Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1991**

Stand in der Entwicklung der Psychotherapie(en) zunächst der Einzelpatient im Vordergrund, so hat in den letzten Jahrzehnten systemisches Denken zunehmend an Bedeutung gewonnen. Selbst in der Einzeltherapie ist eine systemische Konzeption im Aufbau begriffen<sup>1</sup>. Systemtheorie erlaubt nach Meinung der Autoren die "Definition universaler Probleme" und eine "interdisziplinäre Anschlußfähigkeit", die "zu produktiver interdisziplinärer Wechselwirkung" führt<sup>2</sup>. Die Rede ist von "Metadisziplin" und von einem "integrativen Rahmenkonzept", ebenso Begriffe, die dem Kenner positiver Psychotherapie wohlvertraut sind<sup>2</sup>. Die "Herausarbeitung der oft impliziten Welt- und Menschenbilder, ohne die reflektierte therapeutische Arbeit nicht möglich ist", ist den Autoren ein wichtiges Anliegen. Der 2. Teil des Buches besteht aus Arbeiten, die sich mit theoretischen Fragen der Praxis und mit der therapeutischen Arbeit befassen. Ein Beitrag beispielsweise befaßt sich mit der "politischen Planung psychosozialer Interventionen". Der 3. Teil ist Fragen und Ergebnissen der Forschung gewidmet. Wer den philosophisch-weltanschaulichen Hintergrund seines therapeutischen Handelns näher erhellen will, findet im vorliegenden Buch eine Menge von Anregungen.

1) Vgl. Peseschkian, Positive Familientherapie, Frankfurt 1980, S. 56 und 170

2) Vgl. Peseschkian, Psychotherapie des Alltagslebens, Frankfurt 1974; uns: ders., Positive Psychotherapie, Frankfurt 1975

Dr.med. N. Peseschkian



**Neues Denken in der Psychosomatik**  
**herausgegeben von H.-E. Richter und M. Wirsching**  
**Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt 1991**  
**Reihe "Geist und Psyche", Nr. 10771**

Namhafte Vertreter psychoanalytisch orientierter Psychosomatik erörtern an historischen und aktuellen Beispielen, wie die Medizin zu jeder Zeit Gefahr läuft, sich durch politischen, ideologischen oder kommerziellen Druck korrumpieren zu lassen. Sie dokumentieren, wie die Psychosomatik selbst durch Unterdrückung, Vertreibung oder unterwürfige Anpassung gelähmt wurde. Die Rubrik "Vergangenheit und Gegenwart" setzt sich mit der Geschichte der Medizin in der Zeit des Nationalsozialismus auseinander und fragt, welche psychischen und psychosomatischen Auswirkungen die ökologische Situation, aber auch Veränderungen des familiären und gesellschaftlichen Gefüges haben. Nach dem Motto "Erinnern, Helfen, Vorbeugen" formulieren die Autoren - als Lehre aus der Vergangenheit - "unverrückbare" Prinzipien für eine engagierte humanistische Medizin der Zukunft. Transkulturelle Sichtweisen werden in Beiträgen zur psychosomatischen Diagnostik in der traditionellen chinesischen Medizin, zur Psychodynamik der Migration türkischer Arbeitsemigranten und zum psychoanalytischen Denken in der Psychosomatik der früheren DDR diskutiert. Gerade der letztgenannte Artikel liefert für Leser aus den alten Bundesländern eine wichtige Verstehenshilfe. Die Publikation zeigt nicht zuletzt, wie unverzichtbar - in Ergänzung "klassischer" Definitionen von Psychosomatik - deren Interpretation "im weiteren und im umfassenden Sinn" (Peseschkian 1991) nicht erst seit heute ist.

Dr.med. N. Peseschkian

**Christoph Rueger**

**Die musikalische Hausapotheke für jede Lebens- und Stimmungslage von A bis Z**  
**Ariston-Verlag, Freiburg 1991**

Daß Musik eine heilende Wirkung haben kann, ist seit Jahrtausenden bekannt. Ruegers "Musikapotheke" ist ein hilfreiches Vademecum für Menschen, die Musik lieben und die Erfahrung machen möchten, wie gut sie im richtigen Moment tun kann. Von "Abschied" - verstanden als vorübergehende Trennung oder als "Lebewohl für immer", als heiteres oder tragisches Auseinandergehen - bis "Zufriedenheit" reichen die 32 Kapitel, in denen der Autor Musik von J. S. Bach bis Kurt Weill anzubieten hat. Jedes Kapitel wird durch Aussprüche von Musikern eingeleitet, so zum Beispiel von Claude Debussy zum Thema "Freiheitsdrang und Fernweh": "Wenn man nicht das Geld hat, sich wirklich Reisen zu leisten, muß man sie im Geiste machen." In seine Erläuterungen flicht Rueger Anekdoten aus dem Leben der Komponisten ein. Eine umfangreiche Diskographie belegt jedes im Buch genannte Musikstück. Das Buch ist nicht im strengen Sinne "wissenschaftlich", wohl aber im guten Sinne eine "musikalische Hausapotheke".

Dr.med. N. Peseschkian

**Rainer Schmidt**  
**Träume und Tagträume**  
**Eine individualpsychologische Analyse**  
**Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/ Main 1991**  
**Reihe "Psychologie", Band 10649**

Traumdeutungstheorien gibt es wie Sand am Meer. Die bekannteste und wohl auch populärste ist die von Sigmund Freud. Seine Traumdeutung war für Theorie und Praxis der Psychotherapie richtungweisend. Die Unterschiede des Traumverständnisses von Freud und Adler gründen sich auf die Kritik der Libidotheorie. Adlers Individualpsychologie lehnt von daher ab: 1. die Auffassung, daß ein unerlaubter Triebwunsch der Erreger des Traumes sei; 2. die Annahme einer Traumzensur; 3. die Festlegung von Traumsymbolen, die nicht aus dem Erfahrungshorizont des Träumers erklärt werden. Schmidt erläutert dies an einer Vielzahl von Traumbeispielen. Er sucht auch nachzuweisen, daß der von Freud und Adler als Realitätsflucht interpretierte Tagtraum ein wichtiges therapeutisches Mittel sein kann, insofern es einem Menschen dabei hilft, falsche Lebensplanungen zu erkennen und zu korrigieren. Der Autor möchte mit seiner Untersuchung auch deutlich machen, daß die von Alfred Adler entwickelte finale Betrachtungsweise menschlicher Ausdrucksphänomene für die Arbeit mit Träumen und Tagträumen besonders fruchtbar sein kann. Gerade diese Perspektiven finden in der fünften Stufe "Zielerweiterung" im Bereich "Phantasie / Zukunft" der positiven Psychotherapie eine Entsprechung. Beide Therapierichtungen können sich hier sinnvoll ergänzen.

Hans Deidenbach

## **Geschichte: Die Signale des Todesengels**

Ein Mann hatte mit dem Todesengel Freundschaft geschlossen. Eines Tages sagte er zu dem Todesengel: "Du Erfolgreichster aller Zeiten: wohin dach auch gehst, du kommst immer ans Ziel. Ich habe eine Bitte an dich: sage mir rechtzeitig Bescheid, bevor du mich abholst." Der Todesengel stimmte zu. Eines Tages kam er zu seinem Freund und sagte: "Morgen werde ich dich abholen." "Das kann nicht dein Ernst sein," sagte der Mann, "du hast mir doch versprochen, mir rechtzeitig Bescheid zu geben." Da antwortete der Todesengel: "Ich habe dir sehr viele Zeichen gegeben, aber du hast nie meine Signale verstanden: Als dein Vater starb, wußtest du es nicht zu deuten; als deine Mutter starb, hörtest du nicht auf diese Botschaft; als ich deinen Schwager, deinen Nachbarn und deinen Freund nacheinander abholte, hast du die Augen verschlossen... Komm morgen mit mir!" Als der Engel den Freund am nächsten Tag abholte und in den Himmel führte, zeigte er ihm Scharen von verstorbenen Menschen, die laut riefen: "Warum hast du uns nicht rechtzeitig Bescheid gesagt? Wir hätten vorher doch noch so viel erledigen können!" "Du siehst nun", sagte der Todesengel, "wie die Menschen mit meinen Signalen umgehen!"

Aus: N. Peseschkian: "Psychosomatik und positive Psychotherapie"

Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 1991