

Zeitschrift für Positive Psychotherapie

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

Heft 18 - 17. Jahrgang - 1996 / 1997 - DM 8,-



Transkulturelle Probleme Psychotherapie Erziehung Selbsthilfe

- ♦ Kasuistischer Beitrag zum Thema der Psychosenbehandlung
- ♦ Techniques and Applications in Possibilities of
Neurolinguistic Programming - Positive Psychotherapy
- ♦ Das Burnout - Syndrom im Kontext der Positiven Psychotherapie
- ♦ Transkulturelle Forschung - inhaltlich differenziert:
Welches sind bevorzugte Fähigkeiten bei depressiven Störungen?
- ♦ Angst - Die verborgene Volkskrankheit -
Positive Psychotherapie hilft überwinden
- ♦ Hänschen klein - Gedanken über ein bekanntes Kindertied
- ♦ Die Positive Psychotherapie bei der Arbeit mit den Patienten
im Hospiz
- ♦ Team-Entwicklung - Pos.T.T. 95 Das positive Team-Training
- ♦ International Center for Positive Psychotherapy / ICPP-News
- ♦ Ankündigungen und Rezensionen
- ♦ Was ich Dir noch sagen wollte... - Zum Tode von Willi Köhler
- ♦ Kleine 'Segelanweisung' für die Autoren der Zeitschrift für
Positive Psychotherapie



Deutsche Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V.

Impressum

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

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Nossrat Peseschkian
Prof. Dr. med. Raymond Battegay
Prof. Dr. med. Sebastian Goeppert
Dr. med. Helmut Röthke

Beirat

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

Anschrift der Redaktion

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

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

ISSN 0942 – 1203

Inhalt

Einführung: Ziele der 1. Weltkonferenz für Positive Psychotherapie in Moskau und St. Petersburg

• Kasuistischer Beitrag zum Thema der Psychosenbehandlung	5
<i>Prof. Dr. med. G. Benedetti</i>	
Geschichte: Der geheilte Wahn	14
• Techniques and Applications in Possibilities of Neurolinguistic Programming - Positive Psychotherapy	15
<i>Dr. med. H. Kuleva</i>	
Geschichte: Die zwei Hälften des Lebens	20
• Das Burnout - Syndrom im Kontext der Positiven Psychotherapie	21
<i>Dipl.-Päd. und Familientherapeut G. Hübner</i>	
Geschichte: Noch ein langes Programm	30
• Transkulturelle Forschung - inhaltlich differenziert: Welches sind bevorzugte Fähigkeiten bei depressiven Störungen?	31
<i>Dr. Dipl.-Psych. K. Velikova</i>	
• Angst - Die verborgene Volkskrankheit	
Positive Psychotherapie hilft überwinden	37
<i>Dr. med. U. Boessmann</i>	
• Hänschen klein - Gedanken über ein bekanntes Kinderlied	46
<i>Dr. med. Th. Becker</i>	
• Die Positive Psychotherapie bei der Arbeit mit den Patienten im Hospiz	50
<i>Prof. Dr. med. P. Sidorow / Dr. med. M. Pankow</i>	
• Team-Entwicklung - Pos.T.T. 95 Das positive Team-Training	58
<i>B. Kirsch</i>	
• International Center for Positive Psychotherapy / ICPP-News	64
• Ankündigungen und Rezensionen	75
• Was ich Dir noch sagen wollte... - Zum Tode von Willi Köhler	83
• Kleine 'Segelanweisung' für die Autoren der Zeitschrift für Positive Psychotherapie	85

Einführung:

Ziele der 1. Weltkonferenz für Positive Psychotherapie in Moskau und St. Petersburg

Rußland hat geografisch Teile in Europa und Asien. Unser Treffen ist zum erstenmal auf globaler Ebene. Wir leben im Zeitalter der Integration und Fehlintegration, eine Zeit der Umstrukturierung der multikulturellen Gesellschaft. Ihre Teilnahme an dieser Konferenz deutet den Beginn dieses Trends an. Vor diesem Gesichtspunkt wie auch durch gegenwärtige wissenschaftliche Entwicklungen, verspricht die Erste Weltkonferenz für Positive Psychotherapie spannend und Begeisterung weckend zu sein.

Die Botschaft der Konferenz lautet: Die Erde ist nur ein Land, und die Menschen sind seine Bürger. Das Prinzip der Einheit soll unser Verständnis füreinander in einer Welt der Kriege, Armut und Krankheit wecken.

Durch solche globalen Veranstaltungen sind wir in der Lage, die Früchte unserer Forschung, Ausbildungsprogramme und therapeutischen Fähigkeiten miteinander auszutauschen.

Nach einem Jahr harter Arbeit sind wir froh, ihnen ein interessantes und umfassendes Programm mit hervorragenden Beiträgen zu bieten.

Ich wünsche uns allen eine gelungene Konferenz.

Das vorliegende Heft soll die Bedeutung der Positiven Psychotherapie anhand der verschiedenen Beiträge aufzeigen. Die Autoren haben in ihren Artikeln unterschiedliche Gesichtspunkte beleuchtet und geben Anregungen für die praktische Arbeit.

Dr. med. N. Peseschkian

Kasuistischer Beitrag zum Thema der Psychosenbehandlung

Prof. Dr. med. G. Benedetti

Die psychologische Behandlung von psychotischen Menschen stellt uns vor das Problem, worin die adäquateste therapeutische Antwort auf die verzerrte Symbolisation der Patienten bestehen kann.

In meinem kurzen Aufsatz möchte ich an Hand einer Falldarstellung die große Bedeutung der therapeutischen Symbolisation hervorheben.

Ganz allgemein kann man sagen, daß der Psychotherapeut auch in der Begegnung mit nicht psychotischen Patienten ein „positivierender“ Deuter des Leidens ist. Die Positive Psychotherapie von Peresekian ist auch eine Suche mit dem Patienten nach positiven Alternativen zu den negativen, die seine Psychopathologie bedingen.

Das Problem ist aber in der Psychose durch die schwere Erreichbarkeit der Patienten kompliziert, welche sowohl eine symbiotische Nähe suchen wie auch diese befürchten und den autistischen Rückzug in die Kommunikation blockieren.

Im symbiotischen Zustand verliert der schizophrene Mensch sein separates Selbst, wie ein schizophrener Patient von mir, der meinte, jeder Gegenstand zu sein, den er sah. Die Panik des Ich-Verlustes (siehe FEDERN, „Verlust der Ich-Grenzen“) ist die undingbare Folge davon. Durch Rückzug auf das separate Selbst ist aber der Kranke versteinert, vermauert, verschroben, verrückt, er hat jegliche Beziehung abgespalten. Beide Gegensätze sind paradox gleichzeitig.

Meine psychotherapeutische Konzeption ist nun die, daß wir zunächst, lange bevor wir deuten, das jeweilige Bild, das uns vom Patienten vermittelt wird, und welches ihm noch kein Symbol, sondern ein Wahnbild ist, so durch unsere positivierenden Assoziationen konstellieren, so kreativ empfangen und beantworten, bis eine echte Symbolisation beim Kranken beginnt.

Diese kann bei ihm nicht beginnen, solange die psychotischen Bilder nicht vermögen, symbiotische und separate Bedürfnisse adäquat zu integrieren.

Wir müssen also zunächst durch phantasmatische Gegenvorschläge, Variationen und Ausblicke, durch positive Symbole seine Pseudosymbole in unserer entweder verbalen oder bildnerischen Sprache so ersetzen, daß der Kranke unsere Sprache akzeptiert, ohne das Gefühl zu bekommen, daß er durch unsere Rationalisierungen von seiner prälogischen inneren Welt abgelenkt werden soll. Und dies geschieht in der Weise, daß wir seine bildhafte Sprache einerseits übernehmen, andererseits durch Einfälle, die aus unserer Zuwendung zum Patienten stammen, so anreichern, daß darin Platz und Raum entsteht für beide, Patienten und Therapeuten, also für die erste mitmenschliche Integration, eben die psychotherapeutische.

Die Sprache ist aber nicht das einzige Austauschmittel in der Beziehung zum psychotischen Kranken. Ein anderer Kommunikationsweg entsteht über den Austausch von Zeichnungen, zwischen Patient und Therapeut (PECICCIA).

Der Therapeut kopiert auf Pauspapier die Zeichnung des Patienten, um sie aber an einer wichtigen Stelle positiv abzuändern. Mein Mitarbeiter, M. PECICCIA, hat diese Technik des „Therapeutischen Progressiven Spiegelbildes“ entwickelt, worüber schon gemeinsame Publikationen vorliegen. Es scheint, daß dieses Austauschmittel bei schweren Kranken im Vergleich zu der rein verbalen Sprache wesentliche Vorzüge aufweist. Die beiden zeichnenden Partner können sich in eine besondere symbiotische Beziehung zueinander setzen, weil der visuell-motorische Ausdrucksweg eine große Nähe zum Unbewußten hat. (In den Zeichnungen des Patienten drücken sich unbewußte Gedanken aus, welche erst später, sogar nach Wochen oder Monaten, bewußt werden und die Übertragung gestalten. Es scheint, daß der verbale Ausdruck eine Stufe des Bewußtwerdung verlangt, welche das Bild nicht benötigt.)

Aber der Patient kann mitten in der therapeutischen Symbiose sein separates, bewußtes Selbst besser abgrenzen als in der verbalen Kommunikation, weil er nicht direkt von sich berichtet, sondern sich metaphorisch über das Bild ausdrückt. So lernt er, symbolfähig zu werden. Aber auch der Therapeut kann viel lernen. Gewisse Entwicklungen bei seinen Patienten nimmt er manchmal erst dann wahr, wenn er seine Zeichnungen nicht nur anschaut, sondern auch kopiert. Die psychomotorische Aktivität der Hand offenbart sich als eine archaische Grundlage der Erkenntnis.

Auch kann der Therapeut manche abstrusen, wahnhaften Äußerungen seines Kranken, die sonst seine Mitmenschen befremden, akzeptieren, wenn ihnen ein bildhafter Ausdruck gelingt.

Die eigentliche Deutung besteht oft in der Übernahme seiner Sprache durch die Schöpfung therapeutischer Bilder,

welche das Wahnbild in die Richtung einer Individuation amplifizieren. Das ist das, was ich mit dem Terminus „Positivierung“ bezeichne.

Ein kurzes Beispiel soll das Gesagte veranschaulichen.

Eine schizophrene Patientin litt unter dem Gefühl, in einer verzehrenden Flamme leben zu müssen, von der sie aber nie verbrannt wurde, in der sie jedoch wie eine Verdammte oder eine Hexe ewig brennen mußte. In der Therapie zeigte sich, daß das Bild bzw. die Halluzination der Flamme in allen interpersonellen Situationen auftrat, also die verzehrende Symbiose mit den Menschen vertrat.

Solche psychotischen Gefühle unterscheiden sich von bloßen Metaphern eben durch die Abwesenheit des Symboles: weil das Symbol fehlt, kann die Flamme nur sinnhaft, konkret erlebt werden. Das Bild ist nicht mehr durchsichtig auf die leidensvolle Lebensgeschichte, weil die reflektierende Distanz, wo der Mensch das Bild auch von außen betrachtet, fehlt.

Die Therapeutin versuchte nicht, der Patientin die Bedeutung des Wahnes zu erklären. Sie wußte, daß ihre Patientin noch nicht die Flamme verlassen und sie auch nicht von außen betrachten konnte. Die Therapeutin versuchte vielmehr, durch ein zweites Bild die Möglichkeit zu vertreten, in der Flamme zu verweilen, ohne zu brennen. Der Therapeutin kam nämlich das biblische Bild von den drei Juden in den Sinn, die im Feuerofen, wohin sie von König Nebukadnezar geworfen worden waren, unversehrt blieben, weil sie dort von Gott geschützt wurden.

Sie kannte dieses Bild von einem Besuch in der Kathedrale von Autun. Die Kranke bat die Therapeutin, ihr eine Fotografie des Bildes zu schenken, die sie dann immer bei sich trug. Der Einfall der Therapeutin hatte so eine tiefe Wirkung deshalb, weil er aus einer symbolischen Gemeinsamkeit des Erlebens stammte: die Therapeutin war in ihrem Geist in die Flamme eingesprungen und sie hatte dort die Patientin durch ein neues Bild geschützt, welches das Wahnbild auflöste, ohne ihm zu widersprechen.

Ich möchte nun an Hand einer kurzen Falldarstellung die These entwickeln, daß die Psychotherapie eines psychotischen Patienten besonders vom Moment an gelingt, wo er durch die (deutenden oder imaginativen) Symbolisierungen des Therapeuten gelernt hat, seine eigenen psychotischen Erlebnisse zu symbolisieren, seine Wahnideen und Halluzinationen als Symbole darzustellen. Die Interpretation des Symbols, die Übersetzung des Sinnbildes in eine rationale Sprache ist oft weniger wichtig als die imaginative Funktion der Symbolisation, weil dies dem Patienten gestattet sich im Bilde anzuschauen.¹

Der Fall, den ich Ihnen vorstelle, ist eine Patientin, die ich mehrere Jahre lang bis zur Heilung behandelt habe. Ich werde heute die Geschichte dieser Psychotherapie vom Gesichtspunkt der Dynamik des Symboles zusammenfassen. Von diesem Gesichtspunkt her, der nicht der einzig mögliche, aber ein wichtiger ist, möchte ich diesen psychotherapeutischen Prozess schematisch in sieben Stufen einteilen. Die verschiedenen Stadien

¹ Darf ich aber von Anfang an und in aller Klarheit sagen, daß ich hier nicht am Beispiel einer Einzelbehandlung ein psychotherapeutisches Programm entwerfen will. Es ist mir nur allzu bekannt, daß viele Faktoren, wie Motivation, Zeit, Ausbildung, soziale Kooperation notwendig sind, damit eine Indikation zu einer derartigen Therapie entsteht. Ich möchte mit meinen Ausführungen vor allem einen Beitrag zum Verständnis der Schizophrenie leisten, indem ich den individuell-psychotherapeutischen Gesichtspunkt entwerfe.

gingen freilich ineinander über, die Einstellung entspricht nur grosso modo der Realität, ist aber als roter Faden didaktisch möglich.

Die erste Stufe, die ein ganzes Jahr andauerte, kann als das Erleben des Horrors bezeichnet werden. Die Patientin halluzinierte ein Ungeheuer, das sie bedrohte, und das sie immer wieder malend darstellte. Ihm gegenüber war sie wie ein erschrockenes Kind; sie stellte sich oft auch als ein verrenktes, entstelltes Wesen dar, unfähig, die Erscheinung des Ungeheuers anzuhalten. Bald merkte ich, daß es keinen Sinn hatte, ihr das zu deuten. Das Ungeheuer war noch kein Symbol, sondern absolute Realität. Sie mußte diese Realität projizieren, darstellen, um sich im Mitgefühl des Partners davon distanzieren zu können - denn Symbol bedeutet auch Distanz mitten in der Erschütterung. Tatsächlich bedeutete ihr die malende Projektion eine sichtbare Erleichterung: sei es, weil sie damit einen Raum zwischen sich und dem Drohenden schuf; sei es auch, weil die Projektion ihr gestattete, sich vom Ungeheuer, das im Grunde sie selber war, abzusetzen; sei es, weil die aktive Darstellung eine expressive Tätigkeit des Ichs ermöglichte, welche sonst durch das passivierende Erleben der Psychose, wo sie sich nur als eine Beute des Feindes erlebte, verhindert war; sei es ferner, weil sie durch ihre Bilder meine mitfühlende Präsenz wahrnehmen konnte, mehr als nur im Dialog.

Der wichtigste Grund der Erleichterung war aber die allmähliche Entdeckung, daß sie mit meiner Hilfe in Symbolen denken und existieren konnte, und daß das Ungeheuer ein innerseelisches Ereignis war, an dem ich auch teilnehmen durfte. Sie ließ mich durch ein Bild auf den Feind stoßen.

Sie malte mich groß und leuchtend, zu einer Zeit in der Psychotherapie, wo ich auf der Ebene des Bewußtseins noch nicht so überlegen wahrgenommen werden konnte. Der zeichnerische Ausdruck kommt oft aus einem anderen seelischen Raum als dem Bewußtsein und kann uns Dinge merken lassen, die uns sonst verborgen bleiben müßten.

Die Patientin war im Bilde die kleine Frau, die zwischen mir und dem Feind steht, hilflos auf der einen Seite, aber auch durch die Lichterscheinung, die sie auf mich projizierte, und welche im Symbol des Kreuzes aus einer archtypischen Tiefe zu kommen schien, seltsam geschützt. Wichtig war mir, daß die Patientin ihre eigene Spaltung symbolisch darstellen konnte. Zwar sagte sie selber nichts über die vielen kleinen, menschlichen Figuren, die, zunächst vom Ungeheuer verdeckt, sich teilweise zu mir flüchteten; aber sie akzeptierte meine Deutung, daß diese Gestalten Teile, Symbole ihrer sich noch nicht als Einheit verstehenden Person waren. Ich freute mich über den Lichtstrahl, der wie eine Lanze von mir den Feind zu vernichten schien.

Zweite Stufe: Das Symbol der Symetrie.

Nach dem ersten Jahr der Psychotherapie malte die Patientin ein Bild, das sie als mein Abbild bezeichnete, und wo schon beim ersten Blick zu sehen ist, daß sie ihre eigene Spaltung auf den gespaltenen Therapeuten projizierte.

So, wie sie sich gespalten zwischen einem guten und einem bösen Teil erlebte, so sah sie den Therapeuten ähnlich gespalten zwischen einem guten, roten, und einem bösen, schwarzen Mann. Wäre das Bild nur eine Projektion, so würde es zu der Kategorie der bereits gezeigten Bilder gehören. Ich habe ihre Projektion als eine Wahrnehmung meines inneren Zustandes erlebt. Zu jener Zeit fühlte ich mich geteilt in eine Hälfte, die stark zu der Patientin stand, und in eine andere Hälfte, welche die mir gerade infolge meiner starken Gegenübertragung zu nahe gekommene Psychose bewußt refüsierte. Mir kamen damals die Worte von MASUD KHAN in den Sinn, daß Gefühle der Ablehnung nicht zerstörerisch sind, wenn sie dem Therapeuten bewußt werden. Verbal werden sie dem Patienten niemals mitgeteilt, aber sein Unbewußtes nimmt sie wahr.

Gewiss, im psychoanalytischen Sinne wäre es korrekter zu sagen, daß eine ambivalente Gegenübertragung noch keine Spaltung bedeutet - auch wenn sie im Erleben verwirrend sein kann. Allein, der psychotische Patient ist wie ein Kind, welches, wie MELANIE KLEIN und SULLIVAN sagen, noch nicht erkennen kann, daß die gute, befriedigende Mutter und die „böse“ versagende Mutter ein und derselbe Mensch sind. Die allmähliche Erkenntnis, daß beide Hälften zum selben Menschen gehören, führt zur „depressiven Entwicklungsphase“, wo das Erleben aufdämmert, daß alles im Leben zwei Seiten hat und daß es also in der Welt kein ideales Objekt gibt.

Ist nun das dritte Gesicht des Therapeuten, das die Patientin „den neutralen Therapeuten“ nannte, nicht bereits eine Ankündigung der deprimierenden, aber nicht mehr psychotischen Realität? Und somit eine erste Möglichkeit, die „Grauzone in sich“ zu akzeptieren? Die Patientin hätte solche Gedanken nicht haben und nicht verstehen können, aber sie hatte sie indirekt durch das Symbol!

Dritte Stufe: Beginnende Integration.

Die zunehmende Integration der Patientin zeigte sich in der Folge auf zwei Ebenen. Die eine möchte ich als die Geburt des ästhetischen Symbolen bezeichnen. Sie malte z.B. Ihre eigene intrapsychische Fragmentierung und sie verglich ihr Bild in einer Zerrissenheit mit dem berühmten Gemälde von Picasso, „Der Krieg“.

Das bedeutete mir vor allem, daß ihr eigenes Ich in der Betrachtung seiner Fragmentierung, die es sonst auflöste, sich selber rekonstruierte, weil es sozusagen als betrachtende Einheit hinter der eigenen Spaltung stand, diese nämlich als ästhetisches Symbol erlebte. Welcher Fortschritt durch die imaginative Therapie!

Die zweite Ebene des Fortschrittes war aber die zunehmende Fähigkeit der Patientin, ihre Spaltung als „lebensgeschichtliche Gespaltenheit“ zu verstehen. Kurz voraussetzen möchte ich die Überlegung, daß „Spaltung“ ein Ichzustand ist, welcher u.U. auch einen biologischen Grund haben könnte, währenddem „lebensgeschichtliche Gespaltenheit“ eine Situation ist, die uns zeigt, wie Spaltung aus der Lebensgeschichte heraus entsteht. Hier möchte ich ein Wort über die lebensgeschichtliche Entstehung dieser chronischen Psychose sagen. Sie war auf der Hochzeitsreise entstanden und schien zunächst eine vorübergehende psychoreaktive Angelegenheit. Die Patientin erwachte oft schweißgebadet aus dem Schlaf, in der Angst, sie könnte unbewußt ihrem Mann, den sie doch liebte, ein Weh antun, ohne es zu merken. Die tiefenpsychologische Wahrheit lag darin, daß diese Frau in ihrer Unfähigkeit, sich mit ihrer negativ erlebten Mutter zu identifizieren, sich in der Tiefe nicht als Frau erlebte. Freilich hätte diese Insuffizienz nicht gereicht, eine Psychose auszulösen, wenn es dahinter nicht eine schwere prägenitale Verunsicherung gegeben hätte. Aber gerade die jetzige Möglichkeit, die psychotische Situation der Spaltung auf der lebensgeschichtlich höher gelegenen genitalen Ebene zu verarbeiten, schien mir ein Fortschritt zu sein. In einem Bild von ihr ist die Spaltung sichtbar: Auf der einen Seite - ich zitiere die Patientin - „den erigierten Penis eines sexuellen Ungeheuers“ - auf der anderen Seite einen erschrockenen Engel, jenes Ideal-Ich, das sie nicht sein konnte. Das männliche sexuelle Ungeheuer war auf der einen Seite der von ihr dissoziierte, abgespaltene archetypische Mann, welcher, wie alles Abgespaltene, sie bedrohte, auf der anderen Seite war es sie selber, die in dieser Zeit mehrmals davon träumte, ein Mann zu sein.

In einer Neurosenbehandlung hätte man das alles deuten müssen. Hier genügte es, den Grundkonflikt in der Übertragung zu verarbeiten: der Therapeut war auf der einen Seite der Engel, auf der anderen Seite der sexuelle Versucher.

Es gehört zur Psychotherapie der Psychosen, daß die Projektionen des Patienten unser Unbewußtes so affizieren, daß wir ihnen einerseits einen „dualen Realitätscharakter“ verleihen, andererseits sie durch unsere Antworten verwandeln. Wenn wir unbeteiligt außerhalb der „verrückten“ Projektionen verharren, bleiben wir vom Patienten abgespalten. Wenn wir umgekehrt ihnen verfallen, sind wir mit dem Patienten fusioniert (Folie à deux). Die „temperierte Appersonierung“ - wenn ich mich so ausdrücken kann, indem ich den Terminus eines psychopathologischen Symptoms in einen psychotherapeutischen Begriff umwandle, bedeutet, daß wir uns in der Welt des Patienten so bewegen, daß deren phantasmatische Gestalten aus dem Autismus heraustreten und sich an uns fortentwickeln, ohne das sie unsere Imagines werden. Wir sind zutiefst bei dem Patienten, aber getrennt von ihm. Solche Paradoxien - ich habe sie anderswo die paradoxe Gegenübertragung genannt - sind unser physiologisches, korrigierendes Spiegelbild der pathologischen Spaltung.

die Entsprechung im Anderssein bestand hier in meiner Bereitschaft, sowohl in der Phantasie der Patientin der Engel zu sein, wie auch in voller Gelassenheit, sozusagen aus der psychotherapeutischen Ferne, sexuelle Impulse der Patientin mir gegenüber in mir wahrzunehmen. Und als sie sich vom Ungeheuer bedroht fühlte und mir sagte, daß alle meine Worte, unabhängig von ihrem Inhalt, sie töten, fragte ich mich, ob eventuell aggressive Impulse in meinem Unbewußten sein könnten. Das alles wird freilich nie mit Worten mitgeteilt, aber vom Unbewußten des Patienten mit Befriedigung wahrgenommen. Die Befriedigung entsteht aus dem unbewußten Gefühl einer tiefenpsychologischen Entsprechung, welche mitten in einer klaren Abgrenzung aus dem Autismus befreit und so das getrennte Selbst des Kranken schützt. Es ist als ob sich der Patient in unserer Gegenübertragung rekonponieren würde.

Vierte Stufe: Die Symbolbildung.

Ich möchte nun das Gesagte vom Gesichtspunkt der symbolbildenden Verschränkung zwischen Symbiose und Trennung weiterführen. Symbiotisches und separates Selbst sind in der Psychose voneinander gespalten, wie ich das in meiner theoretischen Einführung darlegte. Wie kann hier ein integriertes Symbol entstehen? Um die Antwort kurz vorauszunehmen, würde ich sagen: einerseits dadurch, daß das Trennungsgefühl des Patienten, welches sonst zum Autismus führt, innerhalb der Dualität dosiert verarbeitet wird, andererseits dadurch, daß die psychopathologische Symbiose in eine therapeutische umgewandelt wird. Eine „Therapeutische Symbiose“ ist frei von symbiotischen oder narzißtischen Bedürfnissen des Therapeuten und ist bei aller Erfüllung auf die eigene Überwindung offen, ja bereitet den eigenen Untergang vor.

Die pathologische Symbiose der Patientin wurde in Symbolen ausgedrückt und so verarbeitet. Die Patientin malte zum Beispiel eine Mutter, die wie eine Hexe durch eine Nasen-anastomose mit der Tochter verbunden war, also den gleichen Kreislauf hatte. Die prägenitale Symbiose wurde später zu einer Symbiose mit der ganzen Welt.

In einem Bild lag die Patientin in einem Sarg aus Eis; sie war offenbar tot, aber sie wurde wie tote Schizophrene, von der Welt symbiotisch kontaminiert, telepathisch von den umstehenden Menschen durch farbige Ausstrahlungen beeinflusst. Freilich gehörte auch der Therapeut zu den sie beeinflussenden und sie selbstentfremdenden Menschen; immerhin war sein Farbband „rot“, lebendig, wie die Patientin kommentierte. Auch die Ehe der Patientin hatte symbiotische Züge. In einem Bild stellt sie die Symbiose mit dem Ehemann dar. Kein Wunder, daß das symbiotische Bedürfnis nun auch auf die therapeutische Beziehung übertragen wird.

In der Neurosentherapie ist die Analyse der Übertragung, also die Konfrontation, notwendig. In der Psychosentherapie, angesichts dessen, was wir über die Spaltung zwischen symbiotischem Selbst und separatem Selbst

sagten, ist es wichtig, daß eine eben „therapeutische Symbiose“ entsteht, welche das separate Selbst nicht fragmentiert und deshalb vom Patienten akzeptiert wird. Die nicht akzeptierte, aber dennoch übermächtige Symbiose führt sonst zum autistischen Rückzug des Ichs und zur abgespaltenen Darstellung der symbiotischen Inhalte in Wahnideen und Halluzinationen. In der therapeutischen Symbiose wächst das Selbst-Symbol.

Fünfte Stufe: Die imaginative Verwandlung der therapeutischen Symbiose in die intrapsychische Integration.

Wenn die therapeutische Symbiose das individuierte Selbst des Patienten nicht bedroht und fragmentiert, kann ihre Energie die Kohäsion des Selbst fördern, die Integration der guten und bösen intrapsychischen Objekte bewirken. Hand in Hand wie sich eine Integration zwischen Innenwelt und Außenwelt vollzieht, nimmt auch die Kohärenz der Innenwelt zu.

Dieser Prozess kann aber vor allem auf imaginativer Ebene vor sich gehen, erst in der Imago entwickelt das Selbst das Selbstsymbol. Das fand bei unserer Patientin statt in einer eigentümlichen Darstellung der Dreifaltigkeit: Maria, Jesus und Barabbas.

In Barabbas konnten wir unschwer den bösen Anteil der Patientin, der uns früher entweder als teuflisches Kind erschien, oder in der Spaltung als ein Ungeheuer, währenddem Jesus der früheren Darstellung des Engels entsprach. Dreifaltigkeit bedeutete nun - hier als Selbstdeutung der Patientin - daß Barabbas, welcher in der Passionsgeschichte nur um den Preis von Jesus befreit wurde, nun im Symbol dieselbe Mutter wie Jesus hat, Maria. Eine beeindruckende Phantasie der Integration!

Sechste Stufe: Die Erfahrung der Trennung.

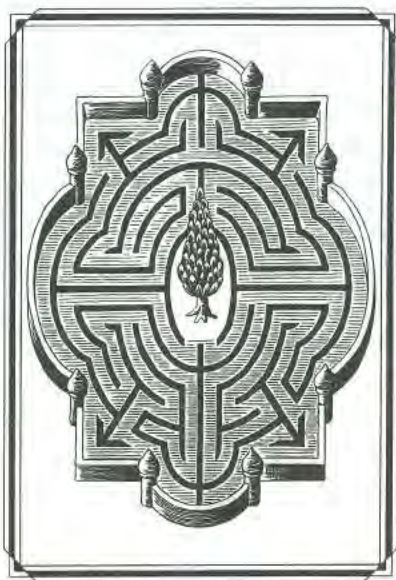
Auf der klinischen Ebene wurde die Heilung als ein Abschied von der Psychose dargestellt, die gleichzeitig auch Trennung vom Therapeuten ist. Das Wort „Abschied von der Psychose“ wurde von der Patientin selber gewählt. In einem Bild trat die Patientin in einen langen Tunnel, dessen Ende sich lichtvoll öffnete. Sie stand gleichzeitig sowohl am Anfang, wie am Ende des Tunnels, sie faßte ihre psychotische Reise zusammen und trat in eine freie Welt hinaus. Eine zehnjährige Katamnese bestätigt die ohne Medikamente erreichte Heilung.

Ich komme abschließend zurück zum Titel meines Vortrages: Symbol und Schizophrenie. Vor 40 Jahren hatte ich die Freude und die Ehre, MARGUERITE SECHEHAYE zu meiner Lehrmeisterin zu zählen und ihre „Réalisation symbolique“ als einen Meilenstein in der Behandlung der Psychosen zu erleben. Wenn ich heute der großen Anregungen gedenke, die sie mir damals gab, so möchte ich aber auch den großen Unterschied zu den Fortschritten meiner Untersuchungen erwähnen. Marguerite Sechehaye glaubte, daß das Symbol lediglich gewisse, in der Lebensgeschichte unerfüllt

gebliebene Triebwünsche der Patienten aktualisieren und erfüllen könne. Unvergeßlich ist das Symbol des Apfels und der Ernährung ihrer Patientin Renée an der Mutterbrust geblieben. Die Ernährung, die Erfüllung des Triebwunsches, war in der Theorie das Wesentliche, das Symbol war nur das Instrument. In meiner Theorie und in meiner Erfahrung ist das Symbol, unabhängig von seinen unendlich variierenden Inhalten, das Wesentliche an sich. Es strukturiert die Seele, sowie umgekehrt sein Zerfall zu einer Desorganisation des Ichs führt, selbst wenn die elementaren Triebbedürfnisse befriedigt werden konnten. Die Wiedereinführung des Symbols in die sich sonst mit der Welt verwechselnde Seele des psychotischen Menschen ist das Entscheidende. Sie beinhaltet aber die Erfahrung der Dualität, die in meiner Sicht die Erfüllung des Urtriebes ist: Mensch zu werden in der positivierenden Beziehung. - Dies geschah übrigens ohne meine Theorie auch in der Therapie von Renée.- Schließlich müssen wir in aller Bescheidenheit sagen, daß alle unsere Theorien Hilfsmittel sind, und daß die Patienten selber uns helfen, wenn sie an uns gesund werden.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. G. Benedetti
Inzlingerstraße 291
CH- 4125 Riehen



Der geheilte Wahn

Als der König Amirnuhe Samani starb, nutzten die Gelehrten die Gelegenheit, gegen den ihnen lästigen Avicena zu intrigieren. So blieb Avicena nichts anderes übrig, als die Stadt Gorgan zu verlassen und nach Rey, das zu der Ailamin-Dynastie gehörte, zu ziehen. Rey stand unter der Herrschaft des Königs Madzdeldowleh. Der Herrscher litt unter einer schweren Melancholie und Magersucht. Avicena konnte ihm durch eine recht eigenwillige Methode helfen. Der altpersische Dichter Nizami beschreibt diese Heilung folgendermaßen:

Der Herrscher glaubte, er sei eine Kuh, und hatte völlig vergessen, daß er ein Mensch war. Deshalb brüllte er wie ein Rind und flehte: „Kommt, nehmt mich mit, schlachtet mich und macht von meinem Fleisch Gebrauch.“ Er aß nichts und schickte alle ihm gereichten Speisen zurück: „Warum führt ihr mich nicht auf die grüne Wiese, daß ich dort das fressen kann, was einer Kuh zukommt?“ Da er nicht mehr aß, nahm er ständig ab und war schließlich nur noch ein Gerippe. Weil alle Methoden und Medikamente nichts halfen, holte man Avicena zu Rat. Dieser ließ dem König mitteilen, ein Metzger käme, um ihn zu schlachten, sein Fleisch zu teilen und es den Menschen zum Mahl zu geben. Als der Kranke das erfuhr, war er über alle Maßen glücklich und wartete mit Sehnsucht auf seinen Tod. An dem vereinbarten Tag trat Avicena vor den König. Er schwang das Schlachtermesser und schrie mit fürchterlicher Stimme: „Wo ist die Kuh, damit ich sie endlich schlachten kann?“ Der König gab ein verzücktes Muhen von sich, damit der Metzger wisse, wo das Opfer sei. Avicena befahl laut: „Bringt das Schlachtvieh her, fesselt es, damit ich ihm den Kopf vom Rumpf trennen kann.“ Doch bevor er zuschlug, prüfte er, wie Metzger es gewöhnlich tun, die Lenden und den Bauch des Schlachtopfers auf Fleisch und Fett und rief laut aus: „Nein, nein, diese Kuh ist noch nicht reif zum Schlachten. Sie ist sehr mager. Nehmt sie mit und gebt ihr zu fressen. Wenn sie das richtige Gewicht hat, komme ich später, um sie zu schlachten.“ Der Kranke aß in seiner Hoffnung, bald geschlachtet zu werden, jede Speise, die man ihm brachte. Er nahm zu, sein Befinden besserte sich zusehens, und er genas unter der Pflege Avicenas.

Aus: Psychosomatik und positive Psychotherapie, S. 119
Springer-Verlag

Techniques and Applications in Possibilities of Neurolinguistic Programming - Positive Psychotherapy

Dr. med. H. Kuleva

The positive psychotherapy (PPT) method began to develop in Russia relatively recently. Russian therapists, having a rather wide background in areas of different therapeutic techniques, have recognized this method as a universal approach permitting an efficient use of the complete techniques set they possess. We would like to describe one of such cases of successful combination of different techniques based on the positive approach.

A patient appealed for our help. She was 25 years old, a widow, she had a daughter who was 3 ½ years old. The patient has complained that in moments of extreme excitement she herself began to tear her hair and experienced pleasure during this process as her neuro-psychic tension was falling down.

She explained that at the age of 2 ½ years she had lost both parents. According to her grandmother's stories, who actually had fostered both her and her older sister, as her father heard from his neighbors that his wife was unfaithful to him during his business trips, began to drink and, in a drunken state shot the patient's mother. At the moment of the mother's murder the patient was on her hands, so she clearly remembers the sound of the shot, how they together with her mother fell on the floor in the pool of blood. One year after her mother's death the father of the patient committed suicide in prison. At the age of 3, the patient began for the first time to tear her hair. After graduating from the secondary school she went to Saint-Petersburg, where she got married. During her fiancée's army service, the patient betrayed him as well, and her husband's friend let him know about it just before the wedding. Nevertheless, they got married, but there were constant quarrels in this young family. The patient's husband, an Armenian, believed that his bride has shamed him forever, began drinking and with revenge in mind he started to live in a very free way of life. As a result, he was condemned to prison and, soon after liberation, was killed in a fight in which he was drunk. Our patient considers herself guilty in her husband's death, explaining this by the following way: „I thought that I didn't need this man so he died". The symptom, that has arisen, as we said before, at the age

of three, was now at the strongest stage in her life. The most serious deterioration was noted in the ages from 3 to 5 years, then during the pregnancy, and then again after her husband's death.

During the stage of observance and withdrawal, we have revealed that the patient was in a permanent state of an internal dialogue: „Would I be doing the right thing if I take these steps such in my life?“ Preoccupied by this dialogue, the patient took no steps at all, and all her accumulated internal forces were actualized via the symptom. Thus, the symptom has actually substituted all those areas of life, where she had to take some independent actions. The patient felt much better when someone else made the decision for her. As a rule, these decisions did not match her own interests and she began therefore to doubt whether to listen to this person or not and as a consequence, a neuropsychic tension began to appear. However, the patient noted as a positive side of the disease, that such an ailment allowed her to live in peace with others and actually exclude any opportunity to sharpen the relationships. Another positive moment was the pleasure she experienced while taking out the tension in such a manner.

In the stage of inventory we found, that our patient spent most of her time taking care of her child and questioned whether she was doing the right thing or not. She remembers that she was always afraid to attract attention. When she wrote control works at school, she deliberately made mistakes in order not to get the highest mark. She really did not want people around her to talk to her like she was an orphan. Her grandmother constantly reminded her that it was necessary to obey others for she was an orphan and there was nobody there to protect her. Our patient learned to be very docile, polite and caring for other girls. She also had a good internal attitude and was always able to compare her state with things that were happening around her. But even when her life and her state of being was in strong discord, our patient did not dare to change her environment since she was afraid to attract attention. However being an optimistic person, she believes in having a lucky star. Her unfaithfulness to her fiancée was difficult for her to endure and she accused herself of all their sins and finally of her indecisiveness she could not resist the circumstances. Nevertheless because of her bad relationship with her husband, she has had no other sexual relationships (even after his death) with the belief that only man should be in a Woman's life. Therefore we may say that such features as obedience, politeness and loyalty of our patient were contradictory to her sense of

harmony, but the feeling of internal harmony and her optimism helped her to survive in this critical period of her life.

While analyzing the internal conflict, we dwelled on the fact that our patient was brought up and educated with her sister be their grandmother and therefore has had no positive experience to form an inmate relationships to a man. As a conclusion, we discussed a well-known Oriental expression: „A strong tree under the wind gust breaks immediately, the weak one - bends but grows“.

In the stage of the situation support our client notes that her obedience and dependence may have helped her to relate to other people and to learn to take independent steps in her life so that she could feel the ground under her feet. Her Ego, usually inclined to analyze her experiences, may become the expert for evaluating those external events that she can face.

After our patient felt that she possessed certain resources to be successful, we have referred to an issue that might be considered as a primary psychological injury. For this purpose we used a technique of directed trans. Our client began to travel back in time. She remembered how she had made intentional mistakes in her control works, how she had tried to obeyed everybody so that she would not be noticed; finally, she saw herself laughing at her mother's funeral. When asked what was the reason for laughing, she replied that her mother's death seemed crazy to her, that people could not go away from the life in such a way. Then we asked her: „How would you like to make it happen?“ She answered: „It would be easier to know that they died in an machine catastrophe.“ (We would like you to notice a typically childlike expression „a machine catastrophe“ instead of normal „car accident“). On this stage we found reason to use the NLP techniques. Our patient was asked to imagine herself watching a movie about her mother's death, and a special attention has been paid to decrease her emotional involvement in the plot, during all the movie she had to stay on the spectator's place. During the fulfillment of this task the therapist was anchoring her (by placing his hand on the patient's right knee) to help her during her emotional state. Then we asked her to put the box with the film away. The therapist asked the patient to watch and to assess another movie. „Imagine again your mother. She lives in a small town, she has a husband and two daughters. She loves her family, she is very young and beautiful. Many men like her and she is pleased by their attention. One

day her husband goes on a business trip, yielding to the persuasion of one of her many admirers, she betrays her husband. She strongly repents this action and decides to keep it a secret. Her friend soon goes abroad and will never appear in this town. (The situation of mother's unfaithfulness was quite identical to that of the daughter's.) However, the town they live in is too small and everybody knows everything. When your father returns from his business trip, one of your neighbors tells him about what has happened. Your mother denies nothing and asks him to forgive her. Your father cannot forgive the betrayal, but he cannot leave the family, because he loves her wife. To forget he begins to drink. One day, when drinking more than usual, he seems to find the solution. He comes home, takes the gun from the wall and directs it on your mother who is holding you by the hand at this moment. Your mother drops to her knees and says something to your father. After that he drops the gun, raises her from her knees, puts you on your bed, picks your mother up and takes her into another room. They both return smiling and say that they have decided to fly away to rest on the beach. You, your sister, and your Granny see them off at the airport, watching them go up the gangway to the plane. You watch the plane take off, flying higher and higher, gradually turning into a point in the blue sky. One day your grandmother receives a cable that says that your Mom and Dad died in the plane crash. You see yourself crying at their funeral".

Our patient said: „This movie suits me. It was very difficult to understand what my mother has had to say to make my father drop his gun". She must of said: „I am to blame and you may kill me if you wish." After this our patient was offered to watch the second movie once more but this time she should take part in the movie, as if she was living two lives - her own and the mother's. In the process of the fulfilling this task our patient was also anchored (the therapist placed his hand on her left knee). Then she was asked to watch again the first movie with simultaneous use of both anchors, thus combining a positive and negative experience and in order to neutral real negative and invented positive ones. (The therapist kept his hands simultaneously on the right and left knee of the patient). A contrived version of the plot, in spite of her parents' death, is considered to be the positive experience. We can restate this death and to find it in a certain grain of humanity. Our client is ready to accept the death of her parents but for her it is very important that their departure conformed to the ethics of human relations. At the end she said „It doesn't matter what in history is real and what is contrived, but I recognized now that my

parents had a right to live and to die as they could and wanted to. I have nothing to reproach them and now I may live as I want to".

After completion of these tasks our client mentioned that she wants to live independently and that she will leave her husband's parents. She will begin to study to get a profession and to find a work with a better salary. It may take a long time, but there was a long life in front of her where she could obtain many things independently. Now she trusts herself and her forces.

Our case of NLP technique applied at the stage of verbalization stresses once again that the positive approach may normally include different psychotherapeutic techniques, thus giving them a more defined and harmonious character.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Helen Kuleva
The Cupthcino* District Center
for Diagnostics and Treatment
Saint-Petersburg, Russia

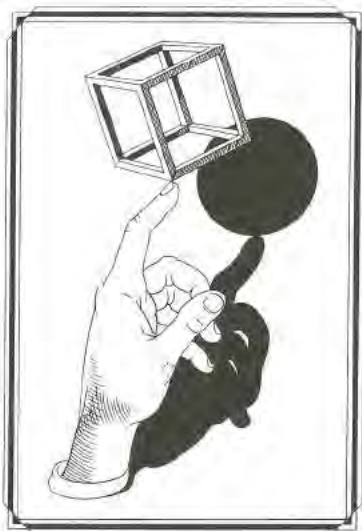
* Cupthino - one of new districts in St.-Petersburg



Die zwei Hälften des Lebens

Ein Mullah, stolzer Besitzer eines Kahns, lud den Schulmeister seines Dorfes zu einer Bootsfahrt auf dem Kaspischen Meer ein. Behaglich räkelte sich der Schulmeister unter dem Sonnendach des Bootes und fragte den Mullah: „Wie wird wohl heute das Wetter werden?“ Der Mullah prüfte den Wind, blickte zur Sonne, runzelte die Stirn und sagte: „Wenn du mir fragst, wir kriegen Sturm.“ Entsetzt rümpfte der Schulmeister die Nase und kritisierte: „Mullah, hast du nie Grammatik gelernt? Das heißt nicht mir, sondern mich.“ Dafür hatte der so Getadelte nur ein Achselzucken übrig: „Was kümmert mir die Grammatik?“ Der Schulmeister war verzweifelt: „Du kannst keine Grammatik. Damit ist die Hälfte deines Lebens vergeudet.“ Wie es der Mullah vorausgesagt hatte, zogen am Horizont dunkle Wolken auf, ein starker Sturm peitschte die Wogen und das Boot schwankte wie eine Nußschale. Die Wellen ergossen riesige Wassermengen über das kleine Schiff. Da fragte der Mullah den Schulmeister: „Hast du jemals in diesem Leben Schwimmen gelernt?“ Der Schulmeister antwortete: „Nein, warum sollte ich den Schwimmen lernen?“ Breit grinsend gab ihm der Mullah zur Antwort: „Damit ist jetzt dein ganzes Leben vergeudet, denn unser Boot ist gerade dabei zu sinken.“

Aus: Der Kaufmann und der Papagei, S. 129,
Fischer Taschenbuch Verlag



Das Burnout - Syndrom im Kontext der Positiven Psychotherapie

Dipl.-Päd. und Familientherapeut G. Hübner

1. Einleitung

In dieser vorliegenden Arbeit soll das Burnout-Syndrom im Kontext der Positiven Psychotherapie erklärt und ein Verständniszugang ermöglicht werden. Die Positive Psychotherapie verfügt über ein Modell der Konfliktverarbeitung, welches sich methodisch auf die Bearbeitung der Burnout-Problematik übertragen läßt. Da Burnout ein multikausaler Prozeß ist, ist es nur durch ein interdisziplinäres Methodenverständnis zu bewältigen. Nach der Bestimmung von Burnout, soll die theoretische Bezugnahme auf die Positive Psychotherapie erläutert werden, da sich daraus der Behandlungsplan ableitet. Abschließend werden Grundgedanken in Form von positiver Umdeutung in Kurzform dargestellt, die in dem Kapitel 2. "Ätiologie von Burn-out aus der Sicht der Positiven Psychotherapie in Form von praktischen Arbeitsschritten angedeutet wurden. In dieser Arbeit verwende ich den Begriff "Helfer" und "Klient", da diese Burnoutbestimmung sich in erster Linie auf die Berufe bezieht, in denen Fachkräfte als professionelle Helfer den Hilfesuchenden helfend begegnen und in einer Helfer-Klient-Beziehung emotionales Übertragungspotential mobilisieren.

1.1. Zur Problematik der Bestimmung von Burnout

Der Psychoanalytiker Freudenberg¹ gilt als Initiator der Burnout- Diskussion. 1974 beschrieb er mit diesem Begriff den psychischen und physischen Abbau der meist ehrenamtlichen Mitarbeiter aus alternativen Hilfsorganisationen ("Free Clinics"), die er als Berater kennenlernte. Freudenberg fiel auf, wie die Helfer aus anfänglich hochgradig motivierten Idealisten zu erschöpften, deprimierten und teilweise reizbaren Zynikern wurden, die mit immer mehr Arbeit immer weniger zustande brachten und ihrem Klientel zunehmend gleichgültiger und abweisender gegenüberstanden. Er beobachtete, daß die besonders Engagierten, die grenzenlos zu geben bereit waren und dann geliebt werden wollten, ihrem Engagement zum Opfer fielen und es bei ihnen in enttäuschte und aggressive Emotionalität umschlug, die sich gegen sie selbst und gegen das Klientel richtete. Er beschrieb diese Phasen als typische depressive Zustände, die von somatischem

¹Herbert Freudenberg. "Staff burn-out". In *Journal of Social Issues*, (1974), 30 (1), 159-165.

Krankheitswert und seelischen Einbrüchen wie Erschöpfung, Müdigkeit und Pessimismus begleitet waren. Seit dieser ersten Definition und der ersten veröffentlichten empirischen Untersuchung von Maslach² (Maslach Burnout Inventory - MBI), gibt es ein ständig größer werdendes Interesse sowohl in der Wissenschaft als auch von Fachkräften in helfenden Berufen, sich mit der Thematik Burnout zu befassen. Dabei hat wohl die intuitive Verständlichkeit des Begriffes von Burnout die Popularität schnell gefördert, auch wenn dabei auf eine allgemein gültige Definition nicht zurückgegriffen werden kann. Burnout ist ein vielschichtiger Begriff, der unmittelbar einleuchtende Bildhaftigkeit mit intuitiver Verständlichkeit verknüpft, dabei aber weiter in der Begrifflichkeit unscharf bleibt. Mittlerweile gibt es auch kritische Reaktionen, die ...die Verwendung des Begriffs Burnout als Modeerscheinung oder als abschreckendes Beispiel einer Pop-Psychologie mit bloßem Oberflächenglanz und ohne Substanz ansehen oder seine spontane Verständlichkeit als Gefahr betrachten.³

Wagner⁴ beklagt, daß sich Burnout-Autoren schwer damit tun, den Begriff einigermaßen eindeutig zu definieren und ihn von bereits existierenden psychologischen, soziologischen und medizinischen Begriffen und Modellen wie "erlernter Hilflosigkeit", "Entfremdung" und "Depression" abzugrenzen:

1.2. Zum Erscheinungsbild des Burnout-Syndroms in helfenden Berufen

Die Ausgangssituation derer, die in einem helfenden Beruf tätig sind, läßt sich wie folgt beschreiben: Man hat sich für eine Profession entschieden, die die eigene Arbeitskraft Hilfsbedürftigen zur Verfügung stellt. Die Arbeit mit Menschen scheint eine sinnvolle, nicht 'entfremdete' Tätigkeit zu sein, für viele ein wichtiger Grund, den Helferberuf zu wählen. Um seiner Berufsauffassung gerecht zu werden, geht der Helfer oft einseitig auf die Gefühlswelt des Hilfesuchenden ein und muß dafür ständig emotionale Energie mobilisieren. Das Berufsrisiko des Helfers besteht darin, sich emotional zu verausgaben. Die Lawine von Gefühlen, die in der 'Helfer-Klient-Beziehung' kommuniziert werden, können als eine emotionale Streßsituation gedeutet werden.

Die Belastungen, denen Personen in helfenden Berufen ausgesetzt sind, wurden in der 70er Jahren vor allem in den USA verstärkt thematisiert. Burnout wurde als besonderes Leiden der Helfer verstanden, das zu einer

²C. Maslach. "Burned-out". *Human Behavior*, 1976, 5 (9).

³D. Enzmann und D. Kleiber. *Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen*. (Heidelberg: Asanger, 1989), S. 19.

⁴Peter Wagner. *Ausgebrannt. Zum Burnout-Syndrom in helfenden Berufen*. (Bielefeld: Karin Böllert KT-Verlag, 1993), S. 11.

Summe von somatischen und psychischen Störungen führen kann. Die auffälligsten Symptome zeigen sich in den von Freudenberg beschrieben Phänomenen, die am Anfang dieser Arbeit bereits skizziert wurden: Neben Zynismus und Resignation treten depressive Zustände und emotionale Erschöpfung auf.

Maslach & Jackson definieren Burnout

... als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit, das bei Individuen, die in irgendeiner Weise mit Menschen arbeiten, auftreten kann.⁵

Einige Autoren stellen besonders heraus, daß unrealistische oder unangemessene Erwartungen an den Beruf die Entstehung von Burnout fördern können. Nach Enzmann und Kleiber (1989) sind es für Cherniss vor allem fünf Erwartungen, die entsprechende Folgen haben können:

1. Berufszulassung bedeutet Kompetenz und unweigerlich Erfolg; 2. der berufliche Status garantiert persönliche Autonomie und Kontrolle; 3. Klienten sind kooperativ und dankbar; 4. die Arbeit an sich ist interessant, bedeutsam und stimulierend; 5. Mitarbeiter unterstützen einen und sind kollegial. Diese Ebene tragen auf drei Wegen zu Burnout bei: 1. der Helfer hat unrealistische Erwartungen und Ziele; 2. die Klienten und die Öffentlichkeit haben unrealistische Erwartungen; 3. es herrscht keine Sensibilität für die Qualität des Arbeitslebens des Personals.⁶

Cherniss⁷ stellt die Behauptung auf, daß eine fehlende Aufarbeitung dieser idealisierten Vorstellungen eine Hauptursache für die Unzufriedenheit in helfenden Berufen sei.

Fisher⁸ will Burnout als ein "worn-out" verstehen. Aus psychoanalytischer Perspektive geht er davon aus, daß es dem an Burnout Leidenden in seiner Entwicklung nicht gelungen sei, seine narzißtischen Größenwahnvorstellungen zu kontrollieren. Differentialdiagnostisch unterscheidet er Burnout versus "worn out" am Beispiel der Selbstachtung.

Diejenigen, die eher ausgebrannt als abgenutzt sind, halten hartnäckig an einem starken Gefühl von Selbstachtung fest. Kurz diejenigen, die sich beklagen, ausgebrannt zu sein, sind in Wirklichkeit worn out, - die echten Burnoutopfer setzen ihre Arbeit in märtyrerhafter Weise fort.⁹

⁵C. Maslach und S.E. Jackson. "Burnout in organizational settings". In S. Osamp (Ed.). *Applied Social Psychology Annual*. (Vol. 5, 1984, p. 134). Beverly Hills, CA: Sage.

⁶D. Enzmann und D. Kleiber.

⁷C. Cherniss. *Staff Burnout. "Job Stress in the Human Services"*. (Beverly Hills. CA: Sage, 1980). p. 156.

⁸H.J. Fisher. "A psychoanalytic view of burnout". In B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions*, (New York: Pergamon; 1983), pp. 40-45.

⁹H.J. Fisher. "A psychoanalytic view of burnout", p. 42.

Schließlich werden, etwa von Cherniss, gesellschaftliche Tendenzen für die Entstehung von Burnout mitverantwortlich gemacht. So sieht Cherniss¹⁰ in dem "Verfall des Gemeinwesens" eine Entwicklung, die zu Veränderungen von Werten und Normen, Einstellungen und Verhaltensweisen führe, die ihrerseits mitverantwortlich für den zunehmenden Arbeitsstreß in helfenden Berufen und damit für die Entstehung von Burnout sei. Cherniss und Krantz¹¹ kritisieren besonders das derzeit vorherrschende wissenschaftlich-technische Paradigma, das zu fragmentierten Arbeitsbereichen führe, die auf Konflikte nur mit fragmentierenden Hilfsangeboten antworten könnten. Gefühle von Entfremdung, Verlust an Engagement und moralischen Richtlinien begleiteten diese Entwicklung. Vor diesem Hintergrund interpretiert Cherniss Burnout als Symptom eines "Verlustes an sozialer Verpflichtung". Dem vorherrschenden wissenschaftlich-technischen Paradigma stellt er das moralisch-religiöse Paradigma gegenüber, das auch der Arbeit des Helfers Sinn verleihen und damit der Entstehung von Burnout vorbeugen könne.

1.3. Zusammenfassung

In der Burnout-Forschung gilt es drei Hauptansätze zu unterscheiden: ein analytisch-individueller, ein institutionell-arbeitsbezogener und ein global-gesellschaftlicher. Allen Ansätzen ist jedoch gemeinsam, daß für sie das Subjekt in einem produktiven "Aneignungs- und Auseinandersetzungs-prozeß" (vgl. Hurrelmann, 1989)¹² mit der Umwelt steht und daß sie davon ausgehen, daß das Subjekt seine eigene Situation bewußt reflektieren und die Ergebnisse dieser Reflexion in die eigenen Handlungsabläufe integrieren möchte. Dies bedeutet, daß Burnout auch als ein 'Bewältigungsproblem' zu verstehen ist, in dem das Subjekt das subjektive Gefühl des Verlusts an Kontrolle über die soziale Umwelt erlebt. In diesem Kontext wird in der Burnout-Literatur darauf hingewiesen, daß eine fehlende Differenzierung gegenüber Streß und der Erschöpfungsreaktion noch aussteht, um Burnout sicherer zu diagnostizieren.

Besonders wichtig wird es in Zukunft auch sein zu klären, welche Maßnahmen besonders effektiv gegen Burnout immunisieren. Man wird sich fragen müssen, ob Selbsthilfegruppen und Supervision helfen und welches Beratungs- oder Therapiekonzept für welche Formen von Burnout besonders

¹⁰C. Cherniss. *Staff Burnout. "Job Streß in the Human Services"*, p. 8.

¹¹C. Cherniss und D.L. Krantz. "The ideological community as an antidote to burnout in the human services". In B.A. Farber (Ed.). *"Stress Hand Burnout in the Human Services Professions"*. (New York: Pergamon. 1983), pp. 212.

¹²Wolf Rosewitz Hurrelmann. *Lebensphase Jugend*. (Weinheim und München: Juventa Verlag, 1989), S. 23.

geeignet ist. Dabei wäre es durchaus auch bedenkenswert, das Burnout-Syndrom nicht allein als krankhaftes Phänomen zu betrachten, sondern es zum Anlaß zu nehmen, um über individuelle, institutionelle und gesellschaftliche Defizite nachzudenken. Das wichtigste Ziel aller dieser Überlegungen muß natürlich sein, unter Berücksichtigung der individuellen, arbeitsbezogenen und gesellschaftlichen Einflußfaktoren Strategien und Konzepte zu entwickeln, mit denen die von Burnout betroffenen Helfer ihre Probleme und Konflikte bewältigen können. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, den Helfern Einsichten in die Konfliktprozesse zu vermitteln, in die sie verwickelt sind. Außerdem müssen sie befähigt werden, regulativ auf die oft heterogenen Problemsituationen einzuwirken, mit denen sie konfrontiert werden. Ziel wäre die 'Selbstorganisation' als eine Fähigkeit, die es dem Helfer ermöglicht, seine Konflikte selbstständig und kompetent zu bewältigen und zu einer befriedigenden Definition seiner beruflichen Identität zu gelangen.

Da für die Entstehung von Burnout weniger beruflicher Streß im allgemeinen, Mangel an Feed-back und an Kooperationsmöglichkeiten, Rollenkonflikte, administrative Zwänge, Hierarchie- und Kompetenzprobleme verantwortlich zu sein scheinen als vielmehr der defensive Umgang mit diesen Problemen (Cherniss, 1980), sind die Einübung aktiver Bewältigungsformen und deren geglückte Adaptierung an die Lebenssituation besonders wichtige Strategien zur Prävention von Burnout. Dabei müßten allerdings auch die vorhandenen intra-psychischen Verarbeitungsmuster des Helfers diagnostiziert und einbezogen werden, da sie entscheidenden Einfluß auf die Problembewältigung nehmen.

2. Zur Ätiologie von Burnout aus der Sicht der Positiven Psychotherapie

Ausgehend vom Ansatz der Positiven Psychotherapie wird im folgenden ein Modell vorgestellt, das die Entstehung von Burnout veranschaulichen soll. Insgesamt sind dabei fünf Stufen oder Phasen zu unterscheiden.

2.1. Phase: Konflikt-Einstiegssituation

In der Konflikt-Einstiegssituation läßt sich ein mißglückter 'Bewältigungsprozeß' beobachten. Der Helfer fühlt sich den Anforderungen, die an ihn gestellt werden, nicht gewachsen. Eigene Bedürfnisse (Motivation - Erwartungen) werden nicht befriedigt; es entsteht ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verlust an Kontrolle, weil keine alternativen Möglichkeiten der

Konfliktverarbeitung in Sicht sind. Nervosität, Reizbarkeit und innere Unruhe nehmen zu. Erste Signale von Ängsten treten auf.

Exkurs: Basisphänomen Angst

Angst spielt eine große Rolle bei der Entstehung psychosomatischer Störungen und kann als ein emotionales Zustandsbild mit dem zentralen Motiv der Gefahrenabwehr und stereotypen körperlichen Begleiterscheinungen beschrieben werden.¹³ Angst ist meistens diffus und kann sich bis zur Panik steigern. Angst kann lähmend, aber auch aktivierend wirken; sie kann als Warnung vor Gefahren fungieren, aber auch einen Aufforderungscharakter besitzen, indem sie das Individuum dazu anregt, sich mit einer Situation auseinanderzusetzen und sie zu bewältigen. Das Annehmen und das Meistern der Angst bedeutet einen Entwicklungsschritt, der nach Riemann¹⁴ mit Reifung verbunden ist. Das Ausweichen vor der Angstsituation und vor der Auseinandersetzung mit ihr kann als Stagnation interpretiert werden, die eine Weiterentwicklung hemmt und unter Umständen regressive Angstschranken wieder aktualisiert.

Im beruflichen Alltag wird der Helfer ständig mit der Anforderung konfrontiert, neue Funktionen zu übernehmen und Erwartungen anderer erfüllen zu müssen. Sich von etwas Vertrautem zu lösen und Unvertrautes zu wagen, löst Angst aus, die bewältigt werden muß. Eine solche Situation kann vom Helfer als Gefahr oder Bedrohung wahrgenommen werden und psychosomatische Symptome auslösen oder die Entwicklung von Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Sucht usw.) verstärken (Stagnationsprozeß); der Helfer kann möglichen Veränderungen und Entwicklungen aber auch positiv gegenüberstehen und das bisher Erreichte als 'Durchgangsstadium' auffassen. Im zweiten Fall würde er den Konflikt mit großer Wahrscheinlichkeit so bewältigen, daß es nicht zu Insuffizienzgefühlen käme, sondern zu dem Gefühl, Konflikte kompetent bewältigen zu können.

Es wäre also wichtig, bereits in der Konflikt-Einstiegssituation die Angstbereitschaft zu reduzieren, indem Mechanismen der Konfliktbewältigung zur Verfügung gestellt werden. Dies würde bedeuten, daß die Kette der Reaktionen, die schließlich zum Burnout-Syndrom führt, bereits im Anfangsstadium unterbrochen werden könnte und dadurch das Risiko für Burnout gemindert wird.

¹³W. Psyhyrembel. *Klinisches Wörterbuch*. (Berlin, New York: De Gruyter, 1989).

¹⁴F. Riemann. *Grundformen der Angst*. 450. Tsd., 1961. (München Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 1992), S. 9.

2.2. Phase: aktive oder passive Konfliktverarbeitungsversuche

Wird die Konflikt-Einstiegssituation nicht bewältigt, setzt die zweite Phase des Prozesses ein, die schließlich zu Burnout führen kann. Der Helfer bemüht sich um eine Konfliktverarbeitung. Dabei kann man eine aktive und eine passive Variante unterscheiden.

2.2.a. Versuche der aktiven Konfliktverarbeitung:

Der Helfer will den Zustand der Überforderung und des Kontrollverlusts in der Konflikt-Einstiegssituation nicht hinnehmen; er wehrt sich und entwickelt aggressive Tendenzen, um die Situation zu kontrollieren. Kann er damit die Situation bewältigen, kommt es langsam zu einer Beruhigung; Nervosität und Reizbarkeit nehmen ab. Ist sein Bewältigungsversuch jedoch erfolglos, nimmt die Aggressivität weiter zu, und es zeigen sich erste Anzeichen von Streßreaktionen und Überforderungsgefühlen, die schließlich in eine resignative Phase mit depressiven Anteilen münden, was wiederum die Zunahme von Ängsten provoziert. Dabei dominiert die Angst vor dem Versagen.

2.2.b. Versuche der passiven Konfliktverarbeitung:

Der Helfer reagiert zurückhaltend und abwartend und zeigt gleichzeitig Tendenzen der Konfliktverneinung. Die mangelnde kommunikative Auseinandersetzung mit dem Konflikt führt zum Gefühl der sozialen Isolation und zu Rückzugstendenzen. Die Entwicklung hin zu einer aggressionsgehemmten depressiven Struktur ist vorgegeben, die mit der Angst vor Verlust der sozialen Akzeptanz imponiert. Die Zunahme an Ängsten verstärkt das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und eine pessimistische Grundhaltung, die wiederum die Phantasie, die zu kreativen Lösungsmöglichkeiten führen könnte, hemmt.

2.3. Phase: Psychosomatische Reaktionen

Die Positive Psychotherapie geht davon aus, daß psychosomatische Symptome erst einsetzen, wenn vorher Ängste, Streß und Depressionen im Rahmen der Konfliktverarbeitung aufgetreten sind. Psychosomatische Reaktionen sind von multiplen Faktoren abhängig, z.B. von der körperlichen Konstitution, dem Körper-Ich-Gefühl und davon, wie mit körperlichen Signalen (Symptomen) umgegangen wird. Im Zusammenhang mit der pathologischen Entwicklung ist differentialdiagnostisch zu beachten, daß Ängste (Phobien) und Depressionen (latente Depressionen) psychosomatische Reaktionen dämpfen können, obwohl der Prozeß psychosomatischer Reaktionen

begonnen hat, d.h., der Betroffene klagt nicht über körperliche Beschwerden; im Mittelpunkt seiner Aufmerksamkeit stehen Ängste, Hoffnungslosigkeit, Streßreaktionen (Aggressionen) und soziale Verlustängste. Somatogene Symptome treten in den Hintergrund, obwohl neurophysiologische und vegetativ-funktionelle Störungen verifiziert werden können.

2.4. Phase: Vermeidungsverhalten, Abwehrstrategien und Konfliktverstärkung durch Risikofaktoren

In der vierten Phase entwickelt sich ein Kreislauf aus Vermeidungsverhalten und Abwehrstrategien, die wiederum die Zunahme von Ängsten, Streß, Depressionen und psychosomatischen Reaktionen begünstigen. In diesem Stadium können konfliktverstärkend bestimmte Risikofaktoren eine Rolle spielen, z.B. Rauchen, Alkohol (Suchtabusus), falsche Ernährung (Überernährung, Unterernährung), Bewegungsmangel (Stoffwechselprobleme, Kreislauftörungen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck usw.). Die Tendenz, den Krankheitszustand als Normalität zu akzeptieren, signalisiert den Verlust eines kontrollierten Zugangs zum eigenen Körper-Ich-Gefühl.

2.5. Phase: Burnout

Das Entstehen von Burnout wäre der "Endpunkt" (Wagner, 1993) eines mißglückten Konfliktbewältigungsprozesses. Jede Form mißglückter Konfliktbewältigungsprozesse wird von einer emotionalen Resonanz begleitet; biologisch-chemische Faktoren wirken über das zentrale Nervensystem (Hormonsystem - Parasympathicus - Sympathicus) auf körperliche und seelische Befindlichkeiten. Das Individuum hat nicht mehr genügend Energie, um sich vom Gefühl der Hilflosigkeit selbständig zu befreien. Die vegetativen Störungen und Schmerzempfindungen sind Zeichen dafür, wie sehr der Körper der narzißtischen Wärme entbehrt. Die Welt wird als unwirtlich, grau, erdrückend, kalt und beängstigend erlebt. Ein Suizid droht, weil das 'Ich' nicht mehr mit Eigenliebe versehen und das 'Über-Ich' nur noch mitleidslosbestrafend erfahren wird. Das hochgespannte 'Ich-Ideal' kann sich gegenüber den scheinbaren äußeren Erwartungshaltungen nicht mehr behaupten; das Gefühl des Versagens mündet in resignative Hoffnungslosigkeit.

3. Die Positive Umdeutung

Kernstück der Positiven Psychotherapie im Kontext der Konflikt-Einstiegssituation ist die positive Umdeutung¹⁵ einer Problematik, eines Konfliktes oder einer Symptomatik. Jeder Mensch verfügt über eine individuelle Konzeption der Wirklichkeit, mit der er sich selbst, andere Menschen und seine Umwelt wahrnimmt und beschreibt. In diese Konzeption fließen die kognitiven und emotionalen Erfahrungen und die Verhaltensmodi des Individuums ein. Das Ziel der Positiven Umdeutung ist, eine Einstellungsänderung gegenüber bestehenden individuellen, familiären, beruflichen und gruppenabhängigen Konzepten zu bewirken, die neue Lösungen für Konflikte ermöglicht. Bezogen auf Burnout und die Symptome in diesem Kontext bietet sich – je nach der speziellen Situation – folgende positive Deutung an:

- Die Person hat die Fähigkeit an Grundüberzeugungen, Leitmotiven und Glaubensgrundsätzen festzuhalten, um anderen Menschen zu helfen, ohne Rücksicht auf die eigene Befindlichkeit.
 - Die Person hat die Fähigkeit, sich für das Leid und die Not anderer Menschen einzusetzen und sie davon befreien zu wollen.
 - Die Person hat die Fähigkeit, sich gegen das an Menschen zugefügte Unrecht einzusetzen, um diesen Menschen zu ihren Rechten zu verhelfen.
- Mit dem Ansprechen der Absicht und der Motivation, sich für andere Menschen helfend einzusetzen, soll der Weg geöffnet werden, um den Burnoutgefährdeten auf seine subtilen Bedürfnisse und Erwartungen aufmerksam zu machen, die sich hinter seiner Handlung -eventuell unbewußt - verbergen, bzw. auf den Hilfesuchenden übertragen werden.

4. Fazit

Das Konzept und Menschenbild der Positiven Psychotherapie konstruiert eine Wirklichkeit und stellt ein Szenarium dar, das veranschaulicht, wie das Burnout-Syndrom entstehen kann und wie es durch die Technik der Transformation (Positive Umdeutung) von Konflikt-Einstiegssituationen zu bewältigten ist. Der Helfer lebt in einem sozialen System, in dem ähnliche Mechanismen wirken wie in anderen sozialen Systemen, z.B. im Beruf und in der privaten Umwelt. Das läßt die Vermutung zu, daß der private Helfer sich gegenüber dem Helfer in einem beratenden Arbeitsfeld unter vergleichbaren Umständen ähnlich verhalten wird. Die Methode der Positiven Psychotherapie, besonders unter der Berücksichtigung des Balancemodells, eignet sich für die Helfer als eine (Selbst-) Erfahrungsform, in der sie über das Einüben von alternativen Kommunikations- und Deutungsmustern zu neuen

¹⁵N. Peseschkian. *Psychosomatik und positive Psychotherapie*, S. 30-31

Lösungsansätzen und zu einer strukturierten Selbsthilfe gelangen können. Schließlich kann der Helfer seine eigene Wirklichkeit als ein Konstrukt erfahren, das er als Virtuose seines eigenen Lebensplans kreativ umzugestalten vermag.

Anschrift des Verfassers:

Gunther Hübner
Dipl.-Pädagoge und Familientherapeut
Poststraße 2, 65719 Hofheim



Roch ein langes Programm

Ein Kaufmann hatte hundertfünfzig Kamele, die seine Stoffe trugen, und vierzig 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. „O 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 Meditation, dem höchsten Ziel meiner Gedanken.“ (Nach Saadi)

Aus: Der Kaufmann und der Papagei, S. 125
Fischer Taschenbuch Nr. 3300

Transkulturelle Forschung - inhaltlich differenziert: Welches sind bevorzugte Fähigkeiten bei depressiven Störungen?

Dr. Dipl.-Psych. K. Velikova

Die Genese depressiver Zustände ist auf eine Vielzahl genetischer, biologischer, persönlicher und sozial-psychologischer Faktoren zurückzuführen. Verschiedene Quellen nehmen unterschiedliche Stellungen zu ihrem jeweiligen Anteil, wobei in der letzten Zeit auch in Bulgarien das Interesse für die psychischen Ursachen größer wird.

Literaturvergleich: Manche Autoren unterstreichen die Rolle bestimmter latenter persönlicher Anschauungen, die das Auftauchen oder das Wiederbeleben der depressiven Episode begünstigen (Beck, 1991). Andere Autoren betonen Begriffe wie „Ich-Schema“ oder „Konstruktion des kognitiven Netzes“ (Segal et. al. 1988, Ross 1989, Ingram 1984, Segal u. Vella 1990). Nach Ahrens (1987) sollte die Depression als Folge des menschlichen Willens oder der persönlichen Einschätzung des eigenen Besitzes betrachtet werden. Es geht dabei um Fähigkeiten, die unterschiedlich mit dem Ich-Konzept und der Persönlichkeit verbunden sind.

Abgesehen davon, daß depressive Reaktionen oft durch Makrotraumen provoziert werden, hängen ihre Eigenart, Dynamik und Rezidivierung in hohem Grade mit den gegebenen kognitiven, emotionalen, Bewegungs- und Urteilstellungen der Persönlichkeit zusammen. Die Gehaltsanalyse dieser Einstellungen wird möglich durch die Erfassung der aktuellen Fähigkeiten, die als Konfliktzonen auftreten. Deviationen in der Bilanz der primären und sekundären Eigenschaften könnten zum Zusammenschrumpfen des Wertehorizontes führen oder Probleme in den sozialen Beziehungen, bzw. psychische Störungen hervorrufen (Peseschkian, 1977).

Die folgende Darstellung beschreibt die Besonderheiten in der Ausprägung der Aktualfähigkeiten, der Konfliktreaktionen und der Vorbilddimensionen bei depressiven Patienten im Vergleich zu einem Normalkollektiv.

Methode

Bei der Untersuchung wurde der WIPPF 2.0 eingesetzt, für die bulgarische Bevölkerung von A. Remmers standardisiert (1996). 67

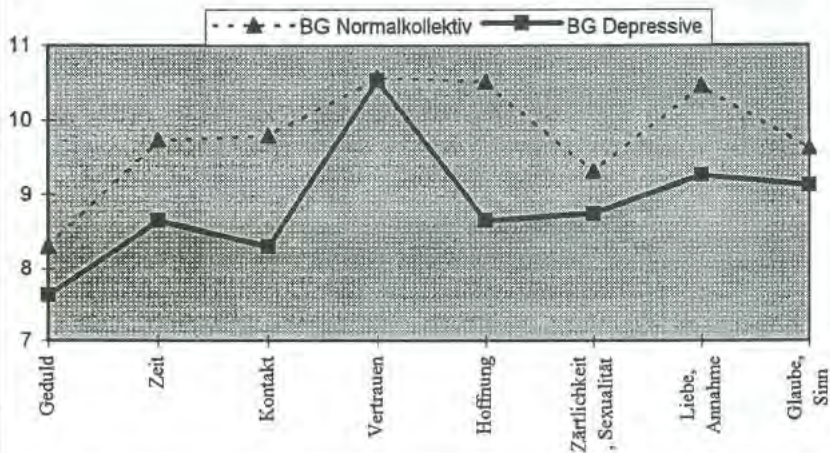
Patienten mit mäßig bis stark ausgeprägter Depression wurden untersucht.

Die Befunde von 43 Patienten wurden statistisch bearbeitet. 22 Patienten hatten eine depressive Episode, nach ICD10 unter F32 klassifiziert, 16 eine Dysthymia, F34.1, und 5 eine rezidivierende depressive Störung entsprechend F33. Die Skala zur depressiven Symptomatik und Grundstörungen von Zimmermann et al. (1986), angepaßt von M. Rascheva (1993) für die bulgarische Population, diente zum Ablesen des Depressionsgrades. Die Befunde wurden mit dem statistischen Programm Statgraphics Version 5.0 und dem *Test von Student* zur Bewertung von Hypothesen („Estimation and Testing“) bewertet unter Gegenüberstellung der Durchschnittswerte des WIPPF 2.0 der Patienten- und der Standardgruppe.

Ergebnisse und Bewertung

Profile der Durchschnittsgrößen untersuchter Merkmale der Patienten- und der Standardgruppe stellen *Abb. 1 und 2* dar.

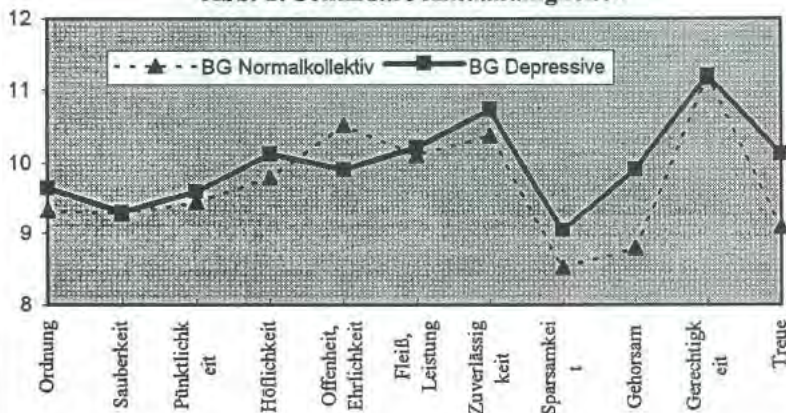
Abb. 1: Primäre Aktualfähigkeiten



Statistisch bedeutsame Unterschiede ergeben sich bei den primären Fähigkeiten; mit Ausnahme des Merkmals Vertrauen sind alle emotionalen Fähigkeiten bei Depressiven geringer bewertet, besonders gilt dies für Hoffnung, Zeit, Kontakt und Liebe/Annahme mit einem $p < 0,0001$. Gleichzeitig sind im Vergleich zur Normalbevölkerung die sekundären Aktualfähigkeiten – die sozialen Normen – hier besonders Gehorsam, Treue ($p < 0,0001$), Zuverlässigkeit und Sparsamkeit beim Depressiven deutlich erhöht, dagegen Offenheit vermindert ($p = 0,01$).

Die primären Aktualfähigkeiten als Ausdruck der menschlichen Grundfähigkeit, Beziehung aufzunehmen, stellen die emotionale Basis der sekundären Fähigkeiten dar (Peseschkian, 1977).

Abb. 2: Sekundäre Aktualfähigkeiten

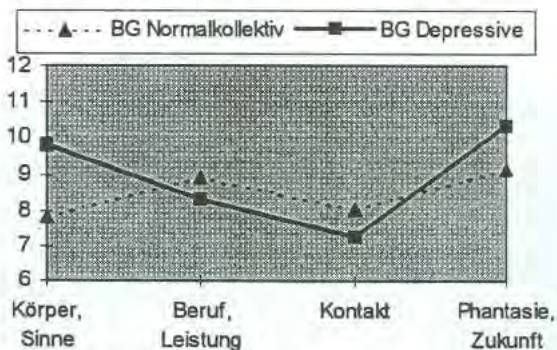


Sekundäre Aktualfähigkeiten spiegeln das Erfolgsgeschehen im gesellschaftlichen Umfeld. Sie sind die Instrumente der Erkenntnisfähigkeit, durch die Bewertungen und Bevorzugungen im Alltag möglich werden. Die beobachtete Neigung zu sekundären auf Kosten primärer Fähigkeiten bei depressiven Patienten führt zur Hypothese, daß eine Dissonanz zwischen beiden Grundfähigkeiten wesentlich für die affektive Störung ist. Für sie ist die Überschätzung von Gehorsam, Treue, Zuverlässigkeit, Sparsamkeit ein typisches Merkmal.

Hoher Anspruchsgrad und dabei niedrige Selbsteinschätzung der Primärfähigkeiten im Vergleich zur bulgarischen Normalbevölkerung stellen ein stark geladenes Konfliktpotential dar.

Die Dichotomie Höflichkeit - Offenheit mit der verminderten Offenheit bei Depressiven drückt sich durch instinktives Zurückhalten und Angst aus. Die Verarbeitung der Konflikte erfolgt deshalb nach innen, wie die Ergebnisse der Konfliktverarbeitung zeigen: Bevorzugt treten als Konfliktreaktionen körperliche Störungen und Reaktionen in der Phantasie auf (siehe Abb. 3)

Abb. 3: Konfliktreaktionen

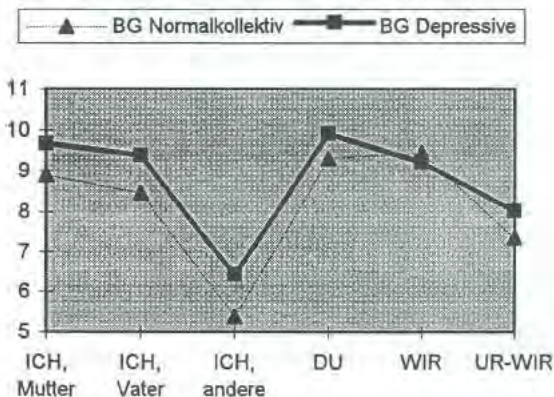


Signifikant: Körperreaktion, Phantasie mit $p < 0,0001$, Kontaktreaktion vermindert mit $p < 0,05$

Dies erklärt die typischen Symptome der Unsicherheit, reduzierte äußere und erhöhte innere Aktivität, Schuldgedanken und Selbstschädigungstriebe, die in Dissonanz mit gering ausgeprägter Hoffnung, Geduld, Glaubensfähigkeit, Sinnerleben, Liebe und Zeit stehen, trotz intakter Tendenz zur gehorsamen Anpassung.

Die vier Vorbilddimensionen als Darstellung der frühen Interaktionen sind bedeutsam für die Persönlichkeitsentwicklung. Die Ergebnisse bei Depressiven zeigen eine erhöhte Tendenz zur Symbiose mit den Eltern sowie eine erhöhte Symbioseneigung zwischen den Eltern selbst im Vergleich zur Normalbevölkerung ($p < 0,05$) (Abb. 4).

Abb. 4: Vorbilddimensionen



Auch die von den Eltern vermittelten Weltanschauungskonzepte (Ur-Wir) werden in der Versuchsgruppe als bedeutsamer bewertet. Dies kann als Idealisierung oder als rigides Festhalten an Konzepten interpretiert werden. Die verminderte Flexibilität im Bereich der Lebensphilosophie in Kombination mit starker Leistungsmotivation stellt eine potentielle Quelle innerer und äußerer Frustration dar.

Zusammenfassung:

Die vorläufigen Ergebnisse der Untersuchung erlauben, bei depressiv Kranken typische, statistisch signifikante Tendenzen in der verminderten Selbstbewertung von primären und der erhöhten von sekundären Aktualfähigkeiten festzustellen. Typisch ist eine bevorzugt körper- und phantasieorientierte Konfliktreaktion und eine Idealisierung der in der Kindheit erlebten Vorbilder von Eltern, Elternehe und elterlicher Lebensphilosophie im Vergleich zu Gesunden.

Inwieweit diese Besonderheiten kausal für die Entwicklung der depressiven Symptomatik sind, oder inwieweit sie eine Folge der veränderten Selbsteinschätzung in der Zeit der Depression sind, läßt sich in dieser Untersuchung nicht feststellen. Die obigen Feststellungen berechtigen uns zu differenzierten Untersuchungen über die Konfliktbereitschaft, die Rolle der Mikrotraumen und die Wirkung psychosozialer Faktoren in der Genese der depressiven Störungen in einer größeren Gruppe, auch bei Patienten in der Remissionsphase.

Literatur

- Ahrens H. A. (1987): Theories of Depression: The Role of Goals and the Self-Evaluation Process. Cognitive Therapy and Research, Vol. 11, Nr. 6, pp. 665-680
- Beck T. A. (1991): Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective. April. American Psychological Association, Vol. 46, Nr. 4, pp. 368-375
- Ingram E. R. (1984): Toward an Information- Processing Analysis of Depression. Cognitive Therapy and Research, Vol. 8, Nr. 5, pp. 443-478
- Peseschkian N: Positive Psychotherapie, Ffm 1977
- Raschewa M: Selbstbewertungsskala z. Diagnostizieren depressiver Symptomatik und schwerer depr. Störungen, bulg., Bulg. Zschr. Psychologie Nr. 1, S. 66-76
- Remmers A: WIPPF 2.0 - transkulturelle Anpassung des... Positum, Varna 1996
- Remmers A.: Resultate d. Unters. m. d. WIPPF 2.0, Vortrag, Varna 1996
- Ross J. M. (1989): Self-Schematic Instability in Mild Depression. Journal of Social Behavior and Personality, Vol. 4, Nr. 1, pp. 113-126
- Segal V. Z., J. E. Hood, B. F. Shaw, E. T. Higgins (1988): A Structural Analysis of the Self-Schema Construct in Major Depression. Cognitive Therapy and Research, Vol. 12, Nr. 5, pp. 471-485
- Segal V. Z., D. D. Vella (1990): Self- Schema in Major Depression: Replication and Extension of a Priming Methodology. Cogn. Ther. and Res., Vol. 14, Nr. 2, pp. 161-176

Deutsche Bearbeitung: A. Remmers

Anschrift des Verfassers:

Dr. Klarita Velikova
Diplom-Psychologin
Janko Sakasow Str. 8 B, ap. 7
BG-5800 Pleven

„Jedes Schlechte dient etwas Gutem“
Bulgarisches Sprichwort



Angst - Die verborgene Volkskrankheit

Positive Psychotherapie hilft überwinden

Dr. med. U. Boessmann

Etwa zehn Prozent der Deutschen leiden an behandlungsbedürftiger Angst in Form von Phobien, Panikattacken, sozialen oder generalisierten Befürchtungen. Die meisten Angstgepeinigten spielen ein qualvolles Versteckspiel, weil sie befürchten, vor ihren Mitmenschen als Verrückte, Geistesranke oder lächerliche Versager dazustehen. Weitere zahllose Menschen leiden an unbewußten Ängsten, die sich hinter einer Vielzahl - scheinbar körperlicher - Beschwerden verbergen. Diese Patienten wandern von Praxis zu Praxis, ohne daß eine organische Ursache für ihre Beschwerden gefunden werden kann. Welche grundlegenden Schritte muß ich gehen, um mit meiner Angst fertigzuwerden?

Die Angst wird zu oft zu spät diagnostiziert, weil viele Ärzte und Naturheilkundige an sie nicht als mögliche Ursache chronischer körperlicher Beschwerden denken oder nicht die Zeit haben, danach zu fragen. Die Betroffenen schämen sich, über ihre seelischen Nöte zu sprechen, oder fürchten - nicht selten zu recht -, daß der Arzt mit ihrer Angst nichts anfangen kann.

Angst ist besser als ihr Ruf

Angst ist zunächst einmal eine sehr unangenehme Wahrnehmung aus dem eigenen Körper, für die - und das ist das Schlimmste daran - der Betroffene keine Erklärung hat. Dann erst setzt das Denken ein. Menschen mit Angsterkrankungen neigen zu katastrophierenden Interpretationen ihrer körperlichen Mißempfindungen: Ich werde sterben, ich werde verrückt, ich muß davonlaufen, ich werde mich blamieren, bestimmt ist etwas Schlimmes passiert. Solche Gedanken versetzen den Körper in eine noch stärkere Erregung. Der Teufelskreis ist geschlossen.

Angstgefühle sind äußerst unangenehm und peinlich. Kein Wunder also, daß wir sie so schnell wie möglich los sein wollen. Doch die Angst ist eben keine Krankheit, die einen von außen befällt wie eine Virusinfektion. Sie ist nichts, was man austreiben oder herauschneiden könnte. Angst beruht in der Regel auch nicht auf einem Defekt unseres Gehirns. Sie ist nichts Verkehrtes und nichts Fremdes. Die Angst sind wir selbst.

Sie ist mit uns identisch in dem Augenblick, wo sie uns mit Haut und Haaren erfaßt. Die Angst produzieren wir selbst. Das tun wir zwar nicht bewußt und vorsätzlich. Aber wer sonst, wenn nicht wir selbst, sollte sie erzeugen?

Wofür ist Angst gut?

Wenn die Angst also von dem Geängstigten selbst gemacht ist, dann stellt sich die Frage: Wozu? Was macht das für einen Sinn? Angst gehört zur Grundausstattung von Menschen und Tieren. Sie ist eine Grundbedingung für das physische und psychische (Über-)Leben. Darüber hinaus hat sie eine überaus befruchtende Wirkung auf die persönliche Entwicklung und die der gesellschaftlichen Kultur.

Welchen Sinn machen jedoch die extremen, offensichtlich krankhaften, quälenden und lähmenden Ängste? Schauen wir uns dazu die realen Konsequenzen der Angst an: Angst verhindert, daß wir bestimmte Dinge tun, die wir an sich gerne täten (Vermeidung), oder sie treibt uns dazu, Dinge zu tun, die wir eigentlich nicht mögen (Zwang). Aber: Angst, auch die krankhafte, will uns vor Gefahr bewahren. Das Dilemma des Angstkranken ist, daß es für seine heftige Erregung keine offensichtliche Gefahr und keinen einsichtigen Grund gibt.

Angst hat immer einen Grund

Es gibt keine grundlose Angst. Nur allzu oft ist die Quelle der Angst nicht ohne weiteres sichtbar. Das liegt an der besonderen Struktur der menschlichen Seele, die es möglich macht, daß ein Mensch seine angemessene Angst auf eine wirkliche Bedrohung verdrängen kann. Diesen Mechanismus kennen wir von Menschen im Krieg, die trotz entsetzlicher Todesgefahr so gut es geht ihre gewohnte Tagesordnung leben, und vor allem von Kindern, die sich trotz widriger familiärer Verhältnisse und Entbehrungen gut entwickeln und nicht selten überraschende Fähigkeiten entfalten. Aber mit der Verdrängung ist die ehemalige Not und Angst nicht getilgt. Sie lebt unbewußt fort und bricht plötzlich - ohne Voranmeldung - hervor, wenn eine aktuelle Lebenssituation in irgendeiner Weise der alten Notlage ähnelt.

Ein anderer Trick der menschlichen Seele ist die Verschiebung von Angst: Viele Menschen leben unter einer Vielzahl beunruhigender Umstände. Dies sind zum Beispiel ungesunde Lebensweise, Überforderung, drohende Arbeitslosigkeit, familiäre Konflikte, fehlende Zukunftsperspektiven, das Gefühl von Sinnlosigkeit, Sorgen um die Umwelt oder den Weltfrieden. Diese schwer faßbare, diffuse Angststimmung sucht sich einen konkreten Gegenstand, an dem sie sich festmachen kann. Ein Ziehen in der Brust zum Beispiel, das von einer harmlosen Verspannung der Brustmuskulatur herrührt, wird zum Anlaß einer heftigen Angst um das eigene Herz, die sich zu einer Herzphobie auswachsen kann. Das hat den Vorteil, daß der Phobiker etwas Greifbares in der Hand hat, einen Pseudogrund für seine Befürchtungen. Er kann sich und viele Ärzte mit seinen Herzsymptomen lange beschäftigen und erspart sich damit, sich den eigentlichen, tiefer liegenden Ängsten zu stellen.

Bei rechtzeitiger Therapie gute Heilungschancen

Angsterkrankungen sind gefährlich: 13 Prozent der Teilnehmer der Münchner Angst-Selbsthilfe (MASH) haben bereits einen Suizidversuch hinter sich. Rund 70 Prozent geben an, einmal ernsthaft an Selbstmord gedacht zu haben. Dabei spielt eine Rolle, daß die Chance aus eigener Kraft aus dem Teufelskreis von Angst und Depression herauszukommen leider gering ist. Desto länger Betroffene sich allein und erfolglos herumquälen, desto tiefer versinken sie im Morast von verzweifelter Anstrengung, Vergeblichkeit, Erschöpfung, Selbstwertverlust, Schamgefühl, Rückzug und Resignation.

Der wichtigste Schritt für den Angstkranken ist die Überwindung seiner Isolation. Er/sie muß sich jemandem anvertrauen. Das kann durchaus zunächst einmal ein Angehöriger oder ein Freund sein, der dabei behilflich ist, einen geeigneten Therapeuten zu finden. Gute Dienste leisten Selbsthilfeorganisationen, die über umfangreiche praktische Informationen für Angstkranke verfügen.

Die „guten“ Gründe für die Angst

Körperliche Gründe

- * Anlage, Vererbung (erhöhte Erregbarkeit und Irritierbarkeit)
- * Organische Krankheiten, die häufig mit Angst und Depressionen einhergehen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Herz- und Lungenerkrankungen, Eisenmangel, Blutarmut, organische Gehirnerkrankungen, Psychosen, Epilepsie, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Lebererkrankungen, besonders nach Alkoholmißbrauch, Tumor der Nebenniere)
- * Gifte: Alkohol, Nikotin, Drogen, Koffein
- * Mangelercheinungen (vor allem bei Mangel von Magnesium, Zink, Vitaminen des B-Komplexes)
- * Funktionell-vegetative Störungen (prämenstruelles Syndrom, Kreislaufstörungen, Verdauungsstörungen, Störungen der Darmflora)
- * Körperliche Erschöpfung nach langer Krankheit oder Operation
- * Hormonelle Umstellungsphasen (zum Beispiel Pubertät, Wechseljahre)

Belastungen und Gefahren in der Ausbildung und im Berufsleben

- * Arbeitslosigkeit, Überforderungen, technische Neuerungen, Mobbing, Prüfungen

Soziale Belastungen und Gefahren

- * Ängste in der Partnerschaft (Nähe, Abhängigkeit, Verlust der Unabhängigkeit, Sexualität, Schwangerschaft, Kränkungen, Mißverständnisse, Untreue, Trennung)
- * Ängste in der Familie, im Freundeskreis, in der Öffentlichkeit (nicht be- oder geachtet, nicht anerkannt, zurückgesetzt, beschämt, bestraft, ungerecht behandelt, allein gelassen, verraten zu werden, Angst vor Aggression, auch vor der eigenen)
- * Schuldgefühle (Gewissensangst)

Angst vor einer ungewissen Zukunft (existentielle Angst)

- * Fehlende Lebensplanung, fehlender Lebenssinn, Endlichkeit des Lebens, Leben nach dem Tod, Frage nach Gott, Angst vor Veränderung

Wer ist der richtige Therapeut?

Menschen mit Ängsten und Depressionen haben meistens nicht nur ihr Selbstvertrauen verloren, sondern wurden auch irgendwann in ihrem Vertrauen zu anderen Menschen nachhaltig erschüttert. Eine erfolgreiche Behandlung von Ängsten und Depressionen ist deshalb kaum möglich, wenn in der Beziehung zum Therapeuten dieses Vertrauen nicht wiederhergestellt werden kann. Dabei hat die Entwicklung der Vertrauensbasis in der therapeutischen Beziehung nicht selten erhebliche Hindernisse zu überwinden und lang anhaltende Belastungen auszuhalten.

Der Patient kommt ja unbewußt in die Psychotherapie, weil er seine früheren Konflikte und Mangelerfahrungen wiederbeleben möchte, um sie endlich – diesmal unter günstigeren Voraussetzungen – zu meistern. Dazu wird der Patient, in der Regel ohne sich dessen bewußt zu sein, den Therapeuten unerbittlich auf seine menschlichen Qualitäten testen.

Deshalb sollte der Therapeut über zwischenmenschliche Basisqualitäten verfügen, unter anderem:

- * dem Patienten zuhören können, das heißt die Fähigkeit besitzen, genügend Geduld und Zeit aufzubringen,
- * den Patienten uneingeschränkt ernst nehmen und seine Probleme als wichtig anerkennen können,
- * Zuversicht ausstrahlen, das heißt an die Fähigkeiten, die Ressourcen und das Heilungspotential des Patienten glauben,
- * über ausreichende Erfahrung (am besten über eigene Erfahrungen) mit Angst und Depressionen und über Selbstvertrauen verfügen, das heißt den Glauben an die eigenen menschlichen und therapeutischen Fähigkeiten,
- * sich in den Patienten einfühlen können und wollen, zur emotionalen Anteilnahme bereit sein und auch dazu, sich auf die möglichen Schwierigkeiten in der Beziehung einzulassen,
- * in seinen verbalen und non-verbalen Äußerungen glaubhaft und echt sein.

Die fünf Säulen erfolgreicher Angsttherapie

Es gibt viele verschiedene Ansätze zur Behandlung von Angststörungen, wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie, Paartherapie, Familientherapie, Gruppentherapie und viele mehr. Es ist also vorteilhaft, wenn der Therapeut Erfahrungen mit mehreren Methoden hat, um sich flexibel auf die Anforderungen des jeweiligen Einzelfalls einstellen zu können. Welche Technik auch immer zur Anwendung kommt, folgende Aspekte sollten bei keiner Psychotherapie fehlen:

1. Beobachtung

Angst geht mit für den Betroffenen charakteristischen und konstanten Reaktionen des Körpers, entsprechenden Wahrnehmungen und Wahrnehmungslücken, Denkmustern und Verhaltensautomatismen einher. Der Geängstigte ist sich in der Regel nicht voll bewußt, was sich da in seinem Inneren und Äußeren wirklich abspielt. Deshalb ist ein erster,

wesentlicher Schritt der Therapie, das Angstgeschehen minutiös zu beobachten und exakt zu beschreiben und so die Wahrnehmung der inneren und äußeren Realität zu schulen. Als Beobachter verläßt der Kranke seine passiv erleidende Rolle. Er tritt zum Teil aus seinem eigenen Angstgeschehen heraus und gewinnt auf diese Weise Distanz.

2. Inventarisierung

Das aktuelle Angstgeschehen ist in eine umfassende Lebenswirklichkeit eingebettet.

Dazu gehören die körperliche Verfassung, der Umgang mit dem eigenen Körper, Zufriedenheit und Belastung im Beruf, die wirtschaftliche Situation, die sozialen Kontakte, Interessen, Weltanschauungen, funktionierende Lebensbereiche, einschneidende Ereignisse, unerfüllte Bedürfnisse, Einseitigkeiten, Konflikte und Defizite in der Gegenwart, der Vergangenheit und Zukunft. Die Bestandsaufnahme dieser persönlichen Lebensdaten ist unverzichtbar, um die Ursachen und den Sinn der Angst zu begreifen. Wer anfängt, seine Angst zu verstehen, kann sie leichter als Teil von sich selbst akzeptieren.

3. Ermutigung zur Veränderung des Verhaltens und praktische Hilfe

Das Verstehen und Akzeptieren der Angst beseitigt noch lange nicht die durch sie verursachten Symptome und Einschränkungen. Der entscheidende Schritt ihrer Überwindung ist, sich den angstvollen Lebenssituationen zu stellen. Die Konfrontation mit der Angst ist ein hartes Training, das Willensstärke und Ausdauer erfordert. Das Vertrauen in die Zuversicht des Therapeuten trägt entscheidend dazu bei, diese schwerste Phase der Angstbehandlung durchzustehen. Unterstützend können Rollenspiele und Psychodramen, aber etwa auch naturheilkundliche Therapien, Vitamine, Mineralien, Entspannungsverfahren und körperliches Training nützlich sein.

4. Verbalisierung

Ängste treten oft in Bezug zu anderen Menschen auf. Ängstlichen fällt es schwer, sich anderen offen mitzuteilen. Menschen mit Angst neigen dazu, die Dinge einseitig zu sehen. Sie sind blind für die Ängste anderer.

Körperliche und nervöse Beschwerden, hinter denen sich Angst verbergen kann

Schwitzen
Frösteln
Muskelzucken
unkoordinierte Handbewegungen
plötzlicher Harndrang
Schwindel
Kreislaufstörungen
Beben oder Versagen der Stimme
Kopfschmerzen
Appetitlosigkeit
Kloßgefühl im Hals
Druck in der Brust
Herzklopfen
schneller Herzschlag
Brustschmerzen
Hustenreiz
stockender Atem
Zittern
flaues Gefühl im Bauch
schnelles Atmen

Erröten
Gedächtnisstörungen
Luftnot
Würgegefühl
weiche Knie
Schlafstörungen
Übelkeit
Breachreiz
Erschöpfung
Krampfanfälle
Durst
trockene Kehle
Gedankenblockade
Taubheitsgefühl
Potenzstörungen
Durchfall (sich vor Angst in die
Hose machen)
nicht epileptische Konzentra-
tionsstörungen

Dadurch kommt es zu häufigen Mißverständnissen, die wieder zu neuen Verunsicherungen führen. Kommunikation läßt sich besonders gut in der Paar-, Familien- oder Gruppentherapie trainieren.

5. Zielerweiterung

"Was werden Sie tun, wenn Sie keine Angst mehr haben?" Diese Frage eröffnet die Sicht auf die Bereiche im Leben eines Patienten, die bisher zu kurz kamen, unterentwickelt und ungenutzt waren. Der Mensch, der die Energie aufbringen soll, seine Angst zu überwinden, braucht eine Vision, für die sich die Anstrengung lohnt. Wo eine solche attraktive Zukunftsperspektive fehlt, können frühere, nie realisierte Pläne oder heimliche Phantasien und Träume weiterhelfen.

Zusammenfassung:

Angst hat immer gute Gründe, die allerdings oft verborgen (unbewußt) sind. In der Regel gibt es nicht einen einzigen, alles bestimmenden

Grund. Vielmehr ist Angst das Ergebnis vieler Faktoren, die zusammenkommen. Auch die Veranlagung spielt eine Rolle. Manche Menschen sind eben dünnhäutiger als andere. Aber eines sind Menschen mit Ängsten auf jeden Fall nicht: verrückt.

Am Anfang jeder Angstbehandlung muß sicher ausgeschlossen werden, daß keine körperliche Krankheit als Ursache vorliegt. Aber selbst wenn keine organische Krankheit festzustellen ist, spielt der Körper bei Ängsten eine große Rolle. Denn Angst äußert sich vor allem über den Körper (Herzklopfen, Schwitzen, Schwindel, flau es Gefühl im Magen, Zittern und so weiter). Umgekehrt können wir Ängste sehr gut über den Körper beeinflussen. Hierbei bewähren sich naturheilkundliche Therapien, die hauptsächlich über milde Reize auf das vegetative Nervensystem wirken.

Was können Sie selbst tun, um Ihren Körper und damit auch Ihre Seele zu stabilisieren?

- vermeiden Sie alles, was Sie auf Dauer schwächt: Alkohol, Nikotin, Drogen und Medikamente (außer denen, die Ihnen Ihr Arzt, wenn unbedingt nötig, verordnet).
- Übertreibungen, sei es bei der Arbeit, bei Sport, Essen oder Sonnen, schaden Ihnen,
- Maßhalten ist eine der wichtigsten ab auch schwierigsten Grundlagen seelischen Gleichgewichts.
- Ernähren Sie sich vollwertig: Essen Sie überwiegend pflanzliche, naturbelassene Nahrung, zum Beispiel Gemüse, Kartoffeln, Salate, Vollkornprodukte, Milchprodukte und Obst. Verzicht en Sie auf Zucker und alle Süßigkeiten.
- Sorgen Sie für eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen des B-Komplexes, Magnesium und Zink. Diese Vitamine und Mineralien fördern und stabilisieren die Nervenfunktion.
- Regeln Sie Ihren Tagesablauf. Achten Sie auf ausreichenden Schlaf, genügend Zeit für Mahlzeiten, für Menschen, die Ihnen etwas bedeuten, für Freizeit und Erholung.
- Treiben Sie regelmäßig, aber maßvoll Sport, am besten Ausdauersportarten wie Laufen, Radfahren und Schwimmen.

Wie werde ich mit meiner Angst fertig?

Vertrauen Sie sich jemandem an. Wenden Sie sich an einen psychotherapeutisch versierten Arzt, Heilpraktiker oder Diplompsychologen. Nutzen Sie alle Möglichkeiten zum Gespräch auch in Ihrem Familien- und Freundeskreis. Versuchen Sie Menschen zu finden, die auch an Angst

leiden oder gelitten haben. Die Chance, alleine aus dem Teufelskreis der Angst herauszufinden, ist nicht gut.

Verlieren Sie nicht weiter kostbare Zeit und Energie. Schauen Sie sich das Drama in Ihrem Inneren genau an. Am besten schreiben Sie genau auf, wie sich Ihre Angst körperlich anfühlt, wo Sie sie wie spüren, welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gehen, was Sie tun und sagen. So werden Sie mit Ihrer Angst vertraut und lernen sie allmählich immer besser kennen. Je besser Sie Ihre Angst kennen, desto besser werden Sie mit ihr fertig werden.

Erwarten Sie keine Wunder

Selbstbewußtsein und Lebensfreude gibt es nicht zum Nulltarif. Der Weg aus der Angst ist mühselig und erfordert Ihren ganzen Einsatz. Letztlich wird Ihnen nichts anderes übrig bleiben, als - am besten mit professioneller Unterstützung - genau das zu tun, was Ihnen Angst macht. Sie werden oft das Verlangen haben, aufzugeben, nicht mehr zur Therapie zu gehen, sich zu verkriechen oder gar Ihrem Leben ein Ende zu setzen. Gerade in diesen Augenblicken aber stehen Sie meist vor einem entscheidenden Durchbruch. Wenn Sie durch die Abgründe Ihrer Seele und Ihres Lebens hindurchgegangen sind, werden sich vor Ihnen neue und unerwartet lobenswerte Welten auftun.

Weiterführende Literatur:

Peseschkian, N.: Positive Familientherapie

Peseschkian, N.: Auf der Suche nach Sinn

Boessmann, U.; Peseschkian, N.: Positive Ordnungstherapie

Keine Angst, Zeitschrift der Deutschen Angststörungen Hilfe (DASH)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Udo Boessmann

Facharzt für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren - Psychotherapie

Taunusstraße 57

65183 Wiesbaden

Hänschen klein

Gedanken über ein bekanntes Kinderlied

Dr. med. Th. Becker

„Hänschen klein“ ist eines der bekanntesten Kinderlieder unseres Sprachraumes. Hört man genau hinein, handelt es vom Versuch der Ablösung eines Kindes und die Reaktion seiner Mutter. Da es sich auch als Sprachbild für ein therapeutisches Elterngespräch bei Ablösungsproblemen eignet, kann es lohnend und unterhaltsam sein, sich damit zu beschäftigen.

Hänschen klein, ging allein, in die weite Welt hinein.

Wie? was? Was macht der da, der kleine Kerl, darf der das denn, wer hat es ihm erlaubt? In die weite Welt hinein, allein?

Von wem ist hier die Rede? Von Hänschen. Nein, nicht von Hans ist hier die Rede sondern von Hänschen, einem kleinen, einem jungen Hans, von einem Kind, das Hans heißt. Um das nochmals zu unterstreichen ist nicht nur die Rede von Hänschen sondern von Hänschen *klein*, also von einem kleinen Kind. Hänschen kommt in der Geschichte vor, weil es ein Kind ist.

Was machte dieses Kind? Es *ging*. Es war zuerst hier, dann an einem anderen Ort oder in einer anderen Situation, mußte sich vom „hier“ trennen, um dann woanders zu sein. Wahrscheinlich war auch eine Trennung von zumindest einem Menschen damit verbunden, denn dieser Hans ging nicht nur, nein er ging sogar *allein*, also ohne Begleitung. Demnach kann jetzt auch keine Person mehr bei ihm sein, wenn zuvor eine bei ihm war. Hans ist jetzt alleine und die Person oder die Personen, die zuvor mit Hans zusammen waren sind jetzt sicher ohne Hans noch dort, wo er vorher mit ihnen gemeinsam war.

Wer geht, geht auch irgendwo hin. Wohin ging Hans? Er *ging in die weite Welt hinein*. Er beginnt, die Welt zu entdecken, sich zu entdecken, sein Leben in die Hand zu nehmen, sich zu spüren. Er macht sich auf, zu entdecken was für ihn vorher nicht existent war.

Stock und Hut, steht ihm gut, ist gar wohlgenut!

Auch das noch! Nicht nur, daß er seine bisherige Umgebung auf sich selbst gestellt verläßt. Er hat auch noch die klassischen Utensilien der Reise dabei und sie stehen ihm gut. Der Stock, auf den man sich stützen kann, ohne sich auf einen anderen Menschen stützen zu müssen und der gleichzeitig auch Hilfe bei der Verteidigung sein kann, ebenso der Hut, der gegen Wittereinflüsse schützt, der behütet, ohne daß man von einem anderen behütet werden muß. *Stock und Hut steht ihm gut*, für einen Betrachter ist ersichtlich, daß die Situation harmonisch ist, alles paßt zusammen. Für Hans ist gut, was er tut. Er hat den richtigen Mut für die richtige Sache und

empfindet das auch selbst so, er ist *wohlgemäß*. Damit kein Zweifel aufkommt, bringt die Geschichte die Steigerung, daß er *gar wohlgemäß* ist, es geht ihm also so richtig gut.

Aber Mama weinet sehr, hat ja nun kein Hänschen mehr!

Jetzt erfahren wir, wen Hänschen verlassen hat, seine Mama. Im Gegensatz zu Hans geht es ihr aber nicht gut, nein, sie *weinet sehr*, ist sehr unglücklich. Was ist der Grund ihres Unglücks: Sie *hat ja nun kein Hänschen mehr*. Was Frau nicht mehr hat, muß sie vorher gehabt haben. Es war ihr Besitz, über den sie eine unmittelbare Verfügungsgewalt hatte, die sie nun nicht *mehr* hat. Entweder ist Hänschen nicht mehr physisch greifbar oder statt Hänschen gibt es jetzt einen Hans, der sich gut dabei fühlt, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen. Die Mutter ist nicht bereit, die Situation hinzunehmen. Sie schreit ihre Unlust hinaus in die Welt, in der sie ihr Hänschen vermutet. Was bewirkt sie mit den Tränen? Der Leser mag sich an die Metapher von „den Waffen einer Frau“ erinnern fühlen. Sind es Waffen, Aufrüstung gegen Hänschens aktive und passive Waffen *Stock und Hut*? Richtet sich Aggression gegen den aufmüpfig gewordenen Hans? Er gerät in ein Spannungsfeld zwischen eigenem Antrieb, dem daraus resultierenden Lustgewinn, der Freude am Leben einerseits und der aggressiv vorgetragenen Beeinflussung zur Besitzstandswahrung auf der anderen Seite. Starke Kräfte wirken auf ihn ein, ähnlich geht es Shakespeares Hamlet: „Sein oder nicht sein, das ist hier die Frage“. Die Tränen der Mutter können für Trauer stehen über Tod oder Krankheit. Der herbeigesehnte Tod des Kindes würde dessen Ablösungsbestrebung unumkehrbar verhindern, aber auch die Verfügungsgewalt über das Kind substanzlos machen. Unterbewußt herbeigewünschte Krankheit versetzt das Kind in infantile Abhängigkeit und verhindert so seine Ablösung. Die häufigen Vorstellungen von gesunden, altersentsprechend entwickelten Kindern wegen Appetitlosigkeit, Eßstörungen, Nahrungsverweigerung oder Hautblässe sind jedem Kinderarzt gut bekannt. Häufig wird das Kind zur Untersuchung gebracht mit der Begründung „es gefällt mir nicht“. Andere Entsprechungen sind die Verschlechterungen von Verläufen chronischer Erkrankungen, insbesondere des atopischen Formenkreises wie Neurodermitis und Asthma bronchiale, zum Teil auch provoziert durch Verweigerung einer adäquaten Therapie. Das Kind hat krank zu sein.

Da besinnt sich das Kind,

Er *besinnt sich*, sucht nach Sinn in seinem Leben. Die Tränen der Mutter beeinflussen ihn jedoch so stark, daß ihm hierzu weder Raum noch Zeit gelassen bleibt. Er kann seine neuen Konzepte nicht weiterentwickeln, ihm bleibt nur die Rückbesinnung auf die alten.

läuft nach Haus geschwind.

Hans kann dem Druck der Mutter also nicht standhalten. Im Gegenteil, er beeilt sich sogar, seine neu verfolgten Konzepte wieder zu verlassen und sich in die Obhut seiner Mutter zurückzugeben. Räumlich konnte er ja auch nicht allzu weit gekommen sein, wie hätte er sonst das Weinen der Mutter hören können? Oder war statt des räumlichen Fortgehens auch wörtlich lediglich eine mentale Ablösung gemeint?

Lieb Mama,

also lieb ist die Mama, alles geschieht aus Liebe, welche die Mutter ihrem Kind gibt, oder etwa sich selbst?

ich bin da, ruft das Hänschen hoppssassa.

Da ist er nun wieder, unser Hans, bei seiner Mutter. Die Geschichte ist wieder am Anfang angekommen. Was wird nun aus Hans, der nun wieder Hänschen sein soll?

Bleib bei dir.

Kann er die Uhr seines Lebens einfach wieder zurückdrehen, ist für ihn alles so wie vorher? Sicher nicht!

Ein Einwurf der Beteuerung

glaube mir!

erscheint dem Autor notwendig, um das zu versichern, was doch keiner glauben kann:

Geh nie fort von dir!

Wieso *nie*, soll er noch als Greis bei seiner Mutter wohnen oder grinst hier der allgegenwärtige Tausendsassa der Psychoanalyse, Ödipus, um die Ecke? Diesen im Zusammenhang mit Mutter und Sohn unerwähnt lassen zu wollen, erinnert an den Wettlauf des Hasen mit dem Igel.

Wo ist sie jetzt hin, Hänschens Lust an sich selbst, am eigenen Leben, an der Selbständigkeit? Wo bleibt all seine Energie, seine Aktivität. Wäre es nicht gut nachvollziehbar, daß Hans auf seine Wiedereinengung mit Aktivitätssteigerung reagiert, die irgendeiner bald Hyperaktivität nennen wird? Auch unsere Geschichte sagt, er läuft nach Haus *geschwind*. Vielleicht lassen ihn die Gefühle neu entdeckter Freiheiten auch keine Ruhe mehr und er erwirbt bald die Diagnosen Einschlafstörung, Durchschlafstörung oder Schlaflosigkeit und auf die Schlaflosigkeit des Kindes folgt die Ratlosigkeit des Arztes. Vielleicht fühlt er sich auch so angespannt, daß er nur noch im Tiefschlaf locker lassen kann und nachts einnäßt. Vielleicht fühlt er sich auch so eingengt, daß ihm die Luft wegbleibt und er „Pseudokrapp“ bekommt

oder Asthma bronchiale. Versteht er es, seine Spannung auf die Oberfläche seines Körpers abzuleiten, wird er ein aufgekratztes Kind und entwickelt Ekzeme und Neurodermitis?

Unsere Geschichte zeigt den Umgang einer Mutter mit der Ablösung ihres Kindes. Die Praxis zeigt, daß dieser Umgang eine wichtige Ursache psychosomatischer Krankheitsbilder bei Kleinkindern im Alter von 1 bis 6 Jahren ist. Ein Gespräch mit den Eltern über deren Konzepte im Umgang mit der Ablösung ihrer Kinder ist hierfür ein Lösungsansatz. Die Verwendung dieses fast jedem bekannten Liedtextes als Sprachbild kann in solchen Gesprächen hilfreich sein.

Wie schon einmal bei der Geburt, kann die Mutter ihr Kind nur dann als gesunden Menschen in die Welt entlassen, wenn es ihr ein zweites Mal gelingt, unter Schmerzen und größter Anstrengung locker zu lassen.

Den Weg wird finden, wer die Zauberformel für den Umgang mit Kindern kennt:

Zeit, Geduld, Vertrauen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thomas Becker
Facharzt für Kinderheilkunde/Allergologie
Marburger Straße 14
36304 Alsfeld



Die Positive Psychotherapie bei der Arbeit mit den Patienten im Hospiz

Prof. Dr. med. P. Sidorow / Dr. med. M. Pankow

„Hoffe zu leben, sei aber bereit zu sterben“.
(Russisches Sprichwort)

Nach WHO - Angaben werden jedes Jahr etwa 7 Mio. Neuerkrankungen an bösartigen Geschwülsten und mehr als 5 Mio. Todesfälle daran registriert. Im Zeitraum von 1985 bis 1991 ist die Zahl der Kranken mit erstmalig gestellter Diagnose „bösartige Neubildung“ um 11.1 % erhöht /11/.

In den letzten 11 Jahren ist für das Archangelsker Gebiet der stetige Zuwachs solcher Kranken typisch. Analog fällt auf, daß die Erkrankung zunehmend das IV. Stadium erreicht. Die Krankenstruktur ist seit Jahren durch das Vorherrschen zweier Stadien charakterisiert: das II.-45.5% und das IV. -42.6%; der Anteil des III. Stadiums beträgt 11.50% und des I.-weniger als

1 %. Als Folge haben mehr als 54.10 % der Krebskranken, die in die Tätigkeitssphäre des Arztes gelangen, ein Stadium der Erkrankung erreicht, in dem die chirurgische oder kombinierte Behandlung nicht mehr effektiv ist /5/.

Das sind die sogenannten unheilbaren Kranken, deren Lebenserwartung wegen der Generalisierung des Krebsprozesses infolge der Geschwulstmetastasierung in der Regel nur wenige Monate beträgt. Besonders tragisch und erschöpfend ist - sowohl für den Patienten als auch für die Verwandten - die terminale Periode des malignen Prozesses. Zur Unterstützung der Kranken und deren Verwandten wurden in Russland seit den 90er Jahren die ersten Hospize organisiert, die die jahrelange Erfahrung der weltweiten Hospizbewegung benutzen /5;10/.

Das Archangelsker Hospiz entstand 1993 als „Ausfuhrtdienst“ /12/. Da die Hospiz-Patienten außer den klinischen Erscheinungen der Grunderkrankung auch einen ganzen Komplex von geistig-sozialen Problemen hatten, war die Einschließung des Psychotherapeuten in den Beamtenstand begründet und notwendig.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung und Abschätzung der Effektivität des psychosozialen Rehabilitätsprogramms, das von dem psychotherapeutischen Dienst des Hospizes in Archangelsk durchgeführt wurde.

Die psychotherapeutische Behandlungs- und Beratungshilfe wurde an 116 Patienten geleistet. 70 von ihnen waren die unheilbaren Kranken mit verschiedenen Malignomen unterschiedlicher Lokalisierung (die IV. klinische Gruppe), die in der Hospiz-Untersuchung erfaßt wurden und denen die Konsultation eines Psychotherapeuten vom behandelnden Arzt empfohlen wurde. 39 waren die Verwandten der unheilbaren Kranken, die eine langzeitige Psycho- und Pharmakotherapie brauchten, 9 Menschen waren die Hospiz-Mitarbeiter, die auch einen Psychotherapeuten aufsuchten.

Seit den ersten Tagen nach dem Arbeitsbeginn wurden im Hospiz die Methoden der Positiven Psychotherapie angewandt /6,7,8/. Diese integrative Methodik beinhaltet die positive und transkulturelle Einstellung, das fünfstufige Modell der Selbsthilfe und einen Fragebogen, der erlaubt, die aktuellen Fähigkeiten und Reaktionen auf einen Konflikt abzuschätzen. Auf dieser integrativen Methodik basierte im wesentlichen die Arbeit mit den Patienten und ihrer sozialen Umwelt. Grundlegend in der Untersuchung waren die klinische Anamnese, das Erstinterview im Rahmen der Positiven Psychotherapie und der Wiesbadener Fragebogen für Positive Psychotherapie und Familientherapie, die durch einen Farbentest von Lüscher und einen Abschätzungstest der Unruhe nach Spilberger ergänzt wurden.

Im Großen und Ganzen gab es in der Tätigkeit eines Psychotherapeuten im Hospiz drei Hauptrichtungen: 1. die Arbeit mit den Kranken; 2. die Arbeit mit den Verwandten der Kranken; 3. die Arbeit mit den Mitarbeitern des Hospiz.

Ausgehend von dem Konzept der Positiven Psychotherapie ist die ganze Tätigkeit eines Menschen in 4 Bereiche eingeteilt: „Körper/ Empfindungen“, „Arbeit/ Leistungen“, „Familie/ Kontakte“, „Phantasie/ Zukunft“. So ist die psychische Gesundheit der Hospiz-Patienten durch folgende Faktoren bestimmt: 1. durch den bestmöglich zu erreichenden körperlichen (somatischen) Zustand, 2. durch das Selbstbewußtsein und das Selbstwertgefühl, 3. durch das Familienklima, 4. durch weltanschauliche Einstellungen. Diese Faktoren in Betracht ziehend wurde die Arbeit eines Psychotherapeuten aufgebaut.

Aufgrund unserer Erfahrungen ergaben sich - bezugnehmend auf die vier Bereiche des Lebens (Tab.1) - für die Psychotherapeuten folgende Hauptrichtungen der Arbeit. So wurde die Korrektur der psychischen Gesundheit der Hospiz- Patienten durch eine komplexe Therapie erreicht: durch traditionelle symptomatische, schmerzstillende Therapie (laut WHO-

Empfehlungen mit Benutzung in erster Linie nicht narkotischer peroraler Analgetika), durch Psychopharmakotherapie (antidepressive und sedative Medikamente) und durch Psychotherapie (die Feststellung der positiven Aspekte des Zustandes des Kranken; positive Situationsabschätzung; verschiedene Varianten der Suggestion mit der neuro-linguistischen Programmierung - mit dem symptomatischen Ziel).

Im Laufe des ersten Jahres seit dem Arbeitsbeginn im Archangelsker Hospiz bekamen 70 von 470 oder 15% der in der Beobachtungsgruppe behandelten Patienten medizinisch-konsultative psychotherapeutische Hilfe zu Hause. Ihr Umfang variierte von 2-3 Konsultationen bis zu regelmäßiger Beobachtung und Therapie der Kranken abhängig von Bedürfnissen, psychosozialer Einstellung und charakteristischen Besonderheiten bei den Patienten im Archangelsker Hospiz.

Die Hauptklagen und Motive, die die Kranken zwangen, den Psychotherapeuten aufzusuchen, waren Angst, Unruhe, innere Spannungen, emotionale Labilität, psychosomatische Symptome und Aufbau neuer Partnerbeziehungen in der Umgebung, die sich infolge der Krankheit änderten.

Besonders oft klagten die Kranken über einen asthenisch-depressiven Zustand mit ausgeprägter hypochondrischen Fixierung (31.7% der Kranken), die Destruktion der ehemaligen Partnerbeziehungen und, Fassungslosigkeit in der neuen Situation (25,7%). 18.6% der Kranken brauchten eine Auswahl der psychotropen Mittel zur Verstärkung der schmerzstillenden Therapie. Schlafstörungen, die die Patienten zwangen, den Psychotherapeuten aufzusuchen, beobachteten wir bei 10% aller Kranken. Bei 7% der Kranken entwickelte sich ein paranoider Zustand und akute psychotische Episoden. Im klinischen Bild überwogen inhaltliche Wahnvorstellungen, die den Gesundheitszustand, den Besitzstand wie auch Eifersucht betrafen. Nachgewiesen wurde, daß bei Übelkeit und Erbrechen suggestive und Psychopharmakotherapie halfen.

In zwei Fällen gelang es - vorwiegend aufgrund der Einnahme von Amitriptylin - bei diesen Patienten auf Analgetika, die früher verschrieben wurden, zu verzichten. Dieser Effekt einer Behandlung mit Amitriptylin wurde bei einer Patientin im Verlauf von 6 Monaten festgestellt (nach anfänglich hoher Dosierung wurde später nur die Unterstützungsdose 12.5 - 25mg/d gegeben). Nur 2 Wochen vor dem Tod entstand die Notwendigkeit von starkwirkenden nichtnarkotischen Analgetika (Fortral).

Die Leiden der Kranken wurden effektiv durch die Verbindung von Aufnahme von Amitriptylin 125 - 100 mg/g mit wechselnd alle 3 Stunden gegebenen Injektionen von Relanium und Voltaren erleichtert. Bei einer großen Zahl der Kranken erlaubte die Aufnahme von Antidepressiva in Verbindung mit Tranquilizern aus der Benzodiazepin-Gruppe die Dosis nichtnarkotischer Analgetika bemerkbar zu reduzieren und die Einführung narkotischer Analgetika bis zu den letzten Lebenstagen aufzuschieben.

In 5 Fällen wurde das zur Erschöpfung führende Erbrechen durch die Anwendung suggestiver Techniken in Verbindung mit Elementen von NLP (neurolinguistische Programmierung) und peroraler Aufnahme von Perphenazin (bis 20-40 mg/d) kuppiert.

Bei Kausalgien (Phantom Schmerzen in den amputierten Gliedmassen) war die Anwendung von Melipramin sehr effektiv /2/. In 2 Fällen verminderte sich das Schmerzsyndrom bei der Einschließung von Melipramin (50- 100 mg/d) in die Therapie bemerkbar.

Während der Arbeit mit den Patienten wurden die vier Bereiche des Lebens entsprechend den konkreten Problemen besprochen, sehr viel wurden Geschichten benutzt, ihr positives und integratives Potential und ihre Vermittlungsrolle im Umgang des Arztes mit dem Patienten /67/. Partnerbeziehungen wurden in der Familienpsychotherapie bearbeitet und gemeinsam mit den Patienten durch den differenzial-diagnostischen Fragebogen (DAI) des Erstinterviews nach N. Peseschkian auf Gemeinsamkeiten und Konfliktpotentiale untersucht.

Die nächste wichtige Tätigkeitsrichtung eines Psychotherapeuten ist die Arbeit mit den Verwandten der Kranken mit Anwendung der positiven psychotherapeutischen Einstellung (Tab. 1). Hier ist es sehr wichtig, den Kontakt mit der Familie schon verstorbener Patienten nicht zu verlieren, weil gerade in dieser Zeit eine versteckte Depression zum Ausbruch kommen kann und bestehende Charaktereigenschaften dekompensieren können.

Die psychotherapeutische Hilfe besteht sowohl in Heil- und Beratungsarbeit mit den Familien als auch in der Ermutigung des Wunsches, den nah liegenden Kranken zu helfen (die Einnahme der verordneten Medikamente, der Lebensmitteleinkauf, die Unterhaltung). Nicht selten bleibt bei den Verwandten der Verstorbenen ein Schuldgefühl, daß sie den quälenden Tod des Nächsten nicht verschieben konnten, das sich auch nach rationalen Erklärungen nicht verringert. Die Unterstützung der anderen Hospiz-Patienten hilft solchen Menschen wiederum, die Seelenübereinstimmung zu finden.

Nach der anderthalbjährigen Arbeitserfahrung in dieser Richtung im Archangelsker Hospiz kann man angeben, daß in allen Fällen die Verwandten der Schwerkranken unterstützt wurden, nicht nur von einem Psychotherapeuten, sondern auch von allen Mitarbeitern, d.h. von den Ärzten und Krankenschwestern, in deren Bezirk der Patient wohnte und von denen er Hilfe bekam.

Häufige, manchmal tägliche Injektionen, Verbandswechsel und Beobachtungen machten die Hospiz-Mitarbeiter in den Familien der Patienten. Nach dem Tod des Patienten setzten die Familienmitglieder die herzlich-freundliche Beziehung zu den Hospiz-Mitarbeitern häufig fort.

Laut unserer Angaben wurde spezialisierte psychotherapeutische Hilfe von 55.7% der Verwandten der Kranken während der Behandlungszeit des Patienten erwiesen. Im Verlauf von 2 - 4 Monaten nach dem Tod des Patienten wurden sie von einem Psychotherapeuten regelmässig betreut. Die Hauptmotive der Wendung an einen Psychotherapeuten waren 1) asthenisch-depressive Reaktionen mit Schlaf- und Appetitsstörungen, mit Schwermut, mit Antriebslosigkeit und Erschöpfung; 2) die Verwirrtheit in einer neuen sozialen Rolle - ohne Ehegatte (Ehegattin), ohne nächsten Menschen.

Die spezifischen Arbeitsbedingungen üben einen großen Einfluß auch auf die Hospiz-Mitarbeiter aus. Krankenschwestern und Ärzte sehen den schweren Zustand der Patienten, ihre soziale Unsicherheit und schlechte Wohnungsbedingungen der Kranken. Es kommt leider manchmal vor, daß die Einweisung eine „Quarantäne“ um den Patienten schafft, sie isoliert ihn, und Verwandte und Bekannte versuchen, so wenig wie möglich sowohl körperlichen, als auch psychischen Kontakt zum Patienten zu haben. Unter solchen Umständen fällt die ganze Schwere der emotionalen Unterstützung des Kranken auf die Hospiz-Mitarbeiter.

Der langdauernde emotionale Kontakt mit den Patienten, und nicht nur als Kranken, sondern auch als Persönlichkeiten, die augenscheinlich dahinsiechen, ist ein ständiger Streß und psychotraumatischer Faktor. So ist die psychoprophylaktische und psychotherapeutische Hilfe der Hospiz-Mitarbeiter die wichtigste Arbeitsrichtung, denn der Bedarf an der Unterstützung solcher Art ist sehr bedeutend.

Im wesentlichen aufgrund der sozialen Schutzlosigkeit der Mediziner, des Zerfalls und des Elends des russischen Gesundheitswesens, unter Umständen der ständigen physischen und geistigen Anstrengung und der Arbeit mit den schwer Kranken erleben die Hospiz-Mitarbeiter nicht selten eine psychologische Krise /4/, besonders während der ersten 3-6

Arbeitsmonate. So suchten 9 von 15 oder 60% der Mitarbeiter während der ersten 1.5 Jahre den Psychotherapeuten auf. Für 4 von ihnen war die psychosomatische Symptomatik charakteristisch: Appetit- und Schlafstörungen, Kopfschmerzen und schnelle Ermüdung als Erscheinungen einer larvierten Depression. Weitere 4 suchten den Psychotherapeuten wegen heftig verschärfter Familienprobleme auf. Bei einer Mitarbeiterin entwickelte sich Klaustrophobie.

Vom Modell der Positiven Psychotherapie und den vier Bereichen des Lebens ausgehend baute der Psychotherapeut seine Arbeit mit den Mitarbeitern sowohl in Form individueller Beratungen mit Benutzung des Erstinterviews nach N. Peseschkian und H. Peseschkian /6,8/ als Grundlage auf, als auch in Form der Gruppentherapie mit der Besprechung der Themen, die von Interesse sind, z.B. „Wie geht man mit den sterbenden Kranken um“, „Soll man die Wahrheit über die Diagnose dem Patienten und seinen Verwandten sagen“, „Wie kann man den Patienten unterstützen“, „Hilfe für Kinder, in deren Familien einer von den Eltern stirbt“.

Die Organisation der psychotherapeutischen Hilfe der nicht heilbaren onkologischen Kranken im Archangelsker Hospiz analysierend, kann man erwähnen, daß die positive Einstellung ein aktuelles und harmonisches Instrument ist, eine konstruktive therapeutische Atmosphäre zu schaffen. Sie erlaubt, die Arbeitsprioritäten aufzubauen, den Patienten und ihren Familien effektiv zu helfen, die um die Diagnose „Krebs“ gruppierten sowohl dringenden als auch Perspektiven betreffenden Probleme aufzulösen.

Positive Psychotherapie hilft vollständig und systematisch die Behandlungs- und Rehabilitätsmarschrouten für das Patientengut auszuarbeiten, die den wichtigsten moralisch-wertvollen, sozialen und psychologischen Behandlungszielen entsprechen.

Patientengruppen

Tätigkeitssphären	Hospiz-Patienten	Verwandte der Hospiz-Patienten	Hospiz-Mitarbeiter
Körperempfindung	Kupieren des Schmerzsyndroms und der Komplikationen „ungepflegter“ Krankheit (Erbrechen, Verstopfung, Atemnot usw.)	Prophylaxe der psychosomatischen Störungen und der Psychogenese von Kanzerophobien, der Thanatophobie, der Misanthropie, der Furcht vor der Ansteckung vom sterbenden Verwandten	Prophylaxe der psychosomatischen Störungen und Organisation der psychologischen Entlastung, Ausbildung der Fertigkeiten der psycho-körperlicher Selbstregulation
Arbeit, Leistungen	Begreifen seiner neuen sozialen Rolle; Belebung und Aufdeckung nicht realisierter schöpferischer Motivationen (Therapie des schöpferischen Selbstausdrucks nach Burno M.J. /3/)	Begreifen der „Hausarbeit“ (Krankenpflege) als sozial bedeutend, Teilnahme an der öffentlichen Bewegung, freiwillige Arbeit im Hospiz	Besprechung der sozialen Wichtigkeit der Hospiz-Arbeit; die Erhöhung der Qualifikation, Seminare und Trainings in Psychologie und Psychotherapie während des Behandlungsprozesses,
Familie, Kontakte	Überschätzung der Familienbeziehungen, positiver Blick auf Partnerbeziehungen mit der Benutzung des differenzial-diagnostischen Fragebogens (DAI) und Aufbau neuer Varianten des Kontaktes	Schaffung neuer Varianten des Kontakts; Entwicklung von Aktualfähigkeiten wie Liebe und Geduld; positiver Blick auf Partnerbeziehungen mit der Benutzung vom DAI	Entwicklung der kommunikativen Fähigkeiten, positive Familienpsychotherapie der Mitarbeiter
Phantasie, Zukunft	Entwicklung der Fähigkeit zu glauben und zu hoffen; Besprechung der Fragen „Leben nach dem Tod“, „Leben und Tod“, positive Bewertung der Lebensleistungen und des Strebens	Entwicklung von Aktualfähigkeiten wie „Glauben/Hoffnung“, Besprechung der Fragen „Leben nach dem Tod, Leben und Tod“, Hilfe im Begreifen des Lebens ohne das verstorbene Familienmitglied, Zukunftsplänen; Zielerweiterung	Organisation von Treffen mit den Vertretern verschiedener religiöser Konfessionen; gemeinsame Tätigkeit mit religiösen und öffentlichen Organisationen bei der Hilfeleistung für Patienten und deren Verwandte

- Bashin J.F., Gnedilow A.W.: *Psychogene Reaktionen bei onkologischen Kranken/Methodische Empfehlungen*, Leningrad, 1983.-S.33
- Bruckmann J.U., Hennemann U., Payk T.R.: *Ergebnisse psychopharmakologischer Schmerzbehandlung*, *Pharmakopsychiat.*, 1978,II, 3, S.147-153.
- Bumo M.J.: *Therapie mit schöpferischer Selbstäußerung*. Moskau:Verlag Medizin, 1989. S.302
- Gnedilow A.W.: *Probleme des Hospiz-Dienstes in Russland/Bechterew - Übersicht der Psychiatrie und Medizin, Psychologie.* - S-Peterburg, 1994.- Nr. 1. - S.175-178.
- Kolosow A.J., Schipownikow N.B.: *Psychologische Störungen bei den Kranken mit der Diagnose „Krebs“.* - Kirow, 1994,- S. - 136.
- Peseschkian H.: *Grundlagen der positiven Psychotherapie.* -Archangelsk, 1993.- S.-116.
- Peseschkian N.: *Der Kaufmann und der Papagei/ Östliche Geschichten und Psychotherapie.* Moskau: Verlag Kultur, 1992. S.238
- Peseschkian N.: *Psychosomatik und positive Psychotherapie.* Berlin, Heidelberg Springer - Verlag, 1991. S.500.
- Solotkow A.G., Shukow W.M., Woroschilow J.A., Archipow A.W. : *Soziale medizinische und berufliche Rehabilitation der onkologischen Kranken/ Onkologie des Menschen.* - Archangelsk, 1994.- Nr.1. S.158-163.
- Twicross Robert J.Frampton David R.: *Einführung in die palliative Behandlung.* -Sobell publicaton, 1992. -S.35
- Welikolug A.N., Selnirki L.A., Pankow M.N., Sterlewa J.P.: *Die Lösungswege der medizinisch-sozialen Probleme der onkologischen Kranken/ Onkologie des Menschen.* Archangelsk, 1995. -Nr.1.- S.131-136.
- Welikolug AN., Pankow M.N.: *Die erste Erfahrung bei der Schaffung von Hospizes im europäischen Norden/ Organisation der palliativen Hilfe und Behandlungsmethoden der Kranken mit verbreitetenn Formen der bösartigen Neubildungen; Vortragsthesen der Allrussischen Konferenz am 23.-25. Mai 1995.- S.27-29.*

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Pawel Sidorow, M.D.; Vizepräsident der RAPP
 Dr. med. Michail Pankow, Direktor des Zentrums für Positive Psychotherapie
 Lehrstuhl für Psychiatrie, Archangelsker Staatliche Medizinische Akademie,
 Troizki-Prospekt, 51, 163061, Archangelsk, Russland.

Team-Entwicklung

POS.T. T. 95 Das positive Team-Training^{*}

B. Kirsch

Gemeinsam sind wir stark. Eine Weisheit die heute aktueller ist denn je. Einerseits sind unsere gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Strukturen von Wettbewerb, Konkurrenz und Karrierestreben bestimmt. Andererseits führt ein übersteigerter Individualismus häufig in eine Sackgasse, weil sich vieles nicht mehr im Alleingang machen lässt. Ohne Zusammenarbeit, eine funktionierende Kommunikation sowie eine Denkweise die versucht, schöpferische Potentiale zu bündeln und Energieeffekte zu nutzen, lassen sich die auf uns einstürzenden Aufgaben nicht mehr bewältigen.

Unsere heutige Situation erfordert die Entwicklung von Methoden, die ebenso wirtschaftlich wie wirksam sind. Es geht um eine grundsätzliche Erweiterung: Im POS.T.T. 95 - Das Positive Team- Training wird statt wie bisher von den Störungen zunächst von den Entwicklungsmöglichkeiten und Fähigkeiten des Menschen ausgegangen, um langfristig Konflikte gar nicht erst auftreten zu lassen. Ziel ist eine deutliche Verbesserung der Zusammenarbeit im Team zu erreichen.

Im Team-Trainings-Seminar

- werden Fragen zur Teamentwicklung diskutiert,
- wird die Entscheidungsfähigkeit des Teams in einer bestimmten Situation geprüft,
- wird die Leistung des Teams bei der Entscheidungsfindung untersucht, werden die Beziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeitern sichtbar,
- soll das Team mit dem POS.T.T. 95 - Das Positive Team-Training Symptome und
- Konflikte des täglichen Miteinanders deutlich erkennen und im Team intensiv bearbeiten.
- werden Konzepte und Veränderungsstrategien gezielt in die Trainings-Situation mit einbezogen.

Teams unterliegen einem Wachstumsprozeß, den man beobachten und beschreiben kann, auch wenn die Entwicklung aufgrund der Verschiedenartigkeit menschlichen Verhaltens unterschiedlich ist. Durch das POS.T.T. 95 läßt sich eine deutliche Gesetzmäßigkeit erkennen, wenn ein Team eine Entwicklung durchläuft.

^{*} nach Dr. med. N. Peseschkian

Der Erfolg eines Unternehmens hängt überwiegend davon ab, wie gut die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen und zwischen den einzelnen Mitarbeitern klappt. Die Führung von Mitarbeitern ist einfach formuliert ein Sender-Empfänger-Problem. Nicht nur die inhaltliche Botschaft spielt dabei eine Rolle, sondern in erster Linie die Einstellung zum anderen und oft die Einstellung zu sich selbst. In solchen Situationen, die jederzeit zwischen zwei oder mehreren Menschen entstehen, ergeben sich Differenzen in der Kommunikation. Folgenreiche Mißverständnisse sind das Ergebnis. Gerade Führungskräfte befinden sich in einem Umfeld, in dem Probleme besonders gut zu gedeihen scheinen: Arbeitsdruck, Verantwortung, Engagement für Unternehmen und Mitarbeiter auf der einen Seite. Auf der anderen Seite stehen Familie, Freizeit, Erholung und sonstige soziale Kontakte. Die Folgen, manchmal als "Managerkrankheiten" bezeichnet, bleiben nicht aus. Hierzu bietet das Positive Team Training, POS.T.T.95 eine gute Möglichkeit, Symptome und Konflikte des täglichen Miteinanders deutlich zu erkennen und im Team intensiv zu bearbeiten.

Wodurch unterscheiden sich Menschen voneinander? Was haben alle Menschen gemeinsam? Der Einzelne ist nicht immer Mittelpunkt der Umstände, sondern er gestaltet seine Handlungen im Rahmen seiner Kompetenzen selbst. Er lernt durch das seine Handlungen zu formulieren und sich mit anderen auszutauschen. Alle Menschen haben gemeinsam, Angebote von anderen für ihre eigene Entwicklung anzunehmen, wenn ihnen der Weg sinnvoll und konstruktiv erscheint.

Durch Begriffe des täglichen Miteinanders (Aktualfähigkeiten) werden die Spielregeln bestimmt, auf welche Weise man sich und seine Umwelt wahrnimmt und mit ihren Problemen fertig wird. Die Aktualfähigkeiten gliedern sich in zwei Bereiche: primäre Fähigkeiten (emotional orientierte Kategorien) und sekundäre Fähigkeiten (leistungsorientierte, psychosoziale Normen). Der Einfluß der Aktualfähigkeiten vollzieht sich in den vier Ebenen:

1. der Sinne,
2. des Verstandes,
3. der Tradition
4. der Intuition und Phantasie.

Mit der Aussage, daß hinter Störungen Belastungen stehen, ist noch nicht gesagt, welcher Art diese Belastungen sind. Zumeist möchte man in ihnen nur berufliche Überforderungen sehen. Tatsächlich existiert jedoch ein ganzes Spektrum von Verhaltensweisen und Einstellungen, die zu Konfliktpotentialen geworden sind, und in entsprechenden Situationen als Konflikte zutage treten. Trotz aller kultureller und sozialer Unterschiede und

der Einzigartigkeit jedes Menschen ist beobachtet worden, daß alle Menschen bei dem Versuch der Konfliktbewältigung auf vier typische Muster zurückgreifen:

- Flucht in die Krankheit
- Flucht in die Phantasie (Träume),
- Flucht in die Arbeit,
- Flucht in die Geselligkeit oder Einsamkeit

Um die Tragfähigkeit eines Menschen oder eines Teams im Hinblick auf mögliche Konfliktbereiche zu prüfen und in der Differenzierung von Situationen zu helfen, orientiert sich das Team an einer Liste:

Umgang mit der Zeit:	Vereinbarte Zeit einhalten, selber Zeit planen und sich im Sinne von Pünktlichkeit verhalten. Die Fähigkeit, das richtige Zeitgefühl zu haben, und die Fähigkeit, den Zeitablauf zu gestalten.
Sauberkeit:	Auf Sauberkeit achten, auf Sauberkeit Wert legen (Körper, Kleidung, Gegenstände des täglichen Gebrauchs, Arbeitsplatz und Umwelt) sowie im übertragenen Sinn auf den Charakter bezogen.
Ordnung:	Auf Ordnung achten, Ordnung halten, Ordnung schaffen; eigene Wahrnehmungen und eigenen Bereich organisieren.
Disziplin:	Das bewußte, freiwillige Einhalten von Vorschriften, Selbstbeschränkung aus Einsicht in Notwendigkeiten.
Höflichkeit:	Zwischenmenschliche Beziehungen gestalten können mit Rücksicht und Achtung vor den Mitmenschen.
Ehrlichkeit/Offenheit:	Ehrlichkeit: Wahrhaftigkeit, Aufrichtigkeit, Anständigkeit.
Treue/Loyalität:	Treue: Eine feste Bindung eingehen und über eine längere Zeit hinweg aufrecht erhalten können. Loyalität: Vertrauenswürdig sein, den Mitmenschen respektieren.
Gerechtigkeit:	Das Gerechthein, das jedem gleichermaßen sein Recht gewährt.
Fleiß/Leistung:	Strebsames, unermüdliches Arbeiten an einer Sache, um eine bestimmte Leistung zu erreichen.
Sparsamkeit:	Sparsamer und wirtschaftlicher Umgang mit Geld, Sachwerten und Energien.

Zuverlässigkeit/ Genauigkeit:	Zuverlässigkeit: Sich auf einen Menschen verlassen können. Genauigkeit: bedeutet bis in alle Einzelheiten übereinstimmend, z.B. daß eine Aufgabe wie vorgeschrieben erledigt wird.
Liebe:	Die Liebe und Akzeptanz des eigenen ICHs= Selbstannahme, eine positive Zuneigung zu Mitarbeitern, eine positive Einstellung zur Arbeit, ein Bindungsgefühl zu Mitarbeitern, das sich durch das Für- einander- da-sein ausdrückt = WIR-Gefühl, wechselseitiges Vertrauen durch gegen-seitiges Verstehen, Geborgenheit geben durch Sicherheit, Freundschaft und Vertrauen.
Vorbild:	Person, die als Beispiel angesehen wird, nach der man sich richtet.
Geduld:	Ausdauer im ruhigen, beherrschten und nachsichtigen Ertragen oder Abwarten.
Kontakt:	Beziehungen zu anderen aufnehmen und pflegen.
Vertrauen/Zutrauen:	Vertrauen: Sich auf jemanden verlassen können und sich bei ihm sicher fühlen. Zutrauen: die feste Überzeugung haben, daß jemand etwas Bestimmtes leisten kann.
Zuversicht/Optimismus:	Zuversicht: Das feste Vertrauen haben auf eine positive Entwicklung in der Zukunft. Optimismus: Eine zuversichtliche, lebensbejahende, durch positive Erwartung bestimmte Grundhaltung.
Gewißheit/Klarheit:	Gewißheit: Das sichere Gefühl, auf dem rechten Weg zu sein. Klarheit: Durch Eindeutigkeit und Übersichtlichkeit verständlich sein. Menschliche Fähigkeiten sind Ziel der Trainingsarbeit.

Menschliche Fähigkeiten sind Ziel der Trainingsarbeit: Die positive Arbeitsweise geht nicht von Störungen und Schwächen aus. Sie stellt vielmehr die Fähigkeiten des Menschen in den Vordergrund. Sie mobilisiert die Fähigkeiten jedes Teilnehmers.

Jeder Teilnehmer ist einzigartig: In der positiven Arbeitsweise wird nicht der Teilnehmer dem Programm, sondern das Programm den Bedürfnissen des Teilnehmers angepaßt.

Chancengleichheit in der Trainingsarbeit: Für die positive Arbeitsweise stellen Unterschiede der sozialen Herkunft und Bildung der Teilnehmer keine Probleme dar. Die Begriffe der positiven Arbeitsweise kann jeder verstehen. Sprachbarrieren sind ausgeräumt.

Die universale Anwendbarkeit: Die positive Arbeitsweise besitzt ein Grundkonzept für den Umgang mit allen Trainings-Teilnehmern.

Der Teilnehmer als Trainer: Im Rahmen der positiven Arbeitsweise gibt der Teilnehmer seine Teilnehmerrolle auf und wird zum Trainer für sich selbst und seine Umwelt. Der Teilnehmer hilft sich selbst.

Die Zusammenarbeit mit anderen Trainingsrichtungen: Die sich aus der positiven Arbeitsweise entwickelnden Ansätze einer vergleichenden Forschung werden weiter verfolgt und diskutiert.

Die positive Arbeitsweise berücksichtigt die positiven Aspekte jedes Verhaltens: Es geht dabei zunächst darum, Störungen und Schwächen in ihrer Bedeutung umzuwerten und ihre positiven Aspekte zu berücksichtigen. Zum anderen werden Hinweise gegeben, die sich in der Arbeit mit Teilnehmern mit entsprechenden Verhaltensweisen als günstig erwiesen haben.

Konzepte und Veränderungstrategien werden gezielt in die Trainings-Situation einbezogen: Durch sie lernt der Teilnehmer alternative Denkformen, angemessenes und konfliktarmes Alternativverhalten kennen. Sie unterstützen des Abbau innerer Widerstände und erleichtern die Durchführung der Selbsthilfe, welche die positiven Maßnahmen ergänzt.

Erziehung, Selbsthilfe, Veränderung: Ein wesentliches Kennzeichen der positiven Vorgehensweise ist es, daß die Erziehung und Selbsthilfe ergänzende Bestandteile der Strategie selber sind. Positive Arbeitsweise als Um-Erziehung bezieht sich unmittelbar auf das, was in der Erziehung umgeformt und erlernt wurde. Über die Selbsthilfe wird der Teilnehmer als aktiver Partner und nicht mehr als erdulder gefördert. Selbsthilfe ist somit eine Methode des Vorbeugens und darüber hinaus ein wesentliches Element im Vorgehen und im Training.

Durch die jahrelangen Erfahrungen auf dem Gebiet der Personalentwicklung in zahlreichen Unternehmen empfiehlt der Autor, das POS.T.T. 95 nach einem bis zwei Jahren erneut als IST-Analyse für die kontinuierliche Verbesserung des Team-Entwicklungsprozesses einzusetzen.

Literatur: (Bücher von Dr. med. Nossrat Peseschkian sind im Fischer Taschenbuch Verlag erschienen)

Der Kaufmann und das Papagei, Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie

Auf der Suche nach Sinn, Psychotherapie der kleinen Schritte

Psychotherapie des Alltagslebens, Konfliktlösung und Selbsthilfe, mit 250 Fallbeispielen

Psychosomatik und Positive Psychotherapie,

Positive Familientherapie, Eine Behandlungsmethode der Zukunft

Positive Psychotherapie, Theorie und Praxis einer neuen Methode,

33 und eine Form der Partnerschaft,

Institut für Kommunikation und Betriebsführung

Burkhard Kirsch

Lieselottestraße 12, D - 69234 Dielheim



International Center for Positive Psychotherapy

Today's world situation:

At the threshold of the 21st century, society has to cope with the drastically changing paradigms in the fields of medicine, psychotherapy, psychology, healthcare and education. Our current medical and therapy system is increasingly challenged by a wide array of provocative and complex questions which have focussed public debate on the integrity, efficiency and value of medical and mental health treatment. The International Center for Positive Psychotherapy offers a forum, where professionals from various faculties can exchange their experiences and suggestions.

Historical context and beginnings:

The beginning was extraordinary simple. It was the spirit of time of the 80s - the „Zeitgeist“. 1986 was proclaimed as the International Year of Peace and favourable signs concerning a need for a world order were multiplying. Children lit their candles and created a belt of light that circled the globe during 24 hours (January 1st, 1983 and continued annually during the following years).

Worldwide in different countries the method of Positive Psychotherapy was introduced to academic circles. The relationship between culture and diseases was examined, based on Dr. Nossrat Peseschkian's examination of more than twenty different cultural groups.

And yet far away from home in July 1989 in a weekly seminar on Positive Psychotherapy held by Dr. Peseschkian in Leningrad (today St. Petersburg) while overlooking the Neva-River, the vision of establishing worldwide Centers for Positive Psychotherapy appeared to him. The goal was to bring therapists knowledge of their clients capacities, based on the notion that human beings are essentially good.

Founding:

The ICPP is an international Association of national, regional, and academically-oriented psychotherapy societies (Psychiatry, Psychosomatics, Psychology, Pedagogics, Sociology and Mental Health). From the vision to the founding, quite a few steps were necessary. In preparation Dr. med. Hamid Peseschkian worked diligently to pave the way to introducing the method of Positive Psychotherapy to academic circles of the former USSR. With encouragement from the Russian colleagues and Medical Institutes, ground work proceeded and finally in 1991 the highlight was the establishment of 11 Centers of Positive Psychotherapy in the different Republics of CIS. Today 15 National societies and around 35 independent Centers throughout the world are ICPP affiliated.

In the meanwhile the constitution of the ICPP is definitely confirmed by German Authorities (Amtsgericht Wiesbaden/Germany).

Background of ICPP:

The ICPP has evolved from the Deutsche Gesellschaft für Positive Psychotherapie (DGPP), Wiesbaden. DGPP is a nonprofit association, formed 1978 in Germany to promote and advance the contribution of Positive Psychotherapy to the health sciences (Psychotherapy -education - self help - family therapy and cross cultural understanding) by Dr. Nossrat Peseschkian and his collaborates. Membership in the Association is open to professionals in health-related fields including physicians, masters level psychologist and dentists.

Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie (Wiesbadener Circle for Continuing-Education for Psychotherapy and Family Therapy) WIPF is accredited by the Academy for Continuing Medical Education for physicians. This program meets the criteria for credit hours in different categories of Physicians Recognition Certificate of the Medical Chamber Hessen.

Aims of ICPP:

Since Positive Psychotherapy deals with elementary human capacities, it is in a position to speak to people of all languages and social strata and to cope effectively with transcultural problems. This approach presupposes an answer to the two basic questions: *What do all people have in common and by what do they differ?* It aims at contributing to therapeutic and prophylactic processes in education, self-help, psychotherapy and cross-cultural understanding, through facilitating the development of human capacities leading to individual and social transformation. The basic model relies on and stresses a dynamic coherence between the four qualities of life: physical, mental, social and spiritual dimensions for the establishment of a just, peaceful and harmonious global society in the 21st century.

Activities of the Association: Training opportunities - The International Center of Positive Psychotherapy organizes workshops, lectures, conventions and seminars pertaining to the different aspects of Positive Psychotherapy/Family Therapy as well as cross cultural exchange of theories, techniques and research. The center offers a number of courses related to marriage, parenting, education of children and relates these themes to Family Therapy, handling family problems, guidance and counselling. By eliminating the boundaries of Business ethics and focusing on the motivations spurred by personal ethics, Positive Psychotherapy courses have unlimited audience appeal and are a valuable management training tool.

ICPP - Task Force: Positive Family Therapy - Psychosomatic Medicine - transcultural Psychotherapy - Selfexperience - Supervision - Group Psychotherapy - Self-help and prevention - Philosophy of Life and Psychotherapy - Interdisciplinary approach - Positive Pedagogy - Positive Leadership - Positive Management

Statistics:

- National Centers for Positive Psychotherapy: In the following countries the National Centers have been legally registered: Austria (PGA) - Bulgaria (DPPB) - Germany (DGPP) and Russia (25 Regional Centers)
- Other Countries with Centers for Positive Psychotherapy: Bolivia (4 Centers) - China - Belarus - Ukraine - Turkey - Rumania - Republic of Lithuania- Tajikstan- Kazakstan - South Africa - USA
- Literature and publications on Positive Psychotherapy:

A - Primary Literature (10 books) on Positive Psychotherapy. Some have been translated in 17 different languages

B - Secondary literature has been published in different languages in scientific Journals and books, including Bachelor, Masters or Ph.D. thesis.

C - Approximately 160 articles have been published on the method

Postgraduate Program: The 24th Annual Symposium on Positive Psychotherapy will be held in 1997 in Bad Nauheim/Germany (Continuing Medical Education for Physicians and Psychologists)

In Austria, Bolivia, Bulgaria and Russia Certified Postgraduate Programs have been established (Continuing Education Credit)

Continuing Education Seminars and Workshops are provided by the Centers of Positive Psychotherapy in their countries.

Research on the efficacy of Positive Psychotherapy in the framework of quality assurance

Our research started in early 1996 with an extensive program in Germany. About 600 patients with different disorders were involved in the study. A group of 38 psychotherapists, who work at universities, hospitals and/or private practices and treated the patients, participated.

The follow-up period varied, involving kathamnestic assessments which in some cases were made up to five years after the therapy was completed. In the control group, we have people seeking psychotherapeutical help, but have not yet started treatment.

The results of this research will be released in summer 1997 to the public.

The Future: International Center for Positive Psychotherapy should have a major influence on defining the nature of Unity in Diversity among its members. Our goal is to enlarge the number of active members and centers representing nations from around the globe, in order to meet the challenges caused through the world becoming more complex and interdependent - and the 21st Century will bring a variety of challenges for professionals in the field of Psychotherapy.

The Dream and its Meaning

An oriental king had an anxiety-provoking dream. He dreamed that all his teeth fell out, one by one. Disturbed, he called in his dream interpreter. The dream interpreter listened sorrowfully to the dream and disclosed to the king, „I have bad news for you. You will lose all your relatives, one by one, just like teeth.“ The interpretation aroused the anger of the king. He had the dream interpreter thrown into the dungeon. Then he had another dream interpreter come. This one listened to the dream and said, „I am happy to be able to make a joyful interpretation. You will live to be older than all of your relatives; you will outlive them all.“ The king was overjoyed and rewarded him richly. The courtiers were amazed at this. „You actually didn't say anything different from your poor predecessor. But why was he punished, while you were rewarded?“ The dream interpreter answered, „We both interpreted the dream in the same way. But it depends not only on what one says, but also on how one says it.“



СЕДМИЦА НА ПОЗИТИВНАТА ПСИХОТЕРАПИЯ

Д-р НОСРАТ ПЕСЕШКИАН

1. 02. 1996 - 12.30 часа
психиатрична аудитория

Лекция:
“ТЕРАПЕВТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ НА
ПОЗИТИВНАТА ПСИХОТЕРАПИЯ В
ПСИХОСОМАТИКАТА“

НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ

2. 02. 1996 - 3. 02. 1996
начало: 10 часа

СЕМИНАР

за начинаещи и напреднали

Референт: АРНО РЕММЕРС

място: МУ - Варна, Катедра по психиатрия,
Психиатричен диспансер

Programm der Ersten nationalen Konferenz für Positive Psychotherapie in Bulgarien Varna, 2./3. Februar 1996

Im Februar 1996 fand in Varna, Bulgarien die erste nationale wissenschaftliche Konferenz für Positive Psychotherapie unter der Schirmherrschaft des Leiters des Lehrstuhles "Psychiatrie und Medizinische Psychologie", *Univ.-Doz. Dr. med. Stefan Todorov*, an der Medizinischen Universität Varna statt. *Dr. med. Nossrat Peseschkian* eröffnete die Veranstaltungsreihe am 1. 2. 96 im Auditorium der Psychiatrischen Klinik mit einer Vorlesung über „Möglichkeiten der Positiven Psychotherapie in der Psychosomatik.“ Ein Kolloquium für die Zertifikatsverleihung Positive Psychotherapie und ein Seminar begleiteten die wissenschaftliche Konferenz, die von etwa 70 Gesellschaftsmitgliedern der Gesellschaft für Positive Psychotherapie Bulgariens und Gästen besucht wurde. 16 Referate wurden als erste Früchte aus der Einführung der Positiven Psychotherapie in Bulgarien gehalten, einige weitere zur Veröffentlichung vorgelegt.

Nach der Eröffnung durch *Dipl. Psychologin Ivanka Bontschewa*, Varna, die als Vorsitzende der Gesellschaft für Positive Psychotherapie Bulgariens (DPPB) die Konferenz organisierte, begrüßte *Dozent St. Todorov* die Teilnehmer der Konferenz. Er drückte seine Freude über die zunehmend intensivere und internationale Zusammenarbeit der Gesellschaften sowie seinen Dank an die deutschen Kollegen aus.

Nossrat Peseschkians Referat gab einen Überblick über die Entwicklung von psychotherapeutischen Methoden in den verschiedensten Kulturen der Welt in unserer Zeit. Symbolisch war das von ihm einleitend erzählte Märchen vom Traumladen, in dem nur die Samen verkauft werden, aber nicht die fertigen Produkte.

Arno Remmers verglich die Entwicklung in Deutschland, die Wirkfaktoren in der Psychotherapie und die von Grawe aufgezeigte Tendenz zu einer qualitätskontrollierten Allgemeinen Psychotherapie mit dem in Bulgarien entwickelten Studienplan der DPPB für die psychotherapeutische Weiterbildung.

Ivanka Bontscheva sah die „psychotherapeutischen Bedürfnisse und Fähigkeiten in Bulgarien durch das Prisma der Positiven Psychotherapie.“

Ilija Peev, Dozent für Psychologie an der Marineschule und der freien Universität Varna, stellte die „Positive Psychotherapie als Methode und Denken in der pädagogischen Praxis unter didaktischen und erzieherischen Gesichtspunkten“ vor.

Transkulturelle Überarbeitung des WIPPF in der Form 2.0 und seine Anwendung in Beratung und Psychotherapie, die Bedingungen zur Übersetzung in andere Sprachen und die Weiterentwicklung der Auswertungsmöglichkeiten der Differenzierungsanalyse wurden von *A. Remmers* ausgeführt, in einem weiteren Vortrag die Ergebnisse einer Standardisierung des WIPPF 2.0 in Bulgarien und die Veränderungen nach der Wende zwischen 1992 und 1995. Kommentiert wurde der Vergleich zu den ersten Untersuchungen in Deutschland.

Das Modell der Positiven Psychotherapie wird in der Vorbereitung 14-bis 18-jähriger Tutoren-Berater in der Schule für die Problembereiche „Konfliktlösung“, „Gruppenkommunikation – Widerstandsfähigkeit und Identität“ von *Borjana Tschalakova*, einer sehr aktiven Schulpsychologin aus Varna verwendet und auf der Tagung vorgestellt.

Stanka Mihalkova, die wissenschaftliche Assistentin des nationalen Verkehrspsychologendienstes, berichtete über die „Aspekte der Anwendung der PPT bei der psychologischen Versorgung der Verkehrsbediensteten“. Sämtliche Verkehrspsychologen des Landes hatten an einem Training für positive Psychotherapie und Familientherapie teilgenommen. Ihre persönliche therapeutische Erfahrung legte sie dar in einem weiteren Vortrag zur „Notwendigkeit des positiven psychotherapeutischen Vorgehens bei homöopathischer Behandlung von Patienten“.

Detelina Vâltscheva und Antonia Anastasova, Ärztinnen für Psychiatrie in der Psychiatrischen Uniklinik Varna und im kommunalen Drogenberatungszentrum, welches in Zusammenarbeit mit den Schweizer Kollegen und *A. Remmers* aufgebaut wurde, legten einen Artikel über „Prävention bei Narkomanie und abhängigem Verhalten mit dem Instrumentarium der Positiven Psychotherapie“ vor.

Ilija Peev befaßte sich mit dem theoretisch umfangreich fundierten Thema „Positive Psychotherapie und Probleme der kindlichen Aggressivität.“

Aus der Uni Pleven brachte *Klarita Velikova*, Diplompsychologin an der psychosomatischen Klinik in Pleven, die ersten wissenschaftlichen

Ergebnisse der WIPPF-Studie und Positiver Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Syndromen mit.

Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Psychotherapeuten in Bulgarien 1995, die Erwartungen, Ziele und Resultate der bisherigen Psychotherapieweiterbildung und mögliche Konsequenzen referierte A. Remmers.

Sneschanka Ilieva, Wissenschaftliche Psychologin für die Bereiche Sport und Management, entwickelte ein „Training für die Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften bei zukünftigen Managern“, ihre Berufskollegin *Zwetanka Marinova* trug über „Positives Vorgehen bei der Arbeit mit Gruppen“ vor.

Ivelina Krâsteva, Psychologin am Varnaer Arbeitsamt und *Pavel Pavlov* aus Dobric veranschaulichten die „Möglichkeiten der PPT bei der Leitung von Gruppen Arbeitsloser“ und die Anwendung des Modells der PPT in allen Einzelheiten mit konkreten Arbeitstechniken durch die Seminarleiter.

Ognjan Nikitov, Psychiater aus Veliko Târnovo in seiner privaten Psychotherapiepraxis schilderte aus seiner großen Erfahrung mit PPT heraus eindrucksvoll einen Fall von „Atypischer Trauerreaktion“, *Gergana Momova* aus der Psychiatrischen Uniklinik Varna einen mit PPT behandelten Fall von Eßstörung.

Alle Vorträge wurden diskutiert und in der Gesellschaftszeitung "Positum" (ISSN 1310-5221) in bulgarisch veröffentlicht. Ein Rundtischgespräch zum Thema „Zustand, Tendenzen und Perspektiven in der Entwicklung der Positiven Psychotherapie in Bulgarien“ wurde ebenso wie die ganze Konferenz auf Video dokumentiert. Das Fernsehen berichtete in einem ausführlichen Interview.

Von einem Teil der Vorträge liegen Übersetzungen vor, andere können übersetzt werden, wenn Sie als Leser uns Ihr Interesse an einer Veröffentlichung mitteilen. Darüberhinaus liegen 145 - teilweise übersetzte - Falldokumentationen der bulgarischen Kollegen aus der Weiterbildung vor.

Mitteilung von A. Remmers

„...Calling Prof Lu Xiangang, the chief Editor of China Social Science Documentation Publishing House, I knew that both of your books *Positive Family Psychotherapy-Help for Family Conflict* and *Oriental Stories as tools in Positive Psychotherapy-The courage is Risk a Test* have been published recently. Also, he told me that the two other books *Positive Psychotherapy* and *Psychotherapy of Everyday Life* have been translated from Deutsch into Chinese language, and expect to be published in March this year. Good news! Congratulations! In this case, we will have teaching materials for our symposiums and seminars...."

Jan. 1997, Prof. Huyu Yang M.D. Department of Psychiatry, Capital University of Medical Sciences Anding Hospital, Beijing-China

„...I did something useful for Positive Psychotherapy! While being in 'vacations' in Paraguay I prepared a set of transparencies (heavily influenced by yours) on Positive Psychotherapy. And I gave a presentation on that theme to a public of psychiatrist, psychologists, social workers and they were intrested (can you believe it?). Inspired after that success, I headed straight for the Catholic University (the biggest in Paraguay), and had an interview with dean of Psychology. She was interested and said she would schedule a seminar on that theme for the second semester (August-December): An introduction about Positive Psychotherapy. But since this was not enough I also contacted the university in Buenos-Aires, and they scheduled a module on 'Aplications of Positive Psychotherapy for personal development' in a post graduate course they will be giving on the second semester.

As you instructed me, I will also look for opportunities to present it here in Chile. Next thing I am up to is assessing counselling (I am not sure that this is the appropriate word) for a department of the Transport Ministry of Chile, where I will use and present some tools of Positive Psychotherapy...."

March 1997, Vahid Masrour, Bolivariana University, Santiago de Chile

„....Beide Bücher „Positive Familienpsychotherapie - Eine Hilfe für Familienkonflikte" und „Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie - Der Mut eine Probe zu wagen"sind schon herausgegeben worden. Musterexemplare von den beiden anderen Büchern „Positive Psychotherapie" und „Psychotherapie des Alltagslebens" werden wir Ihnen so schnell wie möglich schicken...."

März 1997, Prof. Dr. Lu Xiangang, Editor in chief of Social Sciences, China

Internationales Seminar über Positive Psychotherapie,
Februar 1997, Nur University / Santa Cruz-Bolivien

Das Feld der Methode der Positiven Psychotherapy in Latein-Amerika fängt gerade dort an, interessant zu werden, wo Raum ist für eine Vielzahl von Methoden und Ansätzen, nämlich in Bolivien. Etwa 100 Teilnehmer kamen aus acht lateinamerikanischen Ländern, (Argentinien-Bolivien-Brasilien-Chile-Costa Rica-Ecuador-Honduras und Peru) der Schweiz, Deutschland und den USA. Das Thema des Internationalen Seminars war „Positive Conflict Resolution“. Die Breite der Beiträge der Teilnehmer, die während des 7-tägigen Seminars beleuchtet werden konnten, war dabei größer als man dies möglicherweise spontan vermutet hatte.

Vorgestellt wurde insbesondere die 5-stufige Konfliktverarbeitung gemäß des Modells in der Positiven Psychotherapie. Die Arbeit des Seminarleiters Dr. Nossrat Peseschkian wurde durch die Leiter der drei Zentren der Positiven Psychotherapie in Bolivien (Cochabamba, Dr. med. Leonard, Pädiater; Santa Cruz, Dr. med. Calviementos, Psychiater und in La Paz, Dipl. Psych. Victoria Jarmusz de Rezvani) unterstützt. Eine ganze Palette von Themen wurden in Rahmenveranstaltungen noch angeboten. Der Höhepunkt des Seminars war die Ernennung von Dr. Peseschkian im Rathaus von Santa Cruz, wo er als Ehrengast der Stadt eingetragen und mit einem Preis geehrt worden ist. Darüber hinaus wurde die Dissertation von drei Diplom-Psychologen aus der Universität Nur über die Positive Psychotherapie im Rahmen der Familie und der Partnerschaft vorgestellt.

März 1997, Manije Peseschkian

„...I am very pleased to inform you that on 7th of April 97 an extensive interview about Positive Psychotherapy was published in one of the most read and important news papers of Bolivia that is „La Razon“. I was interviewed by a Journalist who extracted and explained the concept in an easy and understable manner for the general public. I already mailed you the tear sheet of the news paper, please acknowledge when received....“

April 1997, Lic. Victoria Jarmusz de Rezvani, Psicologa y coordinadora de grups, La Paz, Bolivia

„...Ich setze meine Arbeit an der Auswertung und Entwicklung der Methoden und Theorien der Positiven Psychotherapie in unserem Land fort. Über die Ergebnisse dieser Arbeit informierte ich die Teilnehmer des Allukrainischen Kongresses der Psychologen in Kiew Ende 1996. Vor kurzem leitete ich ein 5-tägiges Seminar über Positive Psychotherapie in Winnitza. Ich habe einige interessante Ideen zum Einsatz der Symbolsprache in der Positiven Psychotherapie entwickelt....“

April 1997, Wladimir Karikasch, Tscherkassi, Ukraine

„...I would like to give a brief updated news: In our general meeting as Compos Mentis we all agreed on that it was our honour to work with you. From my personal contacts I know that everybody from your seminar is saying positive things and sending his/her best wishes to you and your wife. Some of them have already started to practice some aspects of your approach. Again verbally all of them stated their wish/motivation for continuation of the program....“ (June 1996)

„...With this fax I am very happy to inform you that your book has been released and is on the sale now....“ (April 1997)

Hurol Fisiloglu, Ph.D., Middle East Technical University, Department of Psychology, Ankara-Turkey



Das Internationale Zentrum für Positive Psychotherapie (IZPP)
und
die Russische Gesellschaft für Positive Psychotherapie,
Familientherapie und psychosomatische Medizin
laden Sie ein zur

1. Internationalen Konferenz

**für Positive Psychotherapie
in St. Petersburg / Rußland**

Vor-Konferenz in Moskau

vom 11. bis 19. Mai 1997

A Challenge for the Therapist

*21st. Century's Psychotherapy
Understanding Humanity's Role and Destiny*

Information und Anmeldung:

Dr. med. N. Peseschkian, An den Quellen 1, 65183 Wiesbaden
Tel.: 0611 / 373707, Fax 39990

Akademie für ärztliche Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

20. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche 20. bis 26. Oktober 1997

Fort- und Weiterbildung:
Positive Psychotherapie,
Transkulturelle Psychotherapie
und Familientherapie

- Eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode unter dem transkulturellen Gesichtspunkt -
- ressourcenorientiert und konfliktzentriert -

Diese Veranstaltung wird vom Hessischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung nach § 9 Abs. 7 des Bildungsurlaubsgesetzes als Bildungsveranstaltung anerkannt

*„Willst du das Land in Ordnung bringen,
mußt du erst die Provinzen in Ordnung bringen.
Willst du die Provinzen in Ordnung bringen,
mußt du erst die Städte in Ordnung bringen.
Willst du die Städte in Ordnung bringen,
mußt du erst die Familien in Ordnung bringen.
Willst du die Familien in Ordnung bringen,
mußt du die eigene Familie in Ordnung bringen.
Willst du die eigene Familie in Ordnung bringen,
mußt du dich in Ordnung bringen.“
(Orientalische Weisheit)*

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Akademiegebäude

Leitung und Durchführung: Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Leiter des Wiesbadener Weiterbildungskreises für Psychotherapie und Familientherapie, Begründer der Positiven Psychotherapie

Weitere Dozenten: Prof. Dr. med. R. Battegay, Frau Prof. Dr. M. Rothe, Prof. Dr. med. K. Jork, Dr. med. A. Aziz, Dr. med. U. Boessmann, Dr. med. A. Remmers, Dr. med. H. Röthke, Dipl.-Psych. H. Deidenbach, Dipl. Psych. N. Acba, Dipl. Päd. G. Hübner - weitere Referenten siehe Extra-Programm

Psychotherapie in der ärztlichen Praxis: 7 Seminarveranstaltungen mit Fallbesprechungen für Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte, Hautärzte, Gynäkologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Psychiater, Neurologen, Orthopäden, Urologen, Chirurgen und Ärzte anderer Fachrichtungen, Diplom-Psychologen und Diplom-Pädagogen

Lernziel dieses Seminars ist, die Kollegen für psychische und psychosomatische Fragen in der Praxis zu sensibilisieren und ihnen Richtlinien, Indikationsstellungen und die Fünf-Stufen-Behandlung für den Umgang mit psychisch und psychosomatisch Erkrankten unter den vier Aspekten der Therapeut-Patient-Beziehung an die Hand zu geben: Therapeut-Patient-Beziehung; Therapeut und die anderen Therapeuten; Therapeut und eigene Familie; Therapeut und seine Zukunft und Lebensphilosophie.

Inhalt:

1. Praxis des Zweitverfahrens „Familientherapie - Verhaltenstherapie“ (30 Stunden)
2. Psychosomatische Grundversorgung (30 Stunden)
3. Familienberatung und Familientherapie (wird teilweise auf die Fortbildung in Familienberatung und Familientherapie angerechnet)

Anlässlich dieser Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche findet am
Mittwoch, dem 22. Oktober 1997, um 19.30 Uhr
im Großen Hörsaal des Seminargebäudes
ein öffentlicher Vortrag mit dem Thema
**„Umgang mit Verlust und Tod.
Trauerarbeit in verschiedenen Kulturen.
Fünf Stufen der Konfliktbewältigung.“**

statt, zu dem auch Nichtteilnehmer der 20. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche eingeladen sind.

Referent: Dr. med. N. Peseschkian
(Eintritt frei)

Anmeldung und Übernachtung

Die *Teilnahmegebühr* beträgt 700,- DM; 550,- DM für Mitglieder der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen; 175,- DM für Studenten, Arztfrauen, Arzthelferinnen; 350,- DM für Ärzte im Praktikum; 275,- DM für Mitglieder der Akademie (Ärzte) im Praktikum. Die Teilnahmegebühr fordern wir mit unserer Anmeldebestätigung an. Die reduzierte Teilnahmegebühr für Mitglieder gilt nur, wenn Sie spätestens mit der Anmeldung Ihren Beitritt zur Akademie erklären, eine spätere teilweise Rückerstattung der Gebühren ist nicht möglich. *Anmeldungen* werden erbeten an die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, (06032-7820. *Zimmerbestellungen:* Kur- und Verkehrsvereinigung e.V., Neue Kolonnade an der Dankeskirche, 61231 Bad Nauheim, (06032-2120).

**Georgi Schischkoff (Hrsg.):
„Philosophisches Wörterbuch“**

Stuttgart, Körner Verlag, 1991

Begründet von Heinrich Schmidt, neu bearbeitet von Georgi Schischkoff, Alfred Kröner Verlag Stuttgart, 1991.

Das philosophische Wörterbuch des Kröner Verlags besteht seit nahezu 80 Jahren und befindet sich in der 22. Auflage. Mit der jetzigen Auflage legt der seit der 14. Auflage amtierende Herausgeber, Georgi Schischkoff, seine Herausgeberschaft nieder.

Dargestellt ist der Gesamtbereich der Philosophie und ihrer Grenzgebiete. Das Nachschlagewerk behandelt in kurzer und prägnanter Form Begriffe und Probleme, die übersichtlich geordnet und in einen systematischen Zusammenhang gestellt werden. In kürzester Form wird die neueste Literatur zum jeweiligen Thema berücksichtigt. Das Buch ist für jeden, dessen Arbeitsbereich und Ideenhorizont philosophische Fragestellungen berühren, zum ersten Kundigmachen hervorragend geeignet. Sowohl für den Experten als auch den gebildeten Laien stellt es immer wieder ein Hilfsmittel zur systematischen Orientierung dar, sowohl im Hinblick auf Definitionen, Begriffe und Ideen als auch im Hinblick auf fachübergreifende Zusammenhänge, Bedeutungserklärungen und moderne Ansichten zu klassischen Philosophemen.

Goeppert, Medizinische Psychologie Freiburg.

**Julian Nida-Rümelin (Hrsg.):
„Angewandte Ethik - Die Bereichsethiken und ihre
theoretische Fundierung“**

Stuttgart, Körner Verlag, 1996

Was ist Ethik? Ausführlich und umfassend dargestellt ist in diesem Buch aus dem Kröner Verlag, daß dabei nicht ausschließlich nach einer isolierten Wissenschaft oder nach bloß metaphysischen Reflexionen über das gute Verhalten des Menschen gefragt wird, sondern damit vielmehr ein Interesse verbunden ist, die Bedingungen für das „rechte“ menschliche Verhalten in den vielfältigen Bereichen des Lebens zu ergründen und Richtlinien hierfür zu geben. Ein hochinteressanter, umfassend-aktueller und sehr systematischer Überblick über die Ansätze ethischer Fragestellungen auf 891 Seiten. Neben allgemeiner theoretischer Fundierung wird dabei die aktuelle Diskussion in den Bereichsethiken des Rechts, der Medizin, der Ökologie und Politik (um nur einige zu nennen) vorgestellt.

Dem Herausgeber ist es gelungen die Arbeit von Spezialisten in den jeweiligen Bereichen so zusammenzuführen, daß ein homogenes Ganzes entstand, in dem die Teile gut verbunden nebeneinander und füreinander stehen. Durch die klare Systematik kann jede Bereichsethik für sich selbst betrachtet werden, ein ausführliches Inhaltsverzeichnis am Ende des Buches weist den genauen Weg, wobei der Leser an konkreten Stellen jedes behandelten Teilgebietes entsprechende Literatur oder Verweise auf andere Kapitel finden kann. Ein Sachregister hätte dieses Arbeitswerkzeug sicher noch zweckmäßiger für all jene gemacht, die sich mit Ethik beschäftigen und auf rasche Orientierung und umfassende Information angewiesen sind.

Schön, daß in einigen Kapiteln (Rechtsethik) auch graphische Elemente den Erklärungen in Form von Schemata eine strukturierte Anschauung verleihen.

Die Bereichsethiken werden inhaltlich umfassend dargestellt, viele Ansätze werden diskutiert und gegeneinander abgewogen. Bettina Schöne-Seifert beschreibt beispielsweise für die Medizinethik die ausführliche Diskussion ethischer Fragen im Gesamt der Medizin. Bleibt hier zu fragen, ob der Umfang des Buches nur mehr eine Bestandsaufnahme des Bereichs erlaubte und bewußt auf die Darstellung möglicher Lösungsansätze in diesem Bereich verzichtet worden ist. Allein aus der Bestimmung und Kritik der institutionellen Medizin, können hier Ärzte nur eingeschränkt einen Ratgeber für die tägliche Praxis finden. Wird ein partnerschaftlicher Umgang der Ärzte mit Ihren Patienten aufgrund rechtlicher und gesellschaftlich-moralischer Gegebenheiten angemahnt, müßte auch ein Weg dahin diskutiert werden.

Matthias Gross, Medizinische Psychologie Freiburg

**18. Kongress der Deutschen Gesellschaft
für Transaktionsanalyse (DGTA)
vom 09. bis 11. Mai 1997
in Weimar**

Leitthema: Nähe, Distanz und Respekt

Kongressveranstalter:

DGTA, Silvanerweg 8, 78464 Konstanz

Information und Anmeldung:

Frau E. Eisenbach, Taunusstraße 60, 61191 Rosbach

Rudolf Klußmann: „Psychosomatische Medizin. Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche.

Mit einem Kapitel Psychopharmakologie bearbeitet von Manfred Ackenheil
3., neubearb. Auflage, Springer Verlag 1996

Mehr als die Hälfte aller Patienten weisen Krankheiten mit seelischen Störungen oder mit einer psychosomatischen Ätiologie auf. Dementsprechend wichtig ist es sowohl für Studierende als auch für Ärzte aller Fachrichtungen, die Grundlagen der psychosomatischen Medizin zu beherrschen.

Im „Klußmann“ werden die wichtigsten Krankheitsbilder aller klinischen Fachgebiete aus psychosomatischer Sicht behandelt. Dabei erleichtern Einleitungen und Definitionen den Einstieg in die Materie, zahlreiche Fallbeispiele sorgen für Anschaulichkeit und stellen den Bezug zur Praxis her. Umfangreiche Hinweise zu weiterführender Literatur, ein Glossar und ein Verzeichnis psychotherapeutischer Einrichtungen erhöhen den Wert dieses Lehrbuchs als Nachschlagewerk.

Niels Birbaumer, Robert F. Schmidt:

„Biologische Psychologie“

3. neubearb. Auflage, Springer Verlag 1996

Dieses erfolgreiche Lehrbuch bietet eine umfassende Einführung in die biologischen Grundlagen des Verhaltens: Von der Einzelzelle bis zu den Denkprozessen des Menschen wird der neueste Wissensstand dargestellt. Das Gehirn wird dabei nicht nur als biologische Größe betrachtet, die Verhalten hervorbringt, sondern als ein in ständigem Austausch mit den Umweltgegebenheiten und den vererbten Eigenschaften befindliches dynamisches System. Das Buch ist didaktisch und inhaltlich völlig neu aufbereitet: Es enthält Einleitungen zu Kapitelbeginn, strukturierende Überschriften und knappe Zusammenfassungen der wesentlichen Lerninhalte. Eine Reihe aktueller Themen wurde neu aufgenommen, so u.a. Vererbung und Verhalten, Psychoneuroimmunologie und Psychoendokrinologie. Somit ermöglicht es nicht nur eine ökonomische Prüfungsvorbereitung, sondern führt den Leser/die Leserin zu einem Verständnis des komplexen Zusammenwirkens von Verhaltensprinzipien und physiologischen Gesetzmäßigkeiten.

U. Stangier, U. Gieler, A. Ehlers:
„Neurodermitis bewältigen. Verhaltenstherapie.
Dermatologische Schulung. Autogenes Training“
Springer Verlag 1996

Neurodermitis ist eine der häufigsten Hautkrankheiten, die die Betroffenen oft bis zur Unerträglichkeit quält. Hilfe bietet ein erprobtes Therapieprogramm, das in diesem neuen Manual Schritt für Schritt beschrieben wird. Die Therapie umfaßt drei Bausteine: psychologisch-verhaltenstherapeutisches Programm, dermatologische Schulung und autogenes Training. Therapieaufbau und -ablauf werden genau dargestellt und durch Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung und deren Bewältigung ergänzt. Das Buch wendet sich in erster Linie an Psychotherapeuten und Dermatologen, ist aber auch für Betroffene verständlich zu lesen, zumal es für sie zahlreiche Patienten-Informationen und „Hausaufgaben“ enthält.

Moia Grossmann-Schnyder:
„Berühren - Praktischer Leitfaden zur Psychotonik
Glaser in Pflege und Therapie“
Stuttgart, Hippokrates Verlag, 2. Auflage 1996

Eine funktionierende Beziehung zum Patienten, sei es als Arzt, Krankenschwester, Masseur oder Krankengymnast, herzustellen ist die Ausgangsbasis für eine erfolgreiche Therapie, Pflege oder Behandlung. Moia Grossmann-Schnyder stellt in ihrem Buch eine Behandlungstechnik (Atemmassage) vor, die basierend auf der Psychotonik Glaser (Korrespondenz von Emotionalität und Muskulatur) das Berühren von Behandelnden und Patienten, also die Interaktion zweier Individuen, in den Mittelpunkt stellt. Eine Behandlung kann nur erfolgreich sein, wenn sich der Patient und Therapeut wohlfühlen, wobei das Wohlbefinden vom Therapeuten durch Kenntnisse dieser speziellen „Übertragungssituation“ gesteuert werden kann. Nicht die Behandlung des Patienten ist ausschlaggebend, sondern die Behandlung zusammen mit dem Patienten in einer Begegnung. Schritt um Schritt wird der Umgang mit der Berührung und die dabei auftretenden Gefühle und Empfindungen der sogenannten Raumqualitäten beschrieben. Für die Behandlung werden schließlich drei Basistechniken erarbeitet (Lockern, Fordern, gemeinsames Bewegen), die der Behandelnde über Wahrnehmung von Atmung und Muskelspannung des Patienten in der Atemmassage einsetzt.

Matthias Goos

Hans H. Dickhaut:

**„Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen.
Ein Handbuch für helfende Berufe und Eltern.“**

Beltz Verlag Weinheim 1995

Fast jeder Selbstmord kündigt sich an, aber es ist schwierig, die Hinweise richtig zu deuten. Erlebte Einengung und Kränkung oder auch scheinbar ausweglose Situationen führen Kinder und Jugendliche dazu, Schluß machen zu wollen mit diesem Leben. Viele Erfahrungen lassen sich nicht so einfach vermeiden, wichtig ist aber, daß die jungen Menschen mit Eltern, Lehrern oder anderen Bezugspersonen ins Gespräch kommen und damit nicht das Gefühl haben, all ihre Schwierigkeiten und Probleme allein lösen zu müssen. Anhand von Fallbeispielen zeigt der Ratgeber mögliche Szenarien und gibt Hinweise für Vorbeugung, Verhütung, Hilfsmöglichkeiten und Therapieangebote. Dazu finden sich im Anhang Adressen und Literaturhinweise.

Aus dem Inhalt: Selbstmordhandlungen junger Menschen, Fallbeispiele; Kinder sind Menschen, Rechte des Kindes; Problembereiche in Familie und Schule; Sucht als Selbstzerstörung; Vorbeugen - Verhüten - Helfen .

*Es hat ganz einfach angefangen.
Irgendwo bin ich in einem dunklen Zimmer gelegen.
Ich habe geschrien
in der Hoffnung,
daß jemand kommt.*

*Es ging ganz einfach weiter.
Irgendwann hörte ich auf zu schreien.
Ich habe so getan
als würde es mir nichts ausmachen,
daß niemand kommt.*

*Es geht ganz einfach weiter.
Irgendwann habe ich mir angewöhnt
auf alle Beleidigungen und Verletzungen
so zu reagieren als ob.
Als ob mich das alles nicht betreffen würde.*

Es geht ganz einfach nicht mehr weiter.

Gedicht von **Peter Turrini**

zit. in H.H. Dickhaut: „Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen“

Was ich Dir noch sagen wollte...

Zum Tode von Willi Köhler

Auch wenn die Worte zum Gedenken an einen Mann, der sich bis gestern wie selbstverständlich in unserem Umfeld bewegte, ehrlich gemeint sind, werfen sie jeweils nur ein kurz aufscheinendes Schlaglicht in die Dunkelheit der Trauer. Alles ist jetzt nur noch Reportage und nicht mehr Realität.

In meinem Versuch der Konzentration auf die Person Willi Köhler, gehen mir gleichzeitig so viele Begebenheiten durch den Kopf. Vielleicht muß das so sein, besonders dann, wenn man einen Menschen länger als ein Jahrzehnt gekannt hat.

In einem unserer letzten Gespräche anlässlich eines gemeinsam mit Dr. Peschikian geplanten Buches sagte er mir: "Ich bin einundsechzig Jahre alt und erst jetzt fühle ich mich so richtig auf dem Höhepunkt meiner Schaffenskraft. Heute kann ich alle meine Erfahrungen und mein Wissen in die Arbeit einbringen." Das war wenige Tage vor seiner Abreise in den Urlaub.

Wir hatten uns auch über die scheinbar jung-dynamischen Blender, Täuscher und Verkäufer der eigenen Person unterhalten. Sie waren ihm so zuwider, und er hat sie auch stets rasch ausgemacht. Für ihn als Büchermacher war selbstverständlich, Inhalte sollten zählen, Toleranz, Einsatz zum Wohle einer Allgemeinheit. Diese Maximen bestimmten sein Handeln, Denken und Fühlen. Da blieben auch Narben zurück. Denn Menschen wie er, die Jahrzehnte lang mit Autorinnen und Autoren umgehen, müssen sensibel bleiben. Das ist gut so.

Willi Köhler war sensibel geblieben, zum Wohle der Autoren und des Hauses Fischer. Allein als Herausgeber der Reihe *Geist und Psyche* hat er weit mehr als 200 Buchtitel betreut, unzählige Beiträge in Zeitschriften geschrieben und Rezensionen verfaßt. Selbst die letzten Titel, die er in das Programm des Fischer Verlages aufgenommen hat, dokumentieren, wie geplanter Zufall Parallelitäten zu seiner Einstellung und zu Themen, die ihn bewegten. Titel beispielsweise, die erst im Frühjahr 1997 erscheinen werden, wie *Das Recht der Tiere* oder *Die Konstruktion der modernen Männlichkeit* oder *Eine Naturgeschichte des Bösen*.

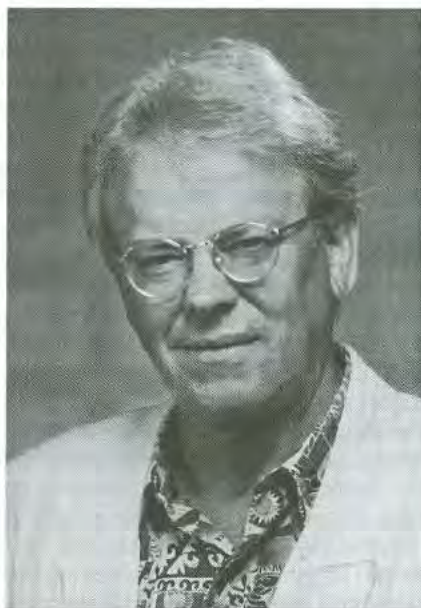
Bergwanderer war er, die Rolle des Gipfelstürmers lag ihm nicht. Um in der Metapher zu bleiben, stetig bergauf, vorwärts, ruhig, besonnen. Ich erinnere mich, es liegt schon viele Jahre zurück, daß wir zusammen eine Wanderung im Taunus machten. Damals konnte ich bergauf stellenweise kaum noch

Schritt mit ihm halten. Er hat mich vorangebracht, motivierend, nicht triumphierend über mein Unvermögen. Hilfe, Verlässlichkeit, das sind die ihn auszeichnenden Tugenden.

Willi Köhler, Du warst kein Freund von großen Reden und Gesten und dennoch hättest Du sie verdient gehabt, nicht nur aufgrund Deiner Lektoratsarbeit. Im Bereich Psychologie hast Du eher hinter die Fassaden geschaut und vieles durchschaut. Da waren Worte überflüssig. Ich hätte Dir noch so viel sagen wollen...

Ich sage Dir auch... und wische mir heimlich eine Träne ab, wenn keiner hinsieht.

Bruno C. Back



KLEINE 'SEGELANWEISUNG' FÜR DIE AUTOREN DER ZEITSCHRIFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE

Folgende Hinweise dienen dazu, die Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Autoren, der Redaktion und der Druckerei zu erleichtern.

1. Leserschaft der Zeitschrift

Sie schreiben in erster Linie für Ärzte, Psychologen und Pädagogen mit einem Interesse für eine ganzheitliche und transkulturelle Psychotherapie. Die Zeitschrift wird aber auch von interessierten Laien gelesen. Die Beiträge sollten fachlich fundiert sein, aber in einer auch fachübergreifend verständlichen, am besten allgemeinverständlichen Sprache formuliert sein. Verzichten Sie bitte möglichst auf lange, verschachtelte Sätze und Substantivierungen. Erklären Sie die von Ihnen verwendeten fachspezifischen Termini.

2. Der Kopf Ihres Manuskriptes muß folgende Angaben enthalten:

- Ort, Datum
- Titel, Vorname, Nachname des Autors
- Berufsbezeichnung, Zusatzqualifikation, Funktion
- Adresse, Telefon, Fax

3. Fremde Urheberrechte

Wenn Sie auf fremde Quellen zurückgreifen, geben Sie bitte diese Quelle an und nennen Sie den Urheber der Zitate im Text, Fußnote oder Anhang. Das Urheber- und Presserecht verlangt dies. Es wäre schön, wenn Sie zu Ihrem Beitrag weiterführende Literatur nennen könnten.

4. Zum „Tippen“

Die Form des Manuskripts ist entscheidend für die redaktionelle Weiterbearbeitung. Wir bitten Sie um ein „ordentliches“ Manuskript, um den Zeitaufwand der ehrenamtlich tätigen Redaktion nicht unnötig zu vergrößern. Beachten Sie bitte folgendes:

- Beschreiben Sie jedes Blatt nur auf der Vorderseite in normaler Schriftgröße und anderthalbzeilig.
- Bitte rücken Sie die Zeilenanfänge nicht ein (wie etwa in der Tageszeitung), sondern beginnen Sie immer links.
- Bitte keine Großbuchstaben oder gesperrte Schreibweise verwenden.
- Zahlen im laufenden Text von eins bis zwölf immer ausschreiben.

- Anstelle des %-Zeichens „Prozent“ ausschreiben.
- Abkürzungen, wie zum Beispiel „z.B.“ ausschreiben.

5. Textverarbeitung auf PC

Ideal ist es, wenn Sie Ihr Manuskript auf dem Computer schreiben und auf eine Diskette kopieren. Das ist für die Redaktion eine erhebliche Erleichterung.

6. Schicken Sie Ihr Manuskript (und Ihre Diskette) per Post.

Wenn Sie uns Ihren Text nur als Fax schicken, ist die Weiterverarbeitung wegen teilweise erheblicher Qualitätsverluste bei der Übertragung erschwert. Ein Fax vorab ist in Ordnung, aber bitte senden Sie parallel dazu ein gut lesbares Exemplar per Post.

7. Welche Themen werden bevorzugt veröffentlicht?

Der Schwerpunkt der Zeitschrift ist die *Praxis* der Positiven Psychotherapie, das heißt: Fallbeispiele aus der Erfahrung der Kollegen, die die Methode anwenden, wobei vor allem transkulturelle, methoden- und fachübergreifende Aspekte berücksichtigt werden sollen. Daneben berichtet die Zeitschrift über die Aktivitäten der Deutschen und der Internationalen Gesellschaft für Positive Psychotherapie, über Kongresse und das Fort- und Weiterbildungsangebot. Willkommen sind auch humoristische Beiträge, therapeutisch hilfreiche Geschichten, Spruchweisheiten und Sprachbilder.

Besten Dank für Ihre Mithilfe.

Redaktion

Zeitschrift für Positive Psychotherapie

Dr. med. Nossrat Peseschkian

An den Quellen 1, 65183 Wiesbaden

Telefon 0611 - 37 37 07, Telefax 0611 39 99 0