

2.2.1. Hamburg Psycho



Abb. 1 Es gibt sie noch, die gute alte Couch: Rudolf Walter, Vorsitzender des Berufsverbandes Hamburger Psychoanalytiker, in seinem Behandlungszimmer

Unsere Psyche ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor geworden. Das Geschäft mit Therapien boomt, und längst haben die klassischen Therapieformen Konkurrenz bekommen: Ein unübersichtliches Angebot an alternativen und spirituellen Heilverfahren buhlt in Hamburg um unsere Neurosen, Depressionen und Phobien. Ist es eine Frage der Lebensqualität, sich in Behandlung zu begeben? Oder können wir uns unsere Störungen heute immer weniger leisten? Ein Spaziergang über den Supermarkt der Therapien

Von Inken Baberg, Fotos von Olaf Ballnus

Sie sind überall. Im Büro und im Bus, an der Bar und auf der Post. Sie schauen dich an – morgens, nach dem Aufstehen, und abends. Manchmal haben sie Witz. Etwa den - Zitat Woody Allen -, „wo der Mann zum Psychiater rennt und sagt: ‚Doktor, mein Bruder ist meschugge. Er denkt, er ist ein Huhn.‘ Und der Arzt sagt: ‚Nun, warum bringen Sie ihn nicht ins Irrenhaus?‘ Und der Mann sagt: ‚Würd‘ ich schon, aber ich brauch‘ die Eier‘ Ja, und ich schätze, dass das so ziemlich meinem Gefühl entspricht, was Beziehungen angeht. Also, die sind total irrational und bescheuert und absurd und aber, äh, ich glaube, wir machen den Stiefel mit, weil, äh, die meisten von uns die Eier brauchen.“ Stadtneurotiker. In der Schlange vor einem, neben einem, hinter einem.

Es bedarf keiner gefiederten Verwandtschaftsverhältnisse, um zu der Erkenntnis zu gelangen: Irgendetwas stimmt nicht. Rund sieben- bis achttausend Hamburgerinnen und Hamburger wenden sich jährlich in ihrer seelischen Not an die psychiatrische Institutsambulanz des Universitätskrankenhauses in Eppendorf - eine der sechs psychiatrischen Ambulanzen, die sich in Hamburg Tag und Nacht für Notfälle bereit halten.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung sind in Hamburg 268 ärztliche und 695 nichtärztliche Psychotherapeuten niedergelassen. Davon sind 652 kassenärztlich zugelassen und damit autorisiert, krankenkassenfinanzierte Psychotherapien durchzuführen. Das scheint für eine 1,7-Millionen-Einwohner-Stadt nicht besonders viel zu sein. Tatsächlich machen sie nur einen kleinen Teil des therapeutischen Gesamtapparates der Hansestadt aus. Da gibt es nämlich noch die staatlich zugelassenen – das heißt approbierten - Psychotherapeuten, die ihre Dienste außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten. Und die nicht-approbierten Therapeuten, die auf dem freien Markt praktizieren. Seelsorger, Sozialarbeiter und andere zum Teil ehrenamtlich Tätige: in beratenden Funktionen der Sozialpsychiatrischen Dienste, Psychosozialen Kontaktstellen, Seelsorgezentren und anderen Beratungsstellen öffentlicher und privater Träger Nicht zu vergessen die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die Psychiater, Neurologen und Allgemeinärzte in freier Praxis.

Und dann gibt es natürlich jene esoterische Grauzone zwischen Wellness, Hokuspokus und „innerer Arbeit“, die den therapeutisch Bedürftigen Heilung verspricht. Augenscheinlich ist es um unser seelisches Befinden nicht besonders gut bestellt. Die Bereitschaft, die eigene Psychohygiene einem spezialisierten Dienstleister anzuvertrauen, wächst und trifft auf eine professionalisierte und weit verzweigte Gesundheitsindustrie. - Die wiederum darauf reagiert (und davon profitiert), dass wir uns unsere Störungen anscheinend nicht mehr leisten können oder wollen.

Dabei braucht es theoretisch nicht viel zum Gesundsein: Zwei Kriterien gelten seit Freud als Indikatoren eines intakten Seelenlebens: Arbeitsfähigkeit und Liebesfähigkeit. Steuert zudem der Homo ludens in uns die Lust am „Unvernünftigen“ bei - Stichwort: „Freizeit-Fähigkeit“ -, können wir uns im sicheren Gefühl wiegen, der Gesundheitsnorm zu entsprechen. Theoretisch. Die Praxis sieht oft anders aus.

Psychotherapie salonfähig?

Psychotherapie zählt in Deutschland zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte können damit bei entsprechender Indikation die psychotherapeutischen Maßnahmen in Anspruch nehmen, die der Leistungskatalog der Krankenkassen vorsieht. Und das machen sie.

Von amerikanischen Verhältnissen kann jedoch keine Rede sein. Zwar steige die Bereitschaft, psychotherapeutische Angebote wahrzunehmen, sagt Rudolf Walter, Vorsitzender des Berufsverbandes Hamburger Psychoanalytiker, Landesverband der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie). „Aber kaum jemand erzählt gern, dass er selbst eine Psychotherapie oder eine Psychoanalyse macht. Viele unserer Patienten sind froh, dass draußen an unseren Türen nicht ‚Praxis‘ oder ‚Psychoanalyse, Psychotherapie‘ steht, sondern nur unsere Namen. Das Vorurteil, wer eine Therapie macht, sei dumm, verrückt oder spinne, ist noch immer weit verbreitet. Viele haben keine Vorstellung davon, was in einer Therapie passiert und geleistet wird.“



Abb. 2 „Bewusstseinsweiterung ist ein schmerzhafter Prozess für das Ich“: Stephan Ludwig von der Therapeutengemeinschaft Orgoville Hamburg in seinem Behandlungszimmer

Wer sich für eine Therapie entscheidet, hat häufig schon viele labyrinthische Versuche hinter sich. „Es kommt heutzutage kaum noch jemand ohne therapeutische Vorerfahrung in die Praxis“, sagt Hans Schulze-Jena, Psychoanalytiker am Michael-Balint-Institut, einem der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für tiefenpsychologische Psychotherapie in Hamburg. Couch-Abonnenten sind jedoch die Wenigsten. Mancher hat bereits eine „klassische“ Therapie hinter sich. Die meisten haben niedrigschwellig angefangen: Haben mit Freunden gesprochen und mit dem Hausarzt. Haben vielleicht die Gelben Seiten oder den „Therapieführer“ der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) nach Beratungs- und Vermittlungsstellen durchgeblättert. Haben verschiedene Selbstheilungsversuche unternommen.

Wer sich für eine Therapie entscheidet, hat häufig schon viele labyrinthische Versuche hinter sich. „Es kommt heutzutage kaum noch jemand ohne therapeutische Vorerfahrung in die Praxis“, sagt Hans Schulze-Jena, Psychoanalytiker am Michael-Balint-Institut, einem der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für tiefenpsychologische Psychotherapie in Hamburg. Couch-Abonnenten sind jedoch die Wenigsten. Mancher hat bereits eine „klassische“ Therapie hinter sich. Die meisten haben niedrigschwellig angefangen: Haben mit Freunden gesprochen und mit dem Hausarzt. Haben vielleicht die Gelben Seiten oder den „Therapieführer“ der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) nach Beratungs- und Vermittlungsstellen durchgeblättert. Haben verschiedene Selbstheilungsversuche unternommen.

Auch fällt die Entscheidung für ein alternatives Therapieverfahren — das sich vielleicht noch an der Grenze zum Selbsterfahrungskurs verorten lässt - manchmal leichter als der Gang zum einschlägigen Spezialisten. Aber nicht selten endet der Streifzug durch den Dschungel alternativer Lebenshilfeangebote dann doch mit der

Entscheidung für eine klassische Therapie. Denn man hat vielleicht allerlei erlebt, vom Urschrei über Touch-and-Feel bis zum „Seid zart zueinander“- oder „Seid hart zueinander“-Event, aber das Problem ist oft genug noch da. Und noch immer macht es einem das Leben schwer.

Mit der Entscheidung für eine kassenfinanzierte Therapie ist die Suche nicht zu Ende. Denn woher weiß ich, welche Therapie geeignet ist, und wo finde ich den Therapeuten meines Vertrauens? Beim ersten Schritt in Richtung Hilfe erweist sich die angemessene Indikation oftmals als Problem. „Nicht jeder ist sich seiner Konflikthaftigkeit so bewusst, dass er von Anfang an weiß, was er will oder was er benötigt“, sagt Rudolf Walter. Der Hausarzt erfüllt dabei eine wichtige Gatekeeper-Funktion. Er ist in der Regel die erste Anlaufstelle, der erste Diagnostiker, und da hapert es oft: „Am meisten fehlt eine gute Beratung im Vorfeld. Gemeinsam mit dem Patienten zu überlegen: Wo steht er mit sich? Was könnte ihm erst mal helfen oder Entlastung bringen, oder wo könnte er erst mal eingebunden werden? Entsprechend ist die Suche nach einem geeigneten qualifizierten Therapeuten häufig zufällig. Der Patient geht irgendwo hin, hört sich vielleicht ein bisschen um, schaut vielleicht mal ins Internet, aber er weiß zumeist mit den Berufsbezeichnungen oder den Therapieverfahren gar nichts anzufangen.“

Im Rahmen von fünf bis acht so genannten probatorischen Sitzungen, die noch nicht Teil der eigentlichen Therapie sind, können Patient und Therapeut herausfinden, ob sie miteinander arbeiten können. Auch lässt sich hier klären, welche Therapieform am geeignetsten erscheint. Welches Verfahren wogegen und für wen Erfolg verspricht, ist nicht pauschal zu beantworten. Gleichwohl lasse sich ein Zusammenhang zwischen der Behandlung und der sozialen Schicht, zu der ein Patient gehört, ausmachen. - Rudolf Walter: »Etwas salopp ließe sich sagen, dass Pflanzentherapie und Verhaltenstherapie mehrheitlich von Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau in Anspruch genommen werden. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie steht etwas dazwischen, die Patienten sind meist aufgeklärte Leute. In der Analyse findet man überwiegend Personen mit relativ hohem sozialen Status: Studierende, Akademiker, mittleres Management, höhere Angestellte. Wir haben relativ wenig Arbeiter in der Analyse. Und wenn Sie sich umschauen: Die meisten Analytiker sitzen ja auch in Eppendorf und Rothenbaum. In Wilhelmsburg wüsste ich keinen.«

Und praktisch? Bloß nicht auch noch bei einem Scharlatan landen...

Die Entscheidung für eine bestimmte therapeutische Schule kann einem nie-

mand abnehmen. Und die Wahl kann quälend sein, denn zu den verschiedenen Therapieformen gesellt sich eine Vielzahl ergänzender Methoden. Mindestens so wichtig wie Seriosität und Effektivität des Verfahrens ist die Kompetenz des Therapeuten.

Rudolf Walter: „Im Therapiebereich tummeln sich viele Leute, die sich anmassen, Menschen psychisch behandeln zu können, und das nicht wirklich können. Wenn man sich mit der psychischen Struktur des Menschen beschäftigt, muss man wissen, was da für Affekte, schwere Konflikte und Störungspotenziale ins Bewusstsein treten können. Das sind geballte Energien. Ganz wichtig ist, dass das, was in der Therapie rauskommt, in die Persönlichkeit des Patienten eingebunden wird. Ein Therapeut muss eine fundierte Ausbildung und lange Selbsterfahrung haben, um dem gewachsen zu sein. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Therapeut an einer Stelle unruhig oder ängstlich wird, wo er sehr standhaft sein muss. Oder er wird dem Patienten etwas suggerieren oder einreden wollen, was gar nicht stimmt. Oder er wird irgendwas Übergriffiges tun. Von daher sind wir gegenüber so genannten alternativen Verfahren eher zurückhaltend. Aber es gibt sehr wohl qualifizierte Verhaltenstherapeuten, Gesprächstherapeuten und einige Gestalttherapeuten. Auch Musik- oder Kunsttherapie sind qualifizierte Zusatzverfahren. Und dann gibt es natürlich die ganzen Randverfahren, die teilweise als ein bisschen zwielichtig zu betrachten sind.“

Was zwielichtig ist und was wissenschaftlich, was effektiv ist und was Effekthascherei - darüber besteht durchaus Uneinigkeit. Bei kassenfinanzierten Therapien (siehe Seite 32) sind die Richtlinien klar - was nicht bedeutet, dass alles andere Humbug ist.

Zweckorientierung gefragt: Therapien für Studierende

Bei 75 Prozent aller Anfragen sei das Problem nach maximal sechs Gesprächen „vom Tisch“ oder ein Lösungsweg gefunden, etwa die Vermittlung eines Therapieplatzes, sagt Peter Figge, psychologischer Psychotherapeut und langjähriger Leiter des Zentrums für Studienberatung und Psychologische Beratung der Uni Hamburg (ZSPB). Dass die Anfragen beim ZSPB zurückgehen, hat Figge zufolge zwei Gründe: Zum einen sei das außeruniversitäre Angebot enorm gestiegen, zum anderen habe sich die Bedürfnislage gewandelt. Die meisten kommen aufgrund von Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten und wollen schnelle, pragmatische Lösungen. Figge: „Das ist wohl eine Zeiterscheinung. Früher kamen die Leute, weil sie ihre Persönlichkeit entwickeln wollten, heute ist Zweckorientierung gefragt.“

Ist Selbsterfahrung also out? Keineswegs. Parallel zur staatlich geregelten Gesundheitsversorgung entfaltet sich ein wild wachsender Esoterik-Markt. Rebirthing, NLP, Familienaufstellung, Hakomi, Reiki oder Bach-Blüten-Therapie — alles ist zu haben, und mit etwas Glück zahlt die Kasse sogar doch noch was dazu.

Effizient oder unseriös? Esoterische Therapieangebote

Wie viele esoterisch-therapeutische Heilpraxen und Zentren in Hamburg ihre Dienste anbieten, ist kaum zu überblicken. Zumal „esoterisches Gedankengut teilweise auch in den ärztlichen und psychologischen Praxen, öffentlichen Beratungsstellen und Behörden Einzug gehalten hat“, wie Ingo Heinemann festgestellt hat. Heinemann ist Vorsitzender der „Aktion für Geistige und Psychische Freiheit e.V.“, einem Dachverband von Initiativen, „die sich kritisch mit Sekten, Kulturen und Psychogruppen befassen“. Nach seiner „vorsichtigen Schätzung“ gibt es bundesweit etwas über hunderttausend solcher Praxen - „einschließlich der Praktiker, die in einer Ecke des eigenen Wohnzimmers oder vom Telefon aus ordinieren“. Der Großteil da-von sitzt vermutlich in den Metropolen. Einerseits ist in der Stadt das Angebot größer, andererseits gibt es dort mehr psychische Erkrankungen. Da scheint für einige die Rechnung aufzugehen.

Klaus Holetschek, Beauftragter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für „So genannte Sekten und Psychogruppen“, hat nachgerechnet: „Der Esoterikbereich macht 18 Milliarden DM Umsatz im Jahr. Persönlichkeitstrainings schießen wie Pilze aus dem Boden. Wir haben hier schon ein Problem: Es gibt seriöse Anbieter, aber es gibt auch sehr viele unseriöse Anbieter, die mit unterschiedlichsten Verfahren, mit einer Mischung aus therapeutischen Anleitungen und laientherapeutischen Ansätzen auf die Leute zugehen. Diese Mischung macht es für die Verbraucher kaum noch sichtbar: Wer steht dahinter? Wer bietet mir diese Leistung an? Ist er qualifiziert? Was für Kosten und was für ein Nutzen entstehen?“

Aber für manchen macht's gerade der Mix. Immer mehr Menschen erhoffen sich von neueren Therapierichtungen den effizienten Weg zum Glück. All-inclusive-Angebote jenseits des klassischen Therapie-Repertoires scheinen gefragt wie in den 60er Jahren die Pauschalreise. Worin besteht der Reiz alternativer Therapieformen? Was ist anders? Sind „Transpersonale und Integrative Psychologie“ die therapeutischen Konzepte der Zukunft?

Alternative Therapien — Wie anders sind die anderen?

Ganzheitsversprechungen haben Konjunktur seit der Vertreibung aus dem Paradies. Knapp vierzig Jahre nach der Geburt des „New Age“ stehen „Spiritualität“ und „Bewußtseinserweiterung“ noch immer als verheißungsvolle Chiffren für mehr Lebensqualität, Gesundheit, Zufriedenheit. - Der Mensch ist ein Sehnsuchstier, und offenbar will er es bleiben.

„Wir leben in einer Zeit, in der die Vereinzelung und die Ich-Zentriertheit einen Höhepunkt erreicht hat. Und es gibt eine tiefe Sehnsucht im Menschen, das zu überschreiten - danach, die Grenzen des Ichs zu überschreiten. Er will in Beziehung sein und nicht nur auf seine eigenen Kräfte angewiesen“, sagt Stephan Ludwig, Geschäftsführer des Orgoville-Instituts Hamburg, einem modernen Therapie-Unternehmen, das sich selbst als „Lebens- und Beziehungsschule“ versteht - „unabhängig“, „undogmatisch“, „traditionsübergreifend“.



Abb. 3 Selbsthilfegruppen-Anlaufstelle

KISS: Mehr als 25.000 Hamburger helfen sich selbst.

Die Menschen, die hierher kommen, bringen die typischen Seelennöte mit, aber sie erwarten neue, andere Lösungen. Und Effizienz. Niemand kauft für viel Geld den Buddha im Sack und bucht 25 Stunden im Voraus.

Bei Orgoville weiß man das und reagiert auf die breite Bedürfnislage der Klienten, die hier eine Alternative zum therapeutischen Establishment mit entsprechenden Angeboten suchen. Eine siebenköpfige Therapeutengemeinschaft - darunter eine Kinderkrankenschwester, ein Diplomingenieur und verschiedene Heilpraktiker - bietet ein umfangreiches „Selbsterfahrungs“-Programm an. Für ihre Tantra-Seminare sind sie bekannt, daneben stehen: Seminare für Männer, für Frauen, für Paare, in „Eros & Liebe“ oder „Essencia die inneren Fesseln lösen“. „Integrative

Körperarbeit“, „Ganzheitliche Massage“ machen die Sache rund. Auch Coachings sind zuhaben. Der Therapie-Bereich bildet mit Einzeltherapie, Körpertherapie, Paarberatung, Systemischer Familientherapie und Familienaufstellung den zweiten Schwerpunkt.

Seelenpflege als Dienstleistung

Die New School hat sich offensichtlich von der rein kurativen SeelenpflegeTradition verabschiedet. Was aber ist wirklich anders bei „den anderen“? „Transpersonale Psychologie“ ist laut Stephan Ludwig das Besondere an Orgoville, „das Modernste und Zeitgemäßeste, was es an Therapie gibt auf dem Markt“.

Die Transpersonale Psychologie, so der Wissenschaftsjournalist Holdger Platta in seinem Buch „New-Age-Therapien“, gehe einerseits auf Traditionen des Schamanismus, Sufismus, Buddhismus und der christlichen Mystik zurück; sie betrachte zum anderen bestimmte Richtungen der Psychotherapie als ihre Vorläufer. Etwa C. G. Jungs Analytische Psychologie, Rudolf Steiners Anthroposophie oder Karlfried Graf Dürckheims Initiatische Psychologie. Letztlich gehe es dabei um das „Identitätsgefühl“ des Menschen „weit über die Sphäre der Individualität und Persönlichkeit hinaus“ oder um „Entdeckung“ einer ganz realen, nicht nur den Gefühlen nach existierenden Identität von „Ich“ und „Nicht-Ich“, zum Beispiel mit dem Weltall. Dass derartige Grenzerfahrungen kein Sonntagsausflug sind, macht nicht nur Platta deutlich. Stephan Ludwig: „Bewußtseinserweiterung ist ein schmerzhafter Prozess für das Ich. Denn das Ich besteht auf Abgrenzung. Im Rahmen der Familienaufstellungen, die ich mache, werden zum Beispiel die eigenen Vorstellungen von sich selbst erschüttert, und das ist erschütternd. Im guten Sinne.“

Geht es also darum, dass eine Hand voll Auserwählter ihre vollendeten Super-Ichs der Verschmelzung mit dem Numinosen anheimstellen? Reicht es den angeknacksten Durchschnitts-Ichs nicht mehr, mit Hilfe konventioneller Therapie repariert zu werden?

Sicher ist, dass der alternative Psychomarkt zunächst mal mit werbewirksamem Wortgeklingel glänzt. Es ist eben auch eine Sache des Marketings, wenn ein privates Institut wie Orgoville mit Vokabeln wie „transpersonal“ oder „Orgodynamik“ wirbt. Oder „Systemische Therapie“: „Das Problem des Klienten wird bei uns vertieft, in einen Kontext von Bewusstseinsarbeit oder größerem Sinnzusammenhang gestellt.“ Klingt nach einer spektakulären Rezeptur, aber was passiert im Behandlungszimmer? Stephan Ludwig: „Im therapeutischen Prozess sieht das konkret so aus: Ich rede mit meinen Klienten, wir machen Übungen, die mit Körperausdruck zu tun haben. Nicht in dem kathartischen Sinne, dass wir ein Kissen nehmen und darauf rumklopfen, sondern indem wir zum Beispiel mit Körperhaltungen experimentieren, um Geisteszustände erlebbar zu machen. Wir fokussieren nicht auf das Problem; das macht der Klient schon genug. Uns interessiert die Frage: Wo können wir im System etwas bewegen, das noch nicht im Blickpunkt dieser Person ist? Wir haben keine Vorstellungen, wie es besser wäre. Die brauchen wir nicht für diese Arbeit.“

„Gebraucht, so Ludwig, werde anderes: „Unsere Zeit braucht eine gelebte Spiritualität, sie braucht die Sinnfrage. Problemlösungstherapie ohne Sinnfrage ist nicht mehr zeitgemäß. Dabei geht es nicht darum, gesicherte Verhältnisse zu verschaffen. Es geht darum, Menschen zu befähigen, in ungesicherten Verhältnissen ihr Eigenes zu leben.“

Da ist, wenn vielleicht auch nicht alles, so doch eine Menge gewollt. Kann Therapie einen solchen Anspruch erfüllen, und womit geht man letztlich nach Hause, wenn man sich abseits der breiten Pfade in unwegsames Seelengelände gewagt hat? Die Antwort: „Im Ergebnis erleben wir oft, dass Menschen sagen: „Es hat sich einiges verändert, aber anderes auch nicht. Aber es stört mich nicht mehr.“ Das klingt realistisch. Das ist nicht



Abb. 4 Reden hilft: Das Beratungs- und Seelsorgezentrum St. Petri (BZS) bietet Allgemeinberatung und therapeutische Fachberatung.

wenig. Das ist, was die meisten Klienten wollen.

Therapie-Technik - Ein Widerspruch in sich?

Die Geschichte von der „Verwandlung“ ist nicht neu: „Als Gregor Samsa eines Morgens aus unruhigen Träumen erwachte, fand er sich in seinem Bett zu einem ungeheueren Ungeziefer verwandelt. (...) ‚Was ist mit mir geschehen?‘ dachte er. Es war kein Traum.“ (Franz Kafka, „Die Verwandlung“)

„Es war eine Psychose“, hätte der klinisch-geschulte Analytiker vielleicht gesagt. „Es war eine spirituelle Erfahrung auf höherer Bewusstseinsebene“, hätte die zufällig auch gerade anwesende transpersonale Psychotherapeutin vielleicht dagegen gehalten. Das Problem wäre geblieben, seine Lösung zur Interpretationsfrage reduziert. Und Gregor? Ein eingebildeter Käfer? Ein tatsächlicher, einer von 1,7 Millionen seiner Art?

- Einer von uns?

Die Frage nach der Zweckmäßigkeit von Therapie ist kein allein wissenschaftliches Problem. Eine Medizin und eine Psychologie, die in blinder Fortschrittsgläubigkeit ihre Siege über Religion und Aberglauben feiern, laufen Gefahr, von pseudoreligiösen Glaubenskonzepten rechts überholt zu werden und das Wesentliche aus dem Blick zu verlieren: den Menschen. Und der hat zuweilen nichts einzuwenden gegen einen soliden Placebo-Effekt. Bleibt die Frage, wie angemessen professionalisierte Therapie-Technik – sei sie nun „klassisch“ oder „alternativ“ – auf zutiefst menschliche Probleme reagieren kann. Die Beantwortung obliegt jedem Einzelnen. In seiner unantastbaren Würde.

2.2.1.1. Geprüft oder selbsternannt? Was Titel bedeuten

Psychologe: Kein therapeutischer Beruf - Psychologen dürfen beraten, aber nicht behandeln. Den Titel „Psychologe“ darf nur führen, wer Psychologie mit abgeschlossenem Examen studiert hat, also diplomiert ist (Dipl.Psych.). Titel wie „psychologischer Berater“ oder „psychologischer Coach“ hingegen sind nicht geschützt.

Psychotherapeut: Der Titel „Psychotherapeut“ ist zwar in Deutschland staatlich geschützt, trotzdem verbergen sich dahinter qualitativ sehr unterschiedliche Ausbildungen: Ein Psychotherapeut kann ebenso ein in jahrelanger Fortbildung geschulter Nervenarzt sein als auch der Absolvent eines mehrwöchigen Crash-Kurses, der einen Heilpraktiker-Titel erworben hat. Machen Sie sich also im Vorfeld schlau, mit welcher Sorte von Psychotherapeut Sie es zu tun haben.

Ärztlicher Psychotherapeut: Approbierter Arzt, der eine staatlich anerkannte Ausbildung zum Psychotherapeuten gemacht hat, in Hamburg etwa am Balint-Institut.

Psychologischer Psychotherapeut: Ein akademisch qualifizierter Psychologe mit mindestens dreijähriger postgradualer therapeutischer Ausbildung in einer anerkannten Einrichtung. Dieser geschützte Titel existiert erst seit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999. Davor durften Psychologen den Titel Psychotherapeut führen, wenn sie im Fach Klinische Psychologie geprüft worden waren, oder wenn sie die Erlaubnis dazu nach dem Heilpraktiker-Gesetz (HeilPrG) erworben haben.

Heilpraktischer Psychotherapeut: Seit 1993 können an therapeutischer Tätigkeit Interessierte auch ohne ein Psychologie-Studium die Erlaubnis zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Heilpraktiker-Gesetz (HeilPrG) erwerben. Einheitliche Verordnungen für die Zulassung zur Ausübung der Psychotherapie nach dem HeilPrG gibt es nicht.

Heilpraktiker: Bevor jemand den Titel des Heilpraktikers tragen darf, muss eine Überprüfung durch die Gesundheitsbehörde durchgeführt werden, die feststellt, ob die „Ausübung der Heilkunde durch die antragsstellende Person eine Gefahr für die Volksgesundheit“ bedeute. Der Inhalt der Überprüfung variiert von Bundesland zu Bundesland, in Hamburg muss ein Fragenkatalog mit 60 Fragen zu 75 Prozent richtig beantwortet werden, es folgt ein 45-minütiges Gespräch mit einem Arzt. Für die Überprüfung wird keinerlei heilkundliche Ausbildung vorausgesetzt. Das Heilpraktikergesetz von 1939 ist stark umstritten, Wissenschaftsautor Golin Goldner („Die Psycho-Szene“) kritisiert, dass es „medizinisch und psychologisch völlig unkundigen Laien die Möglichkeit zur Ausübung der Heilkunde“ eröffne.

Psychoanalytiker: Sind ebenfalls Psychotherapeuten, jedoch wenden sie die auf Sigmund Freud zurückgehende Psychoanalyse an, die lediglich eine Variante psychotherapeutischer Behandlung darstellt.

Psychiater: Die Psychiatrie ist Teilgebiet der Medizin, Psychiater sind approbierte Ärzte mit Weiterbildung in Psychiatrie. Er ist zuständig für die so genannten Geisteskrankheiten, Neurosen und Psychosen und darf als Arzt auch medikamentös behandeln.

Sonstige Titel: Viele Anbieter von therapeutischen Workshops, Seminaren oder Einzelsitzungen schmücken sich mit klangvollen Titeln wie „Coach“, „psychologischer Berater“, „Systemtherapeut“ oder „Körpertherapeut“. Der Gesetzgeber sieht zwar vor, dass all diese nicht gesetzlich geschützten „Tätigkeitsbezeichnungen“ nur in Verbindung mit einem Heilpraktiker-Titel zur Durchführung von Therapien berechtigen. Die Qualität der Ausbildungen, die sich dahinter verbergen und die die selbst ernannten Heiler und Helfer gerne auflisten, ist aber kaum überprüfbar. Ob sich hinter einer „dreijährigen Ausbildung in systemischer Familientherapie“ an einem ominösen „Zentrum für Psychotherapie“ ein seriöses Studium oder die auf drei Jahre verteilte Teilnahme an ein paar Wochenend-Workshops verbirgt - wer kann es sagen?

2.2.1.2. Da brechen Sachen auf

Das „Familienstellen nach Bert Hellinger“ ist der Hit unter den alternativen Therapien

Es sieht aus wie eine Cocktailparty ohne Cocktails‘ und es ist die brandheiße Modeerscheinung auf dem Psycho-Markt: Das

Familienstellen nach Bert Hellinger‘ auch genannt Familienaufstellung oder Systemische Familienaufstellung. Entwickler und

unangefochtener Großmeister dieser gruppentherapeutischen Methode ist der ehemalige katholische Priester Bert Hellinger, Jahrgang 1925, der auf seinen mittlerweile weltweiten Touren vor Auditorien von oftmals mehreren hundert Zuschauern seine Fähigkeiten im Adhoc-Therapieren unter Beweis stellt.



Abb. 5 Harmonische Ordnungen: Die richtige Position im Familiengeflecht soll Wunder wirken

Das Verfahren ist einfach und wird jedes Wochenende bundesweit in Dutzenden von Workshops praktiziert: Der Klient erzählt gegenüber dem Therapeuten und den Teilnehmern kurz die wesentlichen biografischen Daten seiner Familie, wählt aus der Gruppe willkürlich Stellvertreter für sich und seine Familienmitglieder, um diese dann räumlich in Beziehung zueinander zu stellen. In der Folge befragt der Therapeut die Stellvertreter nach ihren Gefühlen, interpretiert diese, indem er ihre Positionen verändert und stellt so sukzessive eine Aufstellung her, bei der sich alle (Pseudo-) Familienmitglieder wohl fühlen. Die Sitzung endet meist damit, dass der Klient sich an die Position seines Stellvertreters begibt und gegebenenfalls auf Anleitung des Therapeuten einen symbolischen Akt des Versöhnens ausübt (Kniefall vor den Eltern oder Ähnliches).

Der enorme Erfolg dieses Verfahrens verdankt sich vor allem der emotionalen Dynamik, die sich in den Familienaufstellungen zeigt: Die Stellvertreter scheinen während der Aufstellungen Gefühle, Gestik und Mimik der dargestellten Familienmitglieder zu übernehmen, Hellinger spricht in diesem Zusammenhang von einem „wissenden Kraftfeld“, das „zwischen dem Klienten und den Mitgliedern seines Systems“ wirke.

„Man fühlt das als Stellvertreter“, sagt die 29-jährige Katrin S. über ihre Teilnahme an einer Aufstellung, in der sie eine als Kind sexuell missbrauchte Frau darstellte. „Ich erlebte einen Schmerz, das war so schlimm, das habe ich kaum ausgehalten. Da brechen Sachen auf, das zerreißt einem das Herz, da muss man ganz viel Mut aufbringen.“

Nicht nur wegen solcher emotionalen Belastungen - 1997 hatte sich eine junge Frau in Leipzig nach einer Hellinger-Show

das Leben genommen -, auch wegen des zugehörigen Weltbildes und der dominanten Rolle des Therapeuten warnen viele Fachleute vor Hellingers Verfahren: Esoterik-Kritiker Colin Goldner bezeichnet es als „äußerst autoritäres Gruppenverfahren“: „Anders als in der etablierten Familientherapie“ die seit jeher derlei Techniken einsetzt, erhält der Klient bei Hellinger keine Möglichkeit, seine Gedanken und Gefühle weiter zu erschließen; vielmehr agiert ausschließlich Hellinger (bzw. der Hellinger-Therapeut).“ („Die Psycho-Szene“, 5. 271). Rudolf Walter (Vorsitzender des Berufsverbandes Hamburger Psychoanalytiker) bezeichnet es als „manipulativ, einseitig, religiös verbrämt und faschistoid“.

Ursache von psychischen Problemen sind nach Hellinger Familienverstrickungen, die dem Klienten Gefühle und Verhaltensweisen aufzwingen. Dagegen stellt Hellinger eine „Ordnung der Liebe“, die allen Familien innewohnt, und aus deren Dogmen speisen sich dann die Strategien zur Auflösung der Verstrickungen. Zwei Beispiele: Die Regel, die Frau müsse dem Mann folgen, verlangt, dass in einer binationalen Ehe die Frau die Sprache, Kultur und gegebenenfalls auch die Religion des Mannes übernimmt. Und Homosexualität ist nach Hellinger Resultat einer Familiensituation, in der das Kind entweder „gegengeschlechtlich identifiziert ist“, weil es ein im Kindbett verstorbene Geschwisterchen des anderen Geschlechts vertritt, oder weil es einen „Ausgestoßenen“ in der Familie repräsentieren muss.

Wegen seines Aha-Effektes hat sich das Familienstellen seit Anfang der Neunziger virusartig in der Therapie-Szene verbreitet: Die Bücher, Videos und CDs von Hellinger und seinen Adepten füllen in der Hamburger Esoterik-Buchhandlung Wrage ein ganzes Regal, und mittlerweile wird das Verfahren auch als Instrument der Unternehmensberatung eingesetzt („Organisations- und Strukturaufstellungen“). Das „Familienstellen nach Hellinger“ ist kein geschützter Begriff und so wächst mit der Nachfrage auch in Hamburg das Angebot von selbsternannten Familienaufstellern.

Christoph Twickel



Abb. 6 Wo Analytiker die Seele studieren: Bibliothek im Balint-Institut, vorne ein Portrait von Namensgeber Michael Balint, der nach dem Krieg eine Methode zur Therapieausbildung entwickelte

2.2.1.3. Therapien: Was ist was?

Was die Kasse zahlt

Analytische Psychotherapie / Psychoanalyse: Auch wenn die Analyse nicht mehr wie zu Freuds Zeiten verläuft: Es gibt sie noch, die freie Assoziation auf der Couch. Die Psychoanalyse gilt als umfangreichstes und tiefgreifendstes der klassischen Therapieverfahren. Deshalb dauert eine Analyse in etwa drei bis vier Jahre bei zwei bis drei Sitzungen wöchentlich - die Kasse zahlt maximal 300 Stunden.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Arbeitet nach ähnlichen Prinzipien wie die Analyse, nimmt jedoch neben früheren auch aktuelle Konflikte in den Blick, etwa Probleme der Abgrenzung und der Durchsetzung eigener Bedürfnisse bei einer Depression. Mehr als der Analytiker interveniert der Therapeut hier fragend oder deutend. Diese Therapieform dauert zwischen sechs Monaten und zwei Jahren mit einer Sitzung pro Woche. Ohne Couch. Die Kasse zahlt bis zu hundert Stunden.

Verhaltenstherapie (VT): Konzentriert sich auf ein konkretes Symptom, das den Patienten aktuell belastet, etwa eine Klaustrophobie, die das U-Bahn-Fahren unmöglich macht. Die VT geht davon aus, dass seelische Störungen erlernt werden und über den Weg der Erfahrung auch wieder „verlernt“ werden können. Der Patient lernt, sich bewusst mit Situationen zu konfrontieren, die das (Angst-) Symptom auslösen. Dabei spielt die „Hausaufgabe“ eine wichtige Rolle. Etwa: „Heute fahre ich eine Station U-Bahn.“ Die Kasse zahlt bis zu 80 Stunden.

Anerkannte Alternativen

Was die Kasse zahlt, ist längst nicht alles, was der Therapiemarkt zu bieten hat. Zwei weithin anerkannte humanistische Therapieverfahren gehören nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen. Während in tiefenpsychologischen Verfahren die Vergangenheit besonderes Gewicht bekommt, sind Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie auf die Gegenwart ausgerichtet: Die intensive Konfrontation des Patienten mit seinen unmittelbaren Gefühlen steht im Vordergrund.

Die **Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)** will dem Patienten ermöglichen, sich im Rahmen des therapeutischen Gesprächs angstfrei mit bisher abgewehrten Erfahrungen auseinanderzusetzen.

Die **Gestalttherapie (nach Perls)** geht davon aus, dass Störungen durch die Unterdrückung natürlicher Lebensimpulse hervorgerufen werden. Um die volle Erlebnisfähigkeit des Patienten wieder herzustellen, zielt sie darauf, unverarbeitete Situationen abzuschließen. Dazu werden Techniken eingesetzt, die das gegenwärtige Fühlen und Erleben verstärken - mitunter auf unkonventionelle Weise: So kann ein Patient zum Beispiel aufgefordert werden, „ein Gespräch mit der eigenen Angst zu führen“. Bei weiten Teilen der Zunft gilt die Wissenschaftlichkeit von Gesprächstherapie und Gestalttherapie als erwiesen. Wer sich für eines dieser Verfahren entscheidet, steht also womöglich eher vor dem Problem der Finanzierung als vor der Frage der Wirksamkeit.

Systemtherapeutische Ansätze: Systemtherapeuten gehen davon aus, dass Störungen immer auf gestörte Beziehungen zurückzuführen sind. Entsprechend wird hier nicht primär die Einzelperson, sondern das soziale System „therapiert“, in dem diese lebt. Das Ziel einer systemischen Paar- oder Familientherapie besteht darin, die Regeln des Miteinanders für die System-Zugehörigen erkennbar und veränderbar zu machen.

Der esoterische Psycho-Markt

Fast wöchentlich tauchen in einschlägigen Esoterik-Umsonst-Blättchen wie KGS (Körper, Geist, Seele) neue Methoden auf, die irgendwo zwischen Wellness, Selbsterfahrung und Therapie angesiedelt sind und große Versprechungen in Sachen Ganzheitlichkeit, Spiritualität und seelischer Gesundheit machen. Die meisten davon sind mit Vorsicht zu genießen - gerade für therapiebedürftige Menschen. Für den folgenden Überblick über die beliebtesten Angebote auf dem Psycho-Markt bedienen wir uns des kritischen Sachverständes von Rudolf Walter (Vor-

sitzender des Berufsverbandes Hamburger Psychoanalytiker, Landesverband der DGPT) und Golin Goldner („Die Psycho-Szene“, siehe Literatur-Tipps).

Rebirthing: Atemtechnik zur Bewusstseinsmanipulation, erzeugt Zustände, die zu unkontrollierter tiefer Regression führen können. Gehört, wenn überhaupt, in die Hände eines sehr erfahrenen Therapeuten.

Festhaltetherapie nach Jirina Prekop: Autoritäre Methode zur Behandlung kindlicher Störungen: Das Kind muss täglich mehrere Stunden umarmt beziehungsweise festgehalten werden, auch und gerade gegen seinen Willen. Wird auch in der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen eingesetzt.

Neurolinguistisches Programmieren (NLP): Manipulationstechniken, die das Weg-Konditionieren von Problemen versprechen, beliebt im Manager-Training, leicht handhabbares Modell, in Workshops erlernbar und zu horrenden Preisen angeboten. Von Scientologen gern verwendet.

Familienstellen nach Hellinger: Siehe Artikel

Bioenergetik: Sammelbegriff für körperorientierte Verfahren, die auf der Idee von magischen Lebensenergien basieren und deren Freisetzung mit (oft schmerzvollen) Übungen oder Übergriffen durch den Therapeuten verbunden sind. Die Wilhelm Reich zurückgehenden bioenergetischen Methoden firmieren unter anderem unter Titeln wie: Biodynamik, Biosynthese, bioenergetische Analyse, GoreEnergetik, Radix- und Bates-Training, Hakomi, Life Energy Process, Souling oder Rolfing.

Reiki: New-Age-Begriff für Handauflegen, das auf den Klienten kosmische Energie überträgt. Reiki-Meister werden ist nicht schwer - ein 3- bis 6-tägiger Kurs reicht aus. Rudolf Walter: "Führt zu Großartigkeitsgefühlen - oft mehr beim Behandler als beim Klienten."

Bach-Blüthenherapie: Mit einem Sortiment von 38 Blütenessenzen sollen unsere „negativen Seelenzustände“ geheilt werden können. Hier blüht der Aberglaube - de facto enthalten die Essenzen keinerlei Wirkstoff und sind höchstens für einen Placebo-Effekt gut.

Tantra: Meditations- und Ritualkompendium zur Befreiung fehlgeleiteter Sexualität. In der Esoterik-Szene gilt Tantra als körperorientierte Selbsterfahrung zum Abbau sexuellen Leistungsstress mit spirituellem Überbau. Unter Bhagwan-Jüngern, die es Ende der 70er Jahre populär gemacht haben, war Tantra der Weg zur Erleuchtung. Esoterik-Kritiker Goldner hält es für sexistischen Ringeliez, mit „seкто-

idem Kontext“ und "Gruppendruck jedwede Grenze der Angst und Scham zu überschreiten“.

Channeling: Channeling ist ein New-Age-Begriff für die Kontaktaufnahme mit dem Jenseits über einen Menschen, der als Medium fungiert. Zahllose solcher Medien arbeiten in Deutschland als Heiler und Lebensberater.

Aura-Healing: Um Defekte in unserer Aura - das magnetische Energiefeld, das uns angeblich umgibt - zu beheben, empfehlen Aura-Healer die skurrilsten Dinge. Goldner: „Viele der Therapeuten und Lebenslehrer der Szene scheinen dringendst selbst behandlungsbedürftig; sie außerhalb jeder gesundheitsbehördlichen Kontrolle an rat- und hilfeschuchenden Menschen herumdilettieren zu lassen, ist absolut unverantwortlich.“

Clearing: Ist der moderne Name für Exorzismus: In der Aura eines Menschen könnten die Seelen Verstorbener hausen, die herausgesäubert werden müssten. Gefährlich wahnhafte Methode, die bei labilen Menschen psychotische Zustände hervorrufen kann.

Service: Therapien in Hamburg Information - Krisenintervention - Vermittlung

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg: Humboldtstraße 56 (Winterhude) - Psychotherapeutischer Bereitschaftsdienst zur Vermittlung freier Therapieplätze, Beratungsgespräche und Orientierungshilfe. Die KV vermittelt - auch kurzfristig - Therapieplätze. Außerdem: Kriseninterventionen und Erstgespräche für Patienten sowie Angehörigen-Beratung. Die Notdienstzentrale ist rund um die Uhr telefonisch besetzt: Telefon 22 8022

Michael-Balint-Institut: Falkenried 7 (Hoheluft), Telefon 42 92 42 18. Eines der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für Psychoanalyse, Psychotherapie und analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie. Das Balint-Institut unterhält eine psychotherapeutische Ambulanz für Erwachsene, Kinder und Jugendliche und deren Eltern und bietet diagnostische Erstgespräche an sowie Hilfestellungen bei der Suche nach freien, geeigneten Therapieplätzen

Psychoquatsch

ZSPB: Zentrum für Studienberatung und Psychologische Beratung der Universität Hamburg, Edmund-Siemers-Allee 1 (Rotherbaum), Telefon 428 382522, E-Mail: Studienberatung@uni-hamburg.de; neben allgemeiner Studienberatung für Studierende der Hamburger Hochschulen psychologische Beratung und Psychotherapie sowie Vermittlung externer Therapieplätze. Bietet neben klassischen Therapieverfahren auch alternative oder ergänzende Techniken wie Psychodrama, NLP und Hypnose an. Tagsüber telefonische Krisenintervention

DGTP: Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V., Johannissbollwerk 20 (Innenstadt), Telefon 3 1926 19; www.dgpt.de

BDP: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. Landesgruppe Hamburg, Telefon 645535 15

IVAH: Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg, Heinrich-Hertz-Straße 17 (Uhlenhorst), 22085 Hamburg, Telefon 22 1620, Mo-Do 9—13 Uhr

BAGS: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales - Amt für Gesundheit, Qualität und Patientenschutz, Hamburger Straße 47 (Mundsburg), 22083 Hamburg, Telefon 4 28 63 43 45

Orgoville-Institut Hamburg: Barkhusendamm 24, 22117 Hamburg, Telefon 7 1253 18; www.orgoville-hamburg.de; E-Mail: orgovillehamburg@aol.com

Beratung

Beratungs- und Seelsorgezentrum (BZS) St. Petri: Kreuzlerstraße 6—8 / Mönckebergstraße (Innenstadt), 20095 Hamburg, Telefon 33 58 44. Allgemeine Beratung „für alle, die sich einem Gesprächspartner anvertrauen wollen, der hilfreich zuhört“. Fachberatung für Menschen die therapeutischberatende Hilfe suchen. Beratung für hetero- und homosexuelle Paare

Telefonseelsorge: Kostenlos rund um die Uhr —0800/11101 loder0800/1 110222

Selbsthilfegruppen

Das Grundkonzept der Selbsthilfegruppen ist einfach: Einmal wöchentlich treffen sich Personen mit gleichartigen Problemen in neutraler Umgebung ohne einen therapeutischen Experten. Ratschläge sollen außen vor bleiben, jeder erzählt von sich, ohne über die anderen zu urteilen. Selbsthilfe-gruppen sind kein Ersatz für eine ärztliche Therapie, sie können aber

eine sinnvolle Ergänzung sein. Mehr als 25000 Hamburgerinnen und Hamburger engagieren sich derzeit in rund 1500 Gruppen, wobei mehr als ein Drittel (564) im Bereich „Psychische Störungen / Sucht“ angesiedelt sind. Anlaufpunkt sind die drei Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen. Sie bieten keine akute Krisenintervention. Einmal im Monat finden in den KISS-Stellen offene Abende statt, wo man sich über die Hamburger Selbsthilfegruppen informieren kann.

KISS, Gaußstraße 21 (Altona), Telefon 39 57 67 Mo-Do 10—12, 16—19, Mi 10—12, 15—17 Uhr; www.kiss-hh.de

KISS, Fuhlsbüttler Straße 401 (Barmbek), Telefon 6311110, Mo, Mi 10—12, 16—19, Do 10—12 Uhr

KISS, Berner Heerweg 183 (Wandsbek), Telefon 6453053, Mo, Mi 10-12, 16-19, Do 10—12 Uhr

Web-Tipps

www.agpf.de: Aktion für Geistige und Psychische Freiheit e.V., Bonn (AGPF). Informationen über Sekten, Kulte und den Psychomarkt, Verbraucherschutz, Marktbeobachtung

www.patienten-information.de/seele.htm: Fachliche Informationen zu Spezialthemen, zum Beispiel „Depressionen“

www.telefonseelsorge.de: Bietet eine Chatberatung an, für die drei Termine, die jeweils Montag ab 20 Uhr stattfinden, muss eine Terminvereinbarung bestehen, die unter www.beratung.das-berlin.de getroffen werden kann

www.psychotherapiesuche.de: Adressenverzeichnis von Ärzten und Therapeuten, allgemein und bundesweit

Literatur-Tipps Beratung

Chance Psychotherapie. Angebote sinnvoll nutzen: Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf 1999, 18 Mark! 9,20 Euro, 200 Seiten. Zu beziehen unter anderem über: Verbraucher-Zentrale Hamburg e. V., Kirchenallee 22, 20099 Hamburg, Telefon 24 83 20; E-Mail: 100665.213@compuserve.com
Therapieführer: Herausgegeben von der

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (BAGS), 9. Auflage, Hamburg 2001. Zu beziehen (gegen 1,50 Mark in Briefmarken) über die BAGS, Referat für Versorgungsplanung im Gesundheitswesen, Hamburger Straße 47, 22083 Hamburg oder im Internet unter: www.hamburg.de/Behoerden/BAGS/gesundheits/downloads/therapiefuehrer.pdf (Acrobat Reader benötigt)



Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen Raum Hamburg: Herausgegeben von der BAGS, Hamburg 2001. Zu beziehen über die BAGS, Amt für Gesundheit, Tesdorfstraße 8, 20148 Hamburg oder bei KISS-Altona

Handbuch für das Gesundheitswesen in Hamburg: Herausgeber Ärztekammer Hamburg und Hanseatisches Werbekontor Heuser & Co. Erscheint jährlich und enthält Informationen zu allen Einrichtungen des Gesundheitswesens inklusive Selbsthilfegruppen. Im Allgemeinen ist es für Patienten nicht zugänglich, aber praktisch in jeder Arztpraxis vorhanden und auch bei KISS einsehbar

Literatur-Tipps Psycho-Markt

Goldner, Colin: Die Psycho-Szene, Aschaffenburg 2000, 642 Seiten, 58 Mark/ circa 30 Euro. Die Bibel der Esoterik-Kritiker. Autor Goldner, Leiter des Forums Kritische Psychologie in München, geht hart und polemisch ins Gericht mit spirituellen Therapieformen. Auch weitverbreitete Konzepte wie Homöopathie, Anthroposophie und Feng-Shui bekommen ihr Fett ab

Platta, Holdger: New-Age-Therapien. Rebirthing, Reinkarnation, Transpersonale Psychologie: pro und contra, Reinbek 1997, 224 Seiten, 14,90 Mark/circa 7,60 Euro. Platta lässt sowohl Kritiker als auch

Befürworter alternativer Therapieformen zu Wort kommen

2.2.1.4. EINEN AN DER KLATSCH

Was tun, wenn man sich für ganz normal hält, aber vor jedem Kinobesuch Angstanfälle bekommt? Ein Erfahrungsbericht

Von Peter Haring

Ich hatte Angst. Nicht etwa vor den großen Dingen - Arbeitslosigkeit, Krankheit, Verlust eines geliebten Menschen, dem Tod. Es waren die alltäglichen Verrichtungen, an die man niemals sonst Gedanken verschwendet oder im Gegenteil eher positive. Ich bekam immense Schwierigkeiten, im Supermarkt einzukaufen, mit der U-Bahn zu fahren, in einem Restaurant zu essen, ins Kino oder zu einem Konzert zu gehen. Anfänglich nahm ich die Angst nicht als solche wahr, es war nur das diffuse Gefühl, dass mit dem Körper etwas nicht stimmt. Ich bekam Schwindelgefüh-



Abb. 8 Das diffuse Gefühl, dass etwas nicht stimmt: Wer an Agoraphobie leidet, fühlt sich unerklärlich beengt

le, Hitzewallungen, hatte minutenlang damit zu kämpfen, nicht gleich ohnmächtig zu werden oder zu kotzen.

Dass mein Weg zum Allgemeinarzt führte, war falsch, aber verständlich, schließlich hatte ich keine Ahnung, was mit mir los war. Die beiden Mediziner, die ich nacheinander aufsuchte, leider auch nicht. Zweimal beschrieb ich die Symptomatik, zweimal wurde ich durchgecheckt, zweimal erhielt ich den Befund, dass ich tipp-topp in Form sei. Auf die Idee, mit mir könnte vielleicht etwas anderes nicht in Ordnung sein als nur ein zu niedriger Blutdruck, kamen beide nicht. Schade. Eine Überweisung zum damaligen Zeitpunkt an einen kompetenten Psychologen hätte mir einiges erspart. Der eine Halbwissende in Weiß gab mir mit auf den Weg, doch „mehr zu bumsen“. Vielen Dank.

Also passierte gar nichts, und ich lernte, mit dem Handicap zu leben, so gut es ging.

Konkret hieß das, Verzicht zu üben, nicht mehr auszugehen, das Fahrrad statt der Bahn zu nehmen, sich Ausreden einfallen zu lassen, einsamer zu werden. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem ich wusste, dass jetzt etwas geschehen müsse. Denn die Angst bestimmt dein Leben, so lange, bis du es als nicht mehr sehr lebenswert betrachtest.

Der Schritt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist nicht leicht. Für mich persönlich kam das dem Eingeständnis gleich, psychisch im Ungleichgewicht zu sein, einen an der Klatsche zu haben. Das war hart.

Noch härter war es, nicht zu wissen, an wen ich mich wenden konnte. Ein Kopfdoktor war für mich wie der andere, und so war das einzige Kriterium, nach dem ich mir Telefonnummern aus den Gelben Seiten herausuchte, die relative Nähe zu meiner Wohnung.

Zwei Therapeutinnen lernte ich kennen. Die eine telefonierte während unserer Sitzung mit ihrem Teenie-Sohn in einer zugleich hyperumsorgenden wie herrischen Weise, die mir augenblicklich mehrere Dinge klarmachte: Diese Frau hat selbst Probleme, ihr Sohn noch größere und ich auch bald, wenn ich nicht schnell verschwinde. Die zweite bestand darauf, dass ich vor dem Eintreten in ihr Behandlungszimmer meine Schuhe ausziehe und in eines der bereitstehenden Pantoffelpaare schlüpfte. So waren die Vibes zwischen uns von Anfang an gestört: Denn wer mich in erster Linie als Bedrohung für den Teppichboden wahrnimmt, dem traue ich auch nicht zu, mir helfen zu können. Zudem erklärte sie mir, dass eine Therapie bei ihr Zeit brauche und ich vor allem willig sein müsse, mit ihr eine richtige, offene Beziehung einzugehen. Wollte ich nicht. Ich wollte nur ins Kino gehen können, ohne mich zu fühlen, als müsse ich gleich sterben.

Ich merkte, dass die Suche nach der richtigen Therapie auch einer Vorbereitung bedarf. Nach ausgiebigem Surfen im Internet wusste ich: Ein Verhaltenstherapeut muss her. Die sind allerdings hoch im Kurs und nehmen entweder gar keine Patienten mehr an oder haben oftmals Wartezeiten von sechs Monaten und mehr – keine erfreuliche Mitteilung, wenn du dich jetzt schon schlecht fühlst, weil du morgen früh einkaufen gehen musst.

Der circa zehnte Anruf brachte dann den gewünschten Termin. Ich hatte Glück. Denn der Therapeut wusste – als erster, den ich traf – genau, wovon ich sprach. Das war enorm wichtig, ist es doch fast unmöglich, anderen Menschen zu beschreiben, wie sich das anfühlt, diese Angst in Situationen, die doch so objektiv ungefährlich sind. Und besser noch: Er

konnte dem Ganzen einen Namen geben und erklären, was da in mir passiert. Agoraphobie. Eigentlich die Angst vor freien Plätzen, trifft sie auch auf die an sich als beengend wahrgenommenen Situationen zu. Ein halbes Jahr ging ich zu ihm – länger als tatsächlich notwendig, denn die Therapie bei relativ einfach gestrickten Angststörungen ist ebenfalls relativ einfach: Konfrontation. Das war zwar so ziemlich das Letzte, was ich hören wollte, aber einleuchtend. Wenn du Angst davor hast, ins Kino zu gehen, musst du trotzdem dorthin gehen, bis du keine Angst mehr hast. Geheilt bist du dann, wenn du nur noch die Befürchtung hast, der Film könnte dich quälen und nicht der Kinosaal. „Harry Potter“ habe ich mir nicht angeschaut.

Peter Haring ist Journalist und lebt in Hamburg

2.2.1.5. Beziehungstraining, ganzheitlich

Wie hoch ist der Flirtfaktor in der spirituellen PsychoSzene? Eine Geschichte von Birgit Hölscher

Kathrin Burmeister ist schon immer ein planvoller Mensch gewesen. Job, Haushalt, Sittichpflege, alles in ihrem Leben war wohl organisiert und vorausgeplant. Mit 16 Entjungferung, Führerschein mit 18. Studienabschluss nach acht Semestern. Position im mittleren Management mit 28. Nur eines ihrer Lebensziele hatte sie bisher nicht erreicht: Gattin und Mutter. Noch immer war sie unfreiwillig Single, hatte den Vater ihrer drei Wunschkinder – zwei Mädchen, ein Junge – noch immer nicht getroffen.

Doch das würde sich bald ändern. Ihr Plan stand: Bis zu ihrem 30. Geburtstag im nächsten Mai würde sie ihn gefunden haben. Ihr diesbezügliches System lautete: Männerkennenlernen beim Sport. Drei Monate lang ackerte sie sich durch Dojos, Krafträume und Schwimmbecken. Mit enttäuschendem Ergebnis – beim Judotraining kam man sich zwar extrem nah, hinterher war sie aber so ausgelaugt, dass sie sich nichts anderes wünschte als eine Wanne mit warmem Badewasser. Die Kraftmeier an den martialischen Geräten hatten leider durchweg noch nicht einmal den Sinn erkannt, der darin lag, sich in ganzen Sätzen mit den Mitmenschen zu verständigen, und das Schwimmen im städtischen Hallenbad entpuppte sich, trotz spärlichster Bekleidung, als völlig asexuelle Angelegenheit. Schon bald hatte sie jedoch eine neue Idee. Sie würde einen dieser unzähligen Psycho-

kurse besuchen. Denn im Sammelbecken nichtiger Neurosen und alltäglicher Beklemmungen fanden sich, so hatte sie in der Stadtilustrierten gelesen, jede Menge mittelalter, gut situiertes Singles mit höherem Bildungsgrad. Sie sammelte im esoterischen Buchladen einen Zentner Werbeflyer ein und studierte die Fülle abenteuerlicher Heilsversprechen. *Hakomi, Aura Soma, TaKeTiNa* - irgendwie klang alles wie Übungen aus der Sprachheilkunde. Ihr schwirrte der Kopf. Entweder waren die Therapienamen englisch oder völlig abstrakt. Klangvoll, aber doch beliebig.



Abb. 9 „Open your Hearts“ in spiritueller Verzückung: Esoterische Bücher und Mobiles in der Buchhandlung Wrage

Manche buhlten sogar mit dem Warenzeichen®, wahrscheinlich, um Interessenten zu beeindrucken, die eher auf sachlich-kognitive Dinge ansprachen. Hey, das war es. Wahrscheinlich fänden sich in diesen Gruppen besonders viele männliche Teilnehmer! Sie buchte einen Kurs in *Aqua-Retreating®*, der praktisch sofort begann und in einer *Avatar-Silvester-Celebration* mit Feuerlaufkulminieren würde. *Tantrische Liebeskunst* klang zwar auch viel versprechend, hatte aber kein -

und in nächster Zeit würden sowieso nur Paarseminare angeboten.

Also dieses Aqua-Ding. Wenn der Mann ihres Herzens nicht dabei sein sollte, konnte sie noch immer in den Frühlingkurs „Reise ins Nichts – spirituelles Training für Wachheit, Mitgefühl und inneren Frieden“ einsteigen. Oder in das Erlebnis- und Begegnungs-Osterhappening „Open your hearts“ mit Thanata Göbel.

Saghida Gurtschnieder, der salbungsvolle, mit grauen Schläfen und wildledernen Ballettslippern ausgestattete „Guide“ des *Aqua-Retreatings®*, gab sich Mühe, die zwölf Frauen und die drei Männer in spirituelle Verzückung zu bringen. Sie waren hinter ihm durch einen abgedunkelten Raum der Othmarschener Villa - der „Ocean-Area“ - zu den fünfzehn, im Kreis aufgestellten, gelben Plastikschüsseln gestolpert. In denen befand sich warmes Wasser, mit dem speziellen *Aqua-Retreating®*-Zusatz versetzt - einer geheimen Komposition aus Salz vom Toten Meer, diversen Heilessenzen und Aromölen, erklärte Herr Gurtschnieder mit näselnder Stimme. Kathrin fand seine Erläuterungen zur Wirkungsweise recht kryptisch, und nach einer kurzen Einstimmungsmeditation stiegen sie in die Schüsseln. Eine halbe Stunde auf dem linken Bein stehen, die nächste auf dem rechten. Schweigend und, wer konnte, mit geschlossenen Augen. Die Fortgeschrittenen erhoben dazu wie Vogelscheuchen die Arme. Kathrin kippte beinahe, mangels ausreichender Balance, aus ihrem Bottich und setzte den Teppichboden satt unter Wasser. Der „Guide“ runzelte die Stirn. Danach war „Sharing“: Im Kreis auf dem Boden hockend, berichteten einige von der wilden, ozeanischen Befreiung, die das Fußbad in ihnen ausgelöst hatte, am Schluss wandelte Gurti sich zum wortreichen Verkäufer: Sie hatten die fantastische Gelegenheit, mikroskopisch kleine Fläschchen mit der *Aqua-Retreating®*-Mischung - zum speziellen Teilnehmer-

preis von 58,95 Mark - zu erstehen.

Kathrin beschloss, nicht wiederzukommen, denn ihre drei potenziellen Kandidaten hatten sich im Verlauf des Abends als entweder dämlich, homosexuell oder beides herausgestellt. Daran würde sich wohl auch bis zum Silvester-Feuerlauf nichts ändern. Und Gurtis „Badezusatz“ roch wie der vom Schlecker-Markt.

Voller Hoffnung probierte sie auch die beiden anderen Kurse aus. Während der „Reise ins Nichts“, zu aufdringlich-unaufdringlicher Plätschermusik rücklings auf Eppendorfer Parkett verbracht, handelte sie sich durch die permanent von Räucherwaren geschwängerte Luft lediglich eine Bronchitis ein. Zielobjekte: Fehlanzeige! Ganze zwei, extrem verheiratete, Männer waren dabei. Auch beim Osterhappening in der Lüneburger Heide kam für sie nichts heraus. Schlimmer noch: Thanata Göbel entpuppte sich als spilleriger Greis mit zu hohem Testosteronspiegel, der ihr während der gesamten Ostertage an die Wäsche wollte. Von wegen „Open your hearts“!

Doch das brachte sie auf eine Idee. Ihre neue Strategie hieß: Selbst ist die Frau. Nach kurzer, intensiver Überlegung schaltete sie die ersten Anzeigen in den einschlägigen Blättern und verteilte ihre Flyer mit den bei der Konkurrenz zusammengeklauten Slogans. Vom Deckblatt lächelte sie selbst milde herab. *Journey of hope®* - *Single-Workshop* mit Ranvita Burmeister. Beziehungstraining, Heilkreis, Bioresonanz. Sie war optimistisch. Schon in den Vorgesprächen mit den Teilnehmern würde sie die Spreu vom Weizen trennen können. Und irgendwann würde dann ihr Prinz dabei sein.

Birgit H. Hölscher ist Autorin von psychologischen Thrillern und Krimigeschichten. Sie mordet literarisch besonders gern Psychotherapeuten

„Danke, lieber Papi“

Mit einem Mix aus esoterischem Rollenspiel und reaktionärer Ideologie scharft der selbst ernannte Therapeut Bert Hellinger weltweit eine wachsende Anhängerschar um sich. Auf großer Bühne demütigt der Ex-Missionar die Hilfesuchenden. Für die Folgen lehnt er jegliche Verantwortung ab.

Im größten Saal des Tagungshotels im spanischen Toledo ist der Kampf um die ersten zwei Sitzreihen im Gange. So geschieht es immer, wenn Menschen auf Bert Hellinger, 76, warten. Alle wollen ihm nahe sein, wenn er die ersten Worte spricht. Doch die Plätze ganz vorn sind für die Vertrauten des alten Mannes reserviert. Und für die „Klienten“: So nennt er diejenigen, die zu ihm kommen, weil sie in einer Lebenskrise sind, krank oder psy-

unklerliche körperliche Reaktionen spielen sich ab, wenn der Therapeut öffentlich „in zehn Minuten erledigt, wofür die Psychoanalytiker Jahre brauchen“. Und das geht so: Ein „Klient“ schildert in wenigen Sätzen sein Anliegen. Dann wählt er aus dem Publikum „Stellvertreter“, welche die Mitglieder seiner Familie und ihn selbst darstellen sollen, und stellt sie in Beziehung zueinander auf. Es können auch

Eltern zum Ausdruck. Verneige sich der Klient vor deren Stellvertretern, wirke das auf die wirkliche Familie zurück. Hellinger: „Das funktioniert auch, wenn die nichts davon wissen.“

Die Botschaft des Mannes, der als Anton Hellinger Weltkriegssoldat war, nach dem Krieg als Bruder Suitbert den Mariannhiller Missionaren beitrug und 1971 den katholischen Orden als „Bert“ Hellinger verließ und heiratete, ist einfach:

Jeder soziale Körper, ob Staat, Organisation oder Familie, sei in naturgegebenen, hierarchischen Ordnungen organisiert - bei Hellinger ein archaisch anmutendes Regelwerk: Kein Mensch löst sich ungestraft von seiner Sippe. Die Frau folgt dem Mann. Kinder haben keine Rechte gegenüber ihren Eltern. Der Erstgeborene hat Vorrang vor dem Zweitgeborenen. Begriffe wie Ehre, Demut, Sühne bestimmen

das Weltbild des Ex-Geistlichen, der 13 Jahre als Schulleiter bei den Zulus im Apartheidsstaat Südafrika verbrachte.

Verletzt ein Mitglied die Ordnung, verstrickt es sich in Schuld. Krankheit, Scheitern und Tod sind die Folge. Klienten, die die „Lösung“ zur Wiederherstellung der Ordnung nicht akzeptieren, haben verspielt: „Er wird sterben. Er geht nicht raus aus der Verstrickung“, sagt Hellinger über einen Patienten mit Knochenkrebs, der den Kniefall vor dem Vater verweigert. „Manche Krebskranke sterben lieber, als dass sie sich vor den Eltern tief verneigen.“

Es sind Urteile ohne Berufung. Ein Spanier, dem Hellinger nach zehn Minuten Aufstellungsarbeit bescheinigt, seine Ehe sei nicht zu retten, will eine Frage stellen. „Bitte...“, setzt der Mann dreimal an. „Wenn er das noch mal versucht, muss er den Saal verlassen“, verfügt Hellinger. „Mit seiner Frage zerstört er die Kraft der Aufstellung.“ Danach fragt kaum noch jemand etwas. Dafür schreiben viele eifrig mit.

Sie wollen selber als Therapeuten anwenden, was sie in drei Tagen von ihm gelernt haben. Schon am ersten Abend erhält

„Bei der Psychotherapie geht es einem wie einem guten Führer. Ein guter Führer sieht, was die Leute wollen, und das befiehlt er.“
Bert Hellinger



Therapeut Hellinger, Familienaufstellung mit Schmerzpatienten (aus einem Lehrvideo): „Kopf runter, Arme nach vorn; Handflächen nach oben: und jetzt sag: ‚Lieber Papi, ich gebe dir die Ehre‘“

chisch am Ende, und die von seiner Blitz-Therapie eine Lösung erwarten. Dafür sind sie bereit, auf einer Bühne ihr Innerstes vor 500 Zuschauern nach außen zu kehren.

Milde lächelnd blickt Hellinger aus hellblauen Augen durch dickes Brillenglas auf sein wuselndes Publikum hinab. Die meisten sind älter als vierzig, Frauen sind in der Überzahl. Hellinger, das Mikrofon in der Rechten, wartet bis Heilpraktiker, Therapeuten, Hausfrauen, Ärzte, Sozialpädagogen, Unternehmensberaterinnen, Allergiker, Krebs-Kranke, Lebenshelfer und Lebensmüde einen Platz auf der nach oben ansteigenden Tribüne gefunden haben.

„Zum Anfang mache ich mit euch eine kleine Übung“, sagt dann der Mann mit dem mächtigen Kinn: „Schließt alle die Augen.“ Stille. „Stellt euch eure Eltern vor. Seht ihnen in die Augen. Geht vor ihnen in die Knie. Und sagt: Danke.“ Schon fließen im Publikum die ersten Tränen.

Die Methode, der Heiliger mittlerweile Tausende von Bewunderern und Nachahmern in aller Welt verdankt, verspricht schnelle Lösung aus Leid und generationenalter "Verstrickung". Dramatische Gefühlsausbrüche und scheinbar

Darsteller für Krankheiten hinzukommen, für den Tod, für ein Land, einen Krieg oder gar Gott. Dann wird der Klient zum stimmigen Statisten. Der Therapeut rückt die Stellvertreter in verschiedene Positionen und fragt sie nach ihren Gefühlen.



Nach Hellingers Lehre entsteht dabei ein „wissendes Feld“, in dem die Stellvertreter angeblich genauso empfinden wie die echten Familienmitglieder. Mit Hilfe dieser „Energie“ bringt der Therapeut „Verstrickungen“ in der Familie ans Licht, die sehr oft mit früheren Partnern, jung verstorbenen Ahnen oder abgetriebenen Kindern zu tun haben.

Die „Lösung“ erscheint dem Therapeuten „blitzartig“ und kommt zum Beispiel in einem Kniefall vor dem im Krieg gefallenen Urgroßonkel oder den

jeder ein Zertifikat. Um die 2000 Psycho-Helfer, viele ohne fachliche Qualifikation, offerieren seine Methode mittlerweile allein in Deutschland, und jede Veranstaltung bringt neue Aufsteller hervor. Kaum ein Esoterik-Blatt, in dem sich nicht - zwischen Reiki, Rückführung und Heilsteinen - das Familienaufstellen nach Hellinger findet.



„Brustkrebs ist manchmal Sühne für Unrecht, das einem Mann angetan wurde.“
Bert Hellinger

Doch auch in psychosomatischen Kliniken, sozialpädagogischen Beratungsstellen oder in der kirchlichen Familienbildung stellen Hellinger-Adepten bereits die Familien von Hilfesuchenden auf. An der Katholischen Stiftungshochschule München lehrt ein Psychologieprofessor gar Hellingers wissenschaftlich haltlose Theorien über Psychosen, Suizid oder Depressionen.

Seit sich die große Nachfrage von Unternehmen für die lukrativen „Organisationsaufstellungen nach Hellinger“ in der Psycho-Szene herumspricht, drängen noch mehr Profis in die Seminare. Kein Wunder, dass auch kassenzugelassene Psychotherapeuten in Wochenendseminaren Hellinger für Privat zahler veranstalten. Dem Therapeuten bietet sie ein Forum für beispiellose Machtentfaltung. Nach einer Viertelstunde ist der Fall erledigt. Nächster, bitte.

Hellingers Workshops sind Monate im Voraus ausgebucht. Im letzten Jahr reiste er mit seiner Entourage zu Massenveranstaltungen unter anderem nach Russland, Südkorea, Japan und Israel. In diesem Jahr stehen Kalifornien, China, Taiwan und Mallorca auf dem Reiseplan. In Toledo zahlen die gut 500 Teilnehmer aus ganz Südeuropa, Lateinamerika und Deutschland 310 Euro Tagungsgebühr, in der Pause drängeln sich alle um die Verkaufstische mit seinen Schriften.

Eine halbe Million Hellinger-Bücher und Videos sind bereits in Deutschland verkauft, etliche sind ins Englische, Spanische, Russische übersetzt. Im Psychologie-Regal der Buchläden nimmt der Prediger erkonservativer Werte schon ein Extrafach ein — neben anderen Säulenheiligen: Freud. Jung. Fromm. Hellinger.

Auch in den Medien kommt der Erfolgreiche ausgiebig zu Wort. Die „Süddeutsche Zeitung“ etwa widmete seiner Methode eine ganze Reihe naiv-lobender Darstellungen, würdigte ihn hymnisch als einen der „großen Psychotherapeuten heute“. Dass der Autor zu den Mitreisenden in Hellingers Wanderzirkus gehört und der Internationalen Hellinger-Arbeitsgemeinschaft in München vorsteht, erfährt der Leser nicht.

Tatsächlich darf sich Hellinger nicht einmal als „Psychotherapeut“ bezeichnen. Zwar schaute er sich in den siebziger Jahren allerhand von den Primär- und Urschreitherapeuten aus den USA ab. Eine anerkannte Ausbildung schloss er aber niemals ab. Auch die Technik der Familienaufstellung hat er nicht erfunden. In ihrer ursprünglichen Form - der Patient kann dabei im therapeutischen Gespräch Zugang zu seinen Gefühlen finden — gehört sie zu den Instrumenten der seriösen Familientherapie.

Für seine Instant-Version hat Hellinger die Methode verzerrt: „Eindeutig esoterisch-magisches Denken“ sei bei der autoritären Aufstellungsarbeit mit Toten im Spiel, sagt Michael Utsch von der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen in Berlin. „Es geht in Richtung Ideologiegemeinschaft“, diagnostiziert Wolfgang Senf, Präsident der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie: „Ich würde nie daran denken, einen kranken Patienten hinzuschicken.“

Kenner der Szene attestieren dem Autodidakten eine Art Cäsarenwahn. Auch Sektenbeobachter haben das „Familienstellen nach Hellinger“ seit einiger Zeit im Blick. Bei Gregor Müller vom Sekten-Info Essen rufen Angehörige an, weil Familienmitglieder Aufstellungen gemacht haben und jetzt sehr verändert sind. „Die fühlen sich erleuchtet und kehren ihren Freunden und Familien den Rücken, weil die nicht folgen können. Das führt manchmal zum totalen persönlichen Desaster“, sagt Müller. „Wir empfinden das als kriminell, aber es ist juristisch nicht festzuklopfen.“

Doch während Fachleute warnen, lassen sich Laien in Massen von der autoritären Methode in Bann schlagen: Auf einem Lehrvideo exerziert Hellinger die Behandlung einer Schmerzpatientin mit einem Bandscheibenvorfall. „Rückenschmerzen entstehen oft durch eine verweigerte Verneigung“, will er herausgefunden haben. Als „Lösung“ muss die Klientin vor dem Darsteller ihres Vaters auf die Knie. Die Patientin weint. „Den Kopf runter“, sagt Hellinger. „Bis auf den Boden; Arme nach vorn; Handflächen

nach oben; und jetzt sag: ‚Lieber Papi, ich gebe dir die Ehre.‘“

Fast nie geschieht es, dass irgendjemand im Saal gegen diese Formen der Nötigung aufbegehrt. Wer erlebt, wie Hellinger seine Aufstellungs-Kandidaten mürrisch macht, begreift, warum: Minutenlang seziert Hellinger eine Mittdreißigerin mit seinem Blick, bevor er sie stockend erzählen lässt: Noch nie hatte sie einen Partner. „So lange du noch lächelst, kann ich mit dir nicht arbeiten“, fertigt er sie zunächst ab. „Wer lächelt, ist mit der schlimmen Sache einverstanden, die er schildert“, erklärt Hellinger den beifällig nickenden Zuschauern. Die Klientin bekommt einen roten Kopf. Keine Chance für eine Erwidern. Erst als sie anfängt zu weinen, wird er gnädig: „Na gut, ich versuch mal was für dich.“

Die Frau ist gebrochen, wehrlos und mit den Nerven am Ende, bevor die Sache überhaupt angefangen hat. In ihrem inneren Aufruhr würde sie nach jedem rettenden Strohalm greifen. Also folgt sie dem Therapeuten. Willenlos. Auch die „Stellvertreter“ agieren unter Gefühlsdruck.



Aufstellung mit Ahnen-Darstellern (aus Hellinger Lehrvideo): „Das funktioniert auch, wenn die nichts davon wissen“

„Wenn Teilnehmer in so einer Situation auf der Bühne schreien, Bauchschmerzen oder Atemnot bekommen, dann ist diese Wirkung absolut echt“, sagt der Aachener Psychoanalytiker Micha Hilgers. „Die Leute verstehen das dann als Beweis für den Wahrheitsgehalt der Methode. Dabei sind das ganz normale Reaktionen auf derartige psychische Gewalt.“

In solchen seelischen Ausnahmesituationen findet Hellingers Ideologie widerstandslos den Weg selbst in aufgeklärte Köpfe. Besonders schlimm trifft es in der Regel die Frauen. „In sehr vielen Inzestfällen“, doziert Hellinger etwa gern, sei „die Mutter die graue Eminenz des Inzest.“ Sie verweigere sich dem Vater körperlich und schiebe dem Vater stattdessen die Tochter zu. Der Mann könne dieser Versuchung schwer widerstehen.

Um die Ordnung wiederherzustellen, müsse sich das Opfer vor dem Täter verneigen. Dann lässt Hellinger die rituellen Sätze sprechen: „Die Lösung für das Kind ist, dass das Kind der Mutter sagt: ‚Mama, für dich tue ich es gern‘, und dem Vater: ‚Papa, für die Mama tue ich es gern‘.“ Oder auch: ‚Papa, ich habe es gern für dich

gemacht.“

Wer eine stabile Psyche hat, schafft es vielleicht, solche Erlebnisse zu verarbeiten. Bei Hellinger aber kann es ohne weiteres passieren, dass ein Suizidgefährdeter in einer Aufstellung einen Toten spielen muss. In solchen Fällen ist der Effekt kaum vorherzusehen. Untersuchungen darüber lehnt Hellinger ab.

Normalerweise erfährt deshalb kaum ein Mensch, wie sich Hellingers Interventionen ausgewirkt haben. Im Fall einer Ärztin aus Norddeutschland machten Angehörige die tödlichen Folgen öffentlich: Die Frau war zusammen mit ihrem Mann, mit dem sie in Trennung lebte, zu einem Seminar in Leipzig angereist. Die gemeinsamen Kinder seien bei ihr nicht sicher, behauptete Hellinger und attestierte der Frau ein „kaltes Herz“. Zum Publikum sagte er: „Die Frau geht, die kann keiner mehr aufhalten. Das kann auch sterben bedeuten.“ Einen Tag nach dem Seminar nahm sich die Frau das Leben.

„Ich habe nicht erkennen können, dass sie selbstmordgefährdet war“, wies Hellinger später jegliche Verantwortung zurück. „Ich kannte sie ja nur drei Minuten.“ Jedem, der an seinen Workshops teilnehme, sei „klar, was auf ihn zukommt“, so Hellinger zum SPIEGEL. „Soll ich Mutter spielen für all diese armen Würstchen?“

Im Saal in Toledo gibt der alte Mann seiner Gemeinde noch ein Lehrstück mit. Die Luft ist zum Schneiden dick. Zehn Minuten für die letzte Aufstellung vor dem Mittagessen.

Die Klientin hat einen geschiedenen Mann, zwei Kinder und leidet an Krebs. Hellinger holt einen großen Holländer auf die Bühne. Der dünne, grauhaarige Mann spielt schon zum dritten Mal den Tod. Er trägt einen schwarzen Anzug. „Die Kinder sind bei deinem Mann richtig“, sagt Hellinger zu der Kranken. Sie selbst stellt er neben den Tod: „Dein Platz ist hier.“ Sie starrt den Holländer an. Sie hat Angst. Sie weint laut, sie kann nicht mehr aufhören. „Sag: Mein Platz ist hier.“ Die Frau wimmert. Sie schüttelt den Kopf. „Das ist die Wahrheit. Sag es ganz klar.“ — „Mein Platz ist hier“, flüstert sie mit niedergeschlagenen Augen. Hellinger: „Lauter! Schau ihn an!“

Dann baut er die Stellvertreter für Sohn und Tochter auf. Hellinger verkündet, was sich ihm zeigt: „Die Tochter wird dir nachfolgen in den Tod. Sie ist nicht zu retten.“ Die Krebskranke weint noch lauter.

„Aber es gibt eine Lösung“, wendet sich Hellinger ans Publikum: „Wenn kein Geheimnis daraus gemacht wird, dass die Mutter sterben will, kann die Tochter leben.“

Dann lächelt er seine Klientin an: „Der Tod ist wunderschön. Weißt du das? Die Engel stehen ums Grab.“ Die Frau wimmert noch. Sie zittert. Sie schluckt. Dann nickt sie und versucht ein Lächeln. Hellinger schaut ihr lange mit einem hypnotisierenden Blick in die Augen, der entfernt an den eines schläfrigen Katers erinnert.

„Sieht sie nicht glücklich aus?“, fragt Hellinger dann ins Publikum. „Danke, das war’s dann.“

BEATE LAKOTTA

Anmerkungen:

Psychologie ist Esoterik mit wissenschaftlichem Anspruch. Sie ist eine Ideologie, die gefährlicher als der Marxismus ist, ihre Überwindung wird noch Jahre dauern.

Der menschenverachtende Betrug mit der Psyche im 20./21. Jahrhundert, wird Menschen der Zukunft, die hoffentlich aufwachen, am Verstand der Menschen unserer Zeit zweifeln lassen.

Psychologie, Astrologie (Horoskope), Hellsehen, daran glaubt die abendländische Bevölkerung - EUROPA geht unter, wenn die christlichen Kirchen nicht aufwachen.

BRUNO RUPKALWIS, 09.02.02

Hirnforschung

Sensationelle Entdeckungen in der Computertomographie (CT)

BERLIN Amerikanische Hirnforscher (HP University Boston) haben bei vergleichenden Untersuchungen (CT) festgestellt, daß die Hirnvolumina deutscher Spitzenpolitiker denen der Pygmäen im afrikanischen Urwald (Kamerun) entsprechen. Sie kommen daher zu dem Schluß, daß relativ zur Körpergröße das Gehirn der Pygmäen leistungsfähiger ist.

Beim Vergleich der Hirnvolumina amerikanischer Politiker mit denen deutscher Kollegen, stellten sie keinen Unterschied fest, jedoch das Gewicht amerikanischer Hirne ist größer, das ergaben Messungen mit der Seelenwaage (SW). Die SW ist eine Erfindung von Prof. Dr. psych. S. Traurich (Boston) und wurde im direkten Vergleich erstmals angewendet.

„Durch psychische Operationen haben Hirne in Deutschland an Gewicht verloren“, sagt Prof. Traurich. Er rechnet damit, daß seine Erfindung zum Exportschlager wird, erste deutsche Unternehmen und Universitäten haben bereits geordert. Eine SW soll im Bundestag aufgestellt werden. Den Vertrieb für San Marino, Andorra, Monaco, Frankreich und Deutschland (psychisch gleichgewichtige Staaten) besorgt die neue

DU GmbH&Co KG Pforzheim
mit 600 neuen Arbeitsplätzen.

(ernst/apd)

2.2.3. Kraft kommt von innen.

Wie Sie Zugang zu Ihren Stärken finden, um ausgeglichen und gesund leben zu können.

Eine Information von Judith Heim, Lebensberaterin und Reinkarnations-Therapeutin

Wenn Sie stark sind, meistern Sie jede Situation. Ich führe Sie zu Ihren Stärken.

Kennen Sie auch Situationen oder manchmal gar ganze Lebensabschnitte, in denen Sie sich hilflos fühlen, ein scheinbar auswegloses Schicksal führen müssen, ein Leben leben, das nicht Ihr Leben ist? Leiden Sie auch unter Krankheiten, Schmerzen, Ängsten oder „schlechten“ Gefühlen?

Sind Sie sich Ihres Lebenszieles unsicher geworden, oder haben es gar ganz aus den Augen verloren? Haben Sie ein Lebensziel, an dem Sie sich orientieren können?

Alle diese widrigen Umstände hängen mit Ihrem eigenen Denken zusammen, mit inneren Blockaden und haben oft ihre Ursache in vergangenen Erlebnissen.

Manchmal sogar in Erlebnissen, an die wir uns gar nicht erinnern können und von denen wir demzufolge auch nichts wissen. In der Therapie-Entwicklung gibt es verschiedene Ansätze, den Menschen von Krankheiten, sowohl physischen als auch psychischen, zu befreien.

Ich habe mich nach langjährigen Erfahrungen mit verschiedenen Techniken in meiner Ausbildung für die Reinkarnations-Therapie entschieden. Sie hat einige wesentliche Vorteile, die ich Ihnen hier aufzählen möchte:

Die Therapie kann in einem kurzen Zeitraum durchgeführt werden.

- In der Therapie kann punktuell, ohne ein ganzes Leben aufrollen zu müssen, an einem Problem schnell und effizient gearbeitet werden. So läßt sich schon mit dem ersten Erfolg das nächste Problem leichter angehen.
- Die Therapie ist auf Ihr Unterbewußtsein ausgerichtet. Hier liegen Ihre Stärken und Selbstheilungskräfte. Sie finden wieder zu sich selbst, Sie werden der, der Sie wirklich sind.
- Sie müssen an nichts „glauben“. Selbst bei vollkommener Neutralität werden Sie überrascht sein, wie stark Ihre inneren Ressourcen sind.

Gerade in Problemsituationen ist es für den Einzelnen schwierig, sich neben sich selbst zu stellen, seine Situation objektiv zu beurteilen und dann erfolgreiche Strategien einzuleiten. Ich helfe Ihnen, aus dieser Situation herauszukommen und wieder in einem so starken Zustand zu sein, dass Sie Ihr Leben wieder selbst meistern können.

Einige Beispiele von Krankheiten und Problemen, die wir mit meiner Therapieform erfolgreich auflösen können:

Migräne
Asthma
Heuschnupfen
Allergien
Neurodermitis
Bulimie
Rückenschmerzen

Depressionen
Wehmut

Beziehungsprobleme
Existenzangst
Angst vor dem Alter

Eßsucht
Alkoholismus

Eifersucht
Herrschaftsucht

Schlafstörungen
Alpträume

Höhenangst
Tiefenangst
Tunnelangst

Verborgene negative Grundeinstellungen, die Sie daran hindern, Ihre Ziele zu erreichen



Judith Heim, diplomierte Lebensberaterin und diplomierte Reinkarnations-Therapeutin.

Ausbildung an der Internationalen Akademie der angewandten Wissenschaften, Vaduz.

Eigene Praxis in Frankfurt/Main. Seit dem Jahre 2000 Beratungen und Therapien auch an der Costa Blanca. Jávea

Tel. 96 579 28 30
Mobil: 609 63 21 62
e-mail: judithheim @wanadoo.es

2.2.4. Aus Erfurt nichts gelernt? Den Schulen fehlen Psychologen

Heute vor sechs Monaten schockierte der Amoklauf von Erfurt ganz Deutschland. Schulpsychologen beklagen jetzt mangelnde Konsequenzen. Die psychologische Beratung an den Schulen im Land sei nicht angemessen ausgebaut worden.

Kiel/Rendsburg
Frank Höfer

Nach dem Massenmord vom 26. April, bei dem ein Ex-Schüler im Erfurter Gutenberg-Gymnasium 16 Menschen und sich selbst tötete, wurden viele Forderungen laut. Vor allem um verhaltensauffällige Kinder müsse man sich stärker kümmern. Doch getan hat sich nach Ansicht von Schulpsychologen zu wenig: Die psychologische Betreuung an den Schulen sei nicht angemessen ausgebaut worden.

Nach Erfurt haben nur drei Bundesländer zusätzliche Psychologen zur Beratung von Eltern, Lehrern und Schülern angestellt: Thüringen, Berlin und Bayern. In Schleswig-Holstein gibt es nach wie vor nur einen Psychologen pro Kreis oder kreisfreier Stadt. Ausnahme: die Kreise Pinneberg und Rendsburg-Eckernförde, dort gibt es jeweils zwei Stellen im Landesdienst.

„Angesichts der Probleme an den Schulen ist das entschieden zu wenig“, sagt Gunter Kase, Vorsitzender des Verbandes Schleswig-Holsteinischer Schulpsychologen. „Psychologische Arbeit lässt sich nicht rationalisieren, fachliche Beratung braucht Zeit.“ Ein Psychologe ist in Schleswig-Holstein rechnerisch für rund 16000 Schüler zuständig. Nimmt man die berufsbildenden Schulen hinzu, beträgt die Quote 1:20.000. Kein Vergleich zu Skandinavien. In Finnland bei-

spielsweise muss sich ein Berater nur um rund 1000 Schüler kümmern. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 1:15.000.

Die Arbeit der Schulpsychologen, so Kase, habe sich in den vergangenen Jahren dahin verlagert, Lehrer und Schulleiter besser auf Konflikte vorzubereiten. Insgesamt habe die Zahl der Probleme an Schulen deutlich zugenommen. „Erfurt war der Gipfel einer problematischen Entwicklung, vor der wir schon vor zehn Jahren gewarnt haben.“ Die Politiker hätten die Warnungen damals in den Wind geschlagen. „So schlimm, wie Sie es schildern, wird es schon nicht werden.“ „Mit solchen Sätzen wurden wir damals hingehalten“, sagt Kase.

Auch in Schleswig-Holstein, so der leitende Schulpsychologe, würden immer mehr Jugendliche zu verhaltensauffälligen Außenseitern. Durch Gewaltvideos und Killerspiele komme es zu folgenreicheren Realitätsverlusten. Selbst ein zweites Erfurt hält Kase für möglich. „Auszuschließen, dass Erfurt nicht auch hier stattfinden kann, wäre nicht seriös.“

Der 52-jährige Leiter der Schulpsychologischen Beratungsstelle des Kreises Rendsburg-Eckernförde fordert die Landesregierung auf, die psychologische Beratung

an den Schulen auszubauen. Gleichzeitig räumt Kase ein, dass in Schleswig-Holstein bereits viel getan werde, um Gewalt gar nicht erst aufkommen zu lassen. „Es gibt viele Projekte und Präventionsmaßnahmen, die sehr wirkungsvoll sind.“



Von staatlicher Seite müsse der Jugendschutz jedoch deutlich ausgebaut werden. „Es gibt genügend Nachweise, dass Jugendliche durch gewaltreiche Spielfilme und Computerspiele zu solchen Handlungen wie in Erfurt animiert werden“, sagt der Diplompsychologe, der seit 1976 Lehrende, Eltern und Jugendliche in Schulfragen berät. „Nur For-

scher, die von den entsprechenden Medienkonzernen bezahlt werden, kommen zu anderen Ergebnissen.“

Das Kultusministerium in Kiel weist die Forderungen zurück. Es werde in Schleswig-Holstein ausreichend Präventionsarbeit an Schulen geleistet, nicht erst seit Erfurt. Ministeriums-Sprecherin Beate Hinse nennt als Beispiel die Streitschlichtung durch Schüler. Seit 1999 hätten sich bereits mehr als 120 Schulen an diesem Projekt beteiligt. Eine personelle Verstärkung der Schulpsychologen sei nicht geplant.



Seelendunkel. Die schwarzen Gedanken werden bei Männern und Frauen von der selben Stoffwechselstörung im Gehirn ausgelöst. Während sich depressive Männer jedoch völlig zurückziehen und apathisch werden, reagieren Frauen eher gereizt und verstimmt.

BILD am Sonntag, 6. Mai 2001
2.2.5. Warum Frauen anders leiden

Von **THORSTEN DARGATZ**

Wann genau sich das Nebelgrau auf ihre Seele gelegt hat, können nicht einmal die Betroffenen selbst sagen. Nur so viel: Dass aus nicht so guten Tagen irgendwann schlechte Tage wurden, die überhaupt nicht mehr enden wollten. Wenn Freude in Traurigkeit umschlägt, Optimismus zu Ängstlichkeit wird und Hoffnungslosigkeit die Zuversicht verdrängt, sprechen Ärzte von affektiven Depressionen krank gewordenen Gefühlen. Sechs Millionen Deutsche leiden darunter! Frauen doppelt so häufig wie Männer. Jetzt hat eine wissenschaftliche Studie, an der mehrere amerikanische Universitäten beteiligt waren, ein neues Licht auf die Symptome geworfen. Untersucht wurden 235 Männer und 400 Frauen. Überraschendes Ergebnis: Obwohl Depressionen immer dieselben Hintergründe haben, entwickeln sie bei Frauen einen anderen Verlauf als bei Männern. Folglich müssten sie auch unterschiedlich behandelt werden.

„In der Tat leiden Frauen bei Depressionen anders als Männer“, weiß Professor Jürgen Fritze, Psychiater an der Universitätsklinik Frankfurt und Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie. „Bei Frauen überwiegen die so genannten neurotischen Depressionen. Sie äußern sich als Unzufriedenheit, Gereiztheit, Verstimmtheit. Frauen, die diese Symptome aufweisen, werden von ihrer

Umwelt eher als störend denn als leidend empfunden. Häufig hört man Sätze wie: ‚Sie geht mir auf den Wecker.‘ Bei Männern äußert sich der depressive Zustand ganz anders:

Sie werden antriebschwach, können sich über nichts mehr freuen, sind in jeder Hinsicht lustlos. Viele haben gar nicht mehr das Gefühl, aktiv zu leben.“

Häufig bricht die Krankheit nach Schicksalsschlägen wie Scheidung, Trennung, Tod des Partners oder Job-Verlust aus. Aber auch dauerhafter Stress, Arbeitsüberlastung, hormonelle Störungen (Schilddrüsenüberfunktion) und Krebserkrankungen können die Nerven „durchbrennen“ lassen. Die Ursache ist bei Frauen und Männern dieselbe: Der Stoffwechsel ihres Gehirns ist gestört, weil nicht genug Neurotransmitter wie Noradrenalin und Serotonin zur Verfügung stehen, deren Aufgabe es ist, Nervenbotschaften weiterzuleiten.

Genau an diesem Signalpunkt könnte künftig eine geschlechtsspezifische Behandlung einsetzen. Die Studie, veröffentlicht im amerikanischen „Journal für Psychiatrie“, belegt, dass bei Frauen vor allem Medikamente wirken, die den Serotoninspiegel beeinflussen. Dieses „Gehirnhormon“ steuert unter anderem Gemütslage, Schlafrythmus, Sexualtrieb und Temperatur. Dagegen greifen bei Männern Medikamente besser, die nicht nur die Produktion von Serotonin, sondern auch von Noradrenalin anregen, das Blutdruck und Atmung beschleunigt, das Herz schneller schlagen lässt und

dem Körper Stoffwechselenergie bereitstellt.

Professor Fritze: „Das Ergebnis hat uns überrascht, aber es sind weitere Studien nötig, um neue Behandlungsstrategien zu entwerfen. Glücklicherweise können wir schon jetzt die Krankheit sehr gut behandeln.“ Bei leichten bis mittelschweren Depressionen helfen eine Psychotherapie oder leichte, auch pflanzliche Antidepressiva. „Das kann der Patient selbst entscheiden.“ Bei der mittelschweren bis schweren Form hilft nur eine Kombinationstherapie aus Medikamenten und Psychotherapie.

Größtes Problem bisher: Meist dauert es Jahre, bis das Leiden sachgerecht behandelt werden kann. Professor Fritze: „Der Gang zum Psychiater ist, anders als in den USA, immer noch mit vielen Vorurteilen besetzt.“ 80 Prozent der Depressiven suchen lieber ihren Hausarzt auf, von denen wiederum nur 50 Prozent die richtige Diagnose stellen. „Viele behandeln nur die Symptome wie Schlafstörungen oder körperliche Beschwerden, nicht aber die Depression selbst, die ja Ursache des schlechten Schlafs oder der Schmerzen ist.“

Fragen Sie sich selbst - und einen Experten

Der Weg zum Psychiater - für viele Menschen eine unüberwindliche Hürde. Dabei sind es vor allem Spezialisten, die bei Depressionen wirklich etwas ausrichten können, Experten haben jetzt einen Analysebogen erstellt, mit dem jeder herausfinden kann, ob er bereits Anzeichen einer Depression in sich trägt. Wenn Sie mehrere der folgenden Aussagen mit Ja beantworten, sollten Sie unbedingt das Gespräch mit einem Psychiater suchen.

- Ich neige zu Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Ich leide morgens unter vernichtenden Angstzuständen.
- Ich schlafe lieber am Tag und arbeite in der Nacht. Es fällt mir schwer, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren,
- Manchmal habe ich das Gefühl, ich spüre gar nichts mehr. Am liebsten würde ich den ganzen Tag im Bett bleiben.
- Es bedrückt mich, dass andere meinwegem so viel leiden müssen. Als Kind wurde ich häufig ausgeschimpft.
- Manchmal fürchte ich, dass meine Existenz bedroht ist. Ich kann mich zu nichts mehr auf raffem.
- Ich brüte oft stundenlang vor mich hin.
- Es fällt mir schwer, Entscheidungen zu treffen. Ich mache mich gern von anderen abhängig.
- Ich bin eher ein ängstlicher, gehemmter Mensch. Im Zusammensein mit anderen verhalte ich mich eher passiv.
- Ich habe das Gefühl, dass ich niemandem mehr lieben kann.

2.2.6. Psychokram

Das Wissenschaftszentrum der Depressiven Zellen präsentiert erste Ergebnisse im Fach Psychologie. Bedauerlicherweise standen therapeutische Ansätze dieser Disziplin allzu häufig unter dem verfehlten Focus, Zustände von Wohlergehen, Zufriedenheit oder womöglich Glück im seelischen Erleben herzustellen. Weitgehend unbeachtet blieb jedoch das Potential zahlreicher psychologischer Schulen, zu einer stabilen Frustbefindlichkeit beizutragen. Deshalb haben wir allerlei Mühen und Verdruß auf uns genommen und die Fachliteratur unter dem Aspekt der Frustologie neu bewertet sowie gegebenenfalls ergänzt. Wir eröffnen unsere Reihe mit dem Klassiker:

Frust mit Freud

Die Psychoanalyse zählt zu den wirksamsten psychologischen Verfahren zum Aufbau einer dauerhaften endogenen Frustkompetenz. Schon allein der jahrelange Therapieprozeß wird sie an den Rand des Wahnsinns und die Krankenkasse an den Rand des Bankrotts treiben. Die Psychoanalyse hat einige ausgefeilte Techniken entwickelt, die Ihnen die ganze Erbärmlichkeit ihres Daseins schonungslos vor Augen führen. Winden Sie sich in Schuld, steigen Sie hinab in die Abgründe Ihres Unterbewußtseins. Entdecken Sie die Leichen in Ihrem Seelenkeller. Die Psychoanalyse ist der heilsame Horrortrip für alle, denen es immer noch zu gut geht. Insbesondere Autoritätsgläubige werden hier voll auf Ihre Kosten kommen.

Mit Freud können Sie nach Herzensfrust in den Eingeweiden Ihres Innenlebens wühlen. Sie werden Dinge über sich erfahren, die Sie noch nie wissen wollten. Wer dachte, er sei ein durchschnittlich vernünftiger und überdurchschnittlich mißmutiger Normalo, der sich selbst einigermaßen beschreiben kann (Hobbies, Job, Lieblingsmusik, Augenfarbe, Bauchansatz, mathematische Null, etc) lernt als erstes, daß er einen Scheißdreck über sich weiß. Denn

Das Ich

ist nur ein eingebildeter Schnösel, der lächerlicherweise meint, sich selbst zu kennen und Denken und Handeln zu kontrollieren. Alles Quatsch. Herr im Hause ist nämlich das Unterbewußtsein.

Das Es

Hier spielt die Musik. Hier wimmelt es von Trieben, Sex, Komplexen, Urängsten und anderen Nettigkeiten, die einem teuren brueghelschen Gemälde entsprungen sein könnten oder einem miesen LSD-Trip. Eine rabenschwarze Ursuppe der allerfeinsten Häßlichkeiten, geheime Lüste und Passionen, die man höchstens mal dem allerbesten Freund streng vertraulich zuraunt oder täglich mit rechtschaffener Abscheu in Talkshows betrachten kann, wohnt da mitten in Ihnen. Mit freundlicher Untersützung ihres tiefenpsychologisch geschulten Therapeuten, entdecken Sie, daß Sie als Frau mit Ihrem Gemecker über das Patriarchat bloß neidisch sind auf diesen Wurmfortsatz am Unterleib des anderen Geschlechts. Daß (so Sie männlich sind) hinter Ihrer edlen und romantischen Liebesbeziehung in Wirklichkeit bloß der frühkindliche Wunsch steckt, mit ihrer Mutter zu schlafen und Ihren Vater um die Ecke zu bringen. Warum also tun Sie's nicht einfach? Tja, unglücklicherweise beherbergen Sie auch noch

Das Überich

den inneren Zeigefinger. Marke: "Das gehört sich nicht, Pfui". Schließlich sind wir zivilisiert. Die ganze Mühe mit der Sozialisation, Schuhe putzen, artig danke sagen und Rülpsverboten hat sich hier angesiedelt.

Zwischen diesen Dreien entwickeln sich nun die schönsten Auseinandersetzungen, wovon Sie in der Regel eher wenig



mitbekommen, außer einem allgemeinen Gefühl von Zerrissenheit, dem wiederkehrenden Wunsch jetzt spontan aus dem Fenster zu springen oder eben Frust.

Wo es war, soll ich werden. Heißt: Wo Sie früher nur untergründig muffelig waren, werden sie jetzt ganz bewußt zum ausgemachten Ekel.

Das alles glauben Sie nicht? Sie finden, der Therapeut redet quatsch? Falsch. Die Psychoanalyse ist eine todsichere Methode. Doch. Das kann man beweisen. Was immer Ihr tiefenpsychologisch geschulter Seelenklempner Ihnen an brauchbaren oder abstrusen Deutungen ihres Innenlebens anbietet: Er hat recht. Wenn Sie das bezweifeln, ist das nur ein Indiz für Verdrängung, Widerstand, Abwehr. So so, Sie wollen es also nicht wahrhaben. Dann müssen Sie sich eben weiter in ihrem Seelenschlamm rumwälzen, bis Sie es einsehen.

(Alle Angaben ohne Gewähr)

© Frustclub - Die Depressiven Zellen

Dr. med. Dietger Heitele

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Psychotherapie

2.2.7. Bachblütentherapie

Die Bachblüten wurden vor rund 60 Jahren von dem englischen Naturheilarzt Bach entdeckt und sind seitdem vor allem in den angelsächsischen Ländern weit verbreitet. Es handelt sich dabei um wässrige Auszüge der Blüten von 38 wildwachsenden, nicht giftigen Pflanzen und Bäumen. Im einzelnen:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Agrimony (Odermennig) | 20. Larch (Lärche) |
| 2. Aspen (Zitterpappel) | 21. Mimulus (Gauklerblume) |
| 3. Beech (Rotbuche) | 22. Mustard (Wilder Senf) |
| 4. Centaury (Tausendgüldenkraut) | 23. Oak (Eiche) |
| 5. Cerato (Bleiwurz) | 24. Olive (Olive) |
| 6. Cherry Plum (Kirschkpflaume) | 25. Pine (Schottische Kiefer) |
| 7. Chestnut Bud (Knospe d. Roß.) | 26. Impatiens (Springkraut) |
| 8. Chicory (Wegwarte) | 27. Rock Water (Qu.-wasser) |
| 9. Clematis (weiße Waldrebe) | 28. Vervain (Eisenkraut) |
| 10. Crab Apple (Holzapfel) | 29. Vine (Weinrebe) |
| 11. Scleranthus (einjähr. Knäuel) | 30. Walnut (Walnuss) |
| 12. Gentian (Herbstenzian) | 31. Hornbeam |
| 13. Gorse (Stechginster) | 32. Wild Oat (Waldrespe) |
| 14. Heather (Schott. Heidekraut) | 33. Wild Rose (Heckenrose) |
| 15. Holly (Stechpalme) | 34. Willow (Gelbe Weide) |
| 16. Honeysuckle (Jelängerjelierber) | 35. Elm (Ulme) |
| 17. Red Chestnut (Rote Kastanie) | 36. Water Violet (S.-feder) |
| 18. Rock Rose (gel. Sonnenröschen) | 37. White Chestnut |
| 19. Star of Bethlehem (Milchstern) | 38. Sweet Chestnut (Kastan) |

Es gibt noch ein 39. Mittel, die sogenannten Rescuetropfen, welche eine Mischung darstellen aus Star of Bethlehem, Rock Rose, Impatiens, Cherry Plum und Clematis und als Notfallmedikament gilt bei allen Arten seelischer Erschütterung.

Die wässrigen Blüten Konzentrate werden mit Alkohol versetzt und als Konzentrate in Pipettenfläschchen der Größe 7.5 ml und 20 ml abgefüllt. Wie die Bachblüten wirken, ist letzten Endes schulmedizinisch nicht fassbar. Wahrscheinlich wirken sie so wie hochpotenzierte homöopathische Mittel nicht stofflich, sondern energetisch.

Bach selber schreibt 1934 dazu:

"Bestimmte wildwachsende Blumen, Büsche und Bäume höherer Ordnung haben durch ihre hohe Schwingung die Kraft, unsere menschlichen Schwingungen zu erhöhen und unsere Kanäle für die Botschaften unseres spirituellen Selbst zu öffnen; unsere Persönlichkeit mit den Tugenden, die wir nötig haben, zu überfluten und dadurch die (Character-) Mängel auszuwaschen, die unsere Leiden verursachen. Wie schöne Musik oder andere großartige inspirierende Dinge, sind sie in der Lage, unsere ganze Persönlichkeit zu erheben und uns unserer Seele näher zu bringen. Dadurch schenken sie uns Frieden und entbinden uns von unserem Leiden. Sie heilen nicht dadurch, dass sie die Krankheit direkt angreifen, sondern dadurch dass sie unseren Körper mit den schönen Schwingungen unseres höheren Selbst durchfluten, in deren Gegenwart die Krankheit hinwegschmilzt wie Schnee an der Sonne. Es gibt keine echte Heilung ohne eine Veränderung in der Lebenseinstellung, des Seelenfriedens und des inneren Glücksgefühls..."

Das hört sich sehr esoterisch an für den Nichteingeweihten. Anstatt aber sich deswegen davon abzuwenden, sollten sich Krankenkassen und Schulmediziner mit den großartigen Erfolgen beschäftigen, welche die völlig unschädliche Bachblütentherapie an Millionen von Menschen erzielt hat.

Anwendungsgebiete Prinzipiell sind die Bach Blüten für alle seelischen Befindlichkeitsstörungen geeignet. Wer allerdings seit vielen Jahren an Depressionen leidet, kann nicht erwarten, dass er

innerhalb einer Woche eine grundlegende Besserung erzielt. Hier muß er schon einige Monate Geduld haben. Nicht unmittelbar geeignet sind die Blüten für rein körperliche Erkrankungen, es sei denn, dass diese Erkrankungen seelische Mitursachen haben, wie es oft bei der Neurodermitis, bei Hochdruck und anderen psychosomatischen Krankheiten der Fall ist. Die Blüten können keinen Krebs heilen, aber die damit verbundenen seelischen Spannungen beeinflussen und damit indirekt auch die Symptome wie z.B. die Schmerzen maßgebend lindern.

Blütenauswahl, Behandlung, Kosten

Somit ist es immer anzuraten, auch wenn die Selbstmedikation mit Bachblüten unschädlich ist, sich der Hilfe eines Naturheilarztes bei der Auswahl zu bedienen. Die erste Frage dabei ist, ob das Krankheitsbild überhaupt für die Bachblütenbehandlung geeignet ist. Irgend etwas wird sich durch die Behandlung sicher bessern, aber ob es das ist, was der Patient erwartet? Hier sollten erst einmal falsche Erwartungen abgebaut werden. Die zweite Frage ist, welche Blüte oder am Anfang meist mehrere Blüten in Frage kommen von den 38 zur Auswahl stehenden. Bach selber hat diese Frage meist durch ein sehr persönliches langes Gespräch, eine hohe Sensibilität für die seelischen Nöte des anderen und durch Intuition entschieden. Andere Therapeuten ziehen Fragebogentests vor, wieder andere verwenden Muskeltests oder Pendeln, Pulsmessmethoden und diverse andere. Die sensitiven oder nichtverbalen Methoden sind grundsätzlich nur geeignet für den augenblicklichen Status, nicht aber für den grundsätzlichen, langen Weg. Ein langes persönliches Gespräch von 1 - 2 Stunden wäre wünschenswert, andererseits gilt es auch Kosten zu sparen, denn die Bachblütenbehandlung ist keine Kassenleistung. Aus diesem Grunde verwenden wir in unserer Praxis eine EDV Gestützte Fragebogentechnik. Wer Gefallen an den Bachblüten findet und Kosten nicht scheut, kann gerne ein langes persönliches Gespräch suchen bei mir.

Die Bachblüten selbst kosten je nach Packungsgröße ca. 30 - 50 DM und sind in Deutschland nur in der Apotheke über ein Rezept zu bekommen. In anderen Ländern z.B. Holland oder England sind sie direkt, teilweise sogar in Drogerien und vor allem preiswerter als in Deutschland erhältlich. Für eine preisgünstige Anmischung der Bachblüten fragen Sie am besten nach.

Verdünnung: Die Bachblüten werden in Pipettenvorratsfläschchen von 7.5 oder 18 ml (=100 bzw. 250 Tropfen) geliefert. Daraus werden Verdünnungen hergestellt in der Art, dass 2 Tropfen aus dem Vorratsfläschchen in ein mit Wasser und Alkohol gefülltes 20-50 ml Pipettenfläschchen aus der Apotheke getropft werden und dieses Fläschchen kräftig geschüttelt wird. Dies ist dann die Einnahmeflasche. Als Alkohol kann man Brandy, Weingeist u.ä. nehmen. Statt Alkohol ist auch Obstessig oder reines Mineralwasser möglich, allerdings sind dann die Tropfen, vor allem im Sommer nicht so lange haltbar.

Dosierung: Die Standarddosierung ist vier mal täglich 20 Minuten vor dem Essen vier Tropfen auf oder unter die Zunge. Manche Bachfreunde stellen ihr Mittel auch auf das Nachttischchen, tropfen 5 Tropfen ins Badewasser oder verwenden es auch für Umschläge (6 Tropfen aus der Vorratsflasche in einen halben Liter Wasser).

Literatur zu den Bachblüten gibt es in jeder Buchhandlung und Bibliothek.

Zum Einstieg: Julian Barnard×Blüten für die Seele×Integralverlag oder Mechtild Scheffer×Selbsthilfe durch Bach-Blütentherapie×Heyne Verlag Edward Bach×Blüten, die durch die Seele Helfen×Hugendubel Verlag

Für speziellere Fragen kann Ihnen das Dr. Edward Bach Centre Office ×Eppendorfer Landstraße 32 ×Hamburg ×Tel. 040-461041 weiterhelfen.

Anmerkung:

Das ist der größte Blödsinn. Dazu habe ich keinen Kommentar.

Vorlesung Psychiatrie

2.2.8. Psychiatrische Notfälle und Suizidalität

Dr. med. Georg Juckel, Stv. Leitender Oberarzt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Was ist ein Notfall ?

Was ist ein psychiatrischer Notfall ?

Ein psychiatrischer Notfall ist ein Zustand, der häufig durch eine psychiatrische **Krankheit** bedingt ist und der einen unmittelbaren Handlungszwang zur Abwendung von **Lebensgefahr** oder von **anderen schwerwiegenden Folgen** mit sich bringt. Er erfordert eine sofortige, an der akuten Symptomatik orientierte, gezielte Therapie, um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und evtl. anderer Personen abzuwenden.

Die **psychiatrische Krise** hingegen ist in geringerem Ausmaß durch direkte vitale Bedrohung gekennzeichnet. Im Vordergrund steht vielmehr das Fehlen oder das Zusammenbrechen individueller u./o. sozialer Bewältigungsstrategien im Rahmen belastender Krankheits- bzw. Umgebungbedingungen. Aufgabe der psychiatrischen Krisenintervention ist es, in mehreren Schritten, innerhalb von Tagen oder Wochen, eine auch ursächliche Veränderung der zugrundeliegenden Bedingungen zu erreichen.

Gründe für die Konsultation eines psychiatrischen Notfall- und Krisendienstes (Häfner und Rössler 1987)

- 57% Auswirkungen einer bestehenden psychiatrischen Erkrankung (v.a. Schizophrenie und Suchterkrankungen)
- 25% zwischenmenschliche Konflikte
- 23% Alkoholmißbrauch
- 22% „seelische Krise“
- 17% Z.n. Suizidversuch
- 13% Suizidalität

Rechtliche Aspekte

- Einwilligungsfähigkeit
- Mutmaßliche Einwilligungsfähigkeit, rechtfertigender Notstand (§34 StGB)
- Unterbringung (PsychKG)
- (Eil-) Betreuung (BGB)

Die wichtigsten psychiatrischen Notfälle:

- Erregungszustände
- Suizidalität
- Bewußtseinsstörungen
- Kataton-stuporöse Zustände

Erregungszustände

Hauptcharakteristika sind:

- Steigerung von Antrieb und Psychomotorik
- Affektive Enthemmung und Gereiztheit
- Kontrollverlust evtl. mit raptusartigen Gewalttätigkeiten („Gespanntheit“)

Die wichtigsten Ursachen sind:

- Schizophrene Psychosen (z.B. erregte Katatonie)
- Manie
- Agitierte Depression
- Intoxikationen (Alkohol, Drogen)
- Hirnorganische Psychosyndrome (z.B. epileptischer Dämmerzustand)
- Psychogene Reaktionen im Rahmen von akuten Belastungsreaktionen oder Persönlichkeitsstörungen
- Internistische Erkrankungen (z.B. Hyperthyreose, Hypoglykämie, Porphyrie)

Diagnostik:

Die diagnostische Abklärung ist häufig erschwert infolge der mangelnden Kooperationsbereitschaft des Patienten, den Handlungsdruck von seiten der Angehörigen und des Pflegepersonals. Zur Diagnostik gehören:

- Körperlich-neurologische Untersuchung. Zur beachten ist auch die äußere Erscheinung (Einstichstellen, Kleidung, Verletzungen)
- Vegetative Elementarfunktionen (Puls, Atmung, Temperatur, Tremor, Hyperhidrosis, Hautfarbe und-turgor, Pupillen)

- das dominierende psychopathologische Befundbild (Bewußtseinslage, Zerschandenheit, Auffassungsstörungen, Halluzinationen, Abhängigkeit der Symptomatik von Umgebungsfaktoren wie z.B. Angehörige)
- Labordiagnostik, EEG, Bildgebung, wenn möglich

Therapie

A. Erstkontakt: Nach Berzewski (1996) müssen während des Erstkontaktes folg. Aspekte unbedingt berücksichtigt werden:

- Ausmaß und unmittelbare Bedrohung von Personen durch den Patienten (Angriff auf Bezugspersonen, Tragen von Waffen, Äußerungen über beabsichtigte Aggressionen)
- Maßnahmen, um die Sicherheit von Personal und Bezugspersonen zu gewährleisten (z.B. Fixierung)
- Klärung der Bewußtseinslage, da bei Erregten mit Bewußtseinsstörungen mit überraschenden aggressiven Durchbrüchen zu rechnen ist
- Reizabschirmung (den Pat. in eine ruhige und ungestörte Atmosphäre bringen, ihn von Bezugspersonen, Angehörige trennen)
- Abklärung der Bereitschaft zu einem Gespräch und zu einer körperlichen Untersuchung
- Ruhe und Zeit für die Exploration einräumen sowie eindeutige Vermittlung des geplanten therapeutischen Vorgehens.

Cave:

- Zu forsches Auftreten kann die Aggressivität steigern (sicheres und ruhiges Auftreten besser)
- Keine Selbstüberschätzung, stattdessen rechtzeitig Helfer (Pflegepersonal, Polizei) heranziehen
- Erregungszustände können kurzfristig abklingen („Ruhe vor dem Sturm“) und so ein falsches Bild von der tatsächlichen Gefährdung geben

B. Pharmakotherapie:

Die entscheidende und wirkungsvollste Behandlung akuter Erregungszustände ist eine rasche pharmakologische Sedierung. Grundsätzlich sollte versucht werden, den Patienten zur freiwilligen Einnahme einer oralen Dosis zu bewegen, ansonsten kann eine parenterale Applikation erfolgen z.B. Levopromazin i.m., Haloperidol i.m. oder i.v., Diazepam i.v. oder rektal.

Levopromazin (Neurocil): 50mg i.m. bzw. 100mg oral. In den ersten 24 Std. sollte eine Dosis von 200mg nicht überschritten werden. Insbesondere bei der parenteralen Gabe muß auf RR-Abfall, Tachykardie und Kollapsneigung geachtet werden.

Haloperidol (Haldol): 5-15 mg i.m. oder i.v. Cave: Frühdyskinesien

Diazepam (Valium): 5-10mg i.v.; Tageshöchstdosis 40- 60mg.

Langsame Injektion, da atemdepressorische Begleitwirkungen auftreten können.

Zuclopenthixol (Ciatyl Acuphase): 100-200mg i.m. als Kurzzeitdepotneuroleptikum v.a. bei Erregungszustände im Rahmen akuter schizophrener Psychosen.

Suizidalität

Unter Suizid versteht man die absichtliche Selbsttötung. Beim **Suizidversuch** kann die Selbsttötung beabsichtigt sein, oder das suizidale Verhalten ist „nur“ Ausdruck des Wunsches nach Ruhe. Sie kann auch durch den Impuls, sich zu verletzen ohne Tötungsabsicht verursacht sein (**Parasuizid**).

Suizidideen = Nachdenken über Tod, Todeswünsche bis Pläne.

Erweiterter Suizid = Tötung der eigenen und fremder Personen.

Suizide treten manchmal raptusartig auf (v.a. bei Schizophrenen, melancholische Depression), in der Regel aber findet sich eine suizidale Entwicklung. Dabei unterscheidet man nach **Pöldinger** folgende Phasen:

- Phase der Erwägung von Suizid
- Phase der Möglichkeit des eigenen Suizids
- Phase der Ambivalenz
- Phase des Entschlusses

Das präsuizidale Syndrom (nach **Ringel**) ist gekennzeichnet durch:

- zunehmende Einengung von Verhalten, Affekt, zwischenmenschliche Beziehungen

Psychoquatsch

- Aggressionsstau und Wendung der Aggression gegen das eigene Ich
- Selbstmordphantasien und Selbstmordpläne und -impulse

80% der Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, haben ihn vorher angekündigt, etwa 30-40% der Suizidopfer hatten einen SV in der Vorgeschichte.

Epidemiologie (Suizide):

- Im Jahr suizidieren sich 10000-14000 Menschen (Männer : Frauen=3:1).
- Die Suizidraten steigen mit zunehmendem Alter und sind höher in der Stadt, bei Alleinlebenden, Verwitweten, Geschiedenen und getrennt Lebenden.
- Besonders im Frühling und Sommer häufen sich Suizide.
- Suizide sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Unfällen die häufigste Todesursache.
- Etwa 98% sind beim Suizid psychisch oder körperlich krank: Depression 40-60%, Alkoholabhängigkeit 20%, Schizophrenie 10%.
- Bei den Suiziden überwiegen „harte“ Methoden wie Erhängen, Erschießen.

Epidemiologie (Suizidversuche):

- Suizidversuche sind etwa 5-30fach häufiger als Suizide (Schätzungen bei hoher Dunkelziffer).
- Sie werden häufiger von Frauen (3:1) und in jüngeren Jahren begangen.
- Bei den Suizidversuchen überwiegen „weiche“ Methoden wie Vergiftungen, „Schneiden“ aber auch Kfz-Unfälle (geschätzt werden ca. 1000 Unfälle (pro Jahr), die in suizidaler Absicht durchgeführt werden).

Ätiologie:

Suizidalität ist multifaktoriell bedingt. Zur pathogenetischen Erklärung werden

- soziale
- psychologische
- biologische

Modelle herangezogen.

Soziale Erklärungsmodelle:

Durkheim beschreibt 4 Suizidarten, die sich ableiten von der nicht geglückten Anpassung des Individuums an verschiedenen Gesellschaftsformen:

- Egoistischer Suizid: Egoismus d.h. übermäßiger Individualismus bedingt Isolation.
- Altruistischer Suizid: Resultiert bei schwacher Individualisierung.
- Fatalistischer Suizid: Wird bedingt durch zu enge soziale Normen (z.B. Märtyrer, Kamikazeflieger).
- Anomischer Suizid: Wird begünstigt durch zu weite bzw. unbestimmte Normen (das Individuum verliert dabei die Orientierung, welche Zwecke und Mittel gesellschaftlich erwünscht sind).

Biologische Modelle:

- Vielzahl von unterschiedlichen Befunden.
- Aus Zwillings- u. Adoptivstudien läßt sich ableiten, daß es eine erbliche (serotonerge) Komponente für Suizidalität gibt, die wohl mit der Unfähigkeit zur Impulskontrolle zu tun hat.
- **Veränderte Anzahl von 5HT₂-Rezeptoren in präfrontalen Kortex**
- Konsistent aber wenig spezifisch für Suizidalität sind die Befunde einer erniedrigten 5-Hydroxyindolessigsäure im Liquor und einer erniedrigten elektrodermalen Aktivität.

Psychologische Modelle:

Nach **Freud**: Suizidales Verhalten und Depression entsprechen einer Wendung der Aggression gegen das eigene Ich, ausgedrückt durch Schuldgefühle, Selbstentwertung und schließlich in letzter Konsequenz Selbsttötung.

Nach **Beck**: Suizidales Verhalten und Depression sind das Resultat verzerrter Denkschemata, d.h. der Betroffene sieht sich, die Welt und die Zukunft negativ (negative Triade) bis hin zur Hoffnungslosigkeit, so daß ihm schließlich nur noch der Suizid als Lösung übrigbleibt.

Verhaltenstherapeutisches Modell:

Suizidales Verhalten als Reaktion (R) auf soziale Belastungssituationen (S=Stimulusvariable) bedingt durch individuelles Verhaltensrepertoire und Persönlichkeitsstruktur (O=Organismusvariablen) mit den Konsequenzen Tod (negative Verstärkung) oder positive Zuwendung von seiten der Umwelt (positive Verstärkung).

Neuerer psychoanalytischer Ansatz (Selbstpsychologie (Kohut, Henseleer)):

Suizidalität als Ausdruck bzw. Reaktion einer **narzißtischen Krise**. Narzißtischen Menschen sind sehr leicht **kränkbar** aufgrund eines **schwach ausgebildeten Selbstwertgefühls**. Der Suizid nach einer vermeidlichen Kränkung ist der Versuch das Selbstwertgefühl zu „retten“. Weitere Charakteristika der Narzißten sind eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, eine unrealistische Einschätzung anderer Personen und die Tendenz bei Kränkung und drohendem „Liebesentzug“ die Aggression gegen das eigene Ich zu richten.

Verlauf:

Zwischen 12-35% der Patienten mit einem Suizidversuch (SV) begehen in den ersten 2 Jahre erneut einen SV. Der Prozentsatz derjenigen, die sich suizidierten und schon vorher einen SV unternehmen hatten, wird auf 20-50% geschätzt.

Die Mehrheit der Patienten nach einem SV leiden im Verlauf gehäuft an Depressionen, weisen Probleme am Arbeitsplatz und in der Partnerschaft auf oder sind sozial isoliert und vereinsamt.

Als Prädiktoren für suizidales Verhalten können heran-gezogen werden:

- Vorangegangener SV
- Vorangegangene psychiatrische Behandlung
- Suchterkrankung
- Persönlichkeitsstörung

Therapie:

A) Krisenintervention:

Zentraler Aspekt hierbei ist die Herstellung einer hilfreichen, tragfähigen Beziehung. Suizidale Patienten neigen dazu, ihnen angebotene Hilfe nicht wahrzunehmen oder abzulehnen, und zwar um so häufiger, je größer der zeitliche Abstand zwischen dem SV und dem therapeutischen Angebot ist. Die Beziehung zum Pat. umfaßt:

- Fürsorge und Schutz
- Klärung von Konflikten
- Medizinische Versorgung
- Diagnosestellung und Therapie einer zugrundeliegenden
- psychiatrischen Störung

B) Pharmakotherapie:

Wesentliches Ziel hierbei ist eine symptomatische Sedierung mittels:

- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Tranquilizer (v.a. Benzodiazepine)

Zu beachten ist, daß der Patient die Medikamente nicht für einen erneuten SV sammelt, d.h. hier ist die Gabe für einen oder wenige Tage unter engmaschiger Kontrolle des Arztes sinnvoll.

C) Psychotherapeutische Behandlung

in Einzel- oder Gruppentherapie und wenn möglich unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

D) Weiterbetreuung !!!

(Suizidpakt, Terminvereinbarung, personelle Kontinuität)

Häufige Fehler im Umgang mit Suizidpatienten sind nach **Bronisch** (1998):

- Trennungsgänge übersehen (z.B. Stationswechsel, Urlaub, Entlassung)
- Provokation persönlich nehmen (Agieren von Ablehnung)
- Einseitige Betonung der Aggressionsproblematik (Übersehen der Beziehungsproblematik)
- Bagatellisierungstendenzen des Pat. mitmachen
- Mangelnde Exploration der jetzigen und evtl. früheren Umstände, die zu Suizidalität geführt haben
- Zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten
- Überhöhte Ansprüche an die eigenen therapeutischen Fähigkeiten (Omnipotenzgefühl des Therapeuten)

Die Fehler hängen sehr von der Sichtweise des Therapeuten ab, wobei die Angst vor weiteren SV des Patienten eine wesentliche Rolle spielt. Eine weitere Ursache hierbei spielt auch die Ambivalenz von Seiten des Patienten, der einerseits an die Hilfsbereitschaft des Therapeuten appelliert und die menschliche Bindung zu ihm sucht, andererseits aber die Hilfestellung und Zuwendung des Therapeuten abwehrt. Diese Ambivalenz muß stets berücksichtigt werden, wie auch die Einstellung, daß man einem Pat. nicht von einem SV oder Suizid abhalten kann.

Bewußtseinsstörungen

Def.: Bewußtseinsstörungen sind ein Leitsymptom akuter symptomatischer oder organischen Psychosen. Sie schließen in der Regel das Vorliegen einer funktionellen Psychose oder einer psychoreaktiven Störung aus. Die Bewußtseinsstörung ist eine unspezifische Reaktionsweise des Gehirns auf zahlreiche mögliche verursachende körperliche Erkrankungen oder Noxen.

Nach **Bleuler** unterscheidet man:

- Zustände verminderten Bewußtseins (quantitative Bewußtseinsstörungen) (Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma)
- Zustände veränderten Bewußtseins (qualitative Bewußtseinsstörungen) (Delir, Dämmer- und Verwirrheitszustände)

Quantitative Bewußtseinsstörungen:

Charakterisiert durch verminderte Vigilanz (Wachheit), welche mit einer Verlangsamung und Verminderung aller psychischen Partialfunktionen einhergeht. Bei Benommenheit und Somnolenz muß die diagnostische Abklärung im Vordergrund stehen, Psychopharmaka sind hier kontraindiziert. Leitsymptom der Somnolenz ist die Verlangsamung aller psychomotorischen Funktionen, die verminderte Auffassungsfähigkeit sowie zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen. Als DD sind v.a. eine beginnende Schizophrenie sowie eine Narkolepsie zu beachten.

Die Therapie beschränkt sich auf die Sicherstellung der regelmäßigen Überwachung der Vitalfunktionen, bis der somnolente Zustand abgeklungen ist.

Bei persistierenden Vigilanzstörungen älterer Patienten kann ein Behandlungsversuch mit Antidementiva/Nootropika wie z.B. Piracetam unternommen werden.

Qualitative Bewußtseinsstörungen:

Dämmerzustände sind zeitlich begrenzte, Sekunden bis Wochen anhaltende Bewußtseinsstörungen, bei denen der Patient handlungsfähig bleibt:

- Sie treten in erster Linie in Zusammenhang mit Epilepsien auf (Status non-convulsivus)
- Symptome: Die Pat. bewegen sich „traumwandlerisch“. Verlangsamte, automatenhafte Bewegungen, versonnen-träumerisches Verhalten, abrupte Erregungszustände. Verminderte Steuerungsfähigkeit (Gewalttaten, sexuelle Enthemmung). Amnesie.
- Therapie: Antiepileptika, Haloperidol, Diazepam
- DD: Psychogene Dämmerzustände. Somnambulismus (Schlafwandeln) bei Kindern/Jugendlichen.

Verwirrheitszustände

- Oft bei alten Menschen.
- Gekennzeichnet durch Denkstörungen, wechselnde Desorientiertheit, Unruhe und Affektlabilität.
- Häufige Ursachen: Internistische Erkrankungen, inadäquate Medikation, Flüssigkeitsmangel (!).
- Therapie: der Grunderkrankung, Flüssigkeit, evtl. Sedierung (Pipamperon, Melperon, Haloperidol)

Synkopen

- Flüchtige, plötzlich anfallsartig auftretende Bewußtseinszustände
- Viele Ursachen möglich
- Psychovegetativ: Vasovagaler Anfall, Hyperventilation, Psychogene Anfälle

Delir

Symptome: Desorientiertheit, Verwirrtheit, ängstliche Erregung, Agitiertheit, optische Halluzinationen, illusionäre Verkennungen („Erlkönig“), Suggestibilität, vegetative Symptome, Nesteln, Reduktion von Aufmerksamkeit, Auffassung, Konzentration und Kritikfähigkeit

Entzugsdelire ca. 48-72 Stunden nach Absetzen der Noxe

Ursachen für ein Delir:

- Toxische Ursachen (Intoxikation oder Entzug)
- Medikamente (insbesondere Psychopharmaka)
- Metabolische Ursachen
- Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts
- Endokrine Störungen
- Vitaminmangel
- Infektionen
- Kardiovaskuläre Störungen
- Neurologische Erkrankungen
- Sauerstoffmangel

Behandlungsmöglichkeiten des Delirs:

Clomethiazol (Distraneurin)

- Senkte Mortalität des Delirium tremens
- Sehr gut wirksam gute Steuerbarkeit wegen kurzer HWZ
- Gut antikonvulsiv wirksam und gute Sedierung
- UAW: bronchiale Hypersekretion, Atemdepression, Abhängigkeitspotential
- Dosierung: 2-4 Kps alles 2-4 h (24 Kps Höchstdosis)
- Alternativen oder zusätzlich: Diazepam, Haloperidol, Carbamazepin / (Valproat), Clonidin

Drogennotfälle

- Ursachen für Notfall: Mangelernährung, Sepsis, etc. Entzugerscheinungen, Intoxikation, Suizidalität, Psychosen oder Delir
- Notfalluntersuchungen plus Drogenscreening (Toxikologie)
- Polytoxikomanie

Opiat-Entzug:

- spätestens nach 10 Tagen vorbei
- Symptome: Diarrhoe, Schlaflosigkeit, Ängste, Agitiertheit, Gliederschmerzen und -krämpfe, Bauchkrämpfe, Tremor, Schwitzen, etc.
- Therapie: Substitution mit Methadon oder Levo- Methadon (Polamidon), Doxepin, mittelpotente Neuroleptika (z.B. Prothipendyl)

Amphetamine:

Intoxikationspsychosen: wie schizophrene Psychose, Reizabschirmung, Ruhe, Talking down, Diazepam
Ecstasyintoxikation: Psychosen ausgeprägte Hyperthermie, Hypertonie, Eispackungen, Nifedipin
Amphetamin-Entzug: Rebound mit ausgeprägter Neurasthenie, Depressivität und Suizidgefahr,
Therapie: Antidepressiva (z.B. Doxepin, Paroxetin)

Kokain

Kokainintoxikation, sog. Kokainschock: Massive Angst, Getriebenheit, schwere psychomotorische Erregung, Extreme Hautblässe, Bradykardie, Blutdruckabfall, Zerebrale Krampfanfälle, Bewußtseinsstrübung, Koma
Th: Reizabschirmung/Diazepam bis hin zur Intensivtherapie
Kokain-Psychosen: bei chronischem Gebrauch, starke Stimmungsschwankungen mit Suizidimpulsen, paranoid-halluzinatosch mit deliranten Bildern, Gefahr der dementiellen Entwicklung
Entzug: Agitiertheit, Schlafstörungen
Th: Antidepressiva z.B. Doxepin

Cannabis (Haschisch, Marihuana):

Kein Entzug, keine Toleranzentwicklung, Cave: chronische Wirkung!
Halluzinogene (z.B. LSD)
Intoxikation, „Horrortrips“, „Flash-back-Syndrome“, Persistierende Psychosen, panikartige aggressive Durchbrüche
Th: Reizabschirmung, Talking down, Diazepam, evtl. Haloperidol

Katatonie und Stupor

- Ursache: z.T. lebensbedrohliche Krankheiten
- Starke Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit (Mutismus, motorische Erregung), Fremdanamnese wichtig
- Wichtige Maßnahmen: internistisch-neurologische Untersuchung, Labor, Medikamenten- und Drogenscreening, EEG. Liquor, Bildgebung
- Therapie: Elektrolyte, Flüssigkeit, Magensonde, Heparinisierung, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe, Fixierung, Th. der Grunderkrankung, Psychopharmaka (Lorazepam, hochpotente Neuroleptika, bei dep. Stupor: Antidepressiva i.v.), Elektrokrampftherapie (z.B. bei perniziöser Katatonie Mittel der Wahl)

Malignes neuroleptisches Syndrom

- Inzidenz: 1-2% neuroleptikabehandelter Patienten
- vor allem durch klassische Neuroleptika
- Letalität 15-20%
- Therapie: Absetzen aller Neuroleptika, Fiebersenkung (Eispackungen), Intensivpflege, Dopaminagonisten (z.B. Bromocriptin), Dantrolen, Benzodiazepine hochdosiert

Neuroleptika-induzierte Frühdykinesien:

- vor allem durch klassische Neuroleptika
- EPMS auch bei von Allgemeinärzten und Internisten verordneten Antiemetika wie Metoclopramid möglich
- Therapie: Parenterale Gabe von Biperiden (Akineton) 1-2 Ampullen i.v. (oder i.m.)

2.2.9. Psychosynthese

Autor: unbekannt
aus Internet 24.01.04

Geschichte der Psychosynthese

Roberto Assagioli, der 1888 in Venedig geboren wurde, kann als der erste Schulenbegründer und Theoretiker bezeichnet werden, der einen explizit transpersonal orientierten Ansatz der Psychologie und Psychotherapie entwickelt hat, in dem die Integration von psychischer Gesundheit und spiritueller Entwicklung als ausdrücklich formuliertes, übergeordnetes Ziel gefördert wird. Assagioli studierte Medizin in Florenz und wurde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Zur selben Zeit beschäftigte er sich intensiv mit Psychologie, Philosophie und Mystik.

Später lernte er unter anderem Sri Aurobindo, Lama Govinda, Rabindranath Tagore, Hermann Hesse, Alice Baily sowie Abraham Maslow kennen. Als italienischer Psychoanalytiker der ersten Generation formulierte er bereits 1909 die essenziellen Grundlagen seiner Psychosynthese. Einige seiner Artikel sind auch in der von Freud gegründeten und herausgegebenen medizinischen Monatszeitschrift, dem „Zentralblatt für Psychoanalyse“, zwischen 1909 und 1910 erschienen. Seine Doktorarbeit war sein erstes Grundlagenwerk zur Psychosynthese. Im Jahre 1926, nach vielen Jahren eigener ärztlicher und therapeutischer Tätigkeit, gründete Assagioli das erste Psychosynthese-Institut in Rom. 12 Jahre später wurde es von den Faschisten aufgrund seiner jüdischen Herkunft geschlossen, die ihn dann, genau wie Frankl, einige Zeit seiner Freiheit und Menschenwürde beraubten. Im Jahre 1944 eröffnete Assagioli ein neues Institut für Psychosynthese in Florenz. 1974 starb Assagioli im Alter von 86 Jahren.

Personale Psychosynthese

Grundsätzlich unterscheidet Assagioli zwischen *personaler* und *transpersonaler Psychosynthese*. In der *Personalen Psychosynthese* werden die *fragmentierten* Teile der Persönlichkeit, die er *Teilpersönlichkeiten* nennt, erforscht, integriert und transformiert. Diese Teilpersönlichkeiten bestehen aus unterbewussten, bewussten und überbewussten Anteilen. Die unterbewussten Anteile sind meistens der Grund ihrer Verdrängung oder Abspaltung, analog zur Psychologie Jungs: unangenehme und unerwünschte Wesenszüge werden nicht akzeptiert und folglich verdrängt, abgespalten oder nach außen projiziert. Eine Teilpersönlichkeit hat jedoch im Unterschied zu einem Komplex auch immer transpersonales, überbewusstes Potenzial, das ebenfalls verdrängt, abgespalten und nach außen projiziert werden kann. Die Verdrängung transpersonaler Qualitäten wie Kreativität, Freude und Einfachheit kann ebenso wie die Verdrängung der Komplexe zu Depressionen oder anderen neurotischen Störungen führen.

Grundsätzlich ist aber jeder neurotische Persönlichkeitsteil, sei es der „innere Perfektionist“ oder der „verantwortungslose Abenteurer“, in seiner innersten, essenziellsten Qualität gesund und vollkommen. Dieser Gedanke ist bei Assagioli neu und zentral, denn er bietet die Grundlage für die Transformation. Bei Jung, Fromm und Rogers endet der Prozess bei der Integration. Der verdrängte Inhalt oder vom Idealbild abgespaltene Aspekt der Persönlichkeit wird erkannt, akzeptiert und integriert. Assagioli hat noch zwei weitere Stufen anzubieten: *Transformation* und *Synthese* (vgl. Assagioli, 1988: „Psychosynthese“).

Um die Transformation einzuleiten, muss der Blick durch die äußere Erscheinungs- und Erlebnisform einer Teilpersönlichkeit, also durch die Verzerrung hindurch- und zur essenziellen Qualität vordringen. Was transformiert wird, ist die äußere Form, die Entstellung, die dafür verantwortlich ist, dass diese Teilpersönlichkeit bisher noch nicht wieder integriert werden konnte. Denn die Verzerrungen oder Entstellungen haben allesamt die Tendenz zur Fragmentierung gemeinsam. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ohne Transformation die Integration eines verdrängten Teiles nicht von Dauer sein kann. In den humanistischen Therapieformen mag die Transformation in einigen Fällen unter günstigen Umständen auch stattfinden, doch wenn sie nicht bewusst beabsichtigt wird, bleibt sie eher dem Zufall überlassen. Die Transformation setzt die Integration voraus, denn solange der bislang unterdrückte, verurteilte, nichtgewollte und unangenehme Teil auch

weiterhin nicht akzeptiert und schließlich in das eigene Selbstbild integriert wird, kann die darin enthaltene „dunkle Seite“ auch nicht verwandelt werden. Transformation erfordert jedoch noch eine neue, transpersonale Sichtweise. Angst ist nicht bloß eine unangenehme Emotion, die zum Leben dazugehört, sondern verdeckt auch ein ungelebtes, transpersonales Potenzial. Wenn dieses zum Ausdruck kommt und gelebt wird, ist die Angst überflüssig geworden und löst sich von allein auf. Synthese bedeutet, dass keine Angst mehr besteht, die bislang verdeckten oder verzerrten essenziellen Qualitäten wieder frei zum Ausdruck gelangen und die Fragmentierungen der Persönlichkeit durch ihre Transformation zu einer Einheit zusammengefunden haben. Daher ist Synthese mehr als Integration. Neurotische Todesangst ist nach dem Psychosynthese-Modell z. B. als verzerrte Liebe zum Leben zu verstehen. Wut ist verzerrter Wille, der an der richtigen Stelle, zur richtigen Zeit oder auf die rechte Art und Weise nicht zum Ausdruck kam. Die *Personale Psychosynthese* ist erfüllt, wenn alle Teilpersönlichkeiten von allen Verzerrungen befreit wurden und als Qualitäten, Stärken und Kompetenzen dem individuellen Bewusstseinszentrum frei zur Verfügung stehen.

Transpersonale Psychosynthese

Obwohl bereits in der *Personalen Psychosynthese* transpersonale Ansätze und Methoden zur Anwendung gelangen, wie z. B. meditative und kontemplative Verfahren, Imaginationen und Visualisierungen, zulassende wie auch evokative Verfahren, gibt es noch den ausschließlich spirituellen Bereich der *Transpersonalen Psychosynthese*, in dem sich das von Störungen und Behinderungen freie, *Personale Selbst* mehr und mehr auf das transzendente, *Transpersonale Selbst* hin ausrichtet. Assagioli betont jedoch auch, dass nicht alle Menschen zur Transpersonalen Psychosynthese bereit sind: „*Ob wir das universelle Leben nun als göttliches Wesen oder als kosmische Energie betrachten, wir scheinen zu spüren, dass der Geist, der in allen Geschöpfen lebt und durch es wirkt, es in eine Ordnung, Harmonie und Schönheit formt und dabei alle Wesen miteinander durch Bande der Liebe vereint (einige davon bereitwillig, die Mehrheit jedoch noch blind und sich auflehnend), um damit langsam und ruhig, aber machtvoll und unwiderstehlich, die Höchste Synthese zu erreichen*“ (Assagioli, 1988, S. 47).

Sie ist daher eine spezielle Erweiterung für solche, die mehr für ihr Leben beabsichtigen, als einfach nur zufrieden und erfolgreich zu sein. Sie entspricht etwa der Unterscheidung zwischen Selbsttranszendenz und Selbstaktualisierung bei Maslow. Die Prozesse von Personaler und Transpersonaler Psychosynthese können jedoch, anders als der Bedürfnispyramide Maslows entsprechen würde, auch parallel stattfinden. Die Erweiterung des Bewusstseinsfeldes, über die Grenzen der alten Identität hinaus, kann z. B. die Überwindung von Ängsten und Problemen beschleunigen. Die Motivation in der Transpersonalen Psychosynthese geht jedoch immer vom *Transpersonalen Willen* aus, den Assagioli in dem Zitat weiter oben als *Geist* bezeichnet hat und dessen Absicht die höchste Synthese ist. Dieser Heilungsprozess bezieht das kollektive Unbewusste mit ein, denn das eigene Wohl und das Wohl der Menschheit sind auf dieser Ebene nicht mehr zu trennen. Assagioli beschreibt, wie die Bewusstseinsweiterung bereits Teil des individuellen und kollektiven Heilungsprozesses ist: „*Eine der häufigsten Ursachen von Leid und Fehlverhalten ist die Angst, sowohl die individuelle Angst als auch die kollektiven Ängste, die die Menschen sogar in einen Krieg treiben können. Nun bringt die Erfahrung der überbewussten Realität die Angst zum Erlöschen. Jegliches Gefühl von Angst ist unvereinbar mit der Erkenntnis der Fülle und Dauerhaftigkeit des Lebens*“ (Assagioli, 1992: „Psychosynthese und Transpersonale Entwicklung“ S. 31).

Das gleiche gilt auch für die Aggressivität: „*Ein weiterer Urherd menschlichen Übels und menschlicher Fehler ist die Kampflust, die sich auf das Abgrenzungsbedürfnis, die Aggressivität und die Gefühle der Feindseligkeit und des Hasses gründet. In der friedlichen Atmosphäre des Überbewussten können solche Impulse und Gefühle nicht bestehen. Ein Mensch, dessen Bewusstsein erweitert ist, der am Leben teilnimmt und der ein Gefühl des Einsseins mit allen Wesen verspürt, kann nicht mehr kämpfen. Es wäre für ihn etwas Absurdes, es wäre wie ein Ankämpfen gegen sich selbst! Durch die Entwicklung, die Erweiterung und den Aufstieg des Bewusstseins zu einer höheren Realität werden so die schwierigsten und beängstigendsten Probleme gelöst und beseitigt*“ (Assagioli, 1992, S. 31).

Ziel der Transpersonalen Psychosynthese, die Assagioli mit einer Bergbesteigung vergleicht, ist „die Vereinigung des individuellen Bewusstseinszentrums mit dem spirituellen Selbst“ (Assagioli, 1992, S. 43). Das individuelle Bewusstseinszentrum bezeichnet er auch als das *Personale Selbst* oder *bewusste Ich*, das spirituelle Selbst auch als das *höhere Selbst*. Auf der langen Bergbesteigung zum Gipfel sind alle Kräfte erforderlich, die bisher entwickelt wurden, sowohl die personalen, wie auch die transpersonalen. Währenddessen gibt es anstrengende Passagen zu überwinden, aber auch schöne Aussichten zu genießen. Letztere sind die *Transpersonalen Erfahrungen*. Es ist nicht so, dass der Mensch erst dann für die Welt zum Diener wird, wenn er am Gipfel angekommen ist. Jede echte Transpersonale Erfahrung ist von einem bleibenden Wert, der auch immer die Umwelt positiv beeinflusst, sowohl passiv wie aktiv: „Eine weitere Auswirkung dieser Erfahrung ist das *inspirierte Handeln, der kraftvolle Impuls zur Aktion: das Ausdrücken, Ausströmen, Ausstrahlen und Andere-teilhabe-Lassen an den selbst entdeckten und empfangenen Schätzen. Und dann die Zusammenarbeit mit allen Menschen guten Willens, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, eine Zusammenarbeit, die darauf zielt, das Dunkel der Unwissenheit, das die Menschheit umgibt, aufzulösen, die Konflikte beizulegen, die sie zerfleischen und die Geburt einer neuen Zivilisation vorzubereiten, in der die Menschen einig und glücklich sein und das wunderbare latente Potential, mit dem sie gesegnet sind, verwirklichen mögen*“ (Assagioli, 1992, S. 44). Ein Schritt in diese Richtung ist bereits die *Interpersonale Psychosynthese*. Assagioli hat zahlreiche Methoden entwickelt, mit denen die eigenen interpersonalen Kompetenzen verbessert werden können und zudem das transpersonale Potenzial in die eigenen Beziehungen und sozialen Bezüge hineingebracht und aktualisiert werden kann (vgl. Assagioli, 1988).

Assagiolis Verdienst ist vor allem darin zu sehen, dass er bereits in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts die wichtigsten Gedanken der Transpersonalen Psychologie in einem integralen Persönlichkeitsmodell zusammenfasste und die erste transpersonale Therapieschule gründete.

Die Unterscheidung zwischen einem *unteren Unbewussten* bzw. Unterbewussten, das dem Freudschen Unbewussten entspricht, einem *mittleren Unbewussten*, welches das Bewusstseinsfeld mit dem Ich oder *Personalen Selbst* in der Mitte umgibt und dem *höheren Unbewussten* bzw. *Überbewussten*, das von dem spirituellen, *Transpersonalen Selbst* durchstrahlt wird, ist eine Landkarte, die bei vielen anderen transpersonalen Theoretikern (z. B. Scharfetter) mindestens ein halbes Jahrhundert später in fast gleichen Begriffen wieder auftauchte. Auch der Kerngedanke der Verzerrung essenzieller, transpersonalen Qualitäten in der mehr oder weniger neurotischen, ich-zentrierten Persönlichkeitsstruktur und ihre Möglichkeit zur Transformation ist in späteren Ansätzen unter neuen Namen wiederzufinden (z. B. Almaas).

Die Terminologie des Psychosynthese-Modells ist transkulturell und drückt im wesentlichen die Kerngedanken christlicher, jüdischer, buddhistischer, hinduistischer und islamischer Mystik aus.

Biopsychosynthese

Der ursprüngliche Name der Therapieschule von Assagioli lautete „Biopsychosynthese“. Später erkannte Assagioli, dass diese Bezeichnung im Hinblick auf seine transpersonale Zielsetzung zu Missverständnissen führen könnte. Die Überwindung der Dualität von Seele und Körper ist ja nur ein Teil des Psychosynthese-Prozesses. Wesentlichste Praxis der Biopsychosynthese ist die Schulung des Körpergewahrseins. Diese Schulung umfasst sowohl die eher groben Empfindungen wie Schmerzen, Spannungen, Hitze und Kälte, wie auch die feinstofflichen Wahrnehmungen von Energieströmen, Lichtstrahlungen und gefühlten bzw. erlebten Bildern.

Biopsychosynthese berücksichtigt und integriert folgende Modelle:

1. Das Modell der Chakren bzw. Energiezentren,
2. das Modell der feinstofflichen Körper und
3. das Modell der sieben Strahlen.

Die zugrundeliegende Prämisse ist die Nichtgetrenntheit von Materie (Körper) und Geist (Seele). In Übereinstimmung mit dem tibetischen Tantrismus und dem indischen Yoga sieht die Biopsychosynthese Materie und Geist als zwei verschiedene Aggregatzustände einer essenziellen Ur-Energie. Das ganze menschliche Spektrum dieser Energie weist aber mehr Abstufungen auf als

nur die grobstoffliche Körperform und den selbst-bewussten und er-kennenden Geist. Diese Tatsache wird in der transkulturellen, spiri-tuellen Lehre von den feinstofflichen Körpern berücksichtigt. Zudem können nicht nur verschiedene Aggregatzustände bzw. Dicht-heitsgrade von Energie unterschieden werden, sondern auch ver-schiedene Energiequalitäten. Auf der Ebene des kollektiven Unbe-wussten entsprechen diesen Energiequalitäten die Archetypen, auf der Ebene des mittleren Unbewussten die Teilpersönlichkeiten und auf der Ebene des unteren Unbewussten die verschiedenen Arten von Angst. Aus der Sicht des Überbewussten lassen sich darin die transpersonalen Energiequalitäten bzw. „Strahlen“ in verzerrten Formen erkennen. Sinn von Biopsychosynthese ist die Transfor-mation physiologisch als Spannungen, Schmerzen und Panzer-manifizierter Ängste in die zurückgehaltene bzw. verdrängte See-lenenergie. Die Basis-Formel hierfür lautet: Ängste sind zurück-gehaltene bzw. ungelebte Qualitäten und Spannungen sind zu-rückgehaltene bzw. ungelebte Energien.

Psychosynthese in Betrieben und Systemen

Betriebspsychosynthese ist die Anwendung von Psychosynthese auf die Struktur von Betrieben und Unternehmen. Jede Betriebs-struktur beinhaltet bestimmte Rollen, die als Teil des Systems von Mitarbeitern eingenommen werden müssen bzw. können. Passt ein Mitarbeiter nicht in die vorgegebene Rolle, reduziert sich die Stabilität des ganzen Systems. Werden Rollen nicht ausgefüllt, ergeben sich Lücken. Ebenso kommt es zu Instabilitäten des Sys-tems, wenn die Rollenstruktur zu starr ist. Unter- oder Überforde-rung sowie Missbrauch eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin wirken sich immer ungünstig auf das ganze System aus.

Psychosynthese ermöglicht eine optimale Personal- und Ressour-ccenentwicklung zum Wohle der Gesamtheit, da hier sowohl die individuellen Potenziale wie auch die Komplementarität der ver-schiedenen Teile innerhalb der systemischen Einheit Berücksich-tigung finden. Jede Personalentwicklung und jede Strukturver-änderung sollte Ausdruck des natürlichen Synthese-Strebens eines lebendigen Systems sein.

Grundsätzlich gibt es zwei Motivationsarten: Vermeidungsmotiva-tion und Wachstumsmotivation.

Vermeidungsmotivation gründet auf Angst vor Bestrafung bzw. Un-annehmlichkeiten. Wachstumsmotivation gründet auf dem Motiv der persönlichen Entwicklung, von dem das Herausforderungsmotiv ein Aspekt darstellt. Diese beiden Motivationsarten lassen sich auch mit den physikalischen Begriffen „Druck“ und „Sog“ ver-gleichen. Durch Angst motivierte Arbeit ist Arbeit „unter Druck“. Sowohl der Arbeitnehmer leidet darunter, seelisch und körperlich, wie auch die Qualität der Arbeit. Wachstumsmotive hingegen erzeugen Sinn, Freude und Kreativität und üben dadurch einen Sog aus: Sie „ziehen“ einen nach oben. Leistungen, die nicht durch Angst bzw. Druck, sondern durch Kreativität und Freude motiviert sind, gelingen nicht nur müheloser und ökonomischer, sondern führen meistens auch zu qualitativ hochwertigeren Ergebnissen.

Zudem verringern sich die durch Krankheit bedingten Ausfälle der Mitarbeiter. Dass dennoch in den meisten Betrieben mit einem „Druck-System“ gearbeitet wird, liegt nicht immer nur an falschen Philosophien, sondern in vielen Fällen auch an menschlichen Un-zulänglichkeiten von Vorgesetzten. Die psychologische Schulung von Vorgesetzten findet entweder kaum oder gar nicht statt, oder aber sie enthält lediglich die primitive Motivationstheorie der ope-ranten Konditionierung, die durch Druck (Bestrafung) und Händedruck (Belohnung) funktioniert, und daher außer Druck nichts zu bieten hat. Die Natur lehrt uns jedoch, dass nichts durch Druck, sondern nur durch Sog wächst. Dies ist die Hinwendungsmotivation, basierend auf Liebe, nicht die Vermeidungsmotivation, die auf Angst gründet.

2.2.10. Unter Ärzten Über das Verhältnis von Psychologen und Medizinern

Prof. Dr. Jörn Scheer

Abschiedsvorlesung am 6.2.2002

Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Sehr geehrter Herr Prodekan - oder vielleicht sollte ich sagen: Pro-Spectabilis! Auf jeden Fall: lieber Herr Dreyer, sehr geehrter Herr Präsident bzw. Magnifizenz, lieber Herr Hormuth, sehr geehrter Herr Alt-Dekan, lieber Herr Ringleb,
liebe Studierende,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr verehrte Damen und Herren!

Ich möchte dem Dekanat dafür danken, daß es mir die Gelegenheit gibt, mich nach fast genau 25 Jahren in diesem Amt in dieser Form von diesem Fachbereich zu verabschieden. Ich begrüße diese Gelegenheit vor allem deshalb, weil wir uns - wieder einmal - in einer Zeit des Umbruchs befinden, die eine Kommentierung verdient. Diese Vorlesung hat daher auch nicht, wie sonst oft in Abschiedsvorlesungen, Schwerpunkte eigener Forschung zum Inhalt.

Zunächst bin ich ihnen eine Erläuterung des Titels schuldig. Wer von Ihnen in seiner Jugend Karl May gelesen hat oder - falls jünger - in den 70er Jahren die Verfilmungen von Karl Mays Romanen gesehen, dem ist vielleicht der Titel „Unter Geiern“, geläufig. Dabei handelte es sich nicht um die bekannten Aasfresser, sondern um eine Bande von geldgierigen Schurken, die den Eindruck zu erwecken suchte, die unschuldigen Greifvögel seien für die Missetaten der Verbrecher verantwortlich. Diese Assoziation erkläre ich ausdrücklich für nicht beabsichtigt.

Es geht vielmehr um die Präposition „unter“, die im Deutschen bekanntlich zwei Bedeutungen hat: einmal im Sinne von „inmitten“, oder wie man in meiner Heimat sagt, „mittenrang“, wie in „unter Freunden“. Die andere Bedeutung meint „unter“, im Gegensatz zu „über“, und bezeichnet eine hierarchische Beziehung.

In der Spannung zwischen diesen beiden Bedeutungen finden sich Psychologen, wenn sie ihr Verhältnis zu Medizinern bedenken. Da Sie vermutlich mehrheitlich Ärzte und Psychologen sind, werden Sie sich in unterschiedlicher Weise angesprochen fühlen, und einigen sage ich sicher nicht viel Neues. Ich bin mir auch bewußt, daß dies ein heikles Thema ist und ich stellenweise auf dünnem Eis wandle. Daher ist auch nicht zu vermeiden, daß manche von Ihnen in manchen Punkten meine Einschätzungen vermutlich nicht unbedingt teilen - die vermutlich nicht unbeeinflusst davon sind, daß ich selbst Psychologe bin. Übrigens meinen die generischen Bezeichnungen „Arzt“, und „Psychologe“, hier immer beide Geschlechter.

1. Zwei Arten von Psychologie

Wenn ich mit ärztlichen Kollegen spreche, dann stelle ich oft fest, daß die erste Assoziation zum Stichwort „Psychologe“, das Wort „Couch“, ist - so sehr bestimmt heute eine

popularisierte Form der Psychoanalyse das Verständnis der Allgemeinheit von Psychologie. Dabei würde sich die große Mehrheit der Psychologen, die in Betrieben, Organisation, Werbung, in Erziehung, Beratung, selbst in der Psychotherapie usw. tätig ist, herzlich dafür bedanken, mit dem großen Sigm. Freud in einem Atemzug genannt zu werden. Davon gleich mehr.

Viele unserer ärztlichen Kollegen wissen auch nicht so recht, was eigentlich der Unterschied zwischen Medizin-Psychologen, Psychosomatikern, Psychotherapeuten und Psychiatern ist. Dreißig Jahre nach Einführung von Medizinischer Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie als Pflichtfächer in Lehre und Prüfung ist das eigentlich erstaunlich: Mediziner unter Vierzig haben ja bereits den 1972 eingeführten Pflichtunterricht in Medizinischer Psychologie und Psychosomatik/Psychotherapie genossen! Ich denke, das müssen wir Fachvertreter uns in erheblichem Maße selbst zuschreiben.

Wenn ein unbefangener Beobachter die Psychologie heute von außen betrachtet, dann könnte er den Eindruck haben, daß es eigentlich zwei grundverschiedene Arten von Psychologie gibt:

- Die eine ist hauptsächlich an den Universitäten vertreten, und darum nennt man sie auch oft die *Akademische Psychologie*. Sie dominiert in Deutschland (genauer gesagt: Westdeutschland) seit ziemlich genau 40 Jahren. Sie ist gekennzeichnet durch einen methodologischen Rigorismus in der US-amerikanischen verhaltenswissenschaftlichen Tradition des sog. Behaviorismus. Sie denkt in wissenschaftlichen Konstrukten in bezug auf Sachverhalte, sie operationalisiert diese, sie definiert und isoliert Variable, erhebt diese empirisch, korreliert sie, berechnet Wahrscheinlichkeiten und hält sich viel auf ihr zufallskritisches Vorgehen zugute, das vor allem darauf aus ist, den „Alpha-Fehler“, zu vermeiden: keinen Sachverhalt zu akzeptieren, der möglicherweise zufallsbedingt ist. Die Grundhaltung kann man durch die Feststellung charakterisieren: *Was wir finden, ist wahrscheinlich durch den Zufall bedingt*.
- In der Medizin, speziell der psychotherapeutischen und der psychosomatischen Medizin herrscht ein ganz anderes Psychologieverständnis vor, eines, daß sich nun in der Tat der *Psychoanalyse* in Nachfolge von Freud verpflichtet fühlt. Es steht in der europäischen Tradition der „Psychologie des Verstehens“, Seelische Vorgänge stehen danach in einem untrennbaren Zusammenhang, der per Einfühlung und durch nachvollziehendes Verstehen erkennbar ist. Psychische Vorgänge stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander - man spricht daher auch von Psychodynamik -, das lebensgeschichtlich ausweisbar ist. Die Devise könnte sein: *Nichts ist zufällig bedingt, dieses Phänomen kann kein Zufall sein*. Man kann sagen, es geht darum, den „Beta-Fehler“, zu vermeiden: einen Befund oder Zusammenhang als nur zufallsbedingt zu verwerfen, der möglicherweise substantiell ist.

Diese beiden Richtungen sind nicht gut aufeinander zu sprechen. Die zweite nennt die erste abstrakt, trocken, lebensfern, reduktionistisch, mechanistisch, letztlich irrele-

vant. Man mokiert sich herablassend über das „Fliegenbeine-Zählen,.. Meine angelsächsischen Freunde sprechen wegen der Vorliebe für Tierversuche und statistische Methoden von der „rats & stats-Psychologie,.. Die erste wiederum findet die zweite spekulativ, unwissenschaftlich, ihre Konzepte unbewiesen, ja, schlimmer noch: unbeweisbar, die Disziplin irgendwo zwischen Kunst und Scharlatanerie angesiedelt.

Die Kontroversen werden bis heute hoch emotional gesätigt und recht aggressiv ausgetragen, und doch handelt es sich dabei nicht um willkürlich-persönliche Stellungnahmen. Hinter ihnen stehen vielmehr altehrwürdige Traditionen des Denkens: zum einen ein an den Naturwissenschaften orientiertes, logisch-positivistisches Wissenschaftsverständnis, zum anderen ein historisch-hermeneutisches.

Man kann darin auch die Klassifikation von Wissenschaften erkennen, die der Philosoph Adolf Windelband am Ende des 19. Jahrhundert getroffen hat: in nomothetische und idiographische Wissenschaften. *Nomothetische* Wissenschaften haben, wie die Bezeichnung „nomos,, andeutet, das Erkenntnisziel allgemein gültiger Gesetzmäßigkeiten, das der exakten Beschreibung und Isolierung von Variablen bedarf und sie experimenteller Variation unterzieht. *Idiographische* Wissenschaften sind daran interessiert, das Besondere, das Eigentümliche (daher „idios,,) eines Phänomens zu erfassen und zu beschreiben. Das charakterisiert etwa die Geschichtswissenschaften, die Philologie, zum Teil auch die Geographie oder die Archäologie oder manche der sog. Humanwissenschaften.

Man sieht auch gleich, daß es sich um eine sog. Idealtypische Unterscheidung handelt, die im Einzelfall der Modifizierung bedarf, wenn man unzulässige Vereinfachungen vermeiden will. Denn auch im Besonderen kann man das Allgemeine suchen, und das Allgemeine bleibt oft unbedeutend, wenn es nicht auf das Besondere anwendbar ist. Die Medizin versteht sich gemeinhin als Naturwissenschaft, und doch muß sie die Besonderheit des Individuums verstehen und ernst nehmen. Und der Patient klagt zu recht gerade dies ein (das ist hier nicht im juristischen Sinne gemeint, wird aber manchmal tatsächlich so gehandhabt). Und die Psychologie sucht allgemeine Gesetzmäßigkeiten, um sie auf das Verständnis des Individuums anzuwenden.

So könnte man sagen, die Gegensätze sollten versöhnt und zu einem Ergänzungsverhältnis gebracht werden. Aber die Wirklichkeit sieht anders aus. Offenbar muß man sich als Forscher- oder Praktiker-Individuum der einen oder anderen Konfession anschließen. So stehen die sog. Verhaltensmedizin, deren Vertreter an den Universitäten einen lernpsychologisch begründeten Zugang zur Verhaltensänderung - die Verhaltenstherapie - erlernt haben, einerseits und die als psychodynamisch bezeichnete tiefenpsychologisch-psychoanalytisch orientierte Richtung andererseits einander recht feindselig gegenüber. Ein Zyniker würde in einer derartigen Situation vermuten, daß es auch noch um etwas anderes geht als um wissenschaftliche Wahrhaftigkeit, nämlich um Macht und um das liebe Geld. Tatsächlich sind die universitären Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie meist grundsätzlich psychoanalytisch orientiert,

während die Verhaltensmediziner den Großteil der kommerziellen Psychosomatischen Kliniken erobert haben.

Allerdings - zur Überraschung der Beobachter war es den Vertretern dieser beiden Hauptrichtungen der Psychotherapie dann durchaus möglich, sich zu verbünden, als es vor einigen Jahren darum ging, das psychotherapeutische Behandlungsmonopol der ärztlichen Profession zu durchlöchern und der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut,, die gesetzliche Anerkennung zu verschaffen. Daß dabei weitere psychotherapeutische Richtungen außen vor blieben - z. B. die sog. Gesprächspsychotherapie nach Rogers und die Gestalttherapie -, steht auf einem anderen Blatt.

2. Ärzte und Psychologen

Ich habe oben gesagt, daß Unkenntnis über die verschiedenen Spielarten von Psychologen und Psychotherapeuten nicht unbedingt, oder nicht nur den ärztlichen Kollegen anzulasten ist. Um das zu verdeutlichen, komme ich auf einen Vortrag zurück, den ich vor genau zwanzig Jahren, anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Abt. Medizinische Psychologie gehalten habe. Er hatte übrigens den programmatischen Titel: „Arzt und Psychologe als Partner,,. Was ich damals beschrieb, gilt m. E. im Wesentlichen auch heute noch.

Für viele Ärzte stellt sich die psychologische Seite einerseits verwirrend komplex, andererseits ziemlich undifferenziert dar. Es ist hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, daß die Berufsgruppen „Ärzte,, einerseits, „Psychologen,, andererseits kaum homogen sind. Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Facharzt-Disziplinen einschließlich der gegenseitigen Stereotype und Vorurteile wären gewiß ein interessantes Thema für die Medizin-Soziologie!

Akteure im Verhältnis Psychologen - Ärzte sind u. a. folgende Untergruppen:

1. der *niedergelassene Praktiker* (Allgemein- oder Facharzt), dem Patienten begegnen, die er an den psychologische medizinischen Spezialisten überweisen möchte,
2. der *Kliniksarzt*, der ebenfalls Patienten überweist oder konsiliarische Untersuchung begehrt,
3. der *niedergelassene Nervenarzt*, der psychische gestörte Patienten (vorwiegend psychotische, aber auch oft neurotische und psychosomatische) vorzugsweise medikamentös behandelt,
4. der *im Krankenhaus tätige Psychiater*, der überwiegend schwerer gestörte psychotische, suchtkranke oder geriatrische Patienten behandelt,
5. der *niedergelassene Psychotherapeut*, der ambulant oft langfristige Psychotherapien mit neurotischen oder psychosomatischen Patienten durchführt,
6. der *in einer Institution tätige Psychotherapeut/Psychosomatiker*, der einerseits eigene Patienten betreut, zum anderen dem Organmediziner konsiliarisch zur Seite tritt,

7. der *Psychosomatiker* im Sinne des psychosomatisch arbeitenden Internisten, Gynäkologen usw.,
8. der *Klinische Psychologe*, der in *freier Praxis* Psychotherapien unterschiedlicher Schulrichtungen (oft Verhaltenstherapien, aber auch oft mit eklektischen Ansätzen) ambulant durchführt,
9. der *Klinische Psychologe*, der als Testdiagnostiker oder als Psychotherapeut in einer *psychiatrischen oder Psychosomatischen Klinik* arbeitet,
10. der *Medizinpsychologe*, der Lehre, Forschung und Patientenbetreuung im Rahmen einer medizinpsychologischen *Universitätsabteilung* ausübt,
11. der *Medizinpsychologe*, der in einem *Allgemein- oder Spezialkrankenhaus* außerhalb der Psychiatrie Patienten psychologisch betreut.

Die unter 1, 2, 3, 4 und 7 genannten sind von der Grundausbildung der Ärzte, die unter 8, 9, und 11 genannten sind Diplompsychologen, die unter 5, 6, und 10 genannten können von beiden Studiengängen herkommen.

Drei Hauptmerkmale zeichnen sich ab, und sie bezeichnen zugleich potentielle Konfliktebenen:

1. somatische vs. psychologische Tätigkeit,
2. ärztliche vs. psychologische Grundausbildung,
3. selbständige vs. angestellte Tätigkeit, dabei zu unterscheiden
 - Vorgesetzte vs. Untergebene

Zu 1)

Kliniksärzte wie niedergelassene Praktiker überweisen nicht selten Patienten ohne erkennbare somatische Verursachung ihrer Beschwerden an Nervenärzte, Psychotherapeuten oder Psychologen. Da hierbei gelegentlich, oft infolge unzureichender Fachkenntnisse, Fehlüberweisungen vorkommen, kommt es oft zu Enttäuschungen, Unzufriedenheit, Resignation bei den somatisch tätigen Ärzten. Sie verstehen nicht, was der Psychotherapeut mit „unzureichender Behandlungsmotivation,“ meint, kennen nicht die infolge der langfristigen Behandlungsmethoden geringe Behandlungskapazität des Psychotherapeuten und haben überhaupt oft zu wenig Kenntnisse über Psychotherapie, um angemessene Indikationen stellen zu können. Die Psychotherapeuten ihrerseits fühlen sich mißbraucht, wenn häufig für Psychotherapie ungeeignete Patienten überwiesen werden, deren sich die Kollegen nach ihrem Eindruck nur entledigen wollen, weil sie zu „schwierig,“ sind.

Zu 2)

Bis vor wenigen Jahren konnten auch formal hochqualifizierte Psychologen mit entsprechender Weiterbildung Patienten nur behandeln, wenn sie ihnen von - oft nicht psychotherapeutisch qualifizierten - Ärzten „delegiert,“ worden waren, ein klarer Fall von berufsständischer Unterordnung, der damit begründet wurde, daß Heilbehandlung gesetzlich Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten war - weswegen manche Psychotherapeuten zusätzlich eine Ausbildung zum Heilpraktiker absolvierten, um selbständig Psychotherapie ausüben zu können. Das ist vor einigen Jahren durch die berufs- und sozialrechtliche Einführung

des „Psychologischen Psychotherapeuten,“ geändert worden. Klare materielle Interessengegensätze zwischen Ärzten und Diplom-Psychologen sind die Folge. Die kassenrechtlichen Probleme der regulierten Niederlassung betreffen nun beide Berufsgruppen und bringen sie in direkte Konkurrenz zu einander, auch innerhalb der Berufsgruppe der Psychotherapeuten.

Zu 3)

Eine nachgeordnete, um nicht zu sagen untergeordnete Position haben Psychologen auch inne, wenn beide Berufsgruppen in einer klinischen Institution arbeiten. Immer noch gibt es die unbefriedigende Situation des Testpsychologen, der „Werte,“ liefert, die ein anderer, d. h. ein Arzt, nach eigenem Urteil und Gutdünken verwendet. Erst neuerdings werden in manchen psychiatrischen Einrichtungen die Chancen der Beschäftigung von psychotherapeutisch qualifizierten Psychologen gewürdigt. Das ist außerdem besonders in Einrichtungen der Psychosomatischen Rehabilitation der Fall, aber auch in Einrichtungen der somatischen Medizin, etwa in der Pädiatrie, der Krebsnachsorge, der Sexualmedizin. Dort können Psychologen dann sogar, allerdings eher informell, aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung von kurzfristig zur Weiterbildung beschäftigten Ärzten als fachlich überlegen empfunden werden.

Es ist keine neue Weisheit, daß echte Arbeitsteilung und Kooperation nur zwischen gleichberechtigten und gleichrangigen Partnern möglich sind. Der geltende Krankheitsbegriff und die Organisation der medizinischen Versorgung bringen es mit sich, daß der Arzt entscheidet, wann seine Kunst nicht ausreicht und ein Psychologe (oder Psychotherapeut) hinzugezogen werden soll. Es wäre jedoch auch denkbar, daß Arzt und Psychologe (oder Psychotherapeut) gemeinsam beraten und darüber entscheiden, was wann für welchen Patienten am besten ist, also die psychologische Betrachtung und Betreuung nicht erst als *ultima ratio*, sondern als selbstverständlichen Bestandteil des Vorgehens jederzeit mit berücksichtigen. Das würde bedeuten, daß zumindest in allen Einrichtungen, in denen schwerkranke Patienten behandelt werden, auch Psychologen beschäftigt würden. Angesichts der Gesamtlage wäre das aber wohl eher ein Projekt für das nächste Jahrhundert! Ich habe auch manchmal den Eindruck, daß die ärztlichen Kollegen in der Universitätsmedizin sich nicht darüber im Klaren sind, wie sehr Patienten auch einen psychologisch unterfütterten Umgang der Ärzte mit ihnen wünschen und wie bitter dessen Fehlen oft beklagt wird.

Die institutionellen und berufsständischen Faktoren sind jedoch nicht allein ausschlaggebend. Es gibt einige Merkmale und Bedingungen, in denen sich klinisch tätige Ärzte und Psychologen, insbesondere Medizin-Psychologen, sehr grundsätzlich unterscheiden. Sie wirken sich insbesondere in der wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Ärzten aus, wenn an sich ein gemeinsames Interesse an konstruktiver Koproduktion angenommen werden kann.

Ein Grundmerkmal ist m. E. die Spannung zwischen der auf Handeln und Entscheiden bezogenen Haltung des Arztes und der kontemplativ-reflektierenden Haltung des Psychologen. Dem Arzt geht es um relativ direkt im Handlungsfeld

umsetzbare Ergebnisse, der Psychologe neigt zunächst einmal zur kritischen, auch selbstkritischen Infragestellung der Befunde. Unter Psychologen gilt es als wissenschaftliche Tugend, „gegen sich zu arbeiten,,, jeweils bis auf weiteres davon auszugehen, daß die gewonnenen Ergebnisse wahrscheinlich zufällig bedingt sind, mehrfache Replikationen und Kreuzvalidierungen abzuwarten - kurz, den Alpha-Fehler (anders ausgedrückt, falsch-positive Fälle) zu vermeiden. Der klinisch tätige Arzt kann es sich oft nicht leisten, allzu lange auf derart zufallskritisch abgesicherte Ergebnisse zu warten. Auch ohne psychologische Untersuchungen ist er ja oftmals gezwungen, auf der Grundlage wesentlich begrenzterer Information zu handeln als derjenigen, welche ein Psychologe erst einmal zu akkumulieren für unverzichtbar hält. Und er kann es sich nicht leisten, einen möglicherweise vorhandenen Befund unter zufallskritischer Betrachtung zu ignorieren - Kunstfehlerprozesse sind heute nicht mehr ungewöhnlich. Er muß also eher den „Beta-Fehler,, (falsch-negative Fälle) vermeiden.

Es sei hinzugefügt, daß der forschende Arzt natürlich den gleichen Grundsätzen folgen muß wie der forschende Psychologe, und so finden sich vergleichbare, potentiell konfliktträchtige Konstellationen zwischen primär forschenden und primär kurierenden Medizinern.

3. Medizinische Psychologie - eine Erfolgsstory?

Ich wage kaum zu hoffen, daß die verwirrende, oder, beschönigend ausgedrückt: komplexe Situation durch diese Darstellung etwas klarer geworden ist. *Ein* Fachgebiet in dieser psychologisch-medizinischen Vielfalt bedarf noch einiger weiterer Worte: die *Medizinische Psychologie* im engeren Sinne, die ich seit nun 25 Jahren, zusammen mit Herrn Beckmann, hier vertrete. Als Pflichtfach im Unterricht und als Prüfungsfach wurde die Medizinische Psychologie, übrigens gleichzeitig mit dem Fachgebiet Psychosomatik/Psychotherapie und der Medizinischen Soziologie, im Jahre 1970 eingeführt, als die sog. Bestallungsordnung von 1953 durch die sog. Approbationsordnung abgelöst wurde, die das Medizinstudium grundsätzlich neu ordnete.

Natürlich gab es auch schon vorher eine „Medizinische Psychologie,, - wenn man wollte, könnte man bis ins 18. Jahrhundert zurückgehen. 1922 erschien ein Lehrbuch mit diesem Titel, verfaßt von dem berühmten Psychiater Ernst Kretschmer, das bis in die 70er Jahre neu aufgelegt wurde. Der Unterricht war allerdings fakultativ, oft unter dem Stichwort „*Psychologie für Vorkliniker, einstündig*,, von einem Psychiater gelesen, und wohl oft von der Art, wie sie das Buch „*Psychologie für Ärzte*,, vermittelte, das der Münchener Psychiater Kurt Kolle - übrigens der Vater des bekannten Sexualaufklärers der 70er Jahre, des heute weitgehend vergessenen Oswald Kolle - 1967 veröffentlichte. Darin heißt es z. B. (auf S. 79):

Das Weib ist also dazu bestimmt, dem Manne Gefährtin und Mutter seiner Kinder zu sein. Das Weib ist wahrhaft erdgebunden und damit der ruhende Pol in der Erscheinungen Flucht. Die weibliche Erlebniswelt wird von Gefühlen dirigiert, die des Mannes von seinem unruhigen, schweifenden Verstand geleitet. Der Wille des Weibes ist konservativ, der des Mannes revolutionär gerichtet. Der weibliche Verstand ist in formaler Hinsicht dem männlichen durchaus ebenbürtig - sonst wäre es nicht möglich, daß Frauen in Berufen, die noch bis zum Anfang

dieses Jahrhunderts den Männern vorbehalten zu sein schienen, Hervorragendes leisten. Aber da ist doch ein wichtiger Unterschied. Der weibliche Verstand ist, der Natur des Weibes entsprechend, ganz anders als der männliche gerichtet. Das Sammeln, Ordnen, Planen aus geistiger Leidenschaft, Besessenheit, ja Verstiegtheit, das Streben nach oder Verweilen im Wolkenkuckucksheim kennzeichnet den männlichen Verstand, der dann alles das hervorbringt, was uns heute so viel zu schaffen macht, die Wissenschaft. Nur wenige Frauen sind als Forscherinnen hervorgetreten: Mme. CURIE, CÉCILE VOGT. Bei beiden wird man zu fragen haben, ob sie wirklich eigenständige Forscherinnen waren; denn beide Damen waren mit sehr bedeutenden Männern verheiratet. Es gibt deswegen auch kein gutes Buch über weibliche Psychologie; das könnte nur von einem echten Weib geschrieben werden. Die Frauen, die es schreiben könnten, sind daran gehindert, weil sie - nur psychologisch gesehen - zu viel männliche Züge aufweisen. Der weibliche Verstand ist erdgebunden und prädestiniert die Frauen für praktische Aufgaben, auch in den Berufen, die lange Zeit den Männern vorbehalten blieben, also etwa als Ärztinnen.

Man nimmt das heute schmunzelnd zur Kenntnis. Aber wenn man bedenkt, daß die Ärzte meiner Generation von Professoren wie dem Autor jener Zeilen geprägt wurden, dann wird verständlich, daß nicht wenige Psychologinnen und Psychologen (und nicht nur sie) argwöhnen, daß solche Haltungen auch heute noch unter Ärzten (diesmal die Ärztinnen sicher nicht eingeschlossen) nicht völlig ausgestorben sind - und übrigens nicht nur unter ihnen.

Es ist jedenfalls nicht überraschend, daß in den 60er Jahren, als in der Gesellschaft das Bedürfnis nach Neuorientierung verbreitet war, auch die Psychologie in der Medizin auf neue Füße gestellt werden sollte. Das galt zunächst vor allem für die *Lehre*. Sie wurde unglücklicherweise primär in der Vorklinik angesiedelt, was das Fach für die Studierenden, im Hinblick auf den notwendigen Arbeitseinsatz, in Konkurrenz zu Anatomie, Biochemie und Physiologie stellte - mit vorstellbaren Folgen. Das trug allerdings auch dazu bei, daß die Fachvertreter sich mehr als in anderen Disziplinen über Lernziele und ihre sinnvolle Umsetzung Gedanken machten.

Getreu der klassischen universitären Maxime von der Einheit von Forschung und Lehre entwickelte sich rasch eine umfangreiche *Forschungstätigkeit*. Dazu gleich mehr.

Und drittens entwickelte sich an vielen Fachbereichen auch eine medizin-psychologische Praxis. Sie besteht oft aus konsiliarischer Betreuung von somatisch Kranken, sie entwickelte Konzepte zur Unterstützung von schwer Organkranken bei der Krankheits- und Lebensbewältigung, z. B. Tumorpatienten, engagierte sich in der Behandlung chronischer Schmerzen, und schließlich auch in dem neu entstehenden Gebiet der Gesundheitspsychologie, die eher auf Prävention von Krankheit und Förderung von Gesundheit zielt denn auf kurative Bemühung um Erkrankte.

In mancher Hinsicht kann man also auf eine, wie man heute sagt, Erfolgsstory von drei Jahrzehnten zurückblicken. Allerdings gibt es auch eine andere Sichtweise und - aus Sicht des Faches - Grund zur Sorge.

4. Vielfalt und Identität der Medizinischen Psychologie

Als in den 70er Jahren an allen medizinischen Fachbereichen der Bundesrepublik Institute und Professuren für

Medizinische Psychologie eingerichtet wurden, besetzte man, wie überall in der damaligen Universität, viele Professuren mit relativ jungen Wissenschaftlern - wie ich selbst. Infolgedessen werden in den nächsten fünf Jahren 10 - 12 der etwa drei Dutzend Professoren der Medizinischen Psychologie abtreten, und in den darauf folgenden Jahren noch einmal fast ebenso viele. Anders als in seit Jahrzehnten oder gar Jahrhunderten etablierten Kernfächern der Medizin werden sich in manchen Fakultäten manche Kollegen die Frage stellen, ob und ggf. in welchem Ausmaß wirklich Bedarf an medizin-psychologischen Einrichtungen besteht oder ob nicht eine Unterweisung der Studierenden durch eine Art akademischen Studienrat ausreicht. Mir ist unvergessen, wie schon (oder noch) in den 70er Jahren ein Ordinarius unserer Fakultät, der den Psychosozialen Fächern über einen Sonderforschungsbereich eigentlich verbunden war, bemerkte, die Medizinische Psychologie sei doch eigentlich so etwas wie die Krankengymnastik: nützlich gewiß, aber doch keine Wissenschaft.

Wenn sich heute mancherorts die Existenzfrage des Faches stellt, dann hat das natürlich vor allem äußerliche Ursachen, etwa wirtschaftlicher Natur, die viele Fächer in ihrer Substanz beschädigt. Es gibt aber auch Ursachen - oder zumindest begünstigende Faktoren -, die im Fache selbst liegen.

Nachdem um 1970 sich die psychologischen Fachbereiche außerstande erklärten, den Unterricht in Medizinischer Psychologie zu übernehmen, wurden in jeder Medizinischen Fakultät andere, eigene Wege gegangen - je nach lokaler Tradition, Überzeugung und Personallage. Mal wurde das neue Fach in der Psychiatrie angesiedelt - im Extremfalle einem unterbeschäftigten psychiatrischen Oberarzt anvertraut, mal wurde es zusammen mit der Psychosomatik der Inneren Medizin zugeordnet, mal wurde die Medizinische Psychologie als rein vorklinisches Institut ohne jeden Praxisbezug gegründet, mal als naturwissenschaftliches Grundlagenfach verstanden, und schließlich wurde an manchen Orten ein Psychosoziales Zentrum eingerichtet, in dem alle neuen Fächer mit eigenen Abteilungen vertreten waren. Diese historisch bedingte Beliebigkeit hat die Ausbildung einer - auch von außen eindeutig erkennbaren - übergreifenden Fachidentität eher behindert.

Ähnliches zeigte sich in der Forschung: Medizin-Psychologen beschäftigten z. B. sich mit der Beziehung zwischen Arzt und Patient, mit der Verarbeitung und Bewältigung von Krankheit, mit Sterben und Tod, mit Lebensqualität z. B. von Patienten nach Organtransplantation, mit chronischen Schmerzen, mit Wirkfaktoren von Psychotherapie in Einzel-, Paar- und Gruppensituationen, mit psychosomatischen Grundlagen und therapeutischen Anwendungen, mit der Rehabilitation von Koronarpatienten, von Hirnverletzten, mit Grundlagenproblemen von Psychoimmunologie und Neuroimmunologie, mit Neuropsychologie und Psychophysiologie, mit kindlichen Entwicklungsstörungen, mit psychosomatischen Fragen in der Gynäkologie, der Zahnheilkunde, Dermatologie, Pädiatrie, Herzchirurgie, um nur eine Auswahl aus dem fast täglich weiter werdenden Spektrum zu nennen.

Man kann von einer beeindruckenden, außerordentlich große Kreativität anzeigenden Vielfalt sprechen, die auch

auf die Vielfalt des Bedarfs an solcher Forschung verweist. Schon quantitativ ist äußerst eindrucksvoll, was in drei Jahrzehnten geleistet wurde. Wenn man aber die wissenschaftlichen Kongresse der Medizin-Psychologie, der Psychosomatik (einschließlich psychosomatischer Sektionen von „normalen“, medizinischen Fachgesellschaften), der Klinischen Psychologie, neuerdings auch der Gesundheitspsychologie vergleicht, dann findet man Überschneidungen in einem Maße, das die Frage nach der Spezifität des Gegenstandes der Medizinischen Psychologie aufwirft.

Ähnliches gilt für die Praxis: auch hier scheint es eher vom historischen Zufall abzuhängen, welche der psychologisch-medizinischen Abteilungen im weiteren Sinne sich beispielsweise bei der Betreuung von Tumorpatienten oder in der Schmerztherapie engagiert: die Medizinische Psychologie oder die Psychosomatik-Psychotherapie oder beide - oder auch keine. Auch „normale“, Psychotherapie bei Patienten mit neurotischen Erkrankungen wird oft von Medizin-Psychologen ebenso geleistet wie von Kollegen in den Psychosomatischen Einrichtungen - und dies mit den unterschiedlichsten psychotherapeutischen Verfahren, von der Verhaltenstherapie über die Psychoanalyse bis zu „alternativen“, Ansätzen.

Kurz: man kann es den ärztlichen Kollegen eigentlich nicht recht verdenken, wenn Unklarheiten darüber bestehen, was denn nun das Spezifische an den einzelnen psychologisch-medizinischen Disziplinen ist. Das gilt nicht nur für die Medizinische Psychologie, die ganz überwiegend von Psychologen, aber auch von Ärzten und Kollegen mit Doppelstudium vertreten wird. Die eingangs geschilderte konfrontative Gegenüberstellung von psychoanalytisch-tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Psychotherapie erschwert zudem eine übergreifend geteilte Definition auch der Disziplin Psychosomatik-Psychotherapie und ihres Selbstverständnisses. Das gilt in gewissem Maße durchaus auch für die - viel ältere - Disziplin Psychiatrie, deren Vertreter sich oft einerseits als echte Organmediziner verstehen und von einem tiefenpsychologischen Verständnis des Krankheitsgeschehen abgrenzen, andererseits pragmatisch unterschiedlichste therapeutische Verfahren integrieren und berufspolitisch als Konkurrenten der organisierten Psychotherapeuten in Erscheinung treten, gleich ob diese eine medizinische oder eine psychologische Grundausbildung haben.

5. Integration und Differenzierung

Wenn man sich aus einem beruflichen Feld zurückzieht, wie ich es gerade tue, und keine eigenen Interessen mehr mit zukünftigen Entwicklungen verbindet, dann mag es leichter fallen, Perspektiven auf die Zukunft aus der Distanz zu beleuchten, als wenn man direkt involviert ist. Die gegenwärtige Situation der psychologisch-medizinischen Fächer wurzelt in der Geschichte ihrer Begründung oder Neubegründung vor dreißig Jahren. Damals war es - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht möglich, eine integrierende Gesamtlösung für die Vertretung der psychologisch-sozialen Dimension in der Medizin zu entwerfen und durchzusetzen. Heute könnten vielleicht gerade durch den Druck, der von außen kommt, neue Möglichkeiten eröffnet werden.

Der Druck entsteht aus der den Universitäten ihrerseits von außen auferlegten Notwendigkeit von Einsparungen und Neustrukturierungen. Eine oft propagierte Lösung lautet „Schwerpunktbildung,..“ Nun sind solche Schwerpunktbildungen nicht einfach das Resultat rationaler Abwägung sachlich gebotener Notwendigkeiten. Sie stehen nicht außerhalb von Beziehungen von Macht, Einfluß, Geld, von Traditionen und Vorurteilen. In Zeiten, da die Hoffnungen vieler Menschen sich auf die explosionsartige Vermehrung biologisch-medizinischen Wissens richten - nicht umsonst folgt gerade auf das „Jahrzehnt des Gehirns,“ das „Jahrzehnt des Moleküls,“ - liegt die Versuchung nahe, universitäts-intern entsprechend radikale Schnitte vorzunehmen. Wenn die psychologisch-medizinische Dimension demgegenüber bestehen will - und dabei ist eine psycho-soziale Dimension eingeschlossen -, dann müssen ihre Vertreter sich meiner Meinung nach mehr auf Gemeinsames denn auf Trennendes besinnen.

Ich bin mir natürlich darüber im Klaren, daß die hergebrachte organisatorische Grundstruktur medizinischer Einrichtungen, zu der traditionell die nur wenig eingeschränkten lebenslangen Entscheidungs- (um nicht zu sagen Macht-) befugnisse der leitenden Persönlichkeiten gehören, dem im Wege stehen mag. Vergleichbares findet sich weder in der sog. Kern-Universität noch sonst in Wirtschaft und Gesellschaft - Spötter reden denn auch von Erbhöfen und Pfründen. Aber mir scheint eine Neuordnung, die ihre Struktur nicht aufgrund von traditionellen Fächergrenzen und persönlichen Berechtigungen findet, sondern durch die zu bewältigenden Aufgaben definiert wird, zukunfts-trächtiger und eigentlich unabdingbar zu sein. Das Ziel wäre also eine *Integration* mit der gebotenen *Differenzierung*, keine „feindliche Übernahme,“ wie sie in einer marktorientierten Gesellschaft üblich zu werden scheint, keine stillschweigende Absorption eines Faches durch ein anderes. In einem solchen integrativen Konzept müßten sich alle psychologisch-medizinischen und psychosozialen Disziplinen in angemessener Gewichtung wiederfinden.

6. Herzensangelegenheiten

Zum Schluß möchte ich noch eine letzte Dimension des Verhältnisses von Ärzten und Psychologen ansprechen und dabei die Ebene der Institutionsentwicklung verlassen. Psychologen sind bekanntlich auch Menschen und als solche sterblich oder zumindest vulnerabel, wie der zeitgenössische Fachterminus lautet. Daher sind sie natürlich auch Patienten. Sofern eine Erkrankung primär somatischer Natur ist, sind ihre Interaktionspartner dann auch primär somatisch tätige Ärzte, und das institutionell nur allgemein vorgeformte Verhältnis von Psychologe und Arzt wird dann zu einer persönlichen Beziehung.

Aus gegebenem Anlaß erlaube ich mir, nun auch ganz persönlich zu werden: Ich selbst verfüge über eine besondere Vulnerabilität der Koronargefäßwände, und das hat, wie manche unter Ihnen wissen, dazu beigetragen, daß diese Abschiedsvorlesung einige Jahre früher stattfindet als ursprünglich vorgesehen. Daß sie überhaupt als solche stattfindet und nicht vielmehr schon gleich als Gedenkfeier - das haben ärztliche Kollegen innerhalb und außerhalb dieses Fachbereichs ermöglicht. Und das macht das Verhältnis von

Psychologen und Ärzten in meinem Falle, unabhängig von allem bisher Gesagten, zu einem ganz besonderen. Man könnte sogar sagen, daß es mir im wörtlichen Sinne zu einer *Herzensangelegenheit* geworden ist.

Und damit möchte ich schließen und danke Ihnen noch einmal für das Interesse und die Anteilnahme, die Sie diesem meinem Schritt in einen neuen Lebensabschnitt durch Ihre Anwesenheit bekunden.

News and Archive Index

http://www.vitamins-forll.org/german/news/2002_1021.htm
21.10.02

2.2.11. Ärzte warnen vor riskanten Nebenwirkungen von Medikamenten

MAGDEBURG (dpa) - Experten haben davor gewarnt, die Gefahr von Nebenwirkungen von Medikamenten zu unterschätzen. Trotz erheblicher gesundheitlicher Risiken würden Daten hierüber in Deutschland noch immer nicht zentral erfasst, sagte die Pharmakologin Stefanie Bode-Böger am Freitag auf der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Magdeburg. Sie verwies auf Studien, wonach allein in den USA jedes Jahr rund 100.000 Menschen an Nebenwirkungen sterben. Weitere 2,2 Millionen würden schwere Gesundheitsschäden erleiden.

Während damit unerwünschte Arzneimittelwirkungen in Amerika als vierthäufigste Todesursache gelten, gebe es für die Bundesrepublik dazu keine wissenverlässlichen Zahlen, kritisierte Bode-Böger, die Professorin an der Universität Magdeburg ist.

Zu den am meisten gefürchteten medikamentösen Nebenwirkungen gehören laut Mitteilung der Kardiologen Herzrhythmusstörungen, die mitunter ein tödliches Herzrasen auslösen. Schon in normalen Mengen führten viele Arzneien zur kritischen Änderung der Herzaktivität.

Bode-Böger kritisierte auch, dass viele Nebenwirkungen erst nach Zulassung eines Medikaments erkennbar werden. Als aktuelles Beispiel nannte sie den Cholesterinsenker Cerivastatin (Lipobay). Das Mittel sei schon längere Zeit auf dem Markt gewesen, als sich möglicherweise gefährliche Nebenwirkungen herausstellten.

Heyko Kromer, Professor an der Universität Greifswald, beklagte das >>eklatante Defizit<< in der Fortbildung der Mediziner. Viele der Medikamente seien zur Studienzeit der Ärzte noch nicht auf dem Markt gewesen. Zudem sei eine bessere Aufklärung der Patienten notwendig, die oftmals mit den Angaben auf den Beipackzetteln überfordert würden.