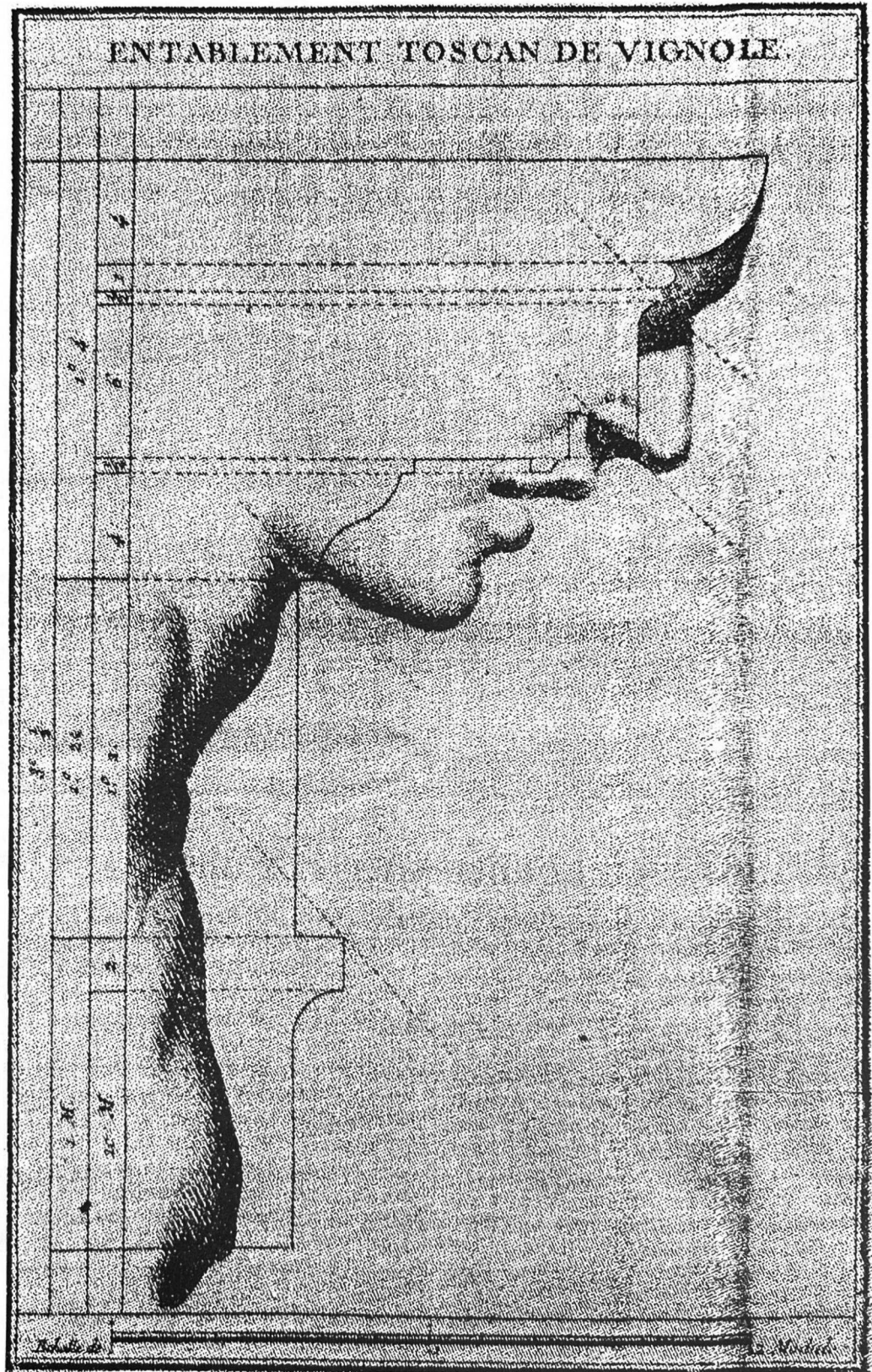


pro familia magazin



Psychosomatik

Inhalt

Frauen in der psychosomatischen Versorgung	1
Nicht immer an das Eine denken!	3
Die Integrative Therapie	6
Abbau von Scham- und Angstbarrieren	8
Eine Krankenkariere: „Ich muß immer stark sein“	10
Bewußtes und unbewußtes Erleben von Abort und perinatalem Kindestod	12
„Frauen meistern alles!“	14
Kritik der Psychosomatik	17
Wenn Ärzte zuviel deuten	18
Buchbesprechungen	19
Leserbriefe, Verschiedenes	24
Pro Familia Informationen	
Empfehlungen des Bundesverbandes zu RU 486	25
RU 486 läßt sich vielleicht verzögern, aber sicher nicht verhindern	26
Sexualpädagogik – so wichtig wie noch nie	27
Ewig und drei Tage – ein Theaterstück	29
Neue sexualpädagogische Broschüre des Landesverbandes Niedersachsen	30
Neue Wege in der sexualpädagogischen Arbeit	31
Adressen der Landesverbände	33
Impressum	33

Zu diesem Heft

Psychosomatik: Das Schlagwort der Saison?

Das Thema dieses Heftes ist nicht neu. Es hat die Gemüter seit Jahrtausenden bewegt. Schon die alten Römer priesen den „mens sana in corpore sano“, den gesunden Geist in einem gesunden Körper. Und auch die Bibel weiß, was „Organsprache“ ist. In einem Psalm heißt es: „Da ich's wollte verschweigen, da redeten meine Gebeine.“

„Unseren Körper macht krank, was unsere Seele nicht lebt.“ so der Werbeslogan des Kreuz-Verlages zu seiner neuen Serie „Psyche und Soma“. In letzter Zeit häufen sich auffallend die Bücher zum Thema Psychosomatik, wohl eine Reaktion auf die Bedürfnisse des mündigen Patienten, sich über leibseelische Zusammenhänge zu informieren.

„Die allgemeinste Annahme psychosomatischer Medizin ist, daß seelische Erregungszustände mit körperlichen in einer Aktions-einheit verbunden sind“, so formulierte noch vorsichtig Alexander Mitscherlich vor 25 Jahren in seinem Buch „Krankheit als Konflikt.“

Inzwischen glaubt man zu wissen, daß mindestens ein Drittel aller Erkrankungen nicht oder nicht allein organischen Ursprungs sind. Wohl jeder kennt Beispiele von Menschen, die Jahre lang an einem Symptom herumdoktern lassen, ohne daß sich Entscheidendes ändert. Einfach deshalb, weil tiefer liegende, in der Lern- und Lebensgeschichte des Einzelnen verborgene Ursachen verdeckt bleiben wie eine immer nur mit Pflastern notdürftig zugeklebte Entzündung.

Die Schulmedizin mit ihrer technisch-apperativen und pharmakologischen Ausrichtung auf der einen, die psychosomatische Medizin mit ihrem ganzheitlichen Anspruch auf der anderen Seite – mir scheint, im öffentlichen Diskurs kommt es bisweilen zu gefährlichen, oft auf Unkenntnis basierenden Polarisierungen.

Während die einen sich mit Akribie über jedes einzelne Organ beugen, als sei es ein Stück vom Motor, deuten die anderen Krankheit grundsätzlich als Signal nicht gelebten Lebens. Mitunter recht platte, schablonenhafte Interpretationen sind leider bei „Psycho-Leuten“ oft rasch bei der Hand, individuelle Schuldzuweisungen für den Betroffenen im Gefolge. Nach dem Motto: „Migräne?“ Aha, eindeutiger Ausdruck einer immer noch nicht gelungenen Abnabelung von der Mutter der frühen Kindheit! „Herzschmerzen?“ Kein Wunder, bei diesen selbstzerstörerischen Objektbeziehungen...! „Magengeschwüre?“ Ein untrügliches Indiz für Konflikte im Bereich des Gebens und Nehmens. Oder

zumindest Ausdruck für den dauernd heruntergeschluckten Ärger... (Dazu die Buchrezension „Die subjektive Krankheit“, Seite 19) Als Wegbereiter dieser so verführerisch-einfachen Deutungen sei an dieser Stelle noch einmal kritisch Thorwald Dethlefsen, der Guru aus München genannt, mit dessen Werken zur Deutung und Be-Deutung der Krankheitsbilder wir uns im *pro familia magazin* bereits auseinandersetzen.

Psychosomatik – es gilt sich diesem Thema vorsichtig zu nähern und aus verschiedenen Blickwinkeln. Dieses Heft ist ein erster Versuch dazu. Für die tägliche *Pro Familia*-Praxis erschien es uns hilfreicher, zunächst Therapeutinnen verschiedener Provinienz zu hören.

Verschiedene Beispiele aus der Praxis zeigen eindrücklich, wie es in oft langer, geduldiger Arbeit gelingen kann, ins körperlich verschobene Konflikte rückgängig zu machen in ihre psychischen Anteile und diese zu bearbeiten. (Dazu Annette Kersting, Seite 10, Elke Kügler, Seite 8; Ulla Althen-Rohrmann, S. 6.)

Daß es nicht immer langwieriger Therapien bedarf, um die Signale des Körpers zu verstehen und die Lebensweichen neu zu stellen, zeigt Annelie Keil von der Universität Bremen am Beispiel eines Wochenendseminars mit vielfach belasteten Meisterfrauen (Seite 14). Neben Alexa Franke, die zur Einführung einen Blick auf die Statistik wirft, zeigt vor allem die Psychologin Berit Brockhausen die Grenzen psychosomatischen Denkens und Deutens: „Nicht immer an das Eine denken!“ möchte sie vor allem jenen Gynäkologen zurufen, die ihrer Ansicht nach viel zu rasch bei der Hand sind, gynäkologische Beschwerden mit sexueller Problematik in Zusammenhang zu bringen: Ein Beispiel dafür, wie vordergründig-gefährlich es sein kann, eindeutige Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung zu knüpfen.

Gesundheit – ein kostbares Gut. Und ein vielfach determiniertes Gebilde. Da sie mit körperlichem, geistigem, seelischem und sozialem Wohlbefinden zusammenhängt, ist keine Erfindung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sondern eine Art Alltagserfahrung. Sie tritt unmittelbar zutage, wenn man sich mit den Bedingungen unserer Realität auseinandersetzt. Nicht nur der lebensgeschichtliche, auch der soziale und ökologische Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit ist zu bedenken, wenn von Psychosomatik die Rede ist. Insofern hat das Thema immer auch einen politischen Hintergrund.

Inge Nordhoff

Frauen in der psychosomatischen Versorgung

1. Zur Epidemiologie

Zu den wenigen als gesichert geltenden Daten der geschlechts-spezifischen Epidemiologie gehört, daß Frauen höhere Erkrankungsraten in allen psychovegetativen und funktionellen Erkrankungen haben. Diese weisen sowohl diverse Krankenstatistiken und Erhebungen von Arztkontakten auf als auch Befragungen repräsentativer Stichproben.

Manche Symptome wie Unruhe, Gereiztheit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Kreislaufstörungen, insbesondere Hypotonie, Müdigkeit, Verspannungen, Übelkeit, Magenverstimmungen, Hautjucken werden von Frauen um so viel häufiger angegeben, daß manche AutorInnen von der Existenz eines „Frauensyndroms“ ausgehen (Böhm und Erdmann-Rebhahn 1981; Rodenstein 1983; Vogt 1983, 1985a). Mehrfach wurde auch versucht, frauenspezifische psychosomatische Erkrankungen zu finden, mit jedoch uneinheitlichem Ergebnis. So fanden die Autoren der Mannheimer Kohortenstudie (Hönnmann, Schepank & Riedel 1983) für die Geburtsjahrgänge 1935, 1945/1955 alters- und geschlechtsabhängigen Beschwerden von Gesunden.

Die Autoren interpretieren die signifikanten geschlechtsspezifischen Haupteffekte so, daß typisch weibliche Beschwerden „mit einer Tendenz zum depressiven Organäquivalent ausgeprägt“ zu sein scheinen, wohingegen typisch männliche Beschwerden mehr den Leistungsbereich tangierten.

Alexa Franke

Welche Krankheiten haben Männer und Frauen? Wie unterscheiden sich ihre Krankheitsbilder und wie reagieren die Ärzte darauf? Weshalb werden bei Frauen häufiger psychosomatische Störungen diagnostiziert, und weshalb erhalten sie später als Männer eine fachgerechte Versorgung? Mit diesen und anderen Fragen setzt sich die Autorin dieses Beitrages auseinander, im Hinblick auf ihr vorliegende wissenschaftliche Untersuchungen.

In einer eigenen Überprüfung an 1.900 Patientinnen und Patienten einer psychosomatischen Fachklinik konnte ich zeigen, daß die Diagnose „Funktionelle Störung“ als erste psychiatrische Diagnose nach ICD für 51,9 % der Patientinnen und 48,1 % der Patienten gestellt wurde. Als zweite psychiatrische Diagnose für 59,5 % der Frauen und 40,5 % der Männer. Die sehr unspezifische Diagnose der „nicht näher bezeichneten funktionellen Störung psychischen Ursprungs“ wurde doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern vergeben.

In bezug auf die geschlechtsspezifische Verteilung der betroffenen Organe ließ sich die von den Mannheimer Autoren gefundene Einteilung nicht wiederfinden. Deutlich häufiger traten in der von mir untersuchten Klientel bei den Frauen funktionelle Störungen des Muskulatur- und Skelettsystems und des Magen-Darm-Traktes auf. Bei den Männern

überwogen Störungen der Atmungsorgane und des Herz-Kreislaufsystems.

Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Daten einer Untersuchung von Bartholomeyczik, Leidig und Zell 1988. Sie fragten 1.051 Frauen aus typischen Berufen in Industrie und Krankenhaus nach ihren Beschwerden und stellten mit deutlichem Abstand vor allen anderen Rücken- und Nackenschmerzen, also Schmerzen der Skelettmuskulatur fest. 54 % sowohl der Industriebeschäftigten als auch der Krankenhausangestellten litten an Rückenschmerzen, an Nackenschmerzen 55 % der Industriebeschäftigten und 41 % der Krankenhausangestellten. Die nächsthäufige Nennung waren „Menstruationsbeschwerden“ und zwar mit 38 % bei den Industriearbeiterinnen, mit 30 % bei den Krankenhausangestellten. Diese Kategorie wird gemeinhin bei Untersuchungen ausgespart, auch in der gängigen psychosomatischen Diagnostik.

2. Versorgung

Untersuchungen an repräsentativen Stichproben aus Gruppen, die etwa über das Einwohnermeldeamt oder Telefonbuch erschlossen werden und nicht über ärztliche Praxen, Krankenhäuser oder Krankenkassen, haben ergeben, daß nur etwa 5–10 % der befragten Frauen ohne eine einzige Beschwerde sind.

Setzt man dies mit den Versorgungsdaten in Beziehung, so bedeutet es, daß Frauen einen großen Teil ihrer gesundheitlichen Probleme ohne professionelle Hilfe bewältigen. Vogt (1985b) fand in einer Studie über den Medikamentenkonsum, daß Frauen in 57 % aller Fälle, in denen sie sich irgendwie krank fühlen, zum Arzt gehen. 43 % alle Krankheitsepisoden und Unpäßlichkeiten werden jedoch in „Selbsthilfe“ behandelt.

Auch in der bereits zitierten Untersuchung von Bartholomeyczik et al. 1988 zeigte sich, daß Beschwerden gleichsam zum gesunden Alltag von Frauen gehören: Nur 13 % der Montiererinnen und 15 % der Näherinnen gaben an, beschwerdefrei zu sein, bei den Krankenschwestern 21 % und bei den medizinisch-technischen Angestellten 25 %. Es besteht somit in bezug auf die Beschwerden offensichtlich eine Abhängigkeit vom Arbeitsplatz. Sehr ähnlich ist jedoch, wie die Frauen ihre Beschwerden bewerten: Jeweils etwa 60 % der Frauen bezeichneten Kopf- und Rückenschmerzen, Menstruationsbeschwerden und vegetative Beschwerden als etwas, was „dazu“ gehört, etwa 15–20 % gaben sogar an, durch solche Schmerzen seien sie in ihrem Wohlbefinden nicht eingeschränkt.



... Tendenz zum depressiven Organäquivalent ...“?

Über die Art der Versorgungseinrichtungen, an die Frauen sich wenden, läßt sich folgendes feststellen: Der Anteil der Frauen in der Institution ist umso größer, je „ambulanter“ das entsprechende Versorgungsangebot ist. So konnte etwa Krause-Girth 1988 zeigen, daß die verschiedenen Angebote der psychosozialen Ambulanz der Universität Frankfurt in den Jahren von 1984–1987 zu 61 % von Frauen, zu 39 % von Männern in Anspruch genommen wurden. In der „Beratungsstelle Selbsthilfegruppen“ der Ambulanz war der Frauenanteil um 4–5 mal höher als der der Männer. Erfahrungen sowohl in Frankfurt als auch in anderen psychotherapeutischen Ambulanzen zeigen, daß signifikant mehr Männer als Frauen einen Therapie beginnen, wenn ihnen dies empfohlen wird. In Katamnesen der Ambulanzen zeigte es sich ebenfalls übereinstimmend, daß Frauen sich zum Zeitpunkt der Katamnesen als signifikant behandlungsbedürftiger betrachteten als Männer (Brähler & Brähler, 1986; Jordan et al. 1989; Rudolf et al. 1988). Das heißt: Frauen, denen wegen psychovegetativer Störungen eine Psychotherapie empfohlen wird, beginnen diese in der Mehrzahl nicht. Einige Jahre später fühlen sie sich kränker als Männer, die zum gleichen Zeitpunkt die Ambulanz aufgesucht haben.

Diesen Ergebnissen entsprechen Untersuchungen in stationären Einrichtungen über den Zeitraum zwischen Erstkonsultation und fachspezifischer Behandlung in einer psychosomatischen Einrichtung. So zeigten Reimer et al. bereits 1979 für eine Gruppe von 50 männlichen und 50 weiblichen Patienten, daß der Zeitraum zwischen erster Diagnose und Anerkennung der Krankheit als psychosomatisch bei Männern im Durchschnitt 8,0, bei den Frauen dagegen 10,1 Jahre betrug.

Diese Zeiten haben sich neueren Untersuchungen zufolge (vgl. Zielke et al. 1990) nicht wesentlich verändert.

3. Psychosomatische Karrieren von Frauen

Hier tut sich somit eine merkwürdige Diskrepanz auf: Einerseits werden bei Frauen häufiger psychosomatische Störungen diagnostiziert, andererseits erhalten sie später als Männer eine fachgerechte Versorgung.

Wie kommt es zu dieser Diskrepanz?

Es gibt hierfür mehrere Erklärungen, die letztlich auf eine hinaus laufen: Auf diejenige nämlich, daß die Erkrankungen von Frauen weniger ernst genommen werden.

Diese Behauptung möchte ich im folgenden untermauern:

Armitage et al. 1979 konnten nachweisen, daß Frauen signifikant häufiger zum Arzt gehen müssen, um ebenso gründlich wie die

Männer untersucht und diagnostiziert zu werden. Sie schickten je vierhundert instruierte Männer und Frauen mit vergleichbaren Beschwerden zum Arzt. Es zeigte sich, daß die Frauen nach dem Erstkontakt öfter mit der Diagnose „psychosomatisch“ oder „hysterisch“ bedacht wurden als Männer. Um einen den Männern vergleichbaren medizinisch-diagnostischen Prozeß in Gang zu setzen, brauchte es bis zu vier Arztbesuche der Frauen.

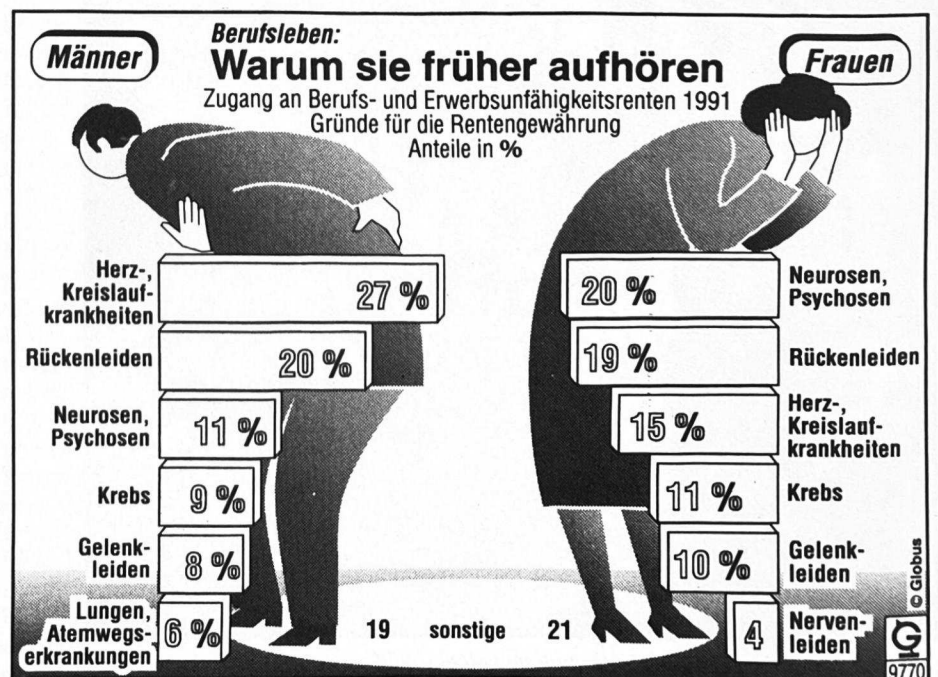
Dies mag zum Teil Folge der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patientin sein. Wie mehrfach, unter anderem anhand von Gesprächsprotokollen gezeigt wurde, neigen Männer stark dazu, ihre Krankheitssymptome in somatischen Kategorien darzustellen, während Frauen auch bei physiologisch eindeutig nachweisbaren Krankheiten eine psychosomatische Darstellung bevorzugen, das heißt, neben den körperlichen Symptomen auch ihr emotionales und kognitives Unbehagen schildern. Dies führt dann dazu, daß sie die Behandler eher auf die Fährte einer psychosomatischen Diagnose führen. Hinzu kommt die Erwartungshaltung von Ärztinnen und Ärzten, die bei Patientinnen eher allgemeine Befindlichkeitsstörungen erwarten als bei Männern, bei Frauen daher diesbezüglich auch hellhöriger sind. Doch leider bedeutet die psychosomatische Diagnose für Frauen dann nicht, daß sie eine entsprechende fachliche Behandlung erfahren. Wie bereits erwähnt, dauert sogar der Prozeß zwischen Erstkonsultation und fachspezifischer Behandlung etwa 2 Jahre länger als bei Männern! Wird somit bei Frauen die Diagnose „psychosomatisch“ gestellt, so bedeutet dies häufig leider: nicht so ganz ernst zu nehmen.

Die medizinische Konsequenz dieser Einschätzung ist, daß Frauen signifikant mehr

Medikamente verschrieben werden, insbesondere psychotrope Mittel zur Sedierung und Antidepressiva. Bei diesen kommen auf eine Verschreibung für einen Mann drei Verschreibungen für eine Frau! Die Medikamentenwerbung verrät, welchem Rationale diese medikamentöse Therapie folgt: „Nicht Scheinlösung für Probleme, sondern Lösung für Scheinprobleme“, so ein langjähriger Werbespruch für Librium, einen Tranquilizer, der zu den häufigsten Verordnungen für Frauen gehört (Glaeske 1990).

Doch psychotrope Medikamente sind auch dann in der ambulanten Praxis die Therapie der Wahl, wenn, wie durch die Untersuchung von Armitage et al. eindeutig gezeigt werden konnte, Frauen eindeutig somatische Beschwerden in den Vordergrund stellen. Und auch zur Verdeutlichung dieses Vorgangs ein entlarvendes Beispiel aus der Arzneimittelwerbung: Da sitzt in einer zweiseitigen Anzeige eine hübsche junge Frau auf einem Stuhl, und eine große Sprechblase über dem gültig lächelnden Doktor läßt diesen sagen: „Ich brauch etwas für den Magen, hatte sie forsch gesagt. Nach einem ausführlichen Gespräch wußte ich, sie braucht was für die Psyche und gab Imap 1,5 mg. Das ist gut wirksam für die somatischen Erscheinungen. Desaktiviert und verschleiert nicht. Vielleicht verschafft ihr das die Möglichkeit, ihre Probleme am Arbeitsplatz zu lösen“.

Wie man es dreht und wendet: Frauen haben in der psychosomatischen Versorgung die schlechteren Karten. Zum einen werden ihre Leiden nicht als körperlich anerkannt und damit nicht in den Rang einer schulmedizinisch ernst zu nehmenden Krankheit erhoben. Dies wäre ja vielleicht angesichts der zahlreichen iatrogenen Schäden schulmedizin-



scher Behandlung noch zu verkräften. Sie werden aber auch nicht als psychosomatisch ernst genommen und entsprechend behandelt, sondern mit Pillen ruhig gestellt. Und dies dann häufig so lange, bis irgendjemand die Diagnose der sekundären Medikamentenabhängigkeit stellt und Frauen zum Entzug in einer entsprechenden Klinik landen.

Literatur

Armitage, K. J.; Schneidermann, J. & Bass, R. A.: Reponse of physicians to medical complaints in men and women. J. Am. med. Ass., 1979, 234, 2186–2187.

Bartholomeyczik, S.; Leibig, Ch. & Zell, G.: Unter welchen Gesundheitsstörungen leiden Frauen in typischen Frauenberufen? MMG, 1988, 13, 49–58.

Böhm, R. & Erdmann-Rebhann: Befindlichkeitsstörungen bei Frauen. In: Oerter, K. & Wilken, M. (Hrsg.): Frau und Medizin. Frankfurt: Campus, 1981, 83–99.

Brähler, C. & Brähler, E.: Der Einfluß von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme – eine katamnestiche Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview. Zschr. psychosom. Med., 1986, 32, 140–160.

Glaeske, G.: Geschlechtsspezifisch unterschiedliche Inanspruchnahme des medizinischen Systems als Voraussetzung von Suchtentstehung. In: DHS (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg: Lambertus, 1990, 256–269.

Hönnmann, H.; Schepank, H. & Riedel, P.: Beschwerden bei psychisch Gesunden und psychisch Kranken in der Allgemeinbevölkerung. In: Studt, H. H. (Hrsg.): Psychosomatik in Forschung und Praxis. München: Urban & Schwarzenberg, 1983, 3–22.

Jordan, J.; H.; Schimke, H. & Schulz, W.: Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Psychother. med. Psychol., 1989, 39, 127–134.

Krause-Girth, C.: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme einer psychosozialen Ambulanz? Erste Ergebnisse einer explorativen Studie. Unveröffentl. Manuskript; Vortrag beim Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin, 12–26. 02. 1988.

Rodenstein, M.: Somatische Kultur und Gebärpolitik – Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen. In: Kickbusch, I. & Riedmüller, B. (Hrsg.): Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt: Suhrkamp, 1985, 103–134.

Rudolf, G.; Grande, T. & Porsch, V.: Der Berliner Psychotherapiestudie. Zschr. Psychosom. Med., 1988, 34, 2–18.

Vogt, I.: Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. Leviathan, 1983, 11, 161–199.

Vogt, I.: Weibliche Leiden – männliche Lösungen. Zur Medikalisierung von Frauenproblemen. In: Franke, A. & Jost, I. (Hrsg.): Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen. Tübingen: DGVT, 1985 a, 32–47.

Vogt, I.: Für alle Leiden gibt es eine Pille. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1985 b.

Zielke et al.: Kooperatives Forschungsprojekt zur Effektivitäts- und Effizienzmessung in der stationären verhaltenmedizinischen Rehabilitation. In: Zielke, Mark, N. (Hrsg.): Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Berlin: Springer, 1990, 438–474.

Alexa Franke ist Klinische Psychologin und Professorin für Psychologische Therapie und Rehabilitation an der Universität Dortmund



Nicht immer an das Eine denken!

Eine abenteuerliche Reise in das Reich der psychosomatischen Gynäkologie

Berit Brockhausen

Seit etwa 10 Jahren taucht in den Lehrbüchern der Gynäkologie ein Kapitel mit der Überschrift „Psychosomatik“ auf. Den großen Einfluß seelischer Probleme gerade bei Beschwerden ohne organischen Befund oder Erklärung will heute niemand mehr leugnen. Daß aber gerade psychosomatische Beschwerden der weiblichen Geschlechtsorgane ganz besonders Ausdruck spezifisch weiblicher Konflikte und Probleme in der Sexualität sind – diese angeblich sich weit verbreitende Annahme stellt die Autorin des folgenden Artikels beredt in Frage.

Am Anfang war noch alles klar: gerüstet mit den spannendsten Psychosomatiktheorien, den erste Artikeln etwas älteren Datums über Psychosomatik in der Gynäkologie sowie dem „gesunden psychologischen Alltagswissen“, daß der Körper durch Krankheit mit uns spricht, machten wir uns 1984 in unserer Arbeitsgruppe (1) auf den Weg. Ich zog vor allem aus, den spezifischen Konflikt der Frauen mit Amenorrhö zu finden, ihn empirisch zu überprüfen, kritisch zu diskutieren, und ihn in einen aufregend neuen Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Situation der Frau zu bringen.

Und dann begann eine Prozeß, an dessen vorläufigen Ende nach einigen Sackgassen und Fallstricken begleitet von „Verwirrung, Widerspruch und Wut“ (2) bei mir ein ganz anderer Blick auf Frauen mit psychosomatischen Beschwerden entstanden war. Einen Teil dieses Prozesses möchte ich hier beschreiben.

Der erste Schritt war das intensive Studium der vorhandenen psychosomatisch orientierten gynäkologischen Literatur. Dabei verglichen wir jene gynäkologischen Beschwerden miteinander, denen gemeinsam ist, daß es für sie keine organische Erklärung gibt und sie auch nicht mit hormonellen Umstellungen in Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahren in Verbindung stehen.

Es sind dies:

- die sekundären Amenorrhö (Ausbleiben der Regelblutung),
- der vaginale Juckreiz,
- der Fluor genitalis (Ausfluß),
- die Pelipathie (zyklusunabhängige Schmerzen im kleinen Becken),
- die Dysmenorrhö (Schmerzen bei der Regelblutung) und
- die dysfunktionellen Blutungen.

(Im Folgenden werden diese Beschwerden auch als gynäkologische Befindlichkeitsstörungen oder funktionelle gynäkologische Beschwerden bezeichnet.)

Dabei wurde deutlich, daß – wiewohl einige Autoren versuchten, die verschiedenen Beschwerden hinsichtlich der ihnen zugrundeliegenden Probleme voneinander abzugrenzen (z. B. dysfunktionelle Blutungen als latente Depression, genitalen Juckreiz dagegen als verdeckte Aggression zu beschreiben) – die Praxisbeobachtungen und Ergebnisse empirischer Untersuchungen innerhalb der Symptome genauso unterschiedlich waren wie zwischen den verschiedenen Beschwerdebildern.

Nach der Beschäftigung mit psychosomatischen Erkrankungen außerhalb der Gynäkologie erschien es uns sogar immer weniger möglich, die spezifische Problemsituation einer Frau mit gynäkologischen Beschwerden von der anderer psychosomatisch Kranker zu unterscheiden. Sogar das Vorhandensein von Sexualstörungen, das in der gynäkologischen Literatur so einleuchtend und klar zu sein schien, wurde für nichtgynäkologische Beschwerden genauso beschrieben, wenn auch nicht so zentral herausgestellt.

Hier setzte bei uns Enttäuschung ein: Es hieß, sich von der faszinierenden Vorstellung von Organsprache und dem Kommunikationsaspekt von Krankheit zu verabschieden. Es schien nicht mehr sinnvoll, eine Beschwerde wie z. B. Amenorrhö isoliert zu betrachten, weshalb wir die gynäkologischen Beschwerden zu einem Komplex zusammenfaßten. Aber wir hatten inzwischen unsere Zweifel, daß sich diese Beschwerden überhaupt in irgendeiner Hinsicht von anderen Beschwerden unterscheiden würden.



Wir richteten unser Augenmerk auf das Thema Sexualität. In den vorliegenden Arbeiten tauchte dieses Thema mit großer Selbstverständlichkeit auf, eine sexuelle Problematik – das zog sich als roter Faden durch die Artikel, war das, was die Frauen mit gynäkologischen Beschwerden kennzeichnete. Wie aber dieses Thema behandelt wurde, erregte immer wieder und immer mehr unseren Widerspruch.

• Da war zunächst eine eigenartige begriffliche Verwirrung: handelte es sich nun bei den gynäkologischen Beschwerden um eine Untergruppe der Sexualstörungen, sogenannte indirekte Sexualstörungen? Oder sind vielmehr die Sexualstörungen als eine Untergruppe der psychosomatischen gynäkologischen Beschwerden zu sehen? Oder sind nicht die Sexualstörungen als Verhaltensstörungen klar von den psychosomatischen Erkrankungen zu trennen (3)?

• Das nächste, was uns sehr erstaunte, war, wie schnell und häufig aus der Feststellung, daß bei Patientinnen mit gynäkologischen Befindlichkeitsstörungen sexuelle Probleme vorhanden seien, eine Kausalität abgeleitet wurde, nämlich Sexualprobleme als Ursache der gynäkologischen Beschwerden angesehen wurden.

Inwieweit Schmerzen und Beschwerden auch Auslöser sexueller Probleme sein könnten, oder beides eine Reaktion auf z. B. Streß und Überlastung in Alltag und Beruf sein könnte, fand in der uns vorliegenden Literatur so gut wie keine Erwähnung. Wie überhaupt der Alltag, Beruf und andere äußere Belastungen der Frauen in den Beschreibungen ausgeblendet waren; zur Erklärung der Beschwerden wurden immer wieder und fast ausschließlich Rollenkonflikte (besonders in Hinblick auf Mutterschaft und Mütterlichkeit), sexuelle Störungen und psychische Struktur (Neurotizismus) herangezogen.

„Siefväterliche“ Erhebung sexueller Problematik

• Das methodische Vorgehen der meisten AutorInnen ließ uns in zweierlei Hinsicht völlig unbefriedigt.

In unseren Augen umfaßt eine sexuelle Problematik mehr als das simple Vorhandensein von Sexualstörungen. So wichtig das Thema Sexualität in den vorliegenden Arbeiten zu sein schien, so „stiefväterlich“ erfolgte die Erhebung der sexuellen Problematik. In den meisten Fällen beschränkte sie sich auf eine Frage nach der Orgasmusfähigkeit, manchmal folgte eine weitere nach Schmerzen oder Krämpfen beim Geschlechtsverkehr.

Aber was war mit Aussagen zur sexuellen Problematik von Frauen mit gynäkologischen Befindlichkeitsstörungen anzufangen, wenn sie nicht einmal trennten zwischen Verhalten,

Idealen, Wünschen und Normen, dem Körpererleben sowie der emotionalen Ebene? Wenn sie nicht unterschieden zwischen Störungen der Lust und Annäherung, der Erregung, des Orgasmus und der Befriedigung?

Außerdem war der größte Teil der Aussagen über die sexuelle Problematik der betroffenen Frauen entstanden aus Praxisbeobachtungen, d. h. ohne systematischen Vergleich mit beschwerdefreien Frauen.

In der Sexualforschung fanden wir dagegen Zahlen, die besagen, daß etwa jede 10. Frau nie einen Orgasmus hat und nicht viel mehr als ein Drittel allein durch den Koitus zum Orgasmus kommen. Erregungsstörungen und emotionale Probleme im sexuellen Kontext sind sogar noch weiter verbreitet (4).

So ist zu vermuten, daß es sich bei den gefundenen Abweichungen weniger um Unterschiede kranker und gesunder Frauen hinsichtlich ihrer gelebten Sexualität handelt, sondern daß die kranke Frau mit dem Phantombild der „normalen gesunden Frau“ im Kopf des Autors verglichen wurde. Und es bleibt mehr als fraglich, ob beschwerdefreie Frauen tatsächlich weniger sexuelle Probleme haben als Frauen mit funktionellen gynäkologischen Beschwerden.

Höchst ärgerliche Betrachtungsweisen!

• In den meisten Texten war „Sexualität“ gleichbedeutend mit „heterosexueller Partnersexualität“. Weder Selbstbefriedigung noch lesbische Liebe oder Formen der Partnersexualität ohne Einführen des Penis in die Scheide wurden überhaupt nur erwähnt. In einem erbosten Augenblick formulierte ich: „In den Köpfen dieser AutorInnen besteht weibliche Sexualität ausschließlich darin, mit einem (möglichst dem Ehe-) Mann zu schlafen. Wenn eine dazu nicht immer Lust hat (Diagnose sexuelle Aversion), ihr das nicht viel Spaß macht (Diagnose Erregungsstörung), oder sie dabei sogar Probleme hat, seien es nun Schmerzen oder Krämpfe (Diagnose Dyspareunie bzw. Vaginismus) und sie auf diese Weise nicht immer oder gar nicht zum Orgasmus kommt (Diagnose Orgasmusstörung), dann taucht sie in der frauenärztlichen Praxis mit gynäkologischen Beschwerden ohne organische Erklärung auf. Diese lassen sich dann als Beschwerden der Sexualorgane gut als Abweichungen von der „normalen“ Sexualität erklären“.

Als Frauen ärgerten wir uns darüber, wieviele Möglichkeiten sexuellen Verhaltens und Erlebens Frauen abgesprochen wurden; als Forscherinnen schlugen wir die Hände über dem Kopf zusammen angesichts der extremen Einschränkung von Fragestellung und Forschungsthemen, die eine solche Sicht zwangs-

läufig mit sich bringt.

• Interessanterweise fehlte, obwohl weibliche Sexualität ausschließlich als heterosexuelle Partnersexualität definiert wird, der Blick auf die dazugehörigen Partner völlig. In einer einzigen Arbeit war die Paarbeziehung Thema (5), ansonsten wurde ausschließlich die Frau als Symptomträgerin betrachtet. Es nötigte uns schon beinahe Respekt ab, wie konsequent in den anderen Arbeiten Partnersexualität unter vollständiger Ausblendung des Interaktionsaspektes behandelt wurde.

Für uns war z. B. die simple Feststellung eines Zusammenhangs zwischen vaginalem Juckreiz und mangelnder sexueller Erregung unbefriedigend. Wir fragten uns, ob die mangelnde sexuelle Erregung etwas mit der allgemeinen Alltagsbelastung, der Umgebung oder Situation oder auch der Stimulierung zu tun hat; ob sie sich nur auf einen bestimmten Partner, nur auf die Partnersexualität oder auch die Selbstbefriedigung bezieht; ob es trotz mangelnder Erregung zum Koitus kommt auch mit dem Risiko mechanischer Reizung und Entzündung; und wie es dazu kommt, welche Interaktionsprozesse ablaufen.

Beschwerden, weil sie „frigide“ sind?

• Besonders ärgerlich machten uns die Defizitzuschreibungen an die von Beschwerden betroffenen Frauen. Nicht ein Seitenblick fand sich auf die immer noch in vielerlei Hinsicht eingeschränkten Möglichkeiten von Frauen, Sexualität selbstbestimmt zu erleben. Auf der einen Seite stehen deutlich sichtbare Einschränkungen, wie das Fehlen sicherer und unschädlicher Verhütungsmittel, Verbot des Schwangerschaftsabbruchs, allgegenwärtige Vergewaltigungsangst sowie ständige, beinahe selbstverständliche sexuelle Belästigung usw. Auf der anderen Seite bestehen auch sehr subtile psychologische und soziale Einschränkungen, die es Frauen z.B. nahelegen, ihre Bedürfnisse zu ignorieren, zu leugnen oder zurückzunehmen. Die Auswirkungen der erlebten Einschränkungen werden in der gynäkologischen Literatur jedoch den Frauen zur Last gelegt: sie haben versagt, sie haben Beschwerden, weil sie eben „frigide“ sind.

Schließlich entschieden wir uns, aufgrund unserer Überlegungen, Zweifel und Sackgasen, kein neues Thema in bezug auf die gynäkologischen Beschwerden aufzugreifen, sondern vorhandene Beschreibungen infrage zu stellen und, z. T. zum ersten Mal, empirisch zu überprüfen. Der Überprüfung bedurfte in unseren Augen der Zusammenhang zwischen sexueller Problematik und gynäkologischen Befindlichkeitsstörungen, ob dieser tatsächlich so eng ist. Außerdem, so entschieden wir, bedurfte es einiger differenzierterer Blicke auf das Thema Partnersexualität bei diesen gynä-

kologischen Beschwerden.

Hatte schon die theoretische Auseinandersetzung meine Vorstellung über gynäkologische Befindlichkeitsstörungen und die mit ihnen zusammenhängenden Probleme und Konflikte verändert, so lenkten die Ergebnisse unserer Untersuchung meinen Blick noch viel stärker in eine neue Richtung:

Das erste Ergebnis der Fragebogenuntersuchung an 113 Frauen mit und ohne gynäkologische Beschwerden war ein unerwartetes:

Es zeigte sich, daß ein großer Unterschied bestand zwischen Befund und Befinden. Frauen, die sich beim Arzt bzw. der Ärztin auch auf Nachfrage als beschwerdefrei bezeichnet hatten, gaben z. T. im Fragebogen an, durch gynäkologische Beschwerden stark bis sehr stark beeinträchtigt zu sein. Andererseits schätzten Frauen, die ihren Arzt/ihre Ärztin wegen gynäkologischer Beschwerden aufgesucht hatten, z. T. ihre subjektive Beeinträchtigung durch solche Beschwerden im Fragebogen als eher gering ein.

Ich begann, mir darüber Gedanken zu machen, welche Entscheidungsprozesse dazu führen, daß eine Frau sich als gesund oder als nicht gesund bezeichnet, und ich begann, mich mit Artikeln zur Gesundheitsforschung zu beschäftigen.

Auf der Suche nach neuen Ansätzen

Auch die Überprüfung der Hypothese, daß sich Frauen mit gynäkologischen Befindlichkeitsstörungen hinsichtlich ihrer sexuellen Problematik nicht von Frauen mit allgemeinen Befindlichkeitsstörungen (wie z. B. Magenbeschwerden, Herzbeschwerden, Rückenschmerzen u. ä. ohne organischen Befund) unterscheiden würden, lenkte meinen Blick wieder auf die „Gesundheit“. Während sich subjektiv stärker durch gynäkologische Beschwerden beeinträchtigte Frauen tatsächlich nicht von Frauen unterschieden, die sich durch nichtgynäkologischen Beschwerden subjektiv beeinträchtigt fühlten, gaben die Frauen, die ihre Ärztin wegen funktionellen gynäkologischen Beschwerden aufgesucht hatten, im Fragebogen im höheren Ausmaß Sexualstörungen an.

Möglicherweise, so überlegte ich, haben zusätzlich zu vorhandenen gynäkologischen Beschwerden auftretende Sexualstörungen Einfluß auf die Einschätzung der eigenen Beschwerden als „behandlungsbedürftig“. Dieser Entscheidungsprozeß bis zur Entscheidung, ärztliche Hilfe aufzusuchen, begann, mich zu interessieren.

Bei der Untersuchung, wie Frauen mit und ohne gynäkologische Beschwerden ihre Partnersexualität emotional erlebten, zeigte sich,

Wichtige Wechselbeziehungen

Wir lernen in der Psychosomatik, daß eine Wechselbeziehung besteht zwischen der psychischen Verfassung eines Menschen und der Art und Weise, wie er sein Umweltverhältnis und insbesondere sein Zusammenleben mit anderen Menschen gestaltet. Menschen, die ihre Gefühle durchlassen, sich nach innen und außen offen verhalten und mit hoher Sensibilität auf die Qualität der Lebensumstände reagieren, sind eher als andere dazu imstande, in der Familie, am Arbeitsplatz und wo sie auch immer sozial aktiv sind, auf gedeihliche Verhältnisse hinzuwirken.

Vom gesellschaftlichen Standpunkt aus sollte nicht die üblicherweise verklärte Robustheit, sondern eher eine hohe Sensibilität als höherwertige Gesundheit anerkannt werden – trotz der damit verbundenen psychosomatischen Störbarkeit.

Horst-Eberhard Richter

daß nur die Frauen, die sich durch solche Befindlichkeitsstörungen gar nicht beeinträchtigt fühlen, sich von den Frauen mit geringer, mittlerer und hoher subjektiver Beeinträchtigung unterscheiden. Es war also nicht so, daß mit steigender Beeinträchtigung durch gynäkologische Beschwerden auch die Beeinträchtigungen in der Partnersexualität stiegen. Spätestens hier erschien auch mir wie M. Rodenstein (6) es erfolgversprechender und wichtiger, statt kranker Frauen lieber die gesunden zu untersuchen, und diese nicht wie bisher stillschweigend zur Norm zu nehmen, sondern genau zu gucken, wie sie es eigentlich machen, anders als der Großteil der Frauen sich wohlzufinden.

Das war 1984. Mit dem Abstand von inzwischen acht Jahren wird mir noch einmal deutlich, wie diese Erfahrungen einer empirischen Forschungsarbeit eigentlich – wenn auch aus einer anderen Perspektive – alltägliche Beratungserfahrungen widerspiegeln:

Beschwerden oder Symptome verstehe ich nicht als Abweichungen von einer „gesunden“ Norm, sondern der Begriff gesund ist für mich zu einem sehr differenzierten Gebilde geworden.

Es gibt auch keine Hypothese, nach der ich eine Klientin mit einem bestimmten funktionellen gynäkologischen Symptom von vornherein einordnen kann, sondern jede Frau hat ihre eigene individuelle Geschichte, die mit dem Symptom in Zusammenhang steht. Nur innerhalb dieser individuellen Geschichte können Zusammenhänge hergestellt werden zwischen den Beschwerden, ihrem Leben und ihrer Sexualität, können Vermutungen ange-

stellt werden über den Sinn, den dieses Symptom in ihrer Situation macht.

Und ich halte es für wichtig, danach zu schauen, auf welchem – psychologischen und gesellschaftlichen – Hintergrund sich die Beschwerden entwickelt haben. Diese Gedanken fand ich im Lebensweisenkonzept und den Theorien zum Gesundheitshandeln der Weltgesundheitsorganisation wieder (7). Gerade zum Thema Krankheit und Gesundheit von Frauen enthalten diese Konzepte in meinen Augen sehr vielversprechende Ansätze. Hier sehe ich auch Parallelen zu einem Beratungsansatz, der die Förderung vorhandener und die Entwicklung neuer Ressourcen mitbeinhaltet.

In der psychosomatisch orientierten Gynäkologie allerdings ist weder von den Erfahrungen der Beratung oder Psychotherapie von Frauen mit gynäkologischen Beschwerden ohne organischen Befund noch aus dem vielversprechenden Lebensweisenkonzept der Gesundheitsforschung im Rahmen der WHO bislang etwas zu entdecken.

Literatur:

(1) Nicola Böhm: Weisen Frauen mit psychosomatischen Beschwerden im gynäkologischen Bereich spezifische Schwierigkeiten im Sexualverhalten? Diplomarbeit. Marburg 1985

Berit Brockhausen: Gynäkologische Befindlichkeitsstörungen als Ausdruck beeinträchtigten emotionalen Erlebens der Partnersexualität? Diplomarbeit. Marburg 1984

Ingrid Kowalcek: Frauenspezifische Konfliktlage im Erfahrungsbereich Sexualität als eine mögliche Bedingung für gynäkologische Beschwerden ohne Organbefund und allgemeines psychosomatisches Krankheitsgeschehen. Diplomarbeit. Marburg 1984

(2) Berit Brockhausen: Verwirrung, Widerspruch und Wut. In: C. Schulze (Hg): Psychogynäkologie. Tübingen 1990

(3) W. Eicher: Indirekte Sexualstörungen. In: W. Eicher (Hg): Sexualmedizin in der Praxis. Stuttgart, New York 1980

W. Bräutigam und P. Christian: Psychosomatische Medizin. Stuttgart 1981

A. Franke: Psychosomatische Störungen. Stuttgart 1981

(4) D. Langer und S. Langer: Sexuell gestörte und sexuelle zufriedene Frauen. Bern, Stuttgart 1988

(5) L. Reimann: Pelvic pains. Die Frau als Sündenbock. In: Sexualmedizin 2, 1981

(6) M. Rodenstein: Zur Konzeption einer Präventionsforschung bei Frauen. In: Schneider, U. (Hg): Was macht Frauen krank? Frankfurt 1981

(7) U. Maschewski-Schneider, Vortrag gehalten auf der Fachtagung Frauen und Sucht, Bremen 1985

F. F. Piven und R. Cloward: Die unsichtbare Auflehnung: Steuerung der Innovationskraft und des Widerstandspotentials von Frauen. In: I. Kickbusch und B. Riedmüller (Hg): Die armen Frauen. Frankfurt 1984

Berit Brockhausen, Jahrgang 1960, Dipl. Psych. 3 Jahre in einer hessischen 218-Beratungsstelle, z. Zt. für Pro Familia in der Beratungsstelle BALANCE in Ostberlin, Arbeitsschwerpunkt: Vorarbeiten FPZ. Interessenschwerpunkte: § 218, Frauengesundheit.



Integrative Therapie:

Wiederholen, erkennen, durcharbeiten und verändern

Ulla Althen-Rohrmann

In der Integrativen Therapie richtet sich unsere Aufmerksamkeit ganz zentral auf den Körper des Menschen. Wir verwenden jedoch hier den (etwas altbacken anmutenden) Begriff des „Leibes“, um auszudrücken, daß es uns um mehr geht als um den Körper als rein biologischen Organismus. Wir zentrieren auf den ganzen Menschen in seiner „Leib“-Haftigkeit. Den Leib verstehen und erfahren wir als „Container aller Lebensereignisse“. Er hat die Fähigkeit und Möglichkeit, wahrzunehmen, zu speichern, zu erinnern und nicht zuletzt: (sich) auszudrücken. Er speichert und verkörpert alle Lebensereignisse, die er je aufgenommen hat. Seine konkreten Haltungen sind geprägt durch erfahrene Zuwendung und Ablehnung, Fürsorglichkeit, Zurückweisungen und Verletzungen. Im Volksmund heißt es nicht umsonst, daß einem etwas „in Fleisch und Blut übergehen“ kann, daß manches einem „nicht in den Kleidern hängengeblieben ist“ oder Ereignisse durch „Mark und Bein“ gehen und „einem das Herz zerreißen“ können...

Verdrängte Szenen lebendig machen

Psychosomatische Symptome und Erkrankungen des Körpers bzw. Leibes sind Verschlüsselungen. Es sind dem Betroffenen unverständliche Mitteilungen die vergessene, verdrängte oder abgespaltene Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und Konflikte beinhalten können. In diesem Sinne betrachten wir psychosomatische Symptome als Abwehroperationen gegen das, was nicht ins Bewußtsein gelangen darf. Abwehrmechanismen können zu dysfunktionalen Bewältigungsstrategien werden, wenn sie, wie im Beispiel der Psychosomatose, die Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten eines Menschen stark belasten und einschränken.

In der therapeutischen Arbeit mit Menschen, die unter psychosomatischen Erkrankungen und Symptomen leiden, müssen die vergrabenen, vergessenen, verdrängten Szenen wieder zugänglich gemacht werden in einem Prozeß von: Wiederholen, erkennen, durcharbeiten und verändern. Mit unserer therapeutischen Hilfe kann ein Klient sich wieder verstehen lernen (sich selbstverständlicher werden) und Zugang zu Vergangenen, Gegenwärtigen und seiner Zukunft bekommen. Wir

Die „Integrative Therapie“ ist ein phänomenologisch und tiefenpsychologisch begründetes Verfahren, das Ansätze der Gestalttherapie nach F. Perls, der Aktiven Psychoanalyse Ferenczis, des Psychodrama Morenos zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise verbindet. Es wurde am Fritz-Perls-Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung/Düsseldorf entwickelt und wird in diesem Sinne in Weiter- und Fortbildungszweigen als tiefenhermeneutisches und erlebnisaktivierendes Verfahren mit unterschiedlichen Interventionstechniken, Medien und Behandlungsformen gelehrt. Einige Beispiele aus der Praxis zeigen, inwiefern diese Therapie vom „Leib“ des Patienten ausgeht und wie sie versucht, zu heilen.

gehen davon aus, daß im Hier und Jetzt auch die Strukturen und Szenen der eigenen Geschichte anwesend sind. So kann ein Symptom als Körpersymbol, daß dem Klienten bislang unverstanden blieb, entschlüsselt, somit zugänglich und veränderbar werden. In nachfolgenden Beispielen aus meiner psychotherapeutischen Arbeit möchte ich dies verdeutlichen (die Namen und Daten in den Fallbeispielen wurden anonymisiert).

Eine Klientin, Mitte 30, suchte mich auf wegen asthmatischer Beschwerden. Im Verlaufe einiger Stunden wird klar, daß sie, als Älteste von vier Kindern, unter schweren Beeinträchtigungen aufgewachsen ist. Der Vater, nach außen ein honoriger Mann, war jähzornig und gewalttätig. Die Mutter ordnete sich dem Vater unter und war arbeitsmäßig stark belastet. Die Klientin selber kann sich nicht mehr erinnern, geschlagen worden zu sein, ihrer jüngeren Schwester habe der Vater allerdings viel angetan.

Ich lasse mir eine Szene aus ihrer Kindheit schildern, bei der sie anwesend war, als die Schwester vom Vater geschlagen wurde. Dann bitte ich sie, die Szene „aufzubauen“. Mit Hilfe von Gegenständen, Kissen etc. markiert sie den Raum, den Vater und die Schwester. Ich fördere eine szenische Involvierung, indem ich die Klientin auffordere, sich vorzustellen, sie sei jetzt 10 Jahre alt (wie

damals). Sie möge die Situation so beschreiben als ob sie jetzt geschehe und ausdrücken bzw. aussprechen was sie sieht, denkt und fühlt. Sie beginnt nach einer Weile: „Ich bin hier im Zimmer, Vater ruft mich wütend, ich soll mitkommen, er hat mit A. „ein Hühnchen zu rupfen“. Ich weiß nicht, was das soll. Jetzt schließt er die Türe ab.“ (Die Klientin beginnt kurz und stoßweise zu atmen) „Jetzt schlägt er A. furchtbar und schimpft wild herum.“ (Sie beginnt heftig zu weinen, dann zu wimmern). Ich frage sie, was sie sagen und tun möchte und unterstütze sie, das auszudrücken. Sie schreit verzweifelt: „Hör doch auf, was hat sie denn getan, ich will hier raus“. Ich bemerke ihre Atemnot und frage, ob sie nicht wegläufen kann. Sie: „Nein, er hat ja abgeschlossen, er hat den Schlüssel; o Gott, kann denn keiner helfen.“ Meine Frage: „Wer ist in der Nähe, wen könntest du rufen?“ Sie: „Meine Mutter ist nebenan.“ Sie ruft laut und ihre Not ist groß: „Mama komm doch.“ Ich mache ihr meine Nähe „spürbar“ mit einer leichten Körperintervention, indem ich mit einer Hand den Lendenwirbelbereich stütze (ihr „das Rückgrat stärken“). Die Klientin schluchzt und murmelt: „Sie wollte mich nicht hören“. Ich bitte sie, hinzuspüren, daß sie jetzt nicht alleine ist. Nach einiger Zeit klingt ihr heftiges Weinen ab. Sie lehnt sich leicht an mich und beginnt allmählich ruhiger zu atmen.

Atemnot in „engen Situationen“

In dieser szenischen Erinnerung wurde für die Klientin das ganze Ausmaß ihrer damaligen Schutzlosigkeit und Angst verständlich. Die für sie quälende Vorstellung, sie hätte der Schwester helfen müssen und können, wich der Erkenntnis, daß sie selbst bedroht und machtlos war. Die Mutter überhörte ihre Hilferufe, der Vater hätte sich im Zweifelsfalle auch gegen sie gewandt, fortlaufen konnte sie nicht. Ihre Atemnot-Anfälle, die sie in der Regel in „engen Situationen“ bekam, waren für sie nun verstehbarer. Auch wurde ihr plötzlich deutlich, warum sie ihren vorhandenen Kinderwunsch sehr zwiespältig erlebte. Unbewußt hatte sie gefürchtet, einem Kind nicht genügend Schutz bieten zu können.

An dieser Schlüsselszene arbeiteten wir noch mehrmals. Ihre Symptomatik ging soweit zurück, daß sie, wenn sie sich in für sie

bedrängenden Situationen fühlte (z. B. im Beruf oder innerhalb der Beziehung) lediglich versichern mußte, daß sie ihren „Spray“ in der Tasche hatte. Dies brauchte sie noch länger als letzte Beruhigung, nicht völlig hilflos zu sein.

Psychosomatische Symptome können auch eine Chance sein, eine Art „Gesprächsangebot“ gewissermaßen vom Körper zum Kopf (um es einmal etwas schematisch auszudrücken). Ein Beispiel: Einer 50jährigen Klientin, bei mir in Therapie wegen einer schweren Ehe- und Lebenskrise, bedeute ich, daß sie in ihrem alltäglichen Leben so überlastet ist, daß für sie kein Freiraum bleibt für (nötige) Prozesse der Trauer, für das Zulassen von Schmerz, für das Hinspüren zu ihren verschütteten Gefühlen. Obwohl sie zunächst nachdenklich zustimmt, beginnt sie dann mit einer ausführlichen Argumentation, warum sie absolut keine Möglichkeit sehe, für sich mehr Zeit und Raum zu schaffen und zu beanspruchen.

„Ich bin dein krankes Knie . . .“

Am Abend vor der nächsten Stunde erhalte ich einen Anruf von ihr: sie müsse die Stunde und die folgenden absagen, da sie nicht mehr laufen könne. Sie habe ein stark geschwollenes Knie, sei in ärztlicher Behandlung und müsse liegen etc. Als sie wieder zur Stunde kommt, erwähnt sie, daß sie schon nach der letzten Stunde beim Treppenabstieg plötzlich Schmerzen im Knie hatte, die sich dann allmählich steigerten. Sie sagte: „Ich mußte mich hinlegen“. Ich bitte sie, den Satz zu wiederholen und fortzuführen mit „weil“ oder „damit“. Klientin: „Ich mußte mich hinlegen, weil nichts mehr ging“. Sie horchte dem Satz nach. „Ja, das stimmt, ich konnte ja nicht mehr gehen“. Meiner Deutung, daß ihr Körper offenbar auf ihre Vorstellung, es müsse alles „so weitergehen“ reagiert habe, stimmt sie kopfnickend zu. Zur Verdeutlichung der „Sprache des Leibes“ schlage ich ihr eine therapeutische Technik vor: sich mit ihrem Knie zu identifizieren, ihr Knie „zu sein“ und es sprechen zu lassen. Sie beginnt: „Ich bin dein Knie, schon vor Wochen habe ich mich durch einen leisen Schmerz bei dir gemeldet, als du mich von morgens bis abends belastet hast, ohne mir eine Pause zu gönnen. So schaffe ich es nicht, dich ununterbrochen zu tragen, ohne Rücksicht auf mich und mein Alter und den Unfall, den ich vor Jahren hatte. Ich brauche Fürsorge. Aber du beachtest mich gar nicht. So kann ich dich nicht weitergehen lassen. Ich sage: „Stop hier.“

Die Klientin war beeindruckt, mit welcher Klarheit sie die Botschaft ihrer Krankheit identifizieren konnte. Ihr wurde deutlich, daß ihr Leib sich auf seine Weise gegen ihre Rücksichtslosigkeit (und die anderer Men-

Zum Kranklachen

Patienten mit psychosomatischen Beschwerden können sich im britischen Birmingham gesundlachen: Psychotherapeut Robert Holden in der *Ärzte-Zeitung*: „Meine Beobachtungen haben ergeben, daß eine Minute Lachen dem Körper und Geist so gut tut wie 45 Minuten tiefe Entspannung.“ Seine Methode sei gegen Magengeschwüren erfolgreich eingesetzt worden. Zur Unterstützung setzt Holden Videos ein und erzählt Witze. Der Patient müsse mithelfen und sich für spontanes, befreiendes Lachen bereithalten. Nach Darstellung der „Ärzte-Zeitung“ ist die staatliche britische Krankenversicherung von der Wirksamkeit überzeugt und übernimmt die Kosten.

(Aus: Süddeutsche Zeitung, 23. 6. 92)

schen) wehren kann und wird. Sie kam zu dem Schluß, daß sie mehr Fürsorge für sich aufbringen will. Der Preis über den Umweg der Krankheit sei ihr zu hoch.

In der Integrativen Therapie können den Klienten mit Hilfe vielfältiger Interventionsmöglichkeiten und Techniken besonders auch aus dem Bereich der kreativen Medien, der Erlebniszentrierung, der Imaginations- und Visualisierungstechniken, dem psychodramatischen Rollenspiel etc. Wege gezeigt werden, wieder zur Expression zu gelangen. Die im Krankheitsbild geronnenen und verschlossenen Erzählungen, Erinnerungen, (gestoppte) Bewegungsabläufe usw. werden in ihren Bedeutungen verstehbar und damit wieder „verflüssigt“, d. h. dem Menschen als Lebenskraft wieder verfügbar.

Die Signale zum sprechen bringen

Zum Abschluß noch ein Beispiel für die gestalttherapeutische Technik des Verstärkens: Während einer Gruppenarbeit arbeite ich in einer Sitzung an der Atmosphäre und kommunikativen Struktur untereinander. Man bestätigt sich gegenseitige Sympathie und Vertrauen; Konflikte werden ausgespart, Differenzierungen vermieden. Ein männlicher Teilnehmer (B.) sagt plötzlich, er habe seit ca. 10 Minuten eine Art Schwindelgefühl im Kopf. Jemand aus der Gruppe murmelt etwas wie „Kein Wunder bei der Hitze...“. B. richtet sich kurz auf, macht mit dem rechten Arm eine undeutliche Bewegung, will offenbar etwas entgegnen und verstummt dann aber. Ich fordere ihn auf, die Körperhaltung und Bewegung zu wiederholen und zu verstärken. Nach anfänglichem Zögern richtet er sich relativ gerade, wie in „Hab-acht“-Stellung auf

und macht eine wegwerfende Handbewegung, an deren Ende er die geschlossene Faust in den Schoß fallen läßt. Er verstärkt diesen Impuls weiter und schlägt sich immer stärker mit geballter Faust auf den Oberschenkel. Auf meine Bitte, die Bewegung fortzusetzen und dazu etwas zu sagen, lösen sich plötzlich festgehaltene Aggressionen der Gruppe gegenüber: „So ein Mist, hier wird man nicht ernstgenommen. Alle tun so „als ob“. Nach einer Weile deutete ich, daß ihm vom Schwindel vielleicht auch schwindelig wird. Er lacht und sagt, daß sei schon früher so gewesen, er habe oft wegen Schwindelattacken nicht die Schule besuchen können. Die Ärzte hätten nichts gefunden. Wenn er das jetzt so sähe, müsse es ihn tatsächlich nicht wundern, denn er sei in einem regelrechten Lügegebäude aufgewachsen. Alles Wichtige habe man verdreht und verheimlicht, wie er heute wisse.

Oft brauchen wir in der Therapie nur die Signale aufzugreifen, sie auf verschiedene Weise zum „Sprechen“ bringen und der Klient kann im eigenleiblichen Spüren, ihre Aussagen selbst entschlüsseln. Manchesmal ist es aber auch ein mühevoller und zäher Weg, die Symbolik des Körpers, besonders wenn er die Sprache akuter und/oder chronischer Erkrankungen gewählt hat, dem Verstehen wieder zugänglich zu machen. Wenn das „Gefäß des Leibes“ zu sehr angefüllt ist mit toxischen und traumatischen Ereignissen und es in dieser Weise überquillt, braucht es um so mehr Geduld, bis die Ursprungsszenen wieder freigegeben werden können. Nur in einer sorgfältigen prozeßorientierten Arbeit innerhalb einer stabilen und gewährenden therapeutischen Beziehung können solche Wachstumsprozesse begleitet werden.

Literatur:

Leitner, A., Fokaldiagnostik und -intervention bei psychosomatischen Patienten, *Integrative Therapie*, 1-2 (1991) (147-156)

Petzold, H. G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke, II Bde., Junfermann, Paderborn 1988

Petzold, H. G., Orth, I., Körperbilder in der *Integrativen Therapie*, 1-2 (1991) (117-146)

Ulla Althen-Rohr-
mann, Jg. 1946, Dipl.-
Psychologin in freier
Praxis in Frankfurt;
Lehrtherapeutin und -
supervisorin des Fritz-
Perls-Instituts für Inte-
grative Therapie,
Gestalttherapie u. Krea-
tivitätsförderung, Düs-
seldorf.



Abbau von Scham- und Angstbarrieren

Elke Kügler

In diesem Fallbeispiel aus der Verhaltenstherapie geht es um die Darstellung einer Patientin mit chronifizierter Genitalmykose und Depressionsbeschwerden. Nach der diagnostischen Hypothese lagen Selbstwertprobleme und psychosoziale Defizite diesen Störungen zugrunde. Nach 54 Sitzungen gelang es der Patientin, sich selbst, ihren Körper und ihre Beziehungen zu Männern ganz neu zu erleben.

Beschwerden: Frau X., eine Studentin Mitte 20, litt seit etwa zehn Jahren fortschreitend schwerer an Genitalmykose (Scheidenpilz). Sie wurde während des letzten Jahres alle zwei Monate wegen einer neuen Pilzinfektion oder Harnröhrenentzündung bei ihrer Ärztin vorstellig und litt nahezu ununterbrochen an Juckreiz und Brennen im Genitalbereich. Sie hatte etwa ein Dutzend verschiedene Medikamente/Tablette, Salben, Zäpfchen) ausprobiert und war inzwischen medikamentenresistent. Ihre Scheidenflora war durch die Behandlung zerstört. Beim Geschlechtsverkehr war Einführen des Penis schmerzhaft und wurde von der Patientin gemieden. Vereinzelt kam es zu Scheidenkrampf-Reaktionen. Die Patientin praktizierte selten Petting bis zum Orgasmus. Sie beklagte erhebliche Abnahme von Lust auf Sexualität bis zur Meidung von sozialen Kontakten mit Männern. – Frau X berichtete, sie sitze abends zu Hause herum und grübele über ihr Schicksal nach: sie fühle sich einsam und verlassen und häufig traurig. Sie fühlte sich minderwertig und fürchtete, ihr Studium nicht zu schaffen. Der Patientin war von ihrer Gynäkologin eine Psychotherapie empfohlen worden; Anlaß für deren Beginn bildete das Scheitern der letzten Partnerschaft zu einem Mann.

Anamnese: Frau X, Einzelkind, schilderte ihre Beziehung zum Vater in der Kindheit als lieb und warm, seit der Pubertät wegen Alkoholismus des Vaters als gespannt und kühl. Die strenge und emotional reservierte Mutter habe die Familie wegen eines anderen Partners verlassen, als die Patientin 16 war. Als Kleinkind hatte die Patientin starke Ängste allein zusein, wenn die Mutter einkaufen ging, Angst vor Trennung der Eltern, vor Verlassenwerden. Die Mutter habe Sexualität als lästig, überflüssig, ekelhaft geschildert. Die elterliche Ehe bezeichnete sie als schlecht, obwohl wenig Streit herrschte. Die Scheidung der Eltern sei förmlich eine Befreiung gewesen (hier weinte die Patientin). Die Mutter sei nach kurzer Zeit von ihrem neuen Freund verlassen worden, habe stark depressiv reagiert und sei erst gesund geworden, nachdem sie kürzlich einen neuen Partner gefunden habe. – Die Schullaufbahn der Patientin verlief unproblematisch.

Sexualanamnese: bis zur Menarche mit 13 Jahren keine Besonderheiten; ein Jahr später habe Frau X Petting mit ihrem ersten Freund gehabt, die erste Scheidenpilzinfektion sei aufgetreten. Zu der zweiten Infektion sei es

etwa einen Monat nach dem ersten Geschlechtsverkehr mit 16 Jahren gekommen, welche „furchtbar“ verlaufen sei: Angst vor Entdeckung durch die Eltern; der Partner unerfahren, sie ängstlich und verkrampft, die Scheide „zu eng“ für das Glied (es kam zu vaginistischen Reaktionen). Zwei Versuche seien als zu schmerzhaft abgebrochen worden. Frau X habe sich beim dritten Versuch gezwungen, und das Einführen des Gliedes sei gelungen. Diese sexuelle Praktik sei für sie auch später unbefriedigend und schmerzhaft geblieben, sie übe sie lustlos, aus Pflichtgefühl und Verlustangst, den Partnern zuliebe aus. Bis Therapiebeginn hatte Frau X nur kurzfristige, glücklose Beziehungen zu Männern erlebt und machte die „vermurkste“, freudlose Sexualität dafür verantwortlich. Als Verhütungsmittel nahm Frau X die Pille, in den letzten Jahren Kondome. Die Mittel hatten keinen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit.

Nach Abschluß der Datenerhebung stellte ich folgende Hypothese auf: Wenn die chronische Genitalmykose von Frau X psychosomatischen Ursprungs ist, besteht eine ihrer Funktionen in der Meidung der Konfrontation mit Persönlichkeitsdefiziten, die zunächst in der Sexualität, im weiteren Sinn in der Kontaktfähigkeit und letztlich im Bereich der Selbstsicherheit zu suchen sein dürften. Daraus leitete ich die Therapieziele und den Behandlungsplan ab: Wenn das Selbstbewußtsein der Patientin gestärkt würde, könnte sie ungehemmteren Kontakt mit Menschen und vor allem zu Männern unterhalten. Sie hätte geringere Scheu vor Kontakten, also auch vor Sexualität; ihre Symptomatik würde demnach ihre Funktion, ihre unbewußte Bedeutung, verlieren, überflüssig werden und verschwinden. Die depressiven Erscheinungen

schätzte ich als Reaktion auf die gestörten Selbstwertgefühle ein; träte die Hypothese zu, verschwänden sie quasi von selbst.

Therapieverlauf

Die Therapie dauerte eineinhalb Jahre mit 54 Sitzungen. Der korrelative Zusammenhang zwischen der Scheidung der Eltern, der mißglückten Aufnahme eigener sexueller Beziehungen, Pilleneinnahme und dem Einsetzen der Pilzinfektionen innerhalb weniger Monate erarbeitete ich mit der Patientin. Kausalzusammenhänge wurden als hypothetisch möglich, jedoch unbeweisbar beiseitegeschoben. Die Patientin hatte lange Schwierigkeiten, eine psychosomatische Komponente ihrer Beschwerden zu erkennen. Ich erklärte ihr öfter den Zusammenhang von Hormonen und Emotionen, die Auswirkungen auf den Stoffwechsel, und schließlich ließ sie sich durch ihr zunehmendes Wohlbefinden überzeugen. Dieser Prozeß dauerte die ganze Therapie.

Den nächsten Schritt bildete die ausführliche Reflexion und Bearbeitung der Lebensgeschichte, des möglichen Zusammenhangs von Lerngeschichte und Beschwerden: Die Modellfunktion der Mutter beim Erwerb der eigenen Werthaltungen in der Sexualität; deren negative Einstellung zur Sexualität und den weiblichen, den eigenen Körper häßlich zu finden, hatte Frau X unreflektiert übernommen.

Sie lernte in der Therapie, zwischen der Mutter und sich stärker zu unterscheiden und sich so von der Mutter weiter abzulösen, indem sie sich mit der Lebensgeschichte der Mutter beschäftigte und ihre Reaktionen in deren Leben einordnen konnte. Sie vollzog die Gründe für das Scheitern der elterlichen Ehe sowie ihre eigenen, Jahrzehnte dauernden Ängste nach und verstand ihre frühkindlichen Trennungsbefürchtungen. Frau X lernte, von den Eltern und deren Ehe zu abstrahieren. Sie dachte über eigene Einstellungen nach; was sie anders machen möchte als die Eltern, beispielsweise mit einem eigenen Beruf unabhängiger zu bleiben als die Mutter.

Sie wurde sich ihrer eigenen großen Angst vor Beziehungen bewußt. Das Verständnis von bedrohlichen Erlebnissen führt nach meiner Erfahrung immer zu Erleichterungen und damit zu Abnahme der Bedrohlichkeit; dem rationalen Bearbeitungsteil der eigenen Lebensgeschichte kommt also eine große Bedeutung zu.

In diesen ersten Monaten fand die Patientin zu ihrem Gefühl. Sie trauerte bemerkenswert heftig und weinte in jeder Sitzung, was sie nicht gewohnt war und als sehr erleichternd empfand. Inzwischen hatten wir eine sehr tragfähige und warme therapeutische Beziehung aufgebaut, die der Patientin wohl den Zugang zu ihrer Emotionalität erleichterte. Ich sorgte dafür, daß die Therapie nicht in Trostlosigkeit versank, und wir haben durchaus auch oft gelacht. Andererseits gab es auch Auseinandersetzungen zwischen uns – je selbstbewußter die Patientin wurde – umso heftiger. Jedoch jedesmal konnten sie geklärt werden und damit wieder der Patientin helfen, Auseinandersetzungen zu wagen.

Frau X lernte durch häusliche Körperübungen nach Lonnie Barbach (1982) ihren Körper und ihre Gefühlsreaktionen gründlich kennen. Sie betrachtete sich zu Hause nackt im Spiegel und lernte ihre Genitalregion kennen, damit verbundene auftauchende Erinnerungen an psychosexuelle Erlebnisse, Ängste, Scham und sonstige Gefühle. Sie lernte, „in“ und über Sexualität zu reden, Ausdrücke zu finden und anzuwenden. Scham- und Angstbarrieren baute sie ab, zunächst in den Sitzungen mit meiner Hilfe (Hierbei ist eigene Angstfreiheit im Umgang mit dem Thema sicher hilfreich). Solche Erfolge der Enttabuisierung erlebte sie mit Stolz und als Stärkung ihres Selbstwertgefühls.

Etwa vier Monate nach Therapiebeginn fand Frau X den Mut, sich auf eine neue Beziehung zu einem Mann, der ihr bereits zuvor bekannt war, einzulassen. Sie setzte konsequent ihre Einzelübungen nach Barbach fort und grenzte ihre eigenen von den gemeinsamen Interessen ab, auch im Freizeitbereich. Auf der anderen Seite war Frau X nun froh, daß sie mit dem Partner über die gemeinsame Sexualität reden konnte. Auftretende Verlustängste („Wie habe ich einen so tollen Mann verdient, er muß mich ja verlassen“) haben wir bearbeitet: Frau X wurde zunächst gelobt für die Wahrnehmung der Angst. Sie bearbeitete und bewältigte die Ängste durch Phantasieausflüge, Rollenspiele und anschließende Gespräche mit dem Partner. Das Einführen des Gliedes praktizierte das Paar erst und auch später nur auf Wunsch der Patientin, und nach anfänglichen Ängsten empfand sie dabei Lust (und Stolz) und kam auch zusätzlich manuell zum Orgasmus.

Die gemeinsame Sexualität mit dem Partner stellte Frau X in den Sitzungen vor. Sie ließ sich „supervidieren“ und war froh über die Möglichkeit, Kenntnislücken füllen und Scham und Angst immer weiter abbauen zu können. Hier waren mir Kenntnisse der Paartherapie nach dem Hamburger Modell hilfreich (Arentewicz, Schmidt, 1980). Die Patientin lernte, ihre Bedürfnisse und Abneigungen in der Beziehung generell, nicht nur in der Sexualität, kennen und äußern. Dabei merkte

Frau X langsam, daß nicht nur ihre Sexualität problembelastet war, sondern durch ihr gestörtes Selbstwertgefühl die Kommunikation insgesamt. Das sie zugleich die bessere Alternative anwenden konnte, nämlich etwa Vorschläge zur Freizeitgestaltung zu machen und auch kooperativ durchzusetzen, bedeutete diese Erfahrung wiederum eine Entlastung.

Sie stellte ihre Moralvorstellungen infrage und akzeptierte für sich eine Differenzierung von Gefühlen und Handlungen: Sie gestattete sich sogar bei bestehender Partnerschaft Gefühle von Verliebtheit zu einem Dritten, ohne mit Sexualkontakten „weiterzugehen“; da erlebte und akzeptierte sie ihre Grenze. Dies wirkte sehr entspannend auf ihre Kontakte zu Männern. Sie konnte sich ungezwungener in Gruppen, während des Studiums und im Freizeitbereich bewegen. Das Selbstwertgefühl wuchs stetig.

Fragen von Verhütung (Frau X entschied sich für völlige Abstinenz von der Pille mit ihren Nebenwirkungen), Hygiene, Ernährung wurden ebenso behandelt wie die Themen Schwangerschaft, sexuelle Praktiken, Monogamie, Berufsaussichten und viele andere.

Die Pilzinfektionen waren als Thema immer randständiger geworden. Sie traten zunächst unverändert heftig auf, verloren an Bedeutung, und als die Patientin nach einem halben Jahr Symptombefreiheit gegen Ende der Therapie einmal von einem Juckreiz im Genitalbereich erzählte, verblüffte sie mich mit der trockenen Bemerkung: „Es interessiert mich einfach nicht mehr.“ Sie kratze sich „dann eben mal“ und wende keine Medikamente an.

Therapieergebnisse

Die Patientin äußerte in der Abschlusssitzung, mit sich und ihrem Körper sehr zufrieden zu sein; sie habe sich stark verändert, werde mit psychischen Problemen leichter fertig, könne besser Gefühle wahrnehmen und darüber sprechen. Die Pilzinfektionen seien verschwunden, sie habe zu einem „befriedigendem/schönen Sexualleben, eine glückliche Partnerschaft“. Dies habe ein „stärkeres Selbstbewußtsein“ und „Vertrauen zu meinen Gefühlen“ geführt. Als hilfreich in der Therapie bezeichnete die Patientin unter anderem „Hilfestellung bei gedanklichen Schritten und das Gefühl, ernstgenommen zu werden“ und die strukturierten „Übungsaufgaben für die nächste Sitzung“.

In einem weiteren Gespräch nach einem Jahr waren die Therapieergebnisse weiter erhärtet.

Meine eingangs aufgestellte Hypothese konnte also bestätigt werden: Frau X erreichte einen Aufbau ihres Selbstwertgefühls und ihrer sozialen Kompetenz bei parallelem Abbau von Scham- und Angstbarrieren und Informationslücken in der Sexualität. Die Pilzinfektionen wurden im Verlauf der Therapie

unbedeutender und die Symptome verschwanden nach der Hälfte der Therapiezeit ganz. Die depressiven Symptome, die Traurigkeit, waren abgebaut. Das Studium verlief erfolgreich.

Persönliche Einschätzung des Therapieverlaufs

Ich möchte Therapieverläufe und -ergebnisse nicht generalisieren. Jede Therapie ist anders. Wichtig bei dieser Patientin war die lebendige und tragfähige therapeutische Beziehung. Die Patientin war immer wieder vertrauensvoll bereit, sich auf meine Vorschläge einzulassen, obwohl sie immer wieder zögerte („Wie ist es möglich, körperliche Symptome durch Selbstsicherheitsübungen wegzukriegen?“). Ich habe ihr keine diesbezüglichen Versprechungen gemacht, dadurch fühlte sie sich ernstgenommen. – Auf meiner Seite empfand ich meine Kenntnisse der Sexualpsychologie als äußerst hilfreich, die ich bei der Behandlung gynäkologisch-psychosomatischer Störungen für unabdingbar halte. Die Mischung aus Reflexionen und Training empfand die Patientin als hilfreich, mir liegt sie methodisch ebenfalls. Auch dies halte ich für eine gute Voraussetzung für einen Erfolg. Das Prinzip: Störungen sind gelernt und können auch „verlernt“ werden, das der Verhaltenstherapie entstammt, halte ich für grundsätzlich optimistisch, aber nicht hinreichend für einen Therapieerfolg (der sowieso zu definieren wäre). Auf einen Schulstreit möchte ich mich nicht einlassen, zumal ich nicht so eingeschränkt arbeite. – Das Verständnis der Funktion, der Bedeutung eines Symptoms ist ein zentraler Punkt im Verlauf der Therapie. Die richtige Einordnung der Bedeutung der Krankheit für das Leben der Patientin ermöglicht eine kontrollierte Planung und Durchführung der Therapie. Ich möchte bezüglich der Erfolgseinschätzung in der Hauptsache auf die Aussagen der Patientin verweisen.

Literatur:

Arentewicz, Gerhard, Schmidt, Gunter (Hg.): Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1980

Barbach, Lonnie: For yourself – die Erfüllung weiblicher Sexualität; Ullstein, Frankfurt, 1982

Elke Kügler, 46, Dipl.-Psych. Psychotherapeutin; Hamburg. Schwerpunkte: Sexualpsychologie, gynäkologische Psychosomatik, Frauen- und Sexualpolitik, besonders § 218 StGB



Eine Krankenkariere:

„Ich muß immer stark sein!“

Frau M., 31 J., ledig, als freiberufliche Landschaftsplanerin tätig, litt seit 16 Jahren unter Spannungskopfschmerzen bis hin zu Migräneanfällen mit Sehstörungen und Übelkeit.

„Ich fühle mich in meiner Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Für Arbeiten in meinem Job brauche ich unter Kopfschmerzen mehr Zeit. Ich ärgere mich, daß ich mich in meiner knappen Freizeit mit Kopfschmerzen herumschlagen muß, bzw. sie mir meine Freizeit wegnehmen, weil ich es vor Schmerzen nicht mehr aushalte und mich ins Bett legen muß“. In den ersten Jahren versuchte Frau M. die Kopfschmerzen zu ignorieren. Wenn dies nicht möglich war, erhielt sie Schmerztabletten von der Mutter. Es folgten unzählige Besuche beim Hausarzt, der ebenfalls diverse Schmerzmedikamente verschrieb – jedoch ohne den gewünschten Erfolg. Nach einer umfassenden neurologischen Untersuchung entschloß sich Frau M. zu einer Vorstellung in der psychosomatischen Abteilung einer Klinik. In der sich dann anschließenden psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung war folgendes zu erfahren:

Frau M. wuchs zusammen mit einem zwei Jahre jüngeren Bruder bei den Eltern auf. Die Mutter, Hausfrau, litt, solange sich die Patientin zurückerinnern konnte, an einer Nervenkrankung und mußte größere körperliche Anstrengungen meiden, so daß die Patientin schon sehr früh zur Mithilfe im Haushalt angehalten wurde. Der Vater, Beamter, war Alkoholiker. Er war gegenüber der Tochter einerseits sehr streng, forderte Leistung und Gehorsam, andererseits erlebte sie den Vater als schwach und bedürftig, wenn er sie anbetelte, damit sie ihm Alkohol vom nächsten Kiosk holte. Im 13. Lebensjahr der Patientin verstarb der Vater an den Folgen des Alkoholismus. Für Frau M. war dieser Tod überraschend und unfäßbar, einer Verarbeitung dieses Verlusterlebnisses war die Patientin nicht gewachsen. Sie könne sich noch erinnern, daß sie zur Beerdigung ein „lustiges, rotes Kleid“ habe anziehen wollen. Der Tod des Vaters zusammen mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter bedeutete für Frau M. die Übernahme weiterer häuslicher Aufgaben, die sie zuverlässig erfüllte, wie zuvor jedoch auf Kosten der eigenen kindlichen Bedürfnisse nach Anlehnung und Geborgenheit. In diese Zeit fiel der

Anette Kersting

Eine „Krankenkariere“ bei stark chronifizierenden psychosomatischen Erkrankungen dauert heute im Schnitt noch etwa 8 Jahre. In vielen Fällen ist der Schritt zu einer psychosomatischen Behandlung die sogenannte letzte Rettung, weil andere Behandlungsmethoden bis dahin nichts fruchteten. Doch auch psychosomatische Bemühungen sind nicht automatisch von Erfolg gekrönt – so eines der selbstkritischen Ergebnisse des folgenden Beitrages...

Beginn der Kopfschmerzsymptomatik, der auch schon damals dazu führte, daß sich Frau M. wegen der Schmerzanfälle zurückziehen mußte und nicht zur Schule gehen konnte. Die partielle Ablösung von der Mutter gelang der Patientin mit Hilfe des ersten Freundes. Mit Beginn des Studiums konzentrierte sich Frau M. ausschließlich auf den Leistungsbereich, in den folgenden partnerschaftlichen Beziehungen legte sie Wert auf Distanz.

In der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung befaßte sich Frau M. zunächst mit ihrer körperlichen Symptomatik. Sie begann, die Häufigkeit der Schmerzanfälle zu notieren und war überrascht zu sehen, daß diese weit häufiger auftraten, als sie zunächst angenommen hatte. Dann versuchte sie, Zusammenhänge zwischen der körperlichen Schmerzsymptomatik und ihrem psychischen Erleben herzustellen. Hatten die Eltern in der Kindheit Leistung gefordert, so forderte Frau M. nun im Studium selbst Höchstleistungen von sich. Auch am Wochenende war wenig

Unzählige Gesundheitien

„Eine Gesundheit an sich gibt es nicht, und alle Versuche, ein Ding dertart zu definieren, sind kläglich mißraten. Es kommt auf dein Ziel, deinen Horizont, deine Kräfte, deine Antriebe, deine Irrtümer und namentlich auf die Ideale und Phantasmen deiner Seele an, um zu bestimmen, was selbst für deinen Leib Gesundheit zu bedeuten habe. Somit gibt es unzählige Gesundheitien des Leibes.“

Nietzsche

Zeit für Muße und Ruhe, daß Frau M. ihre Freizeit „sinnvoll“ gestalten wollte. Zu Ruhepausen war sie gezwungen, wenn sie sich mit fast unerträglichen Kopfschmerzen – die auch medikamentös nicht mehr zu beeinflussen waren zurückziehen mußte.

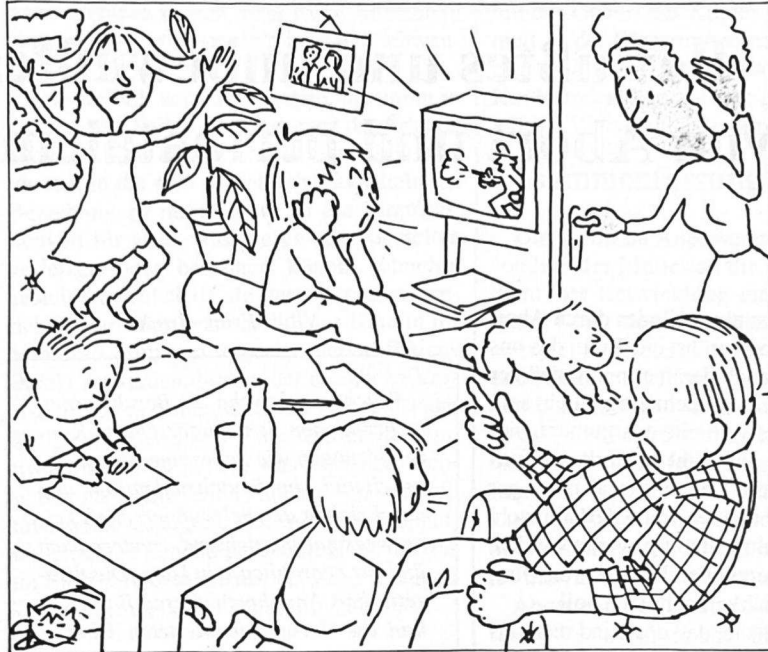
Nur langsam konnte Frau M. ihre eigenen Bedürfnisse nach Anlehnung und „Schwachsein-Dürfen“ spüren und sich zugestehen. Solche regressiven Bedürfnisse, die ihr früher von den Eltern nicht altersgemäß zugestanden wurden, lehnte sie später auch bei sich selbst ab, zumal sie die Hilfsbedürftigkeit und Schwäche der kranken Eltern als beängstigend, bedrohlich und nicht nachahmenswert erlebt hatte. Auf dem Hintergrund dieser Erkenntnisse suchte Frau M. bei einem Wiederauftreten der Schmerzsymptomatik nach möglichen Zusammenhängen besonders im Leistungsbereich und stellte fest, daß es sich tatsächlich oft um Situationen handelte, in denen sich die Patientin überforderte. Durch eine Veränderung ihrer Arbeits- und Freizeitgewohnheiten gelang es Frau M. allmählich, die Anzahl der Schmerzanfälle deutlich zu reduzieren, bzw. wenn doch wieder Kopfschmerzen auftraten, den Übergang in einen Migräneanfall zu vermeiden.

Der berichtete Fall ist wenig spektakulär, in verschiedener Hinsicht jedoch „typisch“. Er ist geeignet, auf ganz spezifische Probleme der Psychosomatik hinzuweisen, welche sowohl für den Behandler als auch für den Patienten eine Erschwernis der Arbeit darstellen und in diesem Ausmaß in anderen Disziplinen nur selten zu finden sind. Viele Patienten durchlaufen vor ihrem ersten Kontakt mit der Psychosomatik eine vielfältige, z. T. wiederholte High-Tech-Diagnostik, welche Kosten verursacht und auch für den Patienten sehr belastend ist. Da zumeist noch keine Linderung der Beschwerden eingetreten ist, versuchen es viele zu irgendeinem Zeitpunkt mit alternativen Behandlungsverfahren. Im Gegensatz zu vielen anderen Schmerzpatienten bestand bei Frau M. noch kein eigentlicher Schmerzmittelmißbrauch, der gerade bei Kopfschmerz- und Migränapatienten häufig zu Nierenschädigungen führt. Nicht selten kommt es bei anderen Störungsbildern zu verzweifelten, geradezu heroischen Behandlungsversuchen bis hin zu nicht oder fraglich indizierten Operationen.

Für diese Verläufe, hat man den makabren Begriff der „Krankenkariere“ geprägt. Eine

Informierte Kranke fühlen sich besser

Patienten, die mit ihrer Krankheit umzugehen lernen sind zufriedener und selbstbewußter als andere. Das ergab eine Studie aus Dänemark, die kürzlich in der britischen Medizin-Fachzeitschrift „Lancet“ vorgestellt wurde. In Einzelgesprächen erläuterten die Ärzte chronisch lungenkranken Menschen unter anderem den Gebrauch und die Nebenwirkungen von Medikamenten. Auch lernten die Patienten einzuschätzen, wann ein weiterer Arztbesuch ratsam ist. Im Vergleich zu herkömmlich behandelten Kranken erlitten die persönlich betreuten Testpersonen weniger Rückfälle und benötigten weniger Nachbehandlungen. Dadurch sind auch die Kosten gesunken.



Der Schmerz und sein Umfeld

(Aus: Hans Lieb/Andreas von Pein: „Der kranke Gesunde“. Psychosomatik für Betroffene. Verstehen und Heilen psychosomatischer Erkrankungen. Thieme, Hippokrates, Enke, Stuttgart 1990, 201 Seiten. 29.80 DM.)

Krankenkariere bei stark chronifizierenden psychosomatischen Erkrankungen dauert heute im Schnitt acht Jahre (MEYER 1990). Dies bedeutet acht Jahre ständiger Versuche, dem Leiden und den Beschwerden mit ungeeigneten Mitteln zu Leibe zu rücken. Mit einer zunehmenden „Gesellschaftsfähigkeit“ seelischer Leiden und der in dieser Hinsicht verbesserten Medizinerbildung hat sich diese Entwicklung zwar verkürzt, jedoch nicht in einem Ausmaß, wie es wünschenswert wäre: wie MEYER (1990) zusammengestellt hat, betrug die durchschnittliche Zeit von Beginn der Beschwerden bis zur Vorstellung bei einem Vertreter der psychologischen Medizin im Jahre 1958 zwei Jahre, im Jahre 1979 neun Jahre und 1989 eben acht Jahre. Von einer schnellen Reaktion auf psychosomatisches Krankheitsgeschehen sind wir immer noch weit entfernt. Der Begriff „Krankenkariere“ weist auch auf einen weiteren problematischen und für die spätere Behandlung oft hinderlichen Effekt dieser Entwicklung hin: es ist eine „Karriere“ durchlaufen worden, von der auch der Patient – trotz aller unangenehmen Erscheinungen – etwas hat: Er erhält Aufmerksamkeit, Mitgefühl, wird (zumindest zunächst) ernst genommen, er wird in einer bestimmten Weise sozialisiert. Kommt es zu einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlung, muß diese Entwicklung teilweise wieder rückgängig gemacht werden. Der Patient muß den Schmerz wieder genau beschreiben und in seiner Stärke differenzieren lernen, anstatt ihn mit den medizinischen Fachbegriffen zu belegen, die er mittlerweile für seine Beschwerden so gut kennt wie sein Arzt. Der Patient muß in der Psychotherapie selber arbeiten und kann es nicht „mit sich machen“ lassen. Er muß Verantwortung für sich und den Schmerz übernehmen und kann diese nicht abgeben. Das funktionierende, ver-

steckte „Belohnungssystem“ durch die Reaktionen auf die Beschwerden muß aufgebrochen werden. All dies muß dem Patienten den Vertretern eines Gesundheitssystems gegenüber gelingen, von denen er sich acht Jahre lang vergeblich Hilfe erwartet hatte.

Die vorausgegangene Krankenkariere macht auch deutlich, daß die Überweisung zur Psychosomatik häufig eine negative Selektion darstellt. Sie findet nicht deswegen statt, weil positive Hinweise auf eine psychische Beteiligung gefunden werden, sondern weil andere Herangehensweisen nicht helfen. Es geht Zeit verloren, und die Frustrationen für den Patienten werden größer. Hinzu kommt, daß das Scheitern organmedizinischer Herangehensweisen nicht automatisch den Erfolg psychosomatischer Bemühungen bedeutet.

Frau M. war der Möglichkeit der psychischen Bedingtheit ihrer Beschwerden gegenüber aufgeschlossen und hat durch die Verbesserung ihrer Beschwerden in der Therapie erfahren, daß ihre körperlichen Beschwerden psychisch beeinflussbar sind. Diese Beeinflussbarkeit stellt gleichzeitig die beste Absicherung (Validierung) der psychosomatischen Diagnose dar – der mikroskopische Nachweis eines Bakteriums wäre einfacher.

Die Wirksamkeit eines Medikaments stellt sich häufig sofort heraus, die von Psychotherapie oft erst nach Jahren. Das Einschlagen des psychotherapeutischen Weges erfordert von Behandler und Patient viel Geduld; Geduld stellt eine Tugend dar, die nicht unbedingt in Übereinstimmung mit dem Zeitgeist steht.

Literatur:

Meyer, A. E. (1990): Die Zukunft der Psychosomatik in der BRD – eine Illusion? PPM 40, 337–345.

Anette Kersting, 31 J., Dr. med. wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abtlg. Psychosomatik der Med. Hochschule Hannover, Psychoanalytikerin; Familientherapeutin



– Anzeige –

KOMMUNE – eine Perspektive für Frauen/Lesben – wir denken ja!

Wir (40 Erwachsene, 12 Kinder), ein gemischtes Projekt in der Nähe von Kassel, suchen Frauen/Lesben (gerne auch Gruppen oder Kollektive), die mit uns gemeinsam leben und arbeiten wollen. Unsere Grundprinzipien sind: – gemeinsame Ökonomie, – Konsensprinzip als gemeinsame Entscheidungsform, – linkspolitische Arbeit, – gemeinsame Verantwortung für Kinder, – Abbau geschlechtsspezifischer Machtstrukturen. Einige Arbeitsbereiche (kollektive Strukturen) wollen sich vergrößern; neue sind erwünscht. Folgende Arbeitsbereiche bestehen schon und bieten ökologisch/ökonomisch vertretbare Dienstleistungen an: – Näh- und Lederwerkstatt, – Bau/Schlosserei/Planung, – Schreinerei, – Ernährung, – Kinder, – Tagungshaus, – Landwirtschaft, – Vieh, – Verwaltung.

Infos gegen DM 5,00 in Briefmarken bei Kommune Niederkaufungen, Frauen, Kirchweg 1, 3504 Kaufungen

Bewußtes und unbewußtes Erleben von Abort und perinatalem Kindestod

Viola Frick-Bruder

Psychosomatische Beschwerden während der Schwangerschaft; Konfliktlösungen wie Schwangerschaftsabbruch und Abort machen deutlich, daß das Erleben der Schwangerschaft keineswegs nur bereichernd, sondern auch äußerst bedrohlich sein kann. Die theoretischen Annahmen dieses Beitrages und die daraus abgeleiteten Überlegungen für die Praxis beruhen auf Erfahrungen der Autorin aus psychoanalytischen Langzeitbehandlungen und psychotherapeutischer Betreuung und Behandlung von Frauen mit habituellem Abort und perinatalem Kindestod unter Einbeziehung der einschlägigen Literatur.

Der frühe Verlust eines Kindes durch Abort und perinatalen Tod berührt ein Tabu, das uns besonders schmerzlich daran erinnert, daß der Beginn des Lebens gleichzeitig auch sein Ende bedeutet. Das verbreitete Argument, dieser Verlust werde gar nicht so stark empfunden, weil die Eltern ihr Kind real noch gar nicht kennengelernt hätten, kann deshalb wohl auch nur als Abwehrleistung gewertet werden, die vor dem schmerzlichen Erleben von Ohnmacht und Sterblichkeit schützen soll.

Gerade die Tatsache, daß das Kind nicht als getrenntes und damit real vorhandenes Wesen mit eigenen Eigenschaften und damit verbundenen Erinnerungen erlebt werden kann, sondern noch ein Teil der Mutter ist, auf den sich die Wünsche, Hoffnungen und Phantasien seiner Eltern richten, die aufgegeben werden müssen, bevor sie Wirklichkeit werden können, macht dieses Ereignis zu einem ganz besonders schwierigen. In aller Regel verbindet sich die Trauer mit einer enormen Beschämung, versagt zu haben, keine gute beschützende Mutter zu sein, eine Phantasie, die auch deshalb so machtvoll Raum fordert, weil meist keine ausreichende medizinische Erklärung der Ursachen möglich ist.

Die Verleugnung dieser narzißtischen Kränkung der Betroffenen und Betreuenden, die ja auch als gute Medizin-Väter und -Mütter versagt haben, führt im medizinischen Alltag dann leider gar nicht so selten zu unüberlegten Wiedergutmachungsimpulsen, indem zu einer möglichst raschen, erneuten Schwangerschaft geraten wird, die die erlittene Kränkung ungeschehen machen soll.

Ein anderes Wesen in sich erleben

Zum besseren Verständnis dieses Verlust-erlebnis einer überwiegend nur vorgestellten Person, die real zwar im Inneren der Mutter vorhanden ist, die die Eltern – außer im Ultraschall – aber nicht sehen können, und zu der sie dennoch eine reale Gefühlsbeziehung entwickeln, wenn auch nur über ihre Phantasie, soll diese Entwicklung über den Verlauf der Schwangerschaft näher betrachtet werden.

Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern, sich vom Augenblick der Geburt an den Bedürfnissen ihres Kindes primär mütterlich (4) und primär väterlich zur Verfügung zu stellen, ba-

sieren auf eigenen, überwiegend guten Kindheitserfahrungen und entwickeln sich in einer die ganze Schwangerschaft andauernden Auseinandersetzung mit Mutter- und Vaterschaft. Gelingt dieser Prozeß, so führt er zu der elterlichen Fähigkeit, das Kind zuverlässig zu versorgen und zu befriedigen, und seine Bedürfnisse nach Geliebtwerden und Geborgensein, nach Zärtlichkeit und Körperhautkontakt zu erfüllen. Dies beinhaltet auch die Fähigkeit der Eltern, die archaischen Aggressionen ihres Kindes, seine Wut und sein Chaos im „Halten“ zu akzeptieren, anstatt diese Gefühle abzulehnen und/oder durch sofortige Beruhigungsmaßnahmen aufzuheben.

Das Erleben von Schwangerschaft belebt gute, aber auch schlechte Kindheitserfahrungen. Mehr oder weniger bewußt und unterschiedlich stark löst es daher anfänglich immer auch Unsicherheit und Angst aus, bei Frauen möglicherweise mehr oder auch nur anders als bei Männern. Schließlich beginnt für sie ein Prozeß, der als Erfahrung ohne gleichen ist: Das Erleben eines anderen Wesens, in sich, das Teil ist und doch auch eigenständiges und damit fremdes Wesen. Die Frau darf, ja sie muß sogar für eine begrenzte Zeit eine Symbiose eingehen, sie darf und muß aber zugleich auch ihre eigene Identität bewahren. Sie gibt ihrem Kind das Leben, muß sich aber zugleich auch auf die Aufgabe vorbereiten, das Kind dem Leben wieder her-

zugeben. In dieser Zeit, das heißt im ersten Trimenon, erfolgt auch die Auseinandersetzung mit dem Anteil des Mannes an der Schwangerschaft, denn durch die Befruchtung wird er zu einer guten und damit akzeptierten und begehrten oder schlechten und deshalb abgelehnten Repräsentanz im Inneren der Frau. Ganz in Abhängigkeit davon, ob er als Vater des Kindes und auch als Liebesobjekt erlebt werden kann, und ob die Frau dies auch für ihn bedeutet, gelingt während des ersten Trimenons die grundsätzliche Anpassung an Mutter- und Vaterschaft. Dieses sind die Anfänge einer Triangulierung, in der der Vater als dritte Person nicht irgendwann dazukommt, sondern von Anfang an gleichberechtigte Bedeutung hat und damit die natürlichste Lösung aus dem Abhängigkeits- und Überforderungsdilemma einer zu dieser Zeit nach phantasierten, frühen Mutter-Kind-Beziehung verkörpert. (1).

Der psychogen bedingte Abort

In das direkte Erleben der Schwangerschaft ist der Mann in dieser ersten Zeit allerdings nur sehr bedingt mit einbezogen, da es sich eher um einen narzißtischen, das heißt zuerst ganz auf die Schwangere selbst bezogenen Prozeß handelt, in dem sie sich allmählich mit dem in ihr wachsenden Feten zu identifizieren lernt. Daß dieses Erleben keineswegs nur bereichernd ist, sondern auch äußerst bedrohlich sein kann, machen psychosomatische Beschwerden wie die Hyperemesis und Konfliktlösungen, wie Schwangerschaftsabbruch und Abort deutlich.

Mit dem Erleben von Schwangerschaft und den Phantasien, die um das Kind kreisen, werden ja nicht nur Kindheits-Erinnerungen belebt, sondern auch Empfindungen, die aus einer so frühen Zeit stammen, daß sie wegen der entwicklungsbedingten Unreife zwar erlitten, aber noch nicht erlebt und deshalb auch nicht erinnert und zugeordnet werden können. Die sie erneut leidende Person kann sich von diesen Gefühlen derart bedroht fühlen, daß sie sich nur noch durch eine unbewußte Lösung, das heißt durch Sterilität oder Abort gegen sie schützen kann. Hierbei handelt es sich um die machtvollen Gefühle der paranoid-schizoiden Position (2) der ersten drei Lebensmonate, die Zeit der absoluten Abhängigkeit vom primären Objekt, das auf die andrängenden Bedürfnisse des Kindes eben nicht überwie-

genk haltend oder beruhigend, sondern so stark versagend reagierte, daß es zu einem Überwiegen der inneren und äußeren Verfolger im kleinen Säugling kam und damit zu archaischen Seelenqualen, wie Winnicott dies genannt hat (5). Vor diesen Verfolgungskämpfen und Ängsten und der damit verbundenen Gefahr der Zerstörung der guten Anteile im Kind und Objekt schützt es sich durch den Abwehrmechanismus der Spaltung. Die spätere Belebung dieses frühen, nicht bewußtseinsfähigen, aber weiterhin bedrohlichen Empfindens und dessen Abwehr durch Spaltung kann eine psychosomatische Konfliktlösung notwendig machen. Den psychogen bedingten Abort würde dieser Mechanismus schlüssig erklären.

Ultraschallbild und seine Folgen

Am Beginn des zweiten Trimenons leiten die ersten Bewegungen des Kindes eine Wende ein. Das Kind kann jetzt als eigenes Wesen erlebt werden, zu dem deshalb auch Beziehung möglich wird: Es ist eine innere Realität, die nun auch spürbar und sogar nach außen sichtbar wird. Durch die modernen Methoden der Schwangerschaftsüberwachung wird dieser zweite Anpassungsschritt vorverlagert: Dies ist ein Eingriff in den natürlichen Ablauf der Schwangerschaft, der hinsichtlich seiner psychologischen Bedeutung schwer einzuschätzen ist. So fanden Langer und Mitarbeiter (3) aufgrund von Ultraschalluntersuchungen, die an 60 gesunden Schwangeren vor den ersten Kindsbewegungen, am Beginn des zweiten Trimenons gemacht wurden, daß bereits ein einziges Ultraschallbild eine enorme Auswirkung auf das Schwangerschaftserleben haben kann. Danach ist das Baby in der Vorstellung schöner, stärker, aktiver und vertrauter, ja selbst die eigene Körperwahrnehmung verändert sich in Richtung vermehrter Entspannung und geringerer Ängstlichkeit. Dementsprechend löst sich auch die zuvor in der Regel noch bestehende Ambivalenz gegenüber dem Feten auf: Er wird zum erwünschten Baby. So hilfreich, wie das im Einzelfall sein kann, so gefährlich kann es auch sein, denn das Ultraschallbild gefährdet damit auch den Ablauf des natürlichen Ambivalenzprozesses, der das erste Trimenon bestimmt. Die reale Existenz ihres Babys auf diese bildhafte Weise einmal wahrgenommen, fällt es einer Frau nicht mehr leicht, es vorübergehend auch abzulehnen, was ein durchaus wichtiges Stadium der frühen Schwangerschaft sein kann. Die Autoren folgern daraus mit Recht, daß der Ultraschall so früh nicht eingesetzt werden sollte, „nur um einmal zu schauen“. Ebenso vorsichtig sollte man mit dem Ultraschall bei Frauen sein, die auf das Ergebnis einer

Amniozentese warten, oder frühe Anzeichen einer möglicherweise nicht intakten Schwangerschaft haben.

Das Gefühl, versagt zu haben, bestimmt in den meisten Fällen den zunächst ganz das Erleben der Frau nach einem Abort im zweiten Trimenon. In der sich allmählich entwickelnden Beziehung zu ihrem Kind ist die Empfindlichkeit für alles, was dieses oder sie selbst verletzen oder bedrohen könnte, ohnehin gesteigert. Dabei ist sie ganz darauf ausgerichtet, darauf zu warten, daß das Kind in ihr heranreift, um ein eigenes, lebensfähiges Objekt zu werden. So löst der plötzliche Verlust in diesem Sinne relativ bewußtseinsnahe Phantasien aus, keine gute Mutter zu sein, etwas in sich zu haben, was das Kind nicht leben ließ. Dabei fallen Äußerungen wie: Ich habe nicht genügend auf mich aufgepaßt, mich nicht genügend geschont. Habe ich das am Ende provozieren wollen, habe ich mein Kind damit vielleicht sogar umgebracht?

Angst vor zerstörerischen Impulsen

Im Unterschied zu den bereits erwähnten, meist unbewußt bleibenden Verfolgungsängsten vor dem *gefürchteten* Objekt und den daraus folgenden Beschädigungsängsten, die aus der paranoid-schizoiden Position stammen und nur Befreiung durch psychosomatische Konfliktlösungen, zum Beispiel im Abort, finden können, fällt in diesen Äußerungen die Bewußtseinsnähe der quälenden Empfindungen auf sowie die Tatsache, daß sie überhaupt zugelassen werden können. Dabei überwiegt im Erleben die Angst vor den zerstörerischen Impulsen in sich selbst, die das *geliebte* Objekt vielleicht gefährdet und beschädigt haben. Damit überwiegen aber auch die Gefühle von Besorgnis und Schuld, die aus der reiferen, depressiven Position stammen (2), einer Entwicklungsstufe, deren Erreichen für seelische Gesundheit Voraussetzung ist.

Für den Umgang mit den Betroffenen bedeutet dies, daß diese Gefühle von den Eltern ebenso wie von den Ärzten und den sie betreuenden Schwestern akzeptiert werden sollten, damit das Leiden um den Verlust des geliebten Objektes schließlich vor den Schuldgefühlen und Versagensängsten Bedeutung bekommen und verarbeitet werden kann. Dabei tauchen natürlicherweise auch Wiedergutmachungsimpulse auf, doch schon das Wort macht deutlich, daß es sich hierbei um eine Illusion handelt, denn Geschehenes kann nicht rückgängig gemacht, kann allenfalls akzeptiert werden.

Der Wunsch nach oder die Empfehlung zu einer möglichst raschen neuen Schwangerschaft dient deshalb meist der Vermeidung des Erlebens, auf das das letzte Schwangerschaftsdrittel vorbereitet: Die Trennung, die

mit der Geburt des Kindes vollzogen werden muß, in der Förderung seiner Autonomie fortgesetzt wird und die im Abort und perinatalen Kindestod auf so abrupte und grausam engültige Weise vorzeitig abverlangt wird.

Zusammenfassung

Die seelische Anpassung der Eltern, insbesondere der Mutter an die Schwangerschaft, dient der Entwicklung einer Beziehung zu ihrem Kind, die auf „Halten“ und „Loslassen“ angelegt ist. Dabei werden in der Regel gute und schlechte Erfahrungen der eigenen Kindheit belebt. Wenn in den unbewußten Empfindungen der frühesten Kindheit die Angst überwiegt und feindselige, zerstörerische Impulse eine zu große Bedrohung darstellen, kann die Abspaltung dieser Gefühle durch die psychosomatische Konfliktlösung des Abortes hierfür die Rettung sein.

Abort und perinataler Kindestod bedeuten realen Verlust eines über die Phantasie erlebten Kindes. Dieses macht das Erleben nicht leichter, sondern vielleicht besonders schwer. Gefühle, als Mutter versagt zu haben, und das Kind nicht ausreichend geschützt, vielleicht sogar geschädigt zu haben, sind eine normale erste Reaktion, die aus dem Empfinden von Besorgnis um das geliebte Objekt folgt. Sie sollten als solche akzeptiert werden, damit die Trauer um den Verlust ihre eigentliche Bedeutung gewinnen kann. Ein solcher Prozeß braucht seine eigene Zeit. Ein späteres Kind muß dann aber auch nichts ersetzen. Es darf von seinen Eltern erneut um seiner selbst willen geliebt werden und ein Eigenleben haben.

Literatur

- 1) Frick-Bruder, V. und Schütt, E. (1992): Zur Psychologie des männlichen und weiblichen Kinderwunsches. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie 42, 7, 221-260 Georg Thieme, Stuttgart, New York
- 2) Klein, M. (1979): Die Psychoanalyse des Kindes. Ernst-Reinhardt, München, Basel
- 3) Langer, M., Ringle, M., Reinhold, E. (1988): Psychological effects of ultrasound examinations changes of body perception and child image on pregnancy. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 8, 119-208
- 4) Winnicott, D. W. (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Kindler, München
- 5) Winnicott, D. W. (1991): Die Angst vor dem Zusammenbruch. Psyche 12, 1116-1126

Viola Frick-Bruder, 51 Jahre, Psychoanalytikerin in eigener Praxis, Teilzeitbeschäftigung am Zentrum für Reproduktionsmedizin am UK. Interessenschwerpunkt: Psychosomatik der Gynäkologie



Pilot Projekt der IKK-Stuttgart:

„Frauen meistern alles!?“ Wenn Körper und Seele streiken

Annelie Keil

Die Vorstellungsrunde – insgesamt nahmen an drei Seminaren 28 Frauen teil – beginnt mit zwei Fragen, zu denen die Frauen während ihrer Vorstellung Erfahrungen und Erlebnisse mitteilen sollen, wenn sie das wollen:

1. Welche speziellen Belastungen erleben Sie in Ihrem Alltag?

Bei welchen Situationen müssen Sie besonders durchhalten?

2. Welche „manifesten“ Krankheiten haben Sie selber bzw. sind in Ihrer Familie vertreten? Wie sieht das Problemfeld dieser Krankheit für Sie aus?

Was wir erleben, ist eine „Gesundheitsberichterstattung von unten“. Hinter medizinischen Diagnosen und einfachen Fakten, hinter demographischen Daten wie Alter, Beruf, Hausfrau, Mutter von zwei Kindern, Unterleibsoperation, treten in beeindruckender Weise Lebensgeschichten in den Gruppenprozess, die auch das aufleuchten lassen, was nicht gelebt wurde oder nicht gelebt werden konnte, was bewältigt wurde oder was im Unter- und Hintergrund sein „Unwesen“ treibt, weil es nicht integriert werden konnte.

Fast jede Einzelschilderung eröffnet eine Möglichkeit, an gemeinsame Erfahrung mit anderen Frauen anzuschließen – und im Prozess des Rundgesprächs wird deutlich, daß Gesundheit und Krankheit im Leben des einzelnen Menschen einerseits etwas unverwechselbar Individuelles ist – jede Frau hat ihre je spezifische und eigenwillige Gesundheits- oder Krankheitsgeschichte – und daß gleichzeitig in diesem Individuellen und Besonderem das Allgemeine sichtbar wird: der Zusammenhang von und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit auf dem Hintergrund der sozialen, ökonomischen, berufsspezifischen und lebensgeschichtlichen Bedingungen.

Am Ende dieser mehrstündigen, bis tief in den Abend gehenden Gesprächsrunde sind alle Teilnehmerinnen bewegt von der Erfahrung der Offenheit und Tiefe, des Mitleidens und der Bewältigungsfähigkeit, der Bereitschaft zuzuhören wie der anderen, von sich zu erzählen. Die Frauen haben in dieser Eröffnung die „Didaktik des Seminars“ bestimmt: alle Fragen zum Thema liegen auf dem Tisch, sie, die Frauen, sind die Expertinnen für eine Gesundheitsförderung, die da anfängt, wo die

Welche spezifischen, vor allem lebensgeschichtliche Fragen von Gesundheit und Krankheit stellen sich Frauen, die durch Beruf und Familiensituation mehrfach belastet sind? Unter oben stehendem Titel hat die Autorin dieses Beitrages, Hochschullehrerin an der Universität Bremen, verschiedene Wochenendseminare durchgeführt, in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Innungskrankenkassen sowie unter anderem der IKK Stuttgart, Nürtingen und Essen. Teilnehmerinnen waren „Meisterfrauen“: Frauen von Handwerksmeistern sowie Frauen, die ihren Meister gemacht haben, beide Gruppen aus verschiedenen Handwerksbereichen wie Malerbetrieb, Autohaus, Metzgerei, Elektrohandwerk, Bäckerei u. a. Frauen mit Mehrfachbelastungen ganz besonderer Art, aber auch zugleich mit wichtigen Meinungsbildungsfunktionen.

Der folgende Protokollauszug über das erste zweitägige Seminar gibt einen Einblick in die Probleme dieser Frauen und in den Versuch, ihnen ein neues Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverständnis zu vermitteln, ihnen dabei Mut zu notwendigen Veränderungen zu machen und so etwas zu leisten wie kritische Hilfe zur Selbsthilfe.

Nach erfolgreichem Abschluß des Pilotprojektes wird das Projekt von den Innungskrankenkassen in den alten und auch in den neuen Bundesländern angeboten.

Menschen stehen.

Die Frauen beschreiben ihre Lebens- und Alltagssituation stichwortartig wie folgt:

- sie sind Blitzableiterinnen, Prellbock;
- sie bekommen allen Ärger, den ganzen Frust ab; schon frühmorgens am Telefon von den Kunden, vom Ehemann, den Mitarbeitern, den Kindern, den Schwiegereltern und Eltern;
- es wächst ihnen über den Kopf; es wird alles zu viel; sie haben einen „Non-Stop-

Alltag“;

- im Dienstleistungsunternehmen wird von ihnen erwartet, immer freundlich zu sein; man wird manchmal zur Maske;
- Betriebliches und Privates sind untrennbar verknüpft; jeder Privatkonflikt wirkt auch auf den Betrieb und umgekehrt;
- im Umgang mit Angestellten wird Höflichkeit gewahrt; gegenüber der Ehefrau scheinen sich die Männer manchmal alles erlauben zu können; sie muß einfach mehr aushalten können, weil sie nicht kündigen kann;
- es bleibt wenig Zeit und Raum für die Partnerschaft, die Kinder, geschweige denn für sich selbst; gerade gegenüber den Kindern haben die Frauen häufig ein schlechtes Gewissen;
- sie müssen „perfekt“ sein, nicht nur in der Terminplanung – anders ist es ihnen unmöglich, ihre vielen Rollen auch nur annähernd zu bewältigen;
- oftmals gibt es zusätzliche Belastungen durch kranke Kinder und Ehepartner oder durch die langjährige Pflege älterer hilfebedürftiger Angehöriger, vor allem der Eltern und Schwiegereltern.

Einige Beispiele:

- „Vor einem Jahr ist mein Vater an Leukämie erkrankt, meine kleine Tochter ist zum Glück gesund. Ich frage mich ständig, ob ich im Geschäft und in der Kindererziehung alles richtig mache – der Streß geht schon morgens um 6 Uhr los. Meine Durchhaltungssituation ist der ständige Konflikt zwischen meinem Vater und meinem Mann als Schwiegersohn, die Pufferstellung dazwischen und zwischen Geschäft und Kind. Ich lebe nach der Uhr, ich selber stehe hintenan, das ist ganz normal. Ich stehe alleine da, keine Oma, und abends bin ich fertig. Ein Kindermädchen hat die Situation jetzt entspannt.“
- Herzinfarkt des Mannes vor 10 Jahren. „Das war ganz schlimm – ich stand allein mit dem Geschäft. Er ist ein Hektiker. Seit einer lebensgefährlichen Erkrankung bringt mich nichts mehr aus der Fassung, ich gebe alles, was ich kann. Meine Krankheit war meine einzige Ruhepause nach 22 Ehejahren, nach 16stündigen Arbeitstagen. Der eigentliche Urlaub war die Krankheit.“
- „Ich habe in das Geschäft eingehieiratet. Die Eltern meines Mannes haben das Geschäft aufgebaut und die Mutter hält nach wie vor die Macht in den Händen. Das schlechte Gewissen den drei kleinen Kindern gegenüber bei all der Arbeit zerrt an den Nerven. Mein Mann ver-

kriecht sich in sich selber, nimmt nicht Stellung im Konflikt zwischen seiner Mutter und seiner Frau. Irgendwann muß mein Mann Stellung beziehen.

- „Ich bin von Beruf OP-Schwester und mußte mich erst in die Büroarbeit einfuchsen. Die drei Kinder habe ich selber aufgezogen, koche täglich für 5 Personen. Ich habe das Gefühl, das beste Pferd im Stall zu sein, auf dem jeder herumreitet. Mein Mann rennt überall hin, ist am Abend kaum da. Ich spüre die Enge – ich brauche mehr Luft.“
- „Mein größtes Problem ist, wenn die Angestellten nicht kommen. Dann muß man alles alleine machen. Aber irgendwie geht es immer weiter.“
- „Ich ging irgendwo verloren, das war nicht mehr mein Leben. Aber niemand war da, der mich fragte, was ist eigentlich los mit dir. Eine Nachbarin gab den Anstoß zur Veränderung der Situation.“
- „Nach dem Selbstmord eines Freundes saß ich wie auf einer Eisscholle. Geschäftsprobleme stehen manchmal wie eine Wand vor mir.“
- „Ich bin unzufrieden, obwohl ich eigentlich alles habe. Das ist nicht mein Leben. Ich will noch lernen, mich fortbilden – aber alle schütteln den Kopf.“
- „Mein Streßpunkt sind die pflegeintensive Kundschaft und meine Tochter, die mit 17 Jahren und in total ungesicherten Verhältnissen schwanger ist.“
- „Ich will alles 100 prozentig machen und meine langsamen und uninteressierten Verkäuferinnen machen mich nervös. Abends bin ich zuge-schwellen.“
- „Ich war Mädchen für alles und habe mich bis zur Selbstaufgabe in den Betrieb hineingekniet. Dank habe ich nicht bekommen, aber habe selbst viele Schuldvorwürfe gemacht. Nach einer Krankheit habe ich einiges begriffen, habe zunächst aus Protest allein Urlaub gemacht, heute kann ich das genießen.“
- „Ich habe in all meiner Belastung zu wenig Zeit für die Versorgung meiner Eltern, das macht mir Schuldgefühle.“
- „Grenzerfahrungen mit Krankheiten haben ein ‚Halt‘ erzwungen. Aber was macht man mit einer Erkenntnis: Das Geschäft bringt mich um und die Familie auch? Ehrenämter konnte ich abschaffen – aber Geschäft und Familie? Ich suche nach einem Weg.“

Die Gespräche um diese Lebenserfahrungen herum zeigen, wie gesundheitsbeeinträchtigend, aber auch „gesundend“ viele Alltags- und Arbeitssituationen im Leben der Frauen waren und sind. Was der einen schwer fiel, war der anderen leicht oder gar kein Problem. Was der jungen Frau unlösbar auf den Nägeln brennt, hat die ältere Handwerksfrau für sich befriedigend gelöst oder auch mit Resignation umschlossen. Von einem Leben können wir immer lernen, es stellt auch einem fremden Menschen Fragen oder gibt ihm indirekt Antworten. Personalmangel, Hektik und Streß, Termindruck, kontrollierende Angehörige, keine Rückzugsmöglichkeit, Perfektionismus, zu viel Verantwortung, Partnerprobleme, Blitzableiterfunktion und nicht gesehen zu werden – all das gibt dem Leben jene Ebene der Herausforderung, auf der

Gesundheit und Krankheit miteinander ringen.

Auf Belastungen reagieren viele der Frauen mit Herzbeschwerden und Herzklopfen, mit Kopfschmerzen und Migräne, mit Verspannungen und Halswirbelsyndrom, mit Kreislaufstörungen und Schweißausbrüchen, mit Schlafstörungen, mit Asthma und Atembeschwerden, mit Hautausschlägen und Allergien, mit Hungeranfällen, verbunden mit schlechtem Gewissen und Angst vor Übergewicht, mit Appetitlosigkeit, mit dem Magen, mit den „Nerven“.

Auch hier bestätigt und präzisiert ein später verteilter Fragebogen eine Tendenz, die sich im Verlauf der Gespräche und Diskussionen erhärtet. Zu den Spitzenreitern der in den letzten Jahren „ärztlich“ behandelten und diagnostizierten Symptomen und Krankheiten gehören? Kopfschmerzen und Migränen, Herzbeschwerden unterschiedlicher Art und Erkrankungen des Haltungs- und Stützapparates wie vor allem Verspannungen im Nacken und Rücken neben anderen Wirbelsäulen-Problemen. Dazu kommen „somatische“ Probleme mit anderen inneren Organen wie beispielsweise dem Magen, aber auch Erkrankungen der Haut und allergische Reaktionen wie Empfindlichkeiten für grippale Infekte und Erkältungskrankheiten.

Prozeß der Selbsterkenntnis

Während nur wenige Frauen mit sogenannten Befindlichkeitsstörungen zum Arzt gehen, weil sie sich schon bei direkten somatischen Beschwerden häufig unter der Kategorie „vegetative Dystonie“ abgelegt und abqualifiziert fühlen, wird durch die später im Fragebogen gestellte Frage: „Mit welchen Störungen Ihrer Befindlichkeit und Beschwerden der letzten Jahre sind Sie nicht zum Arzt gegangen?“ ein anderer Spitzenreiter deutlich: psychische Reaktionen als Antwort auf die eigene Lebenssituation in Familie und Betrieb werden weitgehend verschwiegen. Mit den oft genannten Erschöpfungszustände und Überlastungssymptome, Nervosität und Depressionen, Schlaflosigkeit, Angst, Unzufriedenheit und Enttäuschung, Aggressionen sowie mit manchen somatischen Beschwerden wie Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Magen-Gallen-Krämpfen wenden sich die Frauen oft nicht an Ärzte, da ihnen selbst eine Krankenschreibung wenig nützt. Auch wenn sie objektiv krank sind, wird von ihnen – zumindest in den sogenannten leichten Fällen – erwartet, daß sie ihre Arbeit irgendwie erledigen. Vor allem erwarten sie selbst das von sich.

Ausgehend von den Beispielen, Erfahrungen und Fragestellungen der Teilnehmerinnen, die im Wechselspiel mit Kurzvorträgen, Erläuterungen und kleinen Übungen in den

Zusammenhang eines sozialen und psychosomatischen, vor allem aber ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit gestellt werden, entwickelt sich im Verlauf des Seminars ein Prozeß von Erkenntnis übergreifender Zusammenhänge mit dem Prozeß der Selbst-Erkenntnis, in dem das Durchhaltesyndrom in der Zeitfrage des Seminars: „Frauen meistern alles?“ in seiner Doppelstruktur immer wieder zum Thema wird. Lebensprinzipien entwickeln sich als Antwort auf Verhältnisse, aber sie nähren sich auch da, wo sie uns aufgezwungen werden oder aufgezwungen zu werden scheinen aus dem eigenen Verhalten.

Inhaltliche Schwerpunkte in diesem Prozeß sind:

- Das *Verständnis eines Gesundheitsbegriffs*, der als Selbstgestaltungsprozeß des Lebens die körperliche, seelische, geistige, soziale und spirituelle Dimension der menschlichen Existenz umfaßt; also Gesundheit nicht als einmaliges Gut, sondern als Aufgabe der Gestaltung und Selbstverantwortung.
- Der *Krankheitsbegriff* im mechanistischen Verständnis der Schulmedizin und in der *sozialen Psychosomatik* und ihrer am Menschen selbst orientierten Begründung; also Krankheit als Weg und Bewegung, als Krise und Herausforderung.
- Der *Zusammenhang von Lebens- und Gesellschaftsgeschichte* mit Gesundheit und Krankheit; hier speziell die Auseinandersetzung mit dem „*Frauensyndrom*“ und der Frage: Was macht Frauen krank und wie lassen sie sich krank machen?
- Gesundheit als Weg der *Aneignung der eigenen Lebensperspektive* und der Möglichkeiten der Lebensgestaltung zwischen Anpassung und Widerstand.

Die Aufnahmefähigkeit und Gesprächsbereitschaft der Teilnehmerinnen ist ebenso beeindruckend wie das Interesse, das sie an den theoretischen Erklärungen zu spezifischen psychosomatischen Zusammenhängen, gesellschaftswissenschaftlichen Hintergründen und psychologischen Aspekten entwickeln.

Eine wichtige Erfahrung während dieses ersten zweitägigen Seminars ist für die Frauen, zu erleben, daß viele andere Menschen ähnliche Probleme haben wie sie selbst. Allzu häufig haben sie im isolierten Alltagserleben den Eindruck, es handele sich um ihre ganz persönlichen Belastungen und Beschwerden, die vor allem auf ihre eigene Unfähigkeit und Unkompetenz zurückzuführen seien. Den gemeinsamen Austausch beschreiben die Frauen als außerordentlich stützend und bereichernd, da ihnen häufig jemand fehlt, mit dem sie sich aussprechen können. Die dabei deutlich werdende Offenheit ist sicherlich auch ein Ausdruck der Anspannung und langen Lei-

denserfahrung mancher der anwesenden Frauen. Von ihnen, wie von Frauen überhaupt, wird erwartet, alle Aufgaben einschließlich der Gefühlsarbeit selbstverständlich und ohne Murren zu bewältigen, immer für andere da zu sein und zu sorgen, ohne Rücksicht auf die eigenen Befindlichkeiten und eigenen Bedürfnisse.

Zeit und Raum für sich selbst suchen!

Auf ganz verschiedene Art und Weise haben die Frauen begonnen, sich hin und wieder einmal abzugrenzen. So nannten sie z. B.:

- für sich selbst ein Zimmer im Haus einrichten oder wenigstens den Zugang zu den eigenen Räumen „privatisieren“;
- nicht jeden Mittag in der gleichen Weise perfekt kochen;
- sich einen Nachmittag, einen Abend freinehmen, mal mit jemandem wirklich sprechen;
- Gymnastik und andere Sportarten betreiben; Wünsche erfüllen: einmal allein wegfahren, wenigstens in Kur;
- Dinge wiederaufgreifen, die sie viele Jahre nicht getan haben;
- Später ins Geschäft kommen, wenn die Kinder die Mutter noch brauchen, auch wenn die Schwiegermutter kontrolliert.

Aus den einzelnen Beispielen wird deutlich, daß es für die Frauen darum geht, Zeit und Raum für sich selbst zu schaffen und sich Fremd- und Eigenansprüchen gegenüber manchmal zu verweigern. Sie beginnen, Prioritäten zu setzen, um Zeit für sich zu finden. Um sich gegen überfordernde normative Erwartungen ihres Umfeldes zur Wehr setzen zu können, bedürfen die Frauen der Unterstützung und Absicherung bei ihren neuen Gehversuchen bzw. auf ihren neuen Wegen. Gleichzeitig müssen sie auch ihr eigenes Anspruchsniveau zu senken versuchen. Wenn die Frauen betonen, sie würden sich so gerne einmal zurückziehen, aussteigen, dieser Wunsch aber gleichzeitig überhaupt nicht realisierbar scheint, so zeigt sich darin auch ihr Gefühl von Unabkömlichkeit und Unersetzbarkeit. Mit diesem Gefühl verbindet sich manchmal auch eine ungeheure Macht, das positive Gefühl nämlich, gebraucht zu werden und eben das erfüllt mit Stolz. Zu erfahren, daß es auch anders, d. h. hier mit weniger Aufwand, geht, ist ein Einbruch in das bisherige Selbstverständnis und kann den oft langjährig bestimmenden Lebensinhalt tiefgreifend in Frage stellen.

Ein Ziel dieses Seminars ist, deutlich zu machen, daß Gesundheit und Krankheit keine Gegensätze sind; beide Erscheinungsformen gehören zusammen, sind aufeinander bezogen und nur in ihrer wechselseitigen Bedingtheit zu verstehen.

Warum jetzt und warum hier?

Wenn Körper und Seele streiken, geht es darum, den Grund zu verstehen, geht es um Auseinandersetzung, ja manchmal auch wie im politischen Streik um die Suche nach einem Kompromiß, denn wir können unser Leben nicht zu jedem Zeitpunkt beliebig verändern. Die Wut gegen meinen Chef ist schwerer zu artikulieren, wenn ich um meinen Arbeitsplatz fürchte, mit dessen Lohn ich meine Familie ernähre. Einige Grundaspekte tauchen immer auf:

Krankheit ist eine Herausforderung, dem Leben, vor allem dem ungelebten Leben zu begegnen. Was in unserem Leben hatte zu wenig Raum oder auch gar keinen Ort?

Viktor von Weizsäcker hat sich mit seinen Patienten dazu immer die Frage gestellt: warum jetzt und warum hier?

Krankheit ist eine lebenswichtige Erinnerung an unsere Verletzlichkeit und Endlichkeit. Sie erinnert uns auf manchmal dramatische Weise an eine Selbstverständlichkeit: daß wir nämlich nur dieses eine Leben haben, das wir nicht damit vergeuden sollten, immer nur an den Bedingungen dafür zu arbeiten, daß wir eines Tages aber ganz bestimmt mit unserem eigentlichen Leben beginnen werden. Jede Krankheit ist ein Teiltod, der Wandlung und Integration notwendig macht.

Krankheit ist eine Konzentrationsübung auf uns selbst. Niemand kann uns die Krankheit abnehmen, so sehr wir das auch von manchem Arzt erwünschen und erträumen. Sie wirft uns auf uns selbst zurück, fordert uns zum Innehalten auf – manchmal hält sie uns für Jahre im Bann. Immer ist die Krankheit mit der Konzentration auf die Frage verbunden: was soll ich jetzt lernen, was ist die Lektion, die mir jetzt aufgegeben ist? Diese Frage kann sich in einer Grippe ebenso stellen wie in einer Krebserkrankung.

In der Konzentration auf uns selbst stellt uns die Krankheit in die Selbstverantwortung. In der Regel suchen wir die medizinischen Experten auf, um die Beunruhigung loszuwerden, viel weniger dazu, sich mit ihnen über die Streikforderungen von Leib und Seele zu beraten und zu verständigen. Was wir lernen müssen – ob als Betroffene oder als Berater: Gesundheit ist nicht Risikofreiheit, sondern die Fähigkeit, mit dem Risiko des Lebens immer wieder neu umzugehen.

Annelie Keil

Gemeinsam wird an den zwei Seminartagen deutlich, daß körperliche Symptome nicht ausschließlich negativ zu sehen sind, obwohl sie unser Wohlbefinden oft erheblich beeinträchtigen. Sie sind zugleich Signale und enthalten Botschaften, die uns massiv darauf aufmerksam machen, daß der „gewohnte“ Umgang mit uns selbst nicht „gesundheitsförderlich“ ist. Hilfreich für einen bewußteren Umgang mit uns selbst ist beispielsweise die Beobachtung, wann und in welchen Situationen jede von uns mit je spezifischen somatischen oder psychischen Alarmzeichen reagiert, welche sozialen Situationen uns an die Grenze bringen, welche Denkprinzipien uns das Leben schwer machen (wie z. B. der Satz: „ich muß immer perfekt sein“).

Einzelne Frauen berichten, daß eine eigene schwere Krankheit oder die eines Familienmitgliedes ein Umdenken, eine Umorganisation erforderlich gemacht hat. Plötzlich waren sie gezwungen, kürzer zu treten; es war plötzlich das möglich, was immer unmöglich schien. In dieser Weise kann eine Krankheit zum „Gesundheitserzieher“ werden, indem man sie als „produktive Krise“ begreift und aus ihr lernt, was wir dem Leben bisher verweigert haben.

Dieses erste Seminar diente vor allem dazu, die Alltagssituation der „Meisterfrauen“ in

einem Zusammenhang mit ihrem Befinden zu stellen. Erst wenn man sich bewußt macht, wie komplex der Weg in die Krankheit und zurück zur Gesundheit ist – als dauerndes Zusammenspiel von körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und religiös/spirituellen Faktoren kann man erahnen, wie vielschichtig ein umfassender Heilungs-/Gesundungsprozeß und die ihr zugeordnete Gesundheitsförderung sein muß. Wie wenig Zeit sich die Teilnehmerinnen für sich selbst nehmen, war schon darum sichtbar, wie schwierig es für viele war, sich auch nur ein Wochenende von Verpflichtungen freizumachen.

Annelie Keil, Professorin an der Universität Bremen mit den Schwerpunkten Gesundheitswissenschaften u. Krankenforschung, soziale Psychosomatik, Mitarbeit in verschiedenen vor allem gesundheitspolitischen Projekten sowie internationalen Vereinigungen wie ICLS (New York) und Elpis (Argentinien)



Kritik der Psychosomatik:

Ärger mit der Allergie...

Die Macht des Forschers, des Therapeuten (beide Rollen fallen in der Psychoanalyse zusammen) darf sich nicht gegen die Subjektivität des Gesprächspartners richten und versuchen, sie mit vorgefertigten, „objektiven“ Deutungen zuzudecken und zu unterwerfen.

Als Beispiel für das Scheitern dieses Dialogs zitiere ich (mit Erlaubnis des Autors, für die ich mich an dieser Stelle bedanke) einen Brief, der mich im Juni 1983 nach der Publikation eines Vorabdrucks meiner Überlegungen zur „Ökotherapie“ erreichte. Ich finde diesen Brief aus zwei Gründen wichtig: erstens weist er auf die Gefahr hin, die in einer Zeit zunehmender Umweltverschmutzung und wachsender Anstrengungen, diese Gefahren zu verleugnen und zu bagatellisieren, von einer „psychosomatischen“ Erklärung ausgehen kann, und zweitens zeigt dieser Brief, wie der Dialog zwischen dem Kranken und den psychosomatisch orientierten Ärzten entgleisen kann, sobald objektivierende Machtausübung wirksam wird.

Jürgen L.

8700 Würzburg, den 22. Juni 1983

Sehr geehrter Herr Schmidbauer, ich bitte darum, Sie zu einem mich persönlich betreffenden Problem um Rat fragen zu dürfen.

Vorgeschichte: ich arbeite als biologisch-technischer Assistent (Elektronenmikroskopie) seit über fünfzehn Jahren an der Universität W. und habe mir in den letzten drei Jahren eine so heftige Allergie gegen Labortiere und Chemikalien zugezogen, daß ich an einen anderen Arbeitsplatz versetzt werden mußte.

Die Auseinandersetzung mit der Verwaltung und der Berufsgenossenschaft um diese Versetzung ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

Diese Allergie ist sehr heftig und bereitet mitunter sehr unangenehme Beschwerden (besonders die Reaktion gegen Schwefelverbindungen!), so daß mir vom behandelnden Arzt empfohlen wurde, die psychotherapeutische Beratung (im gleichen Hause) aufzusuchen, weil diese in manchen Fällen zu einer Besserung des Gesundheitszustandes beitragen soll.

Ich war bei vier dieser Gespräche; da ich aber keinen Zusammenhang zwischen den Gesprächen und meiner Allergie erkennen konnte und mir nicht klar wurde, wie diese mir weiterhelfen sollten, bat ich darum, die Gespräche abzubrechen.

Dabei wurde ich von dem Psychotherapeuten gebeten, im Hörsaal vor Studenten zu schildern, wie meine Allergie entstanden ist und welche Einstellung ich dazu habe.

Der Münchner Psychotherapeut, Lehranalytiker und Autor Wolfgang Schmidbauer („Die hilflosen Helfer“) übt in seinem Buch „Die subjektive Krankheit“ anhand einer Vielzahl von Fallbeispielen Kritik an vorschnellen psychosomatischen Deutungen und an dem in der Psycho-Szene sich verbreitenden Dogma, die Organsprache ließe sich ohne weiteres in die Sprache der Seele rückübersetzen.

Im Folgenden zitieren wir in gekürzter Form einige Gedanken Schmidbauers und den an ihn gerichteten Brief eines Allergikers: „Die Macht des Forschers“

Bei dieser Veranstaltung war auch Herr Prof. X. anwesend.

1. Entstehung der Allergie. Bei der arbeitsmedizinischen Untersuchung wurde festgestellt, daß ich kein Atopiker bin; die Allergie wurde im Beruf erworben. Bei einer Arbeitsplatzuntersuchung hat sich im Belüftungssystem ein „lüftungstechnischer Kurzschluß“ ermitteln lassen. Mein Zimmernachbar hat eine ähnliche Allergie wie ich bekommen; es ist vorgekommen, daß es Mitarbeitern so schlecht wurde, daß sie sich übergeben mußten.

2. Einstellung zur Allergie. Mich wundert immer wieder, wie rasch ich mich nach einer allergischen Reaktion, selbst nach einem anaphylaktischen Schock, erholen kann, wenn es nur erst einmal gelingt, dem Allergen auszuweichen. Ich bin daher skeptisch, eine Allergie einfach als Krankheit abzutun (wobei ich mich natürlich um eine Definition „Krankheit“ drücken muß). Ich vermute eher, daß auch eine Allergie zunächst nur ein Abfragen unseres Immunsystems auf Fremdstoffe ist, wobei dieses Abfragen sicherlich ein sehr komplexes Geschehen darstellt und daher möglicherweise auch die „Empfindlichkeit“ dieser Abfrage, wie so viele biologische Systeme, einer Verteilungsfunktion folgt. Dann wäre der Allergiker vielleicht einfach jemand, dessen Abfrage auf Fremdstoffe eben auf der empfindlichen Seite dieses Systems liegt (in der Mitte wären dann die „Normalen“, auf der anderen Seite die „Bullen“).

Ich habe auf ausdrückliches Befragen auch erklärt, daß es mich ärgert und bedrückt, wie

die Allergiker durch medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung „ruhiggestellt“, werden sollen, während niemand danach fragt, welchen Schadstoffbelastungen wir am Arbeitsplatz und der sonstigen Umwelt ausgesetzt sind.

Wenn es stimmt, daß diese Umweltbelastung und auch die Allergien noch weiter zunehmen, dann wären Allergiker vielleicht so etwas wie ein Frühwarnsystem.

Problem: Darauf stand Herr Prof. X. etwas erzürnt auf und erklärte kategorisch etwa folgendes:

Hier sehe man ganz einfach, wie ein naturwissenschaftlich orientierter Patient eine psychisch verursachte Erkrankung einfach wegdiskutieren kann; er meint, meine Erkrankung sei durch berufliche Schwierigkeiten bedingt und ich solle nur zu ihm zur psychotherapeutischen Behandlung kommen und könne hinterher sogar wieder an mein Elektronenmikroskop.

Herr Prof. X. hat vorher nie mit mir gesprochen, verteidigen konnte ich mich auch nicht, denn er ging nach seiner Erklärung sofort weg; daher hat mich seine apodiktische Erklärung, besonders vor allem Hörsaal, sehr betroffen gemacht.

Natürlich sind biologische Vorgänge sehr komplex, und bei „physiologischen und/oder biochemischen Mustern“, die schließlich in einer Allergie gipfeln, erwarte ich geradezu, daß sie mit charakteristischen „psychologischen Mustern“ korrelieren.

Ich selbst halte mich für einen „empfindlichen“ Menschen, aber diese Empfindlichkeit hat auch ihre Vorteile: in vielen Lebensbereichen betrachte ich sie geradezu als Geschenk.

Die Tatsache, daß einfache chemische Substanzen in der Umwelt erhebliche Eingriffe ins Alltagsleben bewirken können, ja unter Umständen sogar lebensgefährliche Situationen bedingen, bedrückt mich viel zu sehr, als daß ich daran glauben könnte, einige Gespräche mit Herrn Prof. X. ließen den ganzen Spuk verschwinden.

Da Allergiker andererseits auf Verständnis und Unterstützung angewiesen sind, halte ich das Vorgehen von Prof. X. geradezu für gefährlich und meine, man sollte sich dagegen wehren.

Jürgen L.

(Eine ausführliche Rezension des Buches „Die subjektive Krankheit“ findet sich auf S. 19)

Wenn Ärzte zu viel deuten

Warnung an Männer und Frauen

„Tzz tzz“. „Tzz“. Meine Zahnärztin hob mahndend die Stimme. „Ich sehe deutlich, daß Sie Ihre Wut in Ihrem Speisezimmer herauslassen. Alles weggeknirscht, sehen Sie, die Zahnoberfläche ist bei Ihnen ganz eben!“

Sie lenkte meinen Blick auf den vor uns liegenden Abdruck meines Gebisses. Blitzschnell fuhr ich mit der Zunge in meinem Speisezimmer herum. Es stimmte! Ursache dafür war wieder einmal meine frühere Kindheit, für die ich heute, ca. 35 Jahre später, die Verantwortung übernehmen soll.

„Die introjizierte böse Mutter ist es, die saugt, beißt und die Magenschleimhaut zerstört, die Bronchien beim Asthmatiker verengt, wobei diese Somatisierung oft auch als letzte Abwehr vor der Psychose beschrieben wird“, schreiben dazu Bräutigam/Christian in ihrem Klassiker „Psychosomatische Medizin“, G. Thieme-Verlag (dem auch alle folgenden Zitate entnommen sind).

Zerknirscht schlappte ich nach Hause. Erst in den trauten vier Wänden meiner Wohngemeinschaft gelang mir der Befreiungsschlag. Auf meine harmlos dahingeklapperte Frage „Was machen denn deine Kopfschmerzen?“ erhielt ich ein stöhnendes „Oh, hör' mir auf!“ zur Antwort. „Läuft's mal wieder schlecht mit Heiko?“ schob ich nach. Das zwischen den Zähnen hervorgestoßene „Was weiß ich...“ zeigte mir, daß ich den Nagel auf den schmerzenden Kopf getroffen hatte.

Menschen, die ihre Gefühle über körperliche Symptome ausdrücken, sind nämlich so selten bei sich, besser gesagt, in sich zu Hause, daß ihr Seelenleben einer Black Box gleicht. „Sie sind in der Beziehung zum Untersucher nicht zu einer Objektbeziehung fähig, in ihren sprachlichen Äußerungen banal, steril, ohne Entwicklung. Die psychosomatische Regression wird als eine Ich-Regression auf ein primitives Abwehrsystem mit aggressiven und autodestruktiven Tendenzen in Form der Somatisierung beschrieben.“

Wie sag' ich's meiner Ärztin?

Reinfälle der oben beschriebenen Art müssen nicht sein! Ich gehe heute mit mehr Selbstbewußtsein und kritischer Introspektion

Eckhard Giese

Versuch einer Satire: Der Autor, Psychologe und frischgebackener Professor für Psychologie an der Fachhochschule Erfurt, kommt bei aller Sympathie für die Psychosomatik nicht umhin, sich ein paar Gedanken zu machen über ihre belustigenden Auswüchse in der Psycho-Szene. Als Herausgeber zweier Psychosatik-Bände („Dir werd ich helfen“; „Zulassen-Rauslassen“, beide erschienen im Psychiatrie-Verlag) weiß er: Man muß nicht gleich den Schwanz einziehen. Auch wenn einem manchmal die Haare zu Berge stehen angesichts platter oder hochgelehrter psychosomatischer Deutungen...

in jede Arztpraxis. So sage ich zum Beispiel von vornherein dem Internisten: „In meiner Beziehung läuft's nicht gut!“ Weil kaum einer dieser Leute etwas von Ganzheitsmedizin versteht oder tatsächlich an meinem seelischen Befinden interessiert ist, zwingt diese Eröffnung meinen Behandler zu ganz neuen Volten, von „Echt? Meine auch nicht“ oder „Ja, und warum kommen Sie dann zu mir?“ bis hin zu deutlichen Vorhaltungen bezüglich meiner Lebensführung, an der weder Turnvater Jahn noch Pfarrer Kneipp viel Freude gehabt hätten. Die ganze Einstellung stimmt nicht.

Merke: Im Psi-Zeitalter ist körperliche Krankheit ein seelisches *Makel*.

Mach's dir doch einfach mal schön!

Kennen Sie das? Sie haben einen Hexenschuß, ersatzweise Sodbrennen und werden von ihrem Gegenüber (es könnte auch ihr Über-Ich sein) vorwurfsvoll ins Visier genommen: Wie lange willst du noch so mit dir umgehen? Oder, die softere Variante: Warum machst du es dir nicht einfach mal wieder schön?

Vielleicht sind Sie ja schon weiter und gehören zu den Menschen, die lieber drei Tage Kopfschmerzen ertragen als einmal die chemische Keule auf ihren Schädel nieder sausen zu lassen. Das ist gut, denn zumal als sensibel aufgeklärter Mann, der die weiblichen Seiten in sich weit aufgeschlagen sieht, ist man nicht einfach krank. Krankheit ist die

Chance – zur Besinnung, zu persönlichem Wachstum, vor allem auch, um den Härten der männlich vereinseitigten Rolle zu entkommen. „Ein verbreitetes Beispiel für dieses Phänomen ist der Mann, der in einer Gefahrensituation Durchfall bekommt, statt in einer angebrachten Weise zu handeln“, wissen Bräutigam/Christian. Doch Vorsicht bei der Organwahl! Denn der im Zuge der Gesundheitsreform künftig zu versteuernde Krankheitsgewinn wird Ihnen von ganzheitlichen Gesundheitsaposteln leicht vermiest.

Angesichts leerer Kassen ist nämlich jeder seines Unglücks Schmied. Wundern Sie sich deshalb nicht, wenn heute viele psychosomatische Krankheiten mit Charakterzügen in Verbindung gebracht werden, die alles andere als angenehm erscheinen. So gelten Migräniker als zwanghaft, überhehrgeizig und aggressionsgehemmt (d. h., sie führen etwas gegen ihre Umwelt im Schilde, sagen es aber nicht).

Selten werden Sie in einem Handbuch der Psychosomatik Charakterbilder entdecken, mit denen Sie gern identifiziert werden möchten. Vergessen wir aber nicht, daß Ihre suchthafte Suche nach Anerkennung ja bereits Teil Ihrer Probleme ist!

Es ist in der Psychosomatik wie im wirklichen Leben: Wer den Spott hat, muß für den Schaden selbst aufkommen. Wenn Sie nämlich Ihre Mutter-Kind oder Vater-Mutter-Kind oder Vater-Vater-Vaterbeziehung beizeiten „aufgearbeitet“ hätten, dann hätte sich der Schnupfen womöglich ein anderes Opfer gesucht. „Bei zwei Drittel der Patienten besteht eine Abhängigkeit von Realpräsenz eines Vater- oder Mutterobjekts auf dem Boden nicht gelöster, früher Objektbeziehungen. Psychodynamische Abwehrformen bestehen in Rationalisierungen, Bagatellisierungen, Affektabsplattungen und Verdrängungen des Konfliktbewußtseins“, meinen die bereits zitierten Pächter der Psychosomatik zu wissen.

Nicht ins Boxhorn jagen lassen

Nachdem Sie nun mit den wesentlichen Essentials der modernen Psychosomatik vertraut geworden sind, sollten Sie sich von neugierigen Medizinerfragen (es kann auch die Psychologin sein!) nicht länger ins Boxhorn jagen lassen. Es ist keineswegs anrücklich, daß Sie gelegentlich den Schwanz einzuziehen,

kalte Füße zu kriegen, sich die Haare zu Berge stehen zu lassen, wenn Ihnen etwas auf die Eierstöcke geht. Haben Sie trotzdem Verständnis, wenn Ihre Hausärztin Ihre Klage über Kopfschmerz oder Magenbeschwerden zum wiederholten Mal mit der Frage kommentiert, ob Sie „Streß“ haben. Ein patziges „Bis jetzt nicht!“ schmälert nur Ihre Glaubwürdigkeit und vermiest die Atmosphäre. Lassen Sie sich aber nicht mit guten Worten abspesen, wenn Sie eigentlich teure Medikamente bräuchten, oder leisten Sie sich gleich einen Psychotherapeuten. Getreu der altfriesischen Diktum „Was der Körper braucht, das muß er haben... und das kriegt er auch!“

Eckhard Giese, Jg. 1953, Dr. phil., Dipl. Psych. Prof. für Psychologie an der Fachhochschule Erfurt. Veröffentlichungen zu Psychotherapie, Sozialpsychiatrie, u. a. Herausgabe zweier Psychosatierebände.



Gruppentherapie gegen Bluthochdruck

Eine intensive Betreuung durch Ärzte, Sporttherapeuten und Ernährungsberater in ambulanten „Hochdruck-Gruppen“ trägt entscheidend dazu bei, daß erhöhte Blutdruckwerte der Patienten auf Dauer absinken. Dies ist das vorläufige Ergebnis einer Pilotstudie an der Kardiologischen Klinik des Herzzentrums Nordrhein-Westfalen in Bad Oeynhausen. In der Gruppe sollten sich die Patienten über ihre Krankheit bewußt werden und lernen, selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Regelmäßige Sportstunden und eine Ernährungsumstellung fielen den Teilnehmern gemeinsam leichter. Die Ärzte der Bad Oeynhauser Klinik haben mittlerweile mehr als 70 Patienten in solchen Gruppen über mehrere Jahre hinweg betreut. Ausgewertet sind bislang die Daten von 56 Patienten. Die Resultate wurden letzten Donnerstag auf der vierten Nationalen Blutdruck-Konferenz in Berlin vorgestellt: Im Durchschnitt sank innerhalb des ersten Jahres der systolische Blutdruckwert von 153 auf 142 Millimeter Quecksilbersäule (mm Hg), der diastolische von 93 auf 86 mm Hg. Nach 30 Monaten waren die Blutdruckwerte noch weiter gesunken. Bei zehn Prozent der Patienten konnte dadurch die Dosis der blutdrucksenkenden Medikamente reduziert, bei rund sieben Prozent sogar völlig auf Arzneimittel verzichtet werden.

SZ

Buchbesprechungen



Wolfgang Schmidbauer: „Die subjektive Krankheit. Kritik der Psychosomatik“, Rowohlt Verlag, Reinbek 1986. 304 S., 28,- DM.

Wenn einer dieser Bekannten aus der Psycho-Szene mich besucht hat und sagte, du weißt ja, der Krebs hat psychosomatische Ursachen und was hat das wohl mit deiner Ehe zu tun..., dann ist es mir den ganzen Tag schlechtgegangen.“ Dies erzählt die krebserkrankte Klientin Mora ihrem Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer. Und der kann ihre Wut gegen solche platten psychosomatischen Deutungen gut verstehen. In seinem Buch hat er Einwände zusammengetragen gegen die in Mode gekommene eilfertige „Übersetzung der Organsprache“ ins Seelische.

Die berechtigte Kritik an Medizinern, die Einzelteile des Menschen zu reparieren versuchen wie Garagisten ein defektes Auto, hat zu einem neuen Mythos geführt: Ganzheitlichkeit und Leib-Seele-Einheit. Sie haben es am Magen? Aha, also fressen Sie wohl alles in sich hinein. Er hat Bluthochdruck? Klare Sache: Steht wohl ständig unter Dampf und lebt seine Aggressionen nicht richtig aus. Brustkrebs mit 40? Machen Sie doch endlich Schluß mit Ihrer altruistischen Selbstaufopferung! Schmidbauer übertreibt nicht: So manches der jüngst auf den Markt geworfenen Psychosomatik-Bücher und wohl auch einige Arzt-Patienten-Gespräche kommen über dieses Niveau nicht hinaus.

„Ich weiß schon, es ist psychosomatisch“, seufzt der aufgeklärte Patient resigniert. Macht es für ihn einen Unterschied, ob der Arzt den Bluthochdruck als Folge falscher Ernährung oder als Ergebnis aufgetauter Wut interpretiert – wenn der Patient mit dieser Diagnose allein bleibt und nicht weiß, wie er sich ändern soll? Da ist es kein Wunder, wenn der Kranke sich zurückzieht.

Deutlich wird auch eine weitere Gefahr: Die schablonenhafte Interpretation kann als Schuldzuweisung auf den Betroffenen zurückfallen. Schmidbauer zitiert als Beispiel die

Empfehlung eines Wiener Medizinprofessors, man müsse die seelische Struktur der Aids-Patienten genau studieren, schließlich sei auch aus dem Tierreich der „Mechanismus der Selbsteliminierung“ einer Gruppe Geschlossener bekannt. Ständige Kopfschmerzen müssen ihre Ursache nicht in unverarbeiteten Kindheitserlebnissen haben, sondern können auch durch Schadstoffe in der Atemluft ausgelöst werden. Welchen Interessen das Beschwören seelischer Krankheitsursachen bisweilen dient, zeigt das Beispiel eines technischen Angestellten, der unter einer arbeitsstoffbedingten Allergie litt: der Betrieb schickte ihn zum Psychiater. Schmidbauer wendet sich nicht gegen eine psychosomatische Deutung als solche, sondern gegen ihr „Buhlen um Anerkennung als medizinische Spezialdisziplin“, gegen eine verobjektivierte, pseudo-naturwissenschaftliche Psychologie. Die Psychosomatik, so Schmidbauer, riskiere das Schicksal jenes Pfarrers zu teilen, der zum todkranken Versicherungsmakler gerufen wird: am Ende bleibt der Makler gottlos, der Pfarrer schließt eine Versicherung ab.

So treffend die Analyse von Schmidbauer erscheint, so wenig durchdacht wirkt sein Versuch, eine eigene Theorie der subjektiven Krankheiten zu entwickeln. Zwar ist es sicher richtig, daß die Selbstheilungskräfte des Menschen größer sind, als wir gemeinhin annehmen. Daß wir oft viel zu schnell zu Medikamenten, Ärzten und Psychotherapeuten greifen, um wieder „funktionstüchtig“ zu sein. Doch Schmidbauer macht es sich zu einfach mit dem Postulat, der Kranke finde die besten Lösungen für sein körperliches und emotionales Gleichgewicht, wenn man ihn „läßt“, anstatt daß dauernd „etwas mit ihm gemacht wird“. Jeder könne seine Krankheit selbst verstehen.

Bei einer Sommergrippe, die der Autor anhand eigener Erfahrungen erschöpfend beschreibt – nichts ist bekanntlich schlimmer als der männliche Schnupfen –, mag das ja zutreffen. Wenn es keine anderen Gesundheitsprobleme gäbe... Schmidbauers Vorwurf an die Psychosomatiker, sie trachteten nicht danach, sich selbst überflüssig zu machen, erscheint als Koketterie. Oder fühlt sich der Analytiker selbst überflüssig?

Beate Etzler

Heike Langenbucher:
„Sprache des Körpers –
Sprache der Seele. Wie
Frauen sich wohlfühlen
können. „Frauenforum
Herder, Verlag Herder,
Freiburg im Breisgau
1991, 165 Seiten, DM
24,80.



Frauen sind unter Druck – heutzutage mehr denn je. Dem Druck, schön zu sein und schlank; fit und fleißig; dem Mann zu gefallen und dem Chef; den Kindern und den Großeltern.

Kann „man“ das überhaupt, sich als Frau wohlfühlen, in harmonischer Einheit von Körper und Seele? Wo doch die uns aufdringlich umgebenden Hochglanzprodukte mit all ihren modernen Ikonen Ideale vorgeben, die sich im eigenen Alltag nur schwer verwirklichen lassen? Wo doch auch Gesundheit inzwischen zum Machbarkeitswahn gehört, so daß man sich schon fast schuldig fühlt, wenn der Körper nicht so gut funktioniert, wie er eigentlich sollte? Die Diskrepanz zwischen Norm und Wirklichkeit stachelt an, sie kann aber auch zutiefst belasten. Denn wer, zumal als Frau, ist schon so „top“, wie „man“ es gerne hätte?

„Sprache des Körpers – Sprache der Seele“: In diesem Büchlein geht Heike Langenbucher diesen Fragen nach. Sensibel, kenntnisreich, empfindsam die Balance zwischen körperlichem und seelischem Erleben der Frau deutlich machend. Als Frauenärztin, Mutter von zwei Töchtern, Mitarbeiterin im Bundesgesundheitsministerium, weiß die Autorin, wovon sie spricht.

Gesellschaftskritisch, ohne Barrikadengeschrei; medizinisch-kompetent, ohne unzugängliches Fachchinesisch. Haut- und Figurprobleme; die Doppelbödigkeit der Schlankheitsideologien; Müdigkeit und Depressionen; die Biologie des weiblichen Zyklus; Sexualität und Älterwerden; Fragen rund um die Gynäkologie; Schwangerschaft und Geburt – diese und andere, jede Frau betreffende Themen werden im Hinblick auf ihre enge leib-seelische Vernetzung in ihrer Erscheinung betrachtet und in dem, was sich möglicherweise dahinter verbirgt.

Wohlthuend die Sprache der Autorin: schlicht, zum Teil bildhaft-bewegt; eigenem Denken verhaftet, ohne akademisches Wort-Geklingel. Ermutigend und entlastend die dabei deutlich werdende innere Haltung, die dem bei den Franzosen gepriesenen, bei uns eher in Verruf geratenen „bon sens“, dem

„gesunden Menschenverstand“ entspricht.

Den freundschaftlichen Umgang mit sich selbst einüben; nicht so streng mit sich sein; die Zügel auch mal etwas schleifen lassen – diese von Heike Langenbucher freundlich propagierte Gelassenheit hat etwas Ansteckendes. Ebenso wie die Devise des Buches: „Irgendwo zwischen Anstrengung und Disziplin einerseits und Loslassen und Gewähren andererseits liegt der Weg.“

Ein be-sinnliches, schmales Buch, mit einem warmen Ton und einem Fünkchen Lebensweisheit.

Inge Nordhoff



Annelie Keil: „Gezeiten“, Leben zwischen Gesundheit und Krankheit. Prolog Verlag, Kassel 1990, 198 Seiten, DM 29,80.

Sie wurde geboren, als der Krieg ausbrach. Der Vater hatte sich davongemacht; die Mutter steckte sie in ein Heim. Von klein auf hieß es: Stark sein! Keine Gefühle, keine Schwäche, keine Tränen zeigen. Kämpfen, um zu überleben. Kämpfen, um Karriere zu machen. Kämpfen, um geliebt und anerkannt zu werden.

Das Lebens-Skript einer Karrierefrau. Annelie Keil, Anfang Fünfzig, Professorin im Bereich Sozialpädagogik an der Universität Bremen, mit dem Schwerpunkt Gesundheitswissenschaften und Krankheitsforschung, hat es beschrieben. In ihrem Buch „Gezeiten“ steht auch etwas von ihrem persönlichen Werdegang. Bilanz und kritische Introspektion einer tatkräftigen, unermüdlich wirkenden Wissenschaftlerin. Offen, schonungslos und direkt fragt sie nach den körperlichen Kosten ihrer Karriere: „Meine bedürftige Seite hatte ich verzweifelt abgewehrt, passive Bedürfnisse geleugnet und große Anteile meiner Vitalität und Aktivität in den Dienst dieser Abwehr gestellt.“

Ein körperlicher und seelischer Zusammenbruch erzwang einen längeren Aufenthalt in einer Herz-Kreislauf-Klinik. „Die Frage nach dem Sinn meiner Körpersymptome wurde unausweichlich.“ Persönliches Erleben, kritisches Erforschen gesellschaftlicher Zusammenhänge, Nachdenken über den Zusammenhang von Krankheit, Lebensgeschichte und sozialer Lage – Annelie Keil hat daraus eine Reihe verschiedener, öffent-

lich gehaltener Vorträge gemacht. Die Resonanz ihrer zumeist weiblichen Zuhörerschaft hat sie veranlaßt, diese Vorträge gesammelt zu veröffentlichen: Auch im Nachlesen eine spannende, die Fächer Medizin, Soziologie, Philosophie virtuos vereinigende Mixtur, von dichter Gedankenvielfalt, von einem engagierten, bisweilen auch etwas missionarischem Ton, im Sinne von: Kehre um! Komm endlich zu dir selbst und deinem wahren Leben! Laß ab von deinem falschen Tun, von deinem hektischen Treiben! Überhöre nicht die Stimmen deines Körpers, bevor sie zu laut werden. Laß dir Zeit, Zeit zum wirklichen Leben, zum inneren Lebendigkeitsein...

Keine Zeit haben, ständig unter Zeitdruck sein – viele Menschen in unserer Zeit ziehen daraus ein Gefühl der Wichtigkeit, des Gefragtseins. Wer Zeit hat, ist nichts wert, arbeitslos oder krank... Annelie Keil fragt in ihren Aufsätzen immer wieder nach den Diskrepanzen zwischen den öffentlichen Normen und dem, was sie für das Individuum bedeuten. Weiblich-männliches Sozialisieren; Angst und die mit ihr einher gehenden Befindlichkeitsstörungen; Beziehung als Entwurf oder Unterwerfung; AIDS und die gesellschaftliche Tabuisierung des Todes; psychosomatische Medizin als Prinzip – unter diesen Aspekten setzt sich die Bremer Wissenschaftlerin mit Gesundheit und Krankheit auseinander, erörtert Krankheitsbiographien, fragt nach der Bedeutung von Symptomen und nach dem tieferen Sinn einer Krankheit, die, wenn man sie nicht als „Defekt“, sondern als eine „Schöpfungstat“, erlebt, Kräfte freisetzen kann zu einer produktiven Begegnung mit sich selbst und möglicherweise zum Beginn eines neuen Lebensweges, freilich nicht im platten, monokausalistischen Denk- und Deutungs-Sinne.

In vielem fühlt sich Annelie Keil (siehe auch S. 14–16) dem bedeutendsten Vertreter der Heidelberger Schule der Psychosomatiker, Viktor von Weizsäcker, verbunden. Es geht dabei um „nichts Geringeres, als das Subjekt in die Medizin einzuführen, und dieses auf seine psychische, somatische, soziale und geistige Seite zu reduzieren.“ Die Psychologisierung der somatischen Krankheit ist ihrer Auffassung nach dabei eine ebenso unzulässige Vereinseitigung wie die Reduzierung der Krankheit auf eine Organdefekt.

Obleich vor längerer Zeit entstanden, erweisen sich die Gedanken Annelie Keils beim Nachlesen als frisch, provokant und nachdenkenswert. Eine gute Grundlage für Gesprächsgruppen, Seminare und die Lektüre im stillen Kämmerlein.

Inge Nordhoff



Bernd Hontschik:
Theorie und Praxis der Appendektomie. Eine historische, psychosoziale und klinische Studie. Pahl Rugenstein Verlag Köln, 1987. DM 40,00.

1923 schrieb der Vater der Psychosomatik Gerog Groddeck über einen Patienten: „Es geht ihm wie mir, ihm schwillt der Bauch in phantastischer Schwangerschaft. Und dann hat er Gallenkoliken, Entbindungen, wenn Sie wollen, vor allem aber hat er mit dem Blinddarm zu tun – wie alle, die gern kastriert werden, Weib werden wollen.“ Und auch Freud deutete die Blinddarmentzündung – präziser gesagt: die Appendizitis – seiner Patientin Dora als Entbindungsphantasie.

Ausgerechnet ein Chirurg – ein Berufsstand, dem man gemeinhin keine große Aufgeschlossenheit für psychosomatische Krankheitsursachen nachsagt –, hat nun nach den Standards der heutigen medizinischen Forschung bewiesen, was diese beiden Außen-seiter der Psychiatrie zu Anfang unseres Jahrhunderts intuitiv erfaßten: Die Appendizitis steht für Schwangerschaft und ihre unbewußten Äquivalente, sie ist Symbol für eine innerseelische Fruchtbarkeits- und Fortpflanzungsproblematik, während die Appendektomie (d. h., die chirurgische Entfernung des Wurmfortsatzes) in ihrem tiefen Symbolismus Kastration, Defloration und Geburt umfaßt.

Hontschik arbeitet detailliert und mit offensichtlichem Genuß die Bedeutungsebenen der Appendizitis heraus – für das Individuum (als Schwangerschaftsphantasie), die Familie (als Konfliktlösung zwischen Müttern und heranwachsenden Töchtern), die Gesellschaft (wußten Sie, daß in Gesellschaften ohne effiziente Schwangerschaftsverhütungsmaßnahmen die akute Appendizitis als Krankheit nicht vorkommt?), und nicht zuletzt für den jungen männlichen Chirurgen (der viel häufiger als Kolleginnen oder ältere Kollegen bei jungen Patientinnen ‚chronische Appendizitis‘ diagnostiziert).

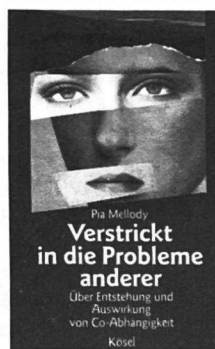
Zu den schockierendsten Ergebnissen von Bernd Hontschiks Studie zählt die Erkenntnis, daß es die sogenannte ‚chronische Appendizitis‘ nur noch in der Bundesrepublik (mit den neuen Ländern) sowie in Österreich gibt (d. h., in den Grenzen des ehemaligen Deutschen Reiches) – andere Länder kennen nur die lebensgefährlich akute Appendizitis, die

sofort operiert werden muß. Die ‚chronische Appendizitis‘ hingegen ist ein unnötiger (und keineswegs, wie oft behauptet, ungefährlicher) Eingriff an einem gesunden Menschen, und dieser Mensch ist in nahezu allen Fällen ein Mädchen oder eine junge Frau. Das heißt, es werden jährlich tausende von Menschen operiert, denen nichts fehlt – nichts jedenfalls, was chirurgisch zu beheben wäre.

Aufgrund dieser Forschungsarbeit erreichte Hontschik, daß die Indikationsstellung am Krankenhaus Frankfurt Höchst, wo er als Chirurg tätig war, verändert wurde. Innerhalb weniger Jahre reduzierte sich dort die Zahl der pro Jahr durchgeführten Appendektomien von über 600 auf etwa 150, also etwa auf ein Viertel. Dabei entspricht es dem internationalen Standard, daß 60 Prozent der Operierten Männer sind.

Sollte dies Freuds Vermutung einer Entbindungsphantasie bestätigen? Sollte gar Groddeck recht haben damit, daß es sich bei dieser Operation um eine klammheimliche Kastration handelt?

Edda D. Drolshagen



Pia Melody: Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit. Kösel-Verlag 1991. DM 29,80

Das Buch von Pia Melody – Therapeutin für Co-Abhängigkeit in einem Behandlungszentrum für Suchtkranke in den USA und selbst Betroffene – will helfen, sich eigener Co-Abhängigkeit bewußt zu werden und deren Symptome und Ursachen zu erkennen.

Menschen, die mit einem stoffgebundenen Abhängigen zusammen leben oder gelebt haben, können, wenn die Verstrickung in die Abhängigkeit etwa des Partners oder eines Elternteiles sehr stark ist, co-abhängig sein. Dies kann zum Beispiel eintreten, wenn die Probleme des Süchtigen so sehr zu den eigenen geworden sind, daß neben ihnen nichts anderes und eigenes mehr existiert. Oder auch dann, wenn man, unbewußt, die Sucht des anderen braucht, von dieser also psychisch selber abhängig ist.

Nun kann Pia Melody zufolge, und das ist in den USA ein großes Thema, Co-Abhängigkeit auch entstehen, ohne daß ein stoffgebundenes abhängiges Familienmitglied existiert; eine Sucht muß sich nicht unbedingt an Alkohol, Tabletten oder anderen Drogen festma-

chen, sie kann, z. B., eine nach Herrschaft sein, nach Arbeit, nach Sex.

In diesem Sinn spricht die Autorin von Co-Abhängigkeit immer auch dann, wenn jemand in die Probleme und Zwänge eines anderen eingebunden, psychisch an sie, die innerlich von ihm Besitz ergriffen haben und sein Leben bestimmen, gefesselt ist.

Dabei laufen Co-Abhängige Gefahr, selbst z. B. alkoholsüchtig zu werden, und müssen Süchtige, um sich von ihrer Sucht zu befreien, sich oft zugleich einer Co-Abhängigkeit stellen und aus ihr heraustreten.

Extreme, einer Situation unangemessene emotionale Reaktionen sowie starke Scham-, Angst-, Schmerz- und Wutgefühle, die zu unterdrücken versucht werden, sind wichtige Symptome; ebenso Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse, die eigene psychische Realität generell, angemessen auszudrücken bzw. sie überhaupt erst einmal wahrzunehmen. Co-Abhängige verfügen über eine nur schwach ausgeprägte Selbstachtung und glauben, erst wenn sie perfekt und alle eigenen und fremden Erwartungen zu erfüllen fähig sind, als Mensch liebenswert und wertvoll zu sein. So sind sie in überaus hohem Maß angewiesen auf Anerkennung von außen und ständig bemüht, im Sinne ihrer Mitmenschen zu handeln. Hinzu kommt eine fehlende oder nur unvollständige Wahrnehmung und Berücksichtigung eigener und fremder Grenzen.

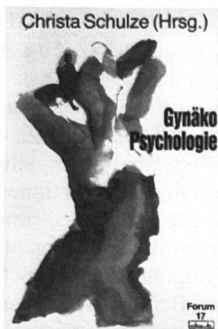
Anschaulich und nicht ohne Selbstironie beschreibt die Autorin Beeinträchtigungen des Lebens Co-Abhängiger durch die erwähnten Kernsymptome. Dabei sind die Betroffenen meist nicht verhaltensauffällig, vielmehr entsprechen sie, angepaßt und nicht selten erfolgreich, dem gesellschaftlich geforderten Verhaltenskodex.

Die Ursachen der Co-Abhängigkeit liegen in einer Kindheit, in der das Kind unzulänglich und beschämend behandelt oder mißhandelt wurde: körperlich, sexuell, emotional, intellektuell oder spirituell. Es werden konkrete Beispiele solcher unter Umständen sehr subtilen Mißachtungen gegeben, die sich in einer Familie über mehrere Generationen hinweg fortpflanzen können. Die Entwicklung eines authentischen Selbst ist unterbunden worden, das Kind hat sich nicht auf sich selbst, sondern auf die Eltern beziehen müssen; es diente dazu, deren Bedürfnisse zu erfüllen und wurde in deren Probleme verwickelt. Die Gefühle erwachsener Co-Abhängiger sind zum Teil übertragene Gefühle, das heißt Gefühle, die nicht die eigenen sind, sondern die der Eltern.

Das Buch gibt erste Hilfestellungen, um diesen Zusammenhängen aktueller Co-Abhängigkeit und ihrer Verwurzelung in der individuellen Lebensgeschichte auf die Spur zu kommen, erwähnt dabei auch mögliche Abwehrmechanismen, die dieses erschweren können. Inzwischen ist von Pia Melody und

Andrea Wells Miller ein „Arbeitsbuch“ erschienen, das ein „Zwölf-Schritte-Programm“ enthält und als konkrete Anleitung zur Selbsthilfe gedacht ist.

Claudia Mauelshagen



Christa Schulze (Hrsg.): Gynäkopsychologie, dgvt, Tübingen, 1990, DM 32,-.

Wenn in einer empirischen Arbeit von Zweifeln und Fehleinschätzungen berichtet und am Ende gar eine liebgewordene Hypothese verabschiedet wird – dann waren bestimmt Frauen am Werk. Denn Frauen müssen nicht immer, selbst um den Preis, daß das Goldene Tricot nicht einmal mehr die Scham bedeckt, Siegerinnen sein.

Soviel vorweg, um die wissenschaftliche Aufrichtigkeit und unpräntöse Darstellung des von Christa Schulze herausgegebenen Bandes „Gynäkopsychologie“ zu würdigen.

Die Autorinnen hofften, bestimmte gynäkologische Beschwerden von anderen, auch nicht-gynäkologischen Leiden unterscheiden und spezifischen Ursachen zuordnen zu können. Aber die Grenzen sind fließend und die Ursachen komplex. Symptome sind nicht mit Standard-Problemen zu erklären. Aus dieser Erfahrung wurden produktivere Fragestellungen entwickelt.

Die Schilderung dieses Erkenntnisprozesses bringt mehr an Einsicht bei den LeserInnen zusammen als es eine reine Ergebnisdarstellung vermöchte. Denn auch Krankheit und Gesundheit sind keine statischen Zustände. Die Autorinnen beschreiben den Bereich, in dem sie die funktionalen gynäkologischen Beschwerden ansiedeln, als Prozeß zwischen „eigentlich nicht krank, aber auch nicht gesund“. Aus dieser Logik entstand das Bedürfnis, das Buch mit einem – lesenswerten – Exkurs über die Gesundheit beginnen zu lassen.

Die eigentlichen Einführungskapitel zur Wechselwirkung von Psyche und Soma und zu herkömmlichen psychosomatischen Ansätzen in der Gynäkologie – eine souveräne Übersicht und Kritik – erklärt die Dringlichkeit des eigenen Ansatzes: psychosoziale Faktoren, Familie und Gesellschaft, „auf ihre krankheitsrelevanten Aspekte hin zu analysieren“, Streß beispielsweise nicht wie gewohnt geschlechtsneutral zu definieren.

Die eigenen Forschungsergebnisse werden ausführlich unter verschiedenen Aspekten beschrieben. Konflikte mit der Sexualität werden nun nicht mehr schlicht als ungenügende ‚Performance‘ der weiblichen Rolle aufgefaßt, sondern als das, was Sexualität eigentlich darstellt, ein prozeßhafter, kommunikativer Akt. Aus dieser Sicht sind sexuelle Konflikte nicht allein einer defekten Weiblichkeit anzulasten. Insgesamt muß Gesundheit als Entwicklung und gynäkologisches Leiden nicht als selbstverschuldet betrachtet werden.

Der Aufbau des Buches ist nicht immer lesefreundlich; überdies wären exaktere Beschreibungen, wann, wo und wieviele Frauen in die einzelnen Untersuchungen und Befragungen einbezogen worden sind, wünschenswert. Der Leseaufwand jedoch lohnt sich. Es ist zu hoffen, daß das Ziel, gynäkologische Beschwerden als Ausdruck eines krankmachenden Lebenszusammenhangs zu sehen, gelingt.

Ruth Kuntz-Brunner



Kurt Singer: Kränkung und Kranksein. Psychosomatik als Weg zur Selbstwahrnehmung. Serie Piper. 244 Seiten, DM 16,80.

Grundzüge psychosomatischen Denkens vermittelt Kurt Singer, Professor für Pädagogische Psychologie an der Universität München. Sein Buch „Kränkung und Kranksein“ ist seit vier Jahren auf dem Markt, mit Recht findet es bis zum heutigen Tag immer wieder neue Leser.

Ausgehend von Wendungen der Alltagssprache („Da läuft mir die Galle über“; „Ich zerbreche mir den Kopf“; „Ich ärgere mir ein Loch in den Bauch“...) zeigt der Autor, wie fest im Alltagsverständnis das Wissen über den Zusammenhang von Körper (soma) und Seele (Psyche) verankert ist. Und wie hilfreich es wäre, diese Vernetzung ins Bewußtsein jedes Einzelnen zu heben.

Sechs große Kapitel hat das übersichtlich gestaltete Buch: Einführung in psychosomatisches Denken; Grundformen psychosomatischer Erkrankung; Wahrnehmung des Krankmachenden; vom Sinn des Krankseins; die helfende Beziehung; Lebenswelt und Kranksein.

Mit Fallbeispielen aus dem Alltag, aus seiner psychotherapeutischen Praxis und der

Literatur sowie ausgestattet mit beachtlichen medizinischen Grundkenntnissen fragt der – auch als Lehranalytiker tätige – Autor nach der verborgenen Bedeutung verschiedener Symptome, nach dem „Krankheitsgewinn“, nach der oft ins Unbewußte verdrängten Konfliktursache, Krankheit, so Singer, kann auch ein „Anruf nach Beziehung“ sein. Zumal bei Kindern. Am Beispiel eines Schulanfängers, der sich nach Ankunft eines Geschwisterchens von seinen Eltern vernachlässigt fühlt und prompt mit schwerer Mandelentzündung reagiert, macht Singer deutlich, wie sehr hier die pflegende, liebevolle Zuwendung der Eltern gefragt ist, und nicht der „kurze Prozeß“ der Tablette oder Spritze.

In klar verständlicher Sprache sensibilisiert der Autor für verschiedene Problemsituationen. Fragen nach dem Ursprung der Krankheit eröffnen die Möglichkeit, krankmachende Lebensbedingungen zu sehen und sich für deren Änderung einzusetzen – ohne platte Monokausalität. Eine empfehlenswerte, soeben auch als Taschenbuch erschienenen Lektüre für den interessierten Laien.

I. N.

Leonhard A. Sagan: Die Gesundheit der Nationen. Rowohlt, Reinbek 1992; 352 S., 39,80 DM

Bücher mit einem attraktiven Titel haben große Chancen, gelesen zu werden. Leser neugierig machen wollte gewiß auch der Rowohlt Verlag, als er das Buch des amerikanischen Arztes Leonhard A. Sagan mit dem Titel „Die Gesundheit der Nationen“ versah. Der Untertitel verspricht sogar Aufklärung über „Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich“. Fürwahr ein umfassendes Programm.

Doch die erhoffte Aufklärung, warum beispielsweise manche „Erkrankungen“ in Deutschland häufiger sind als in der Heimat des Autors, findet nicht statt. Wir würden gerne wissen, warum beispielsweise tiefer Blutdruck bei uns Krankheitswert hat und behandelt wird, während englische und amerikanische Ärzte entsprechende „Beschwerden“ mit mitleidigem Lächeln als German disease („Deutsche Krankheit“) abtun. Warum sind Franzosen und Brasilianer so fixiert auf ihre Leberspezialisten und Amerikaner auf

ihren Psychoanalytiker, der alle gleich auf seine Couch legt? Antworten oder zumindest Erklärungsansätze für diese Fragen fehlen in dem Buch mit dem irreführenden Titel leider vollständig.

Statt dessen wird der willige Leser mit einer Unzahl banaler Feststellungen konfrontiert. Außerdem ist manches in diesem Buch wegen der offensichtlichen Begeisterung des Autors für allerlei dubiose Statistiken schlicht falsch. Ein Beispiel: Sagan behauptet, daß die Säuglingssterblichkeit mit der Zahl praktizierender Ärzte korreliere – je höher die Arztdichte, desto größer die Sterberate. Träfe dies zu, dann müßten in Regionen mit wenig Ärzten, beispielsweise in Afrika, Asien oder Lateinamerika, weniger Kinder sterben als in Europa. Jeder weiß, daß dies nicht stimmt. Deutschland gehört mit einer (zu) hohen Arztdichte zu den Ländern mit der weltweit geringsten Neugeborenensterblichkeit.

Die im Vergleich zu den Vereinigten Staaten viel besseren deutschen Ergebnisse in der Bekämpfung der Kindersterblichkeit beruhen wesentlich auf unserem leistungsfähigeren Gesundheitssystem. In den USA gibt es beispielsweise keine staatlich organisierte Vorsorge für werdende Mütter. Unter anderem deshalb müssen in amerikanischen Hospitälern oft in letzter Minute lebensbedrohende Schwangerschaftserkrankungen behandelt werden, die bei uns fast völlig verschwunden sind.

Kein Mensch wird bestreiten, daß soziales und wirtschaftliches Umfeld viele Krankheiten und deren Verlauf beeinflussen können. Seelisch robuste Wissenschaftler leben nach der Beobachtung Sagens in den Vereinigten Staaten länger als streßgeplagte Journalisten. Doch läßt sich daraus der Schluß ziehen, daß Kreativität, persönliche Entfaltung und Erfüllung zur Überlebensfähigkeit entscheidend beitragen? Sind also vorzeitig Verstorbene allesamt unkreative, unerfüllte Dummköpfe gewesen?

Wer das Buch mit dem pompösen Titel liest, wird nicht schlauer. Zum Glück muß er deswegen auch keine Sekunde früher sterben.

Hans Harald Bräutigam

(aus: Die Zeit, 16. 4. a2.)

Bücher zum Thema

Peter Lambley: Psyche und Krebs. Zur Psychosomatik von Krebserkrankungen. Vorbeugen – Lindern – Heilen. Rowohlt Verlag, Reinbek 1991. 326 Seiten, DM 14,80.

Noch immer ist die Medizin weit davon entfernt, Krebs vollständig zu verstehen, ihn zu verhüten oder ihn zu heilen. Viele Patienten halten nach wie vor Ausschau nach alternativen Therapien, ergänzend zu herkömmlichen medizinischen Behandlungsmethoden. Psychologische Aspekte von Krebserkrankungen finden eine immer größere Aufmerksamkeit. Ihnen geht der in England geborene Autor dieses Buches, Soziologe, Psychologe und promovierter Philosoph nach. Themenschwerpunkte: Krebs und Persönlichkeit; die Psychologie der wichtigsten Krebsarten; Krebs vorbeugen; Krebs überleben. Ein ausdrücklich für Laien geschriebenes Buch, das sich in einer klaren, verständlichen Sprache an Menschen wendet, die an Krebs erkrankt sind und deren Angehörige, Bekannte und Freunde. Ohne vordergründige Ratschläge geht es darum, Schritte zur Verhütung von Krebs aufzuzeigen und zu lernen, mit den Problemen dieser Krankheit umzugehen.

Carol Dix: Depressionen nach der Geburt. Hilfe für Mütter (und Väter). Rowohlt Verlag, Reinbek 1991. 279 Seiten, DM 12,80.

Die Phase unmittelbar nach der Geburt eines Kindes ist für Mütter, aber auch für Väter oft eine schwierige Zeit. Die hormonelle Umstellung des weiblichen Körpers geht oft einher mit einem mehr oder minder starken Stimmungstief. Gefühle der Einsamkeit und Leere, der Lähmung, Forderung und Verzweiflung stehen im Gegensatz zu der Erwartung, eigentlich glücklich zu sein. Dies aus dem Amerikanischen übersetzte Buch beleuchtet das Problem aus verschiedenen Blickwinkeln und Untersuchungen. Es gibt Ratschläge, wie der postnatalen Depression vorgebeugt und begegnet werden kann.

Marilyn Lawrence (Hg.): Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen. Rowohlt Verlag, Reinbek 1989. 218 Seiten, DM 12,80.

Therapeutinnen, Feministinnen, Wissenschaftlerinnen und Betroffene berichten aus unterschiedlichen Perspektiven und mit unterschiedlichen Schwerpunkten über ihre Erfahrungen und von ihrem Wissen zum Thema Eßstörungen. Themen: „Essen, Sexualität und weibliche Scham“; „Die Wut von Frauen und der Zwang zu essen“; „Bulimie aus feministisch/psychoanalytischer Sicht“; „Das Spiegelbild und die Grenzen des Selbst“;

„Anorexie und Bulimie im Vergleich“; „Koe-dukation und Identität: Die gesellschaftlichen Ursprünge von Magersucht“. Die Herausgeberin des aus dem Englischen übersetzten Buches ist Sozialarbeiterin im Bereich Psychiatrie.

Ingrid Olbricht: Alles psychisch? Der Einfluß der Seele auf unsere Gesundheit. Kösel-Verlag, München 1989, 267 Seiten, DM 24,80

Die Autorin, überwiegend naturwissenschaftlich ausgebildet, gibt als Chefärztin der psychosomatischen Abteilung der Wicker-Klinik in Bad Wildungen Auskunft über körperliche Störungen als Folge von seelischen Konflikten. Mit vielen Fallbeispielen behandelt diese Einführung in die Psychosomatik u. a. Störungen des Blutdrucks, Kopfschmerz und Migräne, Infektionskrankheiten, Probleme mit der Atmung, Hautkrankheiten, Allergien, Rückenschmerzen, Krebs und anderes. Ein gut verständlich geschriebenes Buch für interessierte Laien und auch für Fachleute in Heilberufen.

Inge Nordhoff

Neuerscheinungen

In dieser Rubrik teilt die Redaktion mit, welche Neuerscheinungen ihr zugesandt wurden. Eine Beurteilung ist mit dem Abdruck nicht verbunden.

Maja Gerber-Hess: Etwas lebt in mir. Rex Verlag, Luzern 1992. 160 S., DM 24,80.

Doris Wolf: Wenn der Partner geht. Pal Verlag, Mannheim 1992. 180 Seiten, DM 24,-.

Margit Gegenfurtner/Wilfried Keukens (Hrs.): Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen. Westarp Verlag, Magdeburg 1992. 176 Seiten, DM 19,-.

Friedrich Koch: Sexualerziehung und Aids. Bermann und Helbig, Hamburg 1992. 128 Seiten, DM 19,80.

Leserbriefe

In der vorigen Ausgabe des pro familia magazin war eine Anzeige für das ZEGG-Magazin aus Belgien zu finden. Bedauerlicherweise ist diese Anzeige angenommen worden, ohne daß genauer recherchiert wurde, was sich hinter diesem Magazin verbirgt. Stellvertretend für einige Reaktionen drucken wir nachstehenden einen Brief des Teams der Pro Familia Köln-Chorweiler ab, in dem die Kritikpunkte deutlich werden. Die Kölner/innen haben das ZEGG-Magazin ganz gelesen, nachdem es ihnen unaufgefordert zugeschickt worden war (der Anzeigenabteilung des pro familia magazin lag das Heft nicht vor)

Wie andere Beratungsstellen auch, haben wir „im Auftrag des Pro Familia Landesverbandes NRW“ (so der Begleitbrief zum Heft, gezeichnet von Christa Leila Dregger, Herausgeberin) das obengenannte Heft zugestellt bekommen, für das das pro familia magazin in seiner Septemerausgabe auf der Rückseite wirbt.

Nachdem wir das Heft gelesen haben, haben wir uns fragen müssen, ob die Pro Familia hier in Kenntnis des Inhaltes gehandelt hat, oder ob sich vorher niemand die Mühe gemacht hat, die Artikel zu lesen, auch letzteres halten wir für kaum entschuldigbar.

Viele Artikel sind von einer widerwärtigen Polemik: Kinder lügen ja vielleicht doch, und wenn nicht helfen die Frauen, die zwar keine Ausbildung haben, dafür aber eine Stelle brauchen, nach, damit die Kinder lügen.

An vielen Stellen werden engagierte Frauen in solcher oder ähnlicher Weise diffamiert.

Außerdem werden Täter in subtiler oder weniger subtiler Weise von ihrer Verantwortung entlastet, u. a. in Formulierungen wie, daß „viele Ereignisse von sogenannten sexuellem Kindesmißbrauch von Kindern ausgelöst worden sind“.

Wir halten das Heft für in einer besonders gefährlichen Weise propagandistisch, da es auch Artikel enthält, die sich sachlich-kritisch geben.

Gegen die Werbung für dieses Magazin protestieren wir aufs schärfste.

Martina Crott (Dipl.-Päd.), Ralf Debus, (Dipl.-Psych.), Dörte Gerstenberg, (Geschäftsführerin), Dr. Angelika Hambach, (Ärztin), Anna Imhoff-Köprülü (Ärztin), Doris Lauer, (Sexualpädagogin), Anne Müller-Lang (Sozialarbeiterin), Christine Stolze-Pfafferodt (Dipl.-Psychologin)

pro familia magazin 5/92 – Thema: Veränderungen in Europa

Nachdem „Planned Parenthood in Europa“ sein Heft 2 des 19. Jahrgangs im September 1990 Osteuropa gewidmet hatte und „Entre Nous: The European Family Planning Magazine“ gleich in zwei Heften (Nr. 14/15 Juni 1990 und Nr. 16/September 1990) die Veränderungen in Ost- und Zentraleuropa beschrieb, wurde es Zeit, in einer deutschsprachigen Fachzeitschrift die geänderte Situation in Europa ansatzweise darzustellen, was Sie dankenswerter Weise in Heft 5/92 des pro familia magazin geleistet haben.

Ich schlage vor, jeweils jährlich eine Ausgabe des Magazins schwerpunktmäßig unter dem internationalen Gesichtspunkt zu gestalten, da die Veränderungen und Entwicklungen auf europäischer und Weltebene Mitglieder und MitarbeiterInnen sowie sonstige LeserInnen von pfm sicher interessieren. Die englischsprachigen Veröffentlichungen werden – nach meiner Erfahrung – nur von einem kleinen Teil von Interessierten gelesen. Daher sollten deutschsprachige Beiträge aktueller und schneller und nicht erst nach zwei Jahren (s. o.) erscheinen. So hoffe ich, daß bald ein ausführlicher Bericht über die Weltversammlung der IPPF im Oktober 92 in Indien, auf der auch das 40jährige Bestehen der Organisation gefeiert werden wird, erscheint.

Robert Bolz

München

Im Rowohlt Taschenbuchverlag ist als eine Neuausgabe jetzt wieder das Buch mit dem Titel „Die Pille“ des britischen Arztes John Guillebaud erschienen. Die erste deutsche Ausgabe dieses Buches ist 1982 bei Rowohlt herausgekommen. Die Bearbeitung der deutschen Ausgabe hatte damals die Ärztin Bruni Ludwig durchgeführt, ich hatte als Präsident der Pro Familia ein Vorwort geschrieben.

Frau Ludwig und ich werden in der neuen Ausgabe desselben Buchs verschwiegen; das ist sehr ärgerlich. Mit dieser Bemerkung ist keine Kritik des Buchs gemeint.

Jürgen Heinrichs

Pöcking

Termine Weiterbildung

In dieser Rubrik vermelden wir in Kurzform Hinweise auf Veranstaltungen. Nach einem höchstrichterlichen Urteil dürfen wir ausführlichere Hinweise nur als bezahlte Anzeigen veröffentlichen. Interessenten wenden sich daher bitte an die angegebenen Adressen.

Sexualberatungsstelle der Abteilung für Sexualforschung, Universität Hamburg (Poppenhusenstr. 12, 2000 Hamburg 60): Fortbildung zur Psychotherapie und Beratung von Paaren mit sexuellen Störungen (Intensivphase 7.–28. 8. 93, Workshop 26.–28. 11. 93, anschließend 1jährige regionale Supervisionsphase). Anmeldungen bis 15. 2. 93.

Südwestdeutscher Arbeitskreis für Beziehungsanalyse (Ernst Thieme, Königsberger Str. 6, 7290 Freudenstadt): Fort- und Weiterbildungsgruppen für psychoanalytische Paarberatung und Familientherapie/-beratung am 19. März in Konstanz, Herbst in Heidelberg.

Gesellschaft für klinische Psychologie und Beratung (Hansaring 67, 4400 Münster): 4. 2jährige Weiterbildung und Beratung bei sexuellen und Partnerschaftsproblemen ab Mai 1993 in Münster.

Feministisches Frauengesundheitszentrum (Bamberger Str. 51, 1000 Berlin 30): Fortbildung zur Portionskappe 21.–22. 1. 93, 12. 3. 93 und 14. 6. 93.

Institut für Sexualpädagogik (Im Osterhöfgen 35a, 4322 Sprockhövel 1): Informationsblatt zur berufsbegleitenden sexualpädagogischen Fortbildung 1993 kann angefordert werden.

Pädagogische Arbeitsstelle (Postfach 1030 61, 4600 Dortmund, Tel. 02 31/17 88 47): Symposium „AIDS – eine ansteckende Krankheit?“ am 28. November in der Humboldt-Universität Berlin.

PRO FAMILIA INFORMATIONEN

Die *Pro Familia Informationen* erscheinen als Teil der Zeitschrift *pro familia magazin*. Redaktion der *Pro Familia Informationen* und für den Inhalt verantwortlich: Ausschuß für innerverbandliche Kommunikation (Daniela Gieseler, Helga Glufke, Jürgen Heinrichs, Annette Rethemeier, Elke Thoß). Anschrift der Redaktion: *Pro Familia*, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1.

Empfehlung des Bundesverbandes zu RU 486

Pro Familia fordert die Einführung von RU 486, da jede Frau nach der Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch die Möglichkeit haben sollte, die ihr und ihrer individuellen Situation angemessene Methode der Durchführung wählen zu können.

Der Schwangerschaftsabbruch mit RU 486 ist eine neue und alternative Methode zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch.

Pro Familia muß eine ausführliche Information und Beratung zu den beiden Abbruchmethoden mit den jeweiligen subjektiven Vor- und Nachteilen anbieten, in der deutlich wird,

- daß der medikamentöse Abbruch, d. h. die Einnahme von RU 486 und die Verabreichung von Prostaglandinen, nicht losgelöst von dem/der Arzt/Ärztin, sondern unter strenger ärztlicher Kontrolle (vergleichbar Frankreich und Großbritannien) unter den rechtsgültigen Vorgaben der §§ 218 ff. StGB zu erfolgen hat;

- daß der chirurgische Abbruch in der Frühschwangerschaft, wie er in Familienplanungszentren unter örtlicher Betäubung durch Absaugung erfolgt, nicht mehr Nachsaugungen als der medikamentöse hat;
- daß der Schwangerschaftsabbruch durch RU 486 und Prostaglandine sich über 2 Tage erstreckt gegenüber 10 bis 15 Minuten beim chirurgischen;

- daß über Langzeitfolgen, wie Teratogenität, Karzinogenität, toxikologische Effekte und Zyklusstörungen noch nicht ausreichende Ergebnisse vorliegen.

Pro Familia könnte Frauen beide Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in den Familienplanungszentren als Wahlmöglichkeiten anbieten, da hier bereits langjährige medizinische und psychologische Erfahrungen mit dem Schwangerschaftsabbruch als gute Voraussetzung zur Anwendung von RU 486 als Alternativmethode bestehen.

Denkbar ist dies als Modell bzw. Projekt. Erforderlich sind hierzu:

1. eine wissenschaftliche Begleitung mit medizinischer Qualifikation (MedizinsoziologIn) und eine modellqualifizierende Weiterbildung der medizinischen Mitar-

Entsprechend zur Diskussion und Beschlußfassung der *Pro Familia*-Mitgliederversammlung 1990 in Königswinter haben die Mitglieder des Bundesvorstandes Beate Affolderbach und Brigitte Honnens nach weiterer verbandstinterner Diskussion und Verfolgung der medizinischen wie auch politischen Entwicklung Essentials zur Erprobung von RU 486 in der *Pro Familia* ausgearbeitet.

Nach einem Beschluß des Bundesvorstandes vom 3./4. April 1992 empfiehlt nun der Bundesverband, folgende Minimalforderungen an eine Anwendung von RU 486 in der *Pro Familia* zu stellen:

- beiterInnen.
2. Zeitplanung
Montags und dienstags Vergabe der RU 486, mittwochs und donnerstags Vergabe von Prostaglandinen. Der Freitag soll offen bleiben für eventuelle Nachbehandlungen. Die Vergabe der RU 486 und des Prostaglandins erfolgt parallel zu den Abbrüchen mit der Absaugmethode. Für Notfälle nachts und am Wochenende soll mit örtlichen Kliniken kooperiert werden. Durch diese Bedingungen (zwei Termine im Zentrum, eventuell eintretende Komplikationen) können in der Forschungsphase realistischweise nur Frauen aus näherer Umgebung des Zentrums RU 486 erhalten (vergl. Frankreich).
3. Raumfrage: Frauen wollen nach der Vergabe von Prostaglandinen nicht liegen, sondern sich bewegen (bis zu 4 Stunden). Neben dem vorhandenen Ruheraum müßte ein zweiter Raum zur Verfügung stehen. Dieser sollte mit Zeitschriften, eventuell Video, Frühstücksbüffet ausgestattet sein. Sinnvoll wäre auch eine zusätzliche Toilette.
4. Fragen zur Finanzierung: Wie kann der Schwangerschaftsabbruch mit der RU 486 abgerechnet werden?

- über die Gebührenordnung (es würde dann spezielle Ziffern geben)
 - über Modellgelder
 - über Projektgelder der WHO
5. Offene Fragen: - Müssen Ärzte von der KV für die Vergabe von RU 486 ermächtigt werden?
 - Welche Langzeitwirkungen oder -schäden sind zu erwarten?
 - Welche Haftpflichtfragen können entstehen, wie sind eventuell entstehende Forderungen abzusichern?

Pro Familia-Beratungsstellen können in Kooperation mit Arztpraxen, Tageskliniken und Kliniken, die bereits Erfahrungen mit dem ambulanten Schwangerschaftsabbruch haben, die Beratung und Information zu den beiden Abbruchmethoden anbieten, wie dies bereits jetzt für den chirurgischen Schwangerschaftsabbruch gilt.

Anmeldung zur internationalen RU 486-Konferenz am 5./6. Dezember in Frankfurt/Main

Die Teilnahmegebühren sind nach Beschluß der Konferenzveranstalter wie folgt differenziert worden:

Leitende und selbständige Ärzte: 300,- DM
Teilnehmer/innen aus den neuen Bundesländern, Assistenzärztinnen und -ärzte, Mitarbeiter/innen von *PRO FAMILIA*: 160,- DM
Studentinnen und Studenten sowie Mitarbeiter/innen von *PRO FAMILIA* aus den neuen Bundesländern: 100,- DM
Anmeldeschluß ist der 4. November 1992.
Die Konferenzprogramme sind bei den Landesgeschäftsstellen und der Bundesgeschäftsstelle der *Pro Familia* erhältlich.

Anmeldungen sind mit dem Anmeldecoupon im Konferenzprogramm bitte direkt an die IPPF Europe Region zu richten.

Im Tagungshotel ist für Konferenzteilnehmer eine Anzahl von Hotelzimmern zu folgenden Preisen reserviert:

Einzelzimmer beide Nächte: 370,- DM
Doppelzimmer beide Nächte: 400,- DM
Frühstück und Mittagessen sind bereits in der Konferenzgebühr enthalten.

Bei Interesse an preiswerten Übernachtungsmöglichkeiten kann vom *Pro Familia*-Bundesverband eine Hotelliste zur Verfügung gestellt werden.

RU 486 läßt sich vielleicht verzögern, aber sicher nicht verhindern

Wird RU 486 in absehbarer Zeit auch bei uns zugelassen?

Halder: Ich denke, das kann gar nicht verhindert werden. Durch die Zulassung in anderen Ländern der EG wird der Druck auch bei uns wachsen. Ein medizinisch sinnvolles Medikament kann der Bevölkerung (in erster Linie Frauen; aber die Männer sind bei der Entstehung der Schwangerschaft und damit bei deren Abbruch ja auch beteiligt...) nicht auf Dauer verweigert werden. Schon gar nicht in einzelnen Ländern der EG, während es in anderen zugelassen ist.

Der 31. 12. 92 ist ja nicht nur der Stichtag für eine Neuregelung des § 218, sondern auch für den EG-Binnenmarkt – kommt RU 486 dann eventuell „durch die Hintertür“?

Halder: Nein, „problematische Medikamente“ wie dieses wurden beim Beschluß des Binnenmarktes sogar ausdrücklich ausgeschlossen.

Mifepriston hat, wie bekannt, auch andere Anwendungsmöglichkeiten – beispielsweise in der Krebstherapie. Könnte das seine Einführung beschleunigen?

Halder: Langfristig wohl ja. Kurzfristig ist eher zu erwarten, daß der Streit um die Abtreibung den Einsatz von Mifepriston auch auf den anderen Gebieten behindert. Ist das Medikament erst für eine Anwendung zugelassen, kann es praktisch nicht dauerhaft für andere „gesperrt“ werden.

Für welche der theoretischen Anwendungsgebiete von Mifepriston liegen schon gesicherte Erkenntnisse, beispielsweise klinische Studien, vor?

Halder: Die Wirkung als Antiglukocorticoid ist belegt – für die Chushing-Therapie würde Mifepriston einen Fortschritt bedeuten. Daß es das Wachstum Progesteronrezeptor-positiver Tumoren (vor allem Brustkrebs und Meningeome) hemmt, gilt ebenfalls als sicher. Mit Mifepriston kann die Abstoßung des intrauterin gestorbenen Feten relativ schonend ausgelöst werden. Da es die Plazentaschranke überwindet, sollte es zur Geburtseinleitung aber nicht angewandt werden, bis sicher ist, daß es den Feten nicht schädigt. Mifepriston ist als „once-a-month-pill“ (innerhalb der ersten beiden Tage nach der Ovulation) ebenso sicher wie die gegenwärtigen oralen Kontrazeptiva. Am besten erforscht ist aber der frühe Schwangerschaftsabbruch.

Dr. Gabriele Halder, Gynäkologin, Pro Familia Beratungsstelle Berlin und Mitglied des medizinischen Ausschusses des Bundesverbandes, wird am 6. Dezember 1992 bei der internationalen Konferenz zu RU 486 in Frankfurt/Main eine der Arbeitsgruppen leiten. Die Entwicklung und Diskussion weiterer Schritte auf dem Weg zur Verbesserung des reproduktionsmedizinischen Angebots durch RU 486 ist Thema in den Arbeitsgruppen. In diesem Zusammenhang hier der Nachdruck eines Interviews mit Frau Dr. Halder von selecta/MEDIZIN aktuell vom 10. April 1992, das Thomas Freund führte.

Warum ist die Abruptio in Frankreich nur in den ersten 49, in Großbritannien aber in den ersten 63 Tagen möglich?

Halder: In Kombination mit Prostaglandinen wirkt RU auch nach der 7. Schwangerschaftswoche. Die Blutungen werden allerdings beim Abbruch später in der Schwangerschaft zunehmend stärker. Die Franzosen sind da ziemlich vorsichtig. Das ist auch der Grund für die Reaktion, auf diesen Todesfall hin Rauchen und Alter über 35 als Kontraindikationen zu definieren. Das halten viele Experten für überzogen. Bei der Betroffenen kam einiges zusammen. Sie war eine 33jährige starke Raucherin und hatte 11 Geburten und eine Abtreibung hinter sich.

Komplikationen sind beim chirurgischen Abbruch ja auch keineswegs ausgeschlossen.

Halder: Sicher; aber ein Todesfall bei einer neuen Methode wird kritischer gesehen, zählt mehr als vielleicht 5 bei derselben Anzahl von Abbrüchen mit einem bewährten, standardmäßig ausgeführten Verfahren. Gerade bei der so umstrittenen „Abtreibungspille“ wollen die Franzosen eben jedes vermeidbare Risiko ausschließen.

Warum ist RU 486 eigentlich so umstritten – ausschließlich wegen der Mißbrauchsgefahr, oder hat man auch Angst, der Abbruch könnte den Frauen zu leicht gemacht werden, und sie würden es deshalb mit der Verhütung nicht mehr so genau nehmen?

Halder: Das spielt sicher beides mit eine Rolle. Ich nehme diese Bedenken übrigens

sehr ernst: Der Schwangerschaftsabbruch ist Tötung menschlichen Lebens; darüber muß man sich immer im klaren sein. Nur hat sich eben herausgestellt, daß beide Bedenken zu Unrecht bestehen: So, wie der medikamentöse Abbruch in Frankreich gemanagt wird, besteht praktisch keine Mißbrauchsgefahr. Und die Abbruchraten sind in Frankreich entgegen den Befürchtungen auch nicht angestiegen – das ist erwiesen.

Spielt dann vielleicht der Wunsch nach einer versteckten „Strafe“ mit?

Halder: Ich bin überzeugt, daß das auch eine Rolle spielt. Aber gegenüber einem einzigen notwendigen Arztbesuch beim chirurgischen Abbruch sind bei dem mit RU vier notwendig. Außerdem muß die Frau sich entscheiden, welche Methode sie wählt. Sie muß diese Entscheidung auch noch in einer Situation treffen, in der sie zweifelt und unsicher ist. Das setzt eine intensivere Auseinandersetzung voraus. Und die Übernahme von mehr Verantwortung. Der Arzt ist nicht mehr der Aktive wie beim chirurgischen Abbruch – die Frau selbst nimmt die Pille in die Hand und schluckt sie. Langfristig glaube ich, daß die medikamentöse Abtreibung zu einer verantwortlicheren Einstellung gegenüber dem eigenen Körper, der Sexualität und der Schwangerschaft führt.

Und damit sogar eher zu weniger Schwangerschaftsabbrüchen?

Halder: Genau. Unser Ziel ist es ganz sicher, die Abbruchrate zu senken. Aber durch Gesetze oder durch „indirekte Bestrafung“, also den möglichst unangenehmen Abbruch, läßt sich das eben nicht erreichen. Das geht nur dadurch, daß die finanziellen und beruflichen Nachteile, die ein Kind für Frauen bedeutet, beseitigt werden. Und vor allem durch eine andere Einstellung zum Körper und zur Sexualität, die dann zu besserer Verhütung führt. Also durch Aufklärung und Sexualpädagogik.

Sexualpädagogik

– so wichtig wie nie zuvor ?

Karlheinz Valtl

Dieser Beitrag beruht auf einem Öffentlichen Vortrag, gehalten zur Eröffnung der neuen Pro-Familia-Beratungsstelle in Augsburg am 7. Mai 1992

Zugegeben – es ist eine sehr weitreichende Behauptung zu sagen, daß Sexualpädagogik heute wichtiger sei als in jeder anderen Zeit vor uns. Werfen wir einen Blick in die Geschichte, um zu prüfen, ob dies zutrifft.

Sexualpädagogik als eigenständiger Bereich pädagogischer Theorie und Praxis ist relativ jung. Es gibt sie knapp hundert Jahre. Zuvor war Sexualität zunächst ein nicht abgetrennter Bereich des allgemeinen sozialen Lebens und damit auch Lernens (bis in die frühe Neuzeit etwa). Im 18. Jahrhundert wurde dann Sexualität plötzlich zu einem Thema für die Pädagogik, in unrühmlicher Weise allerdings: Mit einer an Hexenwahn erinnernden Versessenheit bekämpften Pädagogen (allen voran die *Philanthropen*) damals die sogenannten „Sünden der Jugend“, d. h. die Onanie. Weiter reichte ihr sexualpädagogischer Problemhorizont jedoch nicht.

Erst in unserem Jahrhundert kam es zur Entwicklung einer differenzierten Sexualpädagogik, und zweimal in dieser Zeit hatte sie sogar eine ausgesprochene Hochkonjunktur. Es lohnt sich, diese beiden Phasen näher zu betrachten, weil wir daraus Orientierungspunkte für die Gegenwart gewinnen können. In beiden Phasen der Hochkonjunktur gab es jeweils *eine* (vom Umfang ihrer Verbreitung her gesehen) tonangebende Position. Diese müssen aber beide heute als überholt, wenn nicht sogar als gescheitert betrachtet werden.

Sehen wir sie uns einmal an:

1. In den 20er Jahren, als der Ruf nach einer Eindämmung der sich angeblich ausbreitenden Geschlechtskrankheiten laut wurde (eine Parallele zur gegenwärtigen Aids-Problematik) fand eine moralisierende Sexualpädagogik große Verbreitung. Diese verfolgte das Ziel, die Kinder und Jugendlichen von einer „verfrühten“, Sexualbetätigung abzuhalten und von „schädigenden“, Einflüssen des gesellschaftlichen Lebens fernzuhalten.

Was aber ist „verfrüht“ und welche Einflüsse sind „schädigend“ und wie läßt sich ein solches Fernhalten pädagogisch organisieren?

Vieles von dem, was vor 70 Jahren als verfrüht gelten konnte, ist heute (zumindest statistisch) normal, und manches, was von *einem* weltanschaulichen Standpunkt aus als schädigend angesehen wird, wird von einem anderen als heilsame Korrektur begrüßt. Mit anderen Worten: Die Normen des Sexualver-

haltens unterliegen zum Teil sehr weitreichenden historischen Veränderungen, und es gibt in unserer pluralistischen Gesellschaft keinen einheitlichen, für alle verbindlichen Kodex sexueller Normvorstellungen. Wir stellen vielmehr immer deutlicher fest, daß es eine Mehrzahl solcher Normhorizonte und damit zusammenhängender gelebter *Sexualitäten* in einzelnen Subkulturen unserer Gesellschaft gibt, ja daß sogar innerhalb einer einzelnen Biografie ganz unterschiedliche Formen sexuellen Lebens aufeinander folgen können.

Ein moralisierender Ansatz würde in dieser Situation bedeuten, die Kinder und Jugendlichen auf eine von mehreren möglichen Formen von Sexualität festzulegen. Mit einer solchen fremdbestimmten Festlegung aber verrät die Erziehung ihren unabdingbaren Grundauftrag, der darin besteht, zur Mündigkeit zu erziehen, d. h. in diesem Zusammenhang zur sexuellen Selbstbestimmung.

Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet jedoch nicht, um hier einem Mißverständnis zuvorzukommen, eine Beliebigkeit nach dem Muster „anything goes“. Dazu bedürfte es keiner großangelegten Erziehung. Es geht vielmehr um die Entwicklung einer individuellen Entscheidungs- und Handlungskompetenz im Spannungsfeld von mindestens drei miteinander nicht immer in Einklang stehenden Ansprüchen: 1. den eigenen Bedürfnissen und Wünschen, 2. den Bedürfnissen und Wünschen des Partners bzw. der Partnerin und 3. den im jeweiligen sozialen Umfeld geltenden Normen (wobei Geltung noch nicht rational begründete Gültigkeit heißen muß). Ein Subjekt, das in diesem Feld von z. T. divergierenden Ansprüchen handlungsfähig bleibt, ist das Ziel einer Erziehung zu sexueller Selbstbestimmung.

Aber nun zurück zu den 20er Jahren. Wir sehen, daß eine Sexualpädagogik, wie sie damals praktiziert wurde, die auf Ablenken und Fernhalten aus ist, theoretisch nicht haltbar ist (wie im übrigen *jede* auf eine *bestimmte* Moral ausgerichtete Sexualpädagogik) – ganz abgesehen davon, daß sie auch praktisch nicht durchführbar ist. Wir können die Kinder und Jugendlichen nicht von der Welt abschr-

men, es sei denn, wir wollten Erziehung ähnlich wie ein Gefangenenlager organisieren.

Im übrigen stellt sich auch die Frage, mit welchem Recht wir Erwachsene den Jugendlichen etwas verweigern, was wir selbst uns gestatten.

2. Die zweite Hochkonjunktur hatte die Sexualpädagogik in den **70er Jahren**. In dieser Phase waren die Befreiung von unbegründeten Zwängen und eine Veränderung der Gesellschaft durch die Liberalisierung der sexuellen Beziehungsmuster die tonangebenden Leitvorstellungen. Doch auch hier müssen wir fragen: 1. Welche Zwänge sind unbegründet? und 2. Sollen gesellschaftliche Strukturen überhaupt auf dem Weg pädagogischer Beeinflussung individueller Lebensformen verändert werden?

Sicher waren einige der früheren Zwänge und Forderungen nicht mehr begründbar und daher schnell über Bord geworfen (das Tabu vorehelicher Sexualität etwa). Eine grundsätzliche Befreiung der Individuen und eine weitergehende Veränderung der Gesellschaft wurde damit aber nicht bewirkt. Die alten Zwänge wurden zum Teil von neuen abgelöst (so z. B. decken heute einige Frauen auf, daß sie gerade in dieser Zeit der Befreiung unter einem Zwang zu sexueller Freizügigkeit gestanden hatten). Außerdem zeigte es sich bald, daß die veränderten Strukturen der Gesellschaft nicht die *Folge* eines revolutionär veränderten Sexualverhaltens waren, sondern daß umgekehrt das Sexualverhalten den veränderten ökonomischen Bedingungen gefolgt war: Die Verzichtsmoralität der Aufbauzeit war einer sich auf alle Lebensbereiche erstreckenden Konsumfreudigkeit einer materiellen Überflugesellschaft gewichen.

3. Gegenwärtig verzeichnen wir eine dritte Hochkonjunktur der Sexualpädagogik. Diese ist im wesentlichen entstanden aus der Konfrontation mit der Krankheit Aids und aus der neueren Auseinandersetzung um den § 218. In deren Zusammenhang wird Sexualpädagogik gefordert in der Hoffnung, durch sie die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und damit der Schwangerschaftsabbrüche im Jugendalter senken zu können. (Daß Sexualpädagogik hier gefordert wird, ist einerseits erfreulich, andererseits handelt es sich aber doch auch um eine Verzweckung, die sich mit ihrer Ausrichtung auf sexuelle Selbstbestimmung nicht ganz bruchlos ver-

bindet.)

Aber bleiben wir einmal bei Aids, weil sich daran zeigen läßt, wie ein Pferd von hinten, im Endeffekt aber dann doch richtig aufgezäumt werden kann.

Wir haben hier ein Problem ganz ähnlich wie das der 20er Jahre vor uns, aber wir können nicht auf die alten Lösungen zurückgreifen. Dazu drei Grunderfahrungen aus der Aids-Präventions-Arbeit:

1. Statt zu versuchen, von Sexualität fernzuhalten, müssen wir heute ganz konkret über Sexualität reden.
 2. Statt uns auf die früher geübten Moralapelle zu verlassen (die sich heute als wirkungslos herausstellen), müssen wir begreifen, daß es die jeweils faktisch anzutreffenden sexuellen Verhaltensformen sind, an denen alle Aufklärungsarbeit ansetzen muß.
 3. Die wichtigste Lektion aber war zu sehen, daß diese Arbeit nur dort fruchtbar werden kann, wo sie nicht (in rein negativer Orientierung) bloß die aktuellen Probleme im Auge hat, sondern wo sie (in einer positiven Orientierung) auf die Förderung grundlegender Persönlichkeitsdimensionen ausgerichtet ist.
- Dazu zählen sowohl allgemeine, nicht primär auf Sexualität bezogene Ziele wie Ich-Stärke, Partnerschaftlichkeit, Frustrationstoleranz, Selbst- und Sozialkompetenz, wie auch die zur Sexualität im eigentlichen Sinne gehörenden Ziele wie Beziehungs- und Lustfähigkeit, über Sexualität sprechen können, wenn es erforderlich ist, Reflexion der Geschlechtsrollen und Autonomie des sexualmoralischen Urteilsvermögens.

Die Aids-Kampagne, in der die Sexualpädagogik anfangs nur die Rolle eines Vollzugsorgans hätte spielen sollen, wurde so unversehens zum Auslöser grundlegender sexualpädagogischer Einsichten.

*

Wir stehen damit heute zum ersten Mal in der Geschichte vor der Aufgabe, ein wirklich umfassendes Konzept der Sexualpädagogik ausarbeiten zu müssen, und zwar zum einen, weil traditionelle Selbstverständlichkeiten keinen tragfähigen Boden mehr bieten, und zum andern, weil unsere Zeit die heranwachsende Generation vor eine Reihe völlig neuer Probleme stellt – und damit auch die Erziehung, wenn wir unsere Kinder nicht mit ihren Problemen alleine lassen wollen.

Lassen Sie mich einige dieser gegenwärtigen Probleme kurz darstellen (wobei ich mit den weniger zentralen Punkten beginnen möchte):

1. Aids (um noch einmal damit anzufangen), ist zwar das Thema, das die neuere sexualpädagogische Diskussion ausgelöst hat, das aber für Kinder und Jugendliche statistisch eher ein Randproblem darstellt. Das größere Problem sind für die Sexualpädagogik die

unbegründeten Ängste, die von der Aids-Hysterie wachgerufen wurden.

Hier braucht es eine Aufklärungsarbeit, die vor dem tatsächlichen Risikoverhalten warnt, die zu allen anderen Bereichen der Sexualität aber ein positives und angstfreies Verhältnis fördert. Dies geht nicht ohne eine Stärkung des Selbstwertgefühls und des damit zusammenhängenden Bewußtseins, über die eigene Sexualität selbst bestimmen zu können. Pointiert formuliert: Nur sexuelle Selbstbestimmung schützt sowohl gegen Aids wie gegen Aids-Hysterie.

2. Ein anderes dunkles Kapitel ist der heute viel diskutierte **sexuelle Mißbrauch** an Mädchen und Jungen. Diesen Punkt kann ich hier nur erwähnen, eine angemessene Behandlung müßte sehr viel mehr Raum einnehmen. Im übrigen ist es auch fraglich, ob sexueller Mißbrauch unter die Probleme der Sexualpädagogik zu rechnen ist oder ob er nicht vielmehr einer davon unabhängigen Präventions- und Interventionsarbeit bedarf.

Einige der Ziele dieser Präventionsarbeit konvergieren aber durchaus mit denen der Sexualpädagogik. Dazu zählen z. B. die Entwicklung eines positiven Körpergefühls, die Fähigkeit, zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen und Gefühlen unterscheiden zu können, und das frühzeitige Bescheid-Wissen über sexuelle Vorgänge.

Außerdem ergibt sich für die Sexualpädagogik spätestens unter dem Eindruck dieses Themas, daß wir von der alten Illusion Abschied nehmen müssen, die Kindheit sei eine Zeit der „Unberührtheit“ und „sexuellen Reinheit“ und die Erwachsenen seien nichts weiter als selbstlose Hüter dieses Schonraums.

3. Ein anderes Problem, ich habe es bereits erwähnt, sind die **Geschlechtsrollen**. Wir können die Kinder und Jugendlichen heute nicht mehr auf ihre spätere Rolle als Frau oder als Mann vorbereiten, ohne sie zu sensibilisieren für unzeitgemäße Anteile dieser Rollen, für offene und versteckte Diskriminierungen, ja für Gewaltverhältnisse zwischen den Geschlechtern.

Und wir müssen sehen, daß Mädchen und Jungen heute vor je spezifischen Entwicklungsproblemen stehen: Mädchen müssen lernen, ihre ihnen bisher abgesprochenen Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren, sich gegen immer noch vorhandene, heute oft sublimale Unterdrückungsstrategien zu wehren und Lebenspläne zu konzipieren, die unter den Bedingungen der Zukunft Frau-Sein und ökonomische Selbständigkeit miteinander verbinden lassen.

Jungen hingegen müssen lernen, daß sie sich nicht mehr auf die alte Domäne männlicher Vorrechte zurückziehen können und daß auch sie sich dieser Veränderung der Geschlechtsverhältnisse stellen müssen. Sie

müssen lernen, lange verdrängte Formen von Emotionalität und Sensibilität wieder zuzulassen, sich auf eine Partnerschaft zwischen zwei selbständigen Menschen einzustellen und wie sie auf der immer schwerer werdenden Suche nach Männlichkeit zu einem zeitgemäßen und zugleich positiven männlichen Selbstkonzept kommen können.

Um diese Aufgaben bewältigen zu können, brauchen wir neue Konzepte für eine Mädchenarbeit und Jugenarbeit, und wir müssen auch die Organisationsform der Koedukation in den Schulen neu überdenken.

4. Ein weiterer Themenbereich ist das **Sexualverhalten** der Kinder und Jugendlichen im eigentlichen Sinne. Sexuelle Erfahrungen werden heute früher gemacht als in vorangegangenen Generationen, wie sich überhaupt die sexuelle Entwicklung beschleunigt hat. Der Beginn der Geschlechtsreife liegt heute im Schnitt bei 12 bis 13 Jahren, und rund 4 Jahre später, mit gut 16 Jahren, können bereits 50 % der Jungen und Mädchen auf ihre ersten Erfahrungen im Geschlechtsverkehr zurückblicken.

Sexualität ist für die Jugendlichen damit heute ein selbstverständlicher Teil ihres Lebens geworden, was aber nicht heißt, daß dieser deshalb problemlos wäre. Die ersten sexuellen Erlebnisse und Beziehungen im Jugendalter sind Vorstöße in ein ebenso faszinierendes wie bedrohliches Neuland, und die dort gemachten Erfahrungen können sowohl lustvoll und identitätsstützend wie schmerzhaft und belastend sein.

Zudem: Je früher sexuelle Erfahrungen durchschnittlich gemacht werden, um so mehr stehen die einzelnen Jugendlichen auch unter dem Druck, diese Erfahrungen selbst möglichst schnell zu machen. So hat der Abbau alter Zwänge hier neue Zwänge entstehen lassen, und den Jugendlichen sitzt heute die Angst vor dem Versagen, vor dem Nicht-mit-halten-können und vor dem Zu-spät-kommen im Nacken.

Bei all dem brauchen die Jugendlichen wahrscheinlich keine Sexualpädagogen, die ihnen tagtäglich zeigen, wo's lang geht. Die einzelnen Szenen der Jugendkultur haben eine eigene Dynamik, die sich durch pädagogische Betulichkeit kaum beeinflussen läßt. Vielleicht brauchen die Jugendlichen aber doch solche Pädagoginnen und Pädagogen, die ihren Weg ohne allzuviel Einmischung begleiten, d. h.

- die ihre Probleme kennen,
- die da sind, wenn Hilfe gebraucht wird, und
- die sich dafür einsetzen, daß den Jugendlichen Erfahrungsräume erhalten bleiben, in denen sie positive sexuelle Erlebnisse machen können, die sie selbst dann konstruktiv in die eigene Identitätsentwicklung (als Mädchen und als Junge) einbauen können.

(Sexualpädagogisches Handeln, das sei hierzu nur am Rande vermerkt, muß keineswegs immer nur in einer pädagogisierenden Einmischung in die Welt der Kinder und Jugendlichen bestehen, sondern bedeutet auch einen Einsatz gegen Bevormundung.)

Eine wichtige Aufgabe dieser pädagogischen Begleitung besteht darin, auf diese Ereignisse und Konflikte des Jugendalters möglichst frühzeitig vorzubereiten. Je früher sexuelle Erfahrungen gemacht werden, um so früher brauchen die Jugendlichen auch Kompetenzen zu ihrer Bewältigung. Fähigkeiten, die in vergangenen Generationen oft nicht einmal von Erwachsenen gefordert waren, müssen heute schon von den 16-Jährigen beherrscht werden. Dazu zählen z. B. Bescheidwissen über Verhütungsmittel, Entscheiden-können (z. B. ob und mit wem ich eine gemeinsame Ferienreise unternehme), bis hin zu Beziehungsprobleme klären können.

Sexualpädagogik kann daher gar nicht früh genug ansetzen, und alle Erziehungsinstitutionen sind hier in die Pflicht genommen. Die Schule z. B. hat (oder hätte) den Auftrag, eine umfassende sexuelle Bildung auf Wissens- und Charakterebene grundzulegen. Und schon vorher, in Familie und Kindergarten, kann die sexuelle Entwicklung ganz entscheidend gefördert werden, etwa beim Aufbau eines positiven Körpergefühls, bei der Weckung aller Sinne, im Fördern von Zärtlichkeit und Freundschaft, durch Zulassen kindlicher Sexualspiele oder, auf der Einstellungsebene, durch den Aufbau von Toleranz gegenüber anders Lebenden, um hier nur einige Punkte herauszugreifen. Eine ähnliche Liste ließe sich auch für die Jugendarbeit zusammenstellen.

5. Damit in Familie, Kindergarten, Schule und Jugendarbeit alle diese Aufgaben der Sexualpädagogik bewältigt werden können, bedarf es noch einer wichtigen Voraussetzung: Die **Erziehung der Erzieher**. Eltern, KindergärtnerInnen, LehrerInnen und SozialarbeiterInnen brauchen heute eine sexualpädagogische Ausbildung, die sie dazu befähigt, sich diesen Aufgaben zu stellen. Eine solche Ausbildung beinhaltet u. a. eine nicht immer leichte Arbeit an sich selbst, das heißt z. B. eine Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und mit den eigenen Einstellungen zur Sexualität und ihren vielen Gesichtern.

Wie sie sich denken können, stellt diese Erziehung der Erzieher wiederum höchste Anforderungen an deren Ausbilderinnen und Ausbilder. Von daher rührt es, daß gerade *Pro Familia* dieser sog. MultiplikatorInnenfortbildung noch vor der sexualpädagogischen Jugendarbeit und vor der schulischen Sexualerziehung die größte Aufmerksamkeit widmet.

*

Dies ist nun auch der Punkt, an dem ich zum Schluß noch auf die **Rolle von Pro Familia** in der gegenwärtigen Sexualpädagogik zu sprechen kommen möchte. *Pro Familia* ist, so weit ich sehe, die einzige Institution, die über die letzten zwei Jahrzehnte hinweg, auch dann, als Sexualpädagogik keine Konjunktur hatte, kontinuierlich sexualpädagogische Arbeit geleistet hat. Es gibt in diesem Bereich heute – mit Ausnahme einiger weniger Autoren, die zu rein akademischen Fragen publizieren – keine namhaften Autorinnen und Autoren, die nicht mit *Pro Familia* in irgend einer Weise verbunden wären.

Dies zeigt sich am deutlichsten in der Praxis der Sexualpädagogik. Dort hat sich seit dem Buch „Sexualerziehung in der Praxis“ von FRICKE/KLOTZ/PAULICH (1980) bis zu dem auch in Zusammenarbeit mit *Pro Familia* durchgeführten Dortmunder Modellprojekt „Sexualpädagogische Arbeitshilfen für die Jugendarbeit“ (1985–88) ein breiter Methodenkonsens herausgebildet, der heute jede sexualpädagogische Arbeit prägt.

Bei diesen Methoden handelt es sich im wesentlichen um interaktive Arbeitsformen, in denen sowohl die eigenen Einstellungen und Handlungsmuster wie die der anderen bewußt werden können. Dabei wird, statt zu belehren und zu moralisieren, der Weg eines ganzheitlichen Erfahrungslernens gewählt, d. h. es wird sowohl das Denken wie auch das Gefühl und das Wollen angesprochen, der Körper und alle Sinne werden beteiligt, die Teilnehmer werden in ihren sozialen und biographischen Zusammenhängen gesehen, und es wird die Pluralität der möglichen Lebensformen berücksichtigt.

Dieses heute allgemein anerkannte Bündel von Methoden ist im wesentlichen das Werk der MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen von *Pro Familia* (zu diesen zählt das Dortmunder Institut für Sexualpädagogik). Insofern gibt es also keine spezifische *Pro Familia*-Sexualpädagogik, denn das von ihr vertretene Konzept ist das gegenwärtig allgemein praktizierte.

Bleibt zuletzt noch die Frage, ob ich nun nach all den Gründen, die ich aufgeführt habe, zu Recht behaupten kann, Sexualpädagogik sei heute wichtiger denn je zuvor. Ich für meinen Teil glaube: ja.

Dr. phil. Karlheinz Valtl, Jg. 1953, Akademischer Rat am Institut für Pädagogik der Universität Regensburg, dort in der Ausbildung von DiplompädagogInnen und LehrerInnen tätig; Mitglied der Arbeitsgruppe Sexualpädagogik von *Pro Familia* Regensburg und des Landesarbeitskreises Sexualpädagogik Bayern; Ausbildung zum Sexualpädagogen am Institut für Sexualpädagogik, Dortmund (ISP).

Ewig und 3 Tage

Ein Theaterstück für Menschen ab 14 zum Thema Rollenverhalten

Der Jugendliche Axel kann sie kaum noch ertragen: die Unehrlichkeit seiner Eltern. In seiner Clique findet er Halt und markiert dort vor seiner Freundin den starken Macho-Mann.

Als Axel seinen Eltern von einer schwangeren Klassenkameradin erzählt, ist für die sonnenklar: Ihr einziger Sohn macht sie viel zu früh zu Großeltern. Er kommt wirklich gar nicht nach seinem Vater. Axels Vertrauen in die Eltern verschwindet nun völlig.

Aber seine Clique schlägt vor, diese Geschichte vom werdenden Vater auf ihre Art einfach mitzuspielen. Die beiden Frauen der Gruppe lassen sich zeigen, wie man sich als Mann verhält. Im „Mann-Sein“ geübt, tauchen sie mit Axel bei dessen Eltern auf, um dort als solidarische Männergruppe das Babywickeln zu üben und sich aufs Vaterwerden gemeinsam vorzubereiten.

Der Vater ist gerührt über soviel männliche Solidarität und bemerkt sonst nichts. Erst als Axels Mutter dazukommt, fliegt der Schwindel auf, und es hagelt hehre Weisheiten und Lebenserfahrung.

Jetzt ist es soweit: Axel nimmt seinen Mut zusammen und eröffnet seinen Eltern, was er wirklich von ihrem verlogenen Verhältnis zu ihm hält.

Ewig und 3 Tage ihr „Friede-Freude-Eierkuchen-Getue“ mitzuspielen, ist ab sofort nichts mehr für Axel.

Mit diesem Theaterstück, geschrieben von Leonie Ossowski und dem Grips-Theater, kann das Kinder- und Jugendtheater KALLERATSCHMATSCH für Veranstaltungen engagiert werden. Im Frühjahr und Sommer 1993 sind noch Termine frei.

Eine ca. 7 x 7 Meter große Bühne, gut erreichbarer Drehstromanschluß und ein bestuhlter, gut abdunkelbarer Raum sind notwendig. Plakate und Fotos für Werbung können zum Selbstkostenpreis bezogen werden. Die Gage ist Sache der Vereinbarung zuzüglich Tantiemen.

Kontakt und weitere Informationen: Eva Maiwald, Einumerstr. 15, 3200 Hildesheim
Tel.: 0 51 21/1 42 86.

(Die Angaben sind dem Informationsmaterial des Kinder- und Jugendtheaters KALLERATSCHMATSCH entnommen.)

„Sex und so...“

Eine neue sexualpädagogische Jugendbroschüre des Landesverbandes Niedersachsen

Marianne Grunwald
Bernd Drägestein

Im Frühjahr 1991 stellte der Landesverband Niedersachsen der *Pro Familia* einen Antrag auf Förderung von neuem sexualpädagogischem Material für Jugendliche beim niedersächsischen Frauenministerium. Konzeptionierung und Durchführung des Projektes, welches auch eine Akzeptanzüberprüfung einschloß, übernahm der Landesverband.

Eine interdisziplinäre Redaktionsgruppe, bestehend aus *Pro Familia*-MitarbeiterInnen und externen Fachleuten, formulierte nach einer „Bedarfsanalyse“ folgende allgemeine Ziele:

Mit dieser Broschüre sollen Mädchen und Jungen im Alter von 13 bis 15 Jahren angesprochen werden.

Die inhaltliche Gestaltung soll sich am psychosozialen Erfahrungsbereich der Zielgruppe orientieren.

Entsprechend wurden als relevante Themen körperliche Entwicklung, Mädchen/Frau, Junge/Mann, Gefühle, sexuelle Erfahrung, das andere Gesicht, Beziehungen, Verhütungsmittel, Info-Stellen aufgegriffen. An vielen Stellen ergänzen farbige und schwarz-weiße, themenbezogene Illustrationen (Comics) den Text, die die alltäglichen Situationen der Jugendlichen widerspiegeln.

Zur Akzeptanzüberprüfung wurde bei der Verteilung einer Probeauflage der Broschüre eine schriftliche Befragung der Jugendlichen und der MediatorInnen durchgeführt. Der Fragebogen umfaßte Fragen zu Alter, Institution, Gestaltung der Broschüre, Themenauswahl, Verständlichkeit und eine allgemeine Einschätzung. Um eine hohe Antwortquote zu erzielen, verzichtete man bei der Gestaltung des Fragebogens weitestgehend auf offene Fragen.

Im April 1992 lag die vorläufige Fassung der Broschüre mit dem Titel „SEX UND SO...“ vor. Im Vorfeld waren über die niedersächsischen *Pro Familia*-Beratungsstellen interessierte Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen des Bundeslandes für eine Teilnahme an der Untersuchung gewonnen worden.

2400 Broschüren wurden mit den Fragebögen verschickt. 32 Institutionen sandten 788 Jugend- und 32 MediatorInnenfragebögen

zurück. Die Erhebung fand von Mitte April bis Mitte Mai 1992 statt.

Antworten der Jugendlichen

Eine erste Auswertung der Fragebögen zeigte, daß das Alter der antwortenden Jugendlichen zwischen 12 und 24 Jahren lag. Die im folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich jedoch nur auf das Antwortverhalten der Zielgruppe der 13 bis 15jährigen.

Innerhalb dieser Zielgruppe war über die Hälfte der Jugendlichen weiblich, fast alle hatten die deutsche Staatsangehörigkeit, und ebenfalls über die Hälfte wohnte nach eigenen Angaben in größeren Städten.

Gefragt nach ihrer ersten Reaktion äußerte sich die große Mehrheit dieser Jugendlichen, sie wären neugierig/aufgeregt gewesen, und mehr als die Hälfte fand den Umschlag toll/interessant. Großen Anklang fand der Titel der Broschüre, die meisten hielten ihn für stimmig.

Auch die Comics kamen insgesamt bei den Jugendlichen sehr gut an. Bemerkenswert ist hier, daß den Mädchen die Comics besser gefielen als den Jungen, die Fotos bevorzugten würden. Dieser von den Jungen häufiger geäußerte Wunsch nach Fotos ist wohl mit ein Grund dafür, daß sie die Broschüre allgemein schlechter bewerteten als Mädchen.

Auch die Themenauswahl scheint, die Interessen der Jugendlichen zu treffen:

„Sexuelle Erfahrung“ war das Thema Nummer 1 für mehr als die Hälfte der Jugendlichen, gefolgt von den Themen „Gefühle“ und „Beziehungen“.

Überraschend interessierten sich in diesem Zusammenhang mehr Jungen für das Thema „Mädchen/Frau“. Hier liegt die Vermutung nahe, daß die Jungen noch einen großen Bedarf haben, mehr über das andere Geschlecht zu erfahren. Ergänzt wird diese Annahme durch den häufiger geäußerten Wunsch der Jungen nach mehr Informationen zu dem oben genannten Thema.

Die meisten haben kein Thema vermißt und würden die Broschüre aufbewahren.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Jugendlichenbefragung, daß es der Redaktionsgruppe gelungen ist, eine zielgruppen-

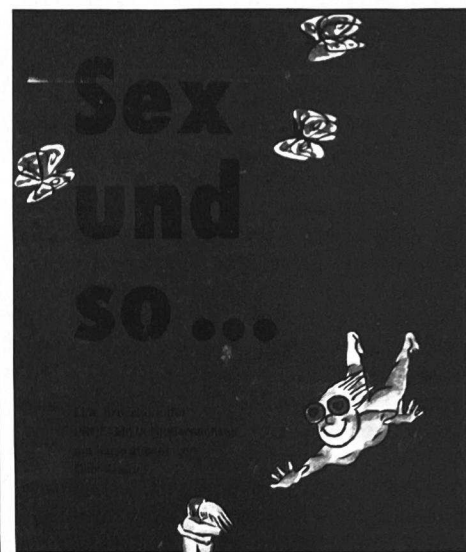
gerechte sexualpädagogische Broschüre zu erstellen. Betrachtet man die deutlich bessere Gesamteinschätzung durch die Mädchen, scheint man erstmalig auch ihrem Interesse gerecht geworden zu sein. Hierdurch unterscheidet sich diese Broschüre von anderen bisher erschienenen.

Antworten der MediatorInnen

Da die Broschüre hauptsächlich an Realschulen, Integrierten Gesamtschulen und Hauptschulen verteilt wurde, sandten hauptsächlich LehrerInnen den MediatorInnen-Fragebogen zurück. Fast alle beurteilten die Broschüre als geeignet, um es als didaktisches Material einzusetzen. Aussagen wie „Sie geht auf Tabuthemen ein“ oder „regt zu Fragen und Gesprächen an“ unterstrichen den guten Eindruck, der sich auch in einer sehr guten Gesamtbewertung widerspiegelt.

Für weitere Informationen steht der Landesverband Niedersachsen der *Pro Familia* gerne zur Verfügung.

Zusätzlich liefern die Untersuchungsergebnisse auch wichtige Hinweise für die weitere Planung und Gestaltung sexualpädagogischer Veranstaltungen.



Die Broschüre „SEX UND SO...“ kann bei der *Pro Familia, Landesverband Niedersachsen, Am Hohen Ufer 3a in 3000 Hannover 1 (Tel.: 05 11/36 36 08; Fax: 05 11/ 36 36 27)* gegen eine Versandgebühr bestellt werden.

„Let's talk about sex...“

Neue Wege in der sexualpädagogischen Arbeit

Unter diesem Motto stand im Juli 1992 die Ferienpaßaktion der *Pro Familia* Hannover. Jungen und Mädchen, die in den Sommerferien zu Hause geblieben waren, konnten sich in Hannover einen Ferienpaß kaufen und an Freizeitaktivitäten ihrer Wahl teilnehmen.

Mit viel Elan initiierten wir, zwei neue *Pro Familia*-Mitarbeiter (Heike von der Fecht und Bernd Drägestein, Sexualpädagogen), eine Medienaktion mit Mädchen und Jungen zum Thema „Liebe – Freundschaft – Sexualität“.

In Form eines selbstproduzierten Videofilms setzten sich in getrennten Gruppen die 11–12jährigen Jungen und Mädchen damit auseinander. Ziel war: Berührungängste abbauen und lernen, offener über dies Thema zu reden. Auch sollten die Mädchen und Jungen sich überlegen, was sie zu Liebe, Freundschaft und Sexualität von Gleichaltrigen und Erwachsenen wissen wollen.

Die Kombination von sexual- und medienpädagogischen Inhalten haben wir bewußt ausgewählt. Der Einsatz des Mediums Video schien besonders geeignet: Zum einem als Anreiz für die Mädchen und Jungen, selbständig mit einer Videokamera zu filmen. Zum anderen, um bei Befragungen Schwellenängste abzubauen, indem als Mittel zum Zweck die Interviewmethode eingesetzt wurde.

Problematisch dabei: Das Fernsehprogramm, vor allem die Privatsender, setzt Maßstäbe auch im Bereich der Sexualität, die häufig von Jungen und Mädchen nachgeahmt werden wollen.

Deshalb sollte kein Liebesfilm produziert werden, sondern ein Video-Magazin zum Thema: Liebe, Freundschaft, Sexualität – aus Beiträgen der Kleingruppen. Dies konnte z. B. sein: eigene und fremde Statements, Vor- und Abspann, Musik und Rollenspiel. Ein Schwerpunkt lag bei Kurzinterviews in der Fußgängerzone von Hannover. Hierbei konnten sich die Jungen und Mädchen mit ihrer eigenen Meinung und fremden Aussagen auseinandersetzen.

Die Ferienaktion war so angelegt, daß in der ersten Woche die Mädchengruppe und in der zweiten Woche die Jungengruppe in die Räume der *Pro Familia* kam. Beide Kerngruppen waren mit Elan und Interesse bei der Sache. Nach einem Einführungstag (Kennenlernen, Videotechnik, Themenfindung und

ergänzende Aufklärung) erarbeiteten beide Gruppen Fragen, und nach einem Probelauf ging es an die praktische Arbeit.

Mit Videokamera, Stativ und Mikrophon ausgerüstet begann die eigentliche Aktion. Nach anfänglichem Zögern wurden die Mädchen mutiger:

„Am Anfang war uns das Thema natürlich schon etwas unangenehm, aber das hat sich bald gelegt. Ich glaube, daß unsere Interviewpartner oft zugeknüpfter waren als wir“, meinte die 13jährige Laila.

Auch die Jungen trauten sich am Anfang nicht so recht und versteckten sich hinter der Videokamera. Doch nach einigen interessanten Interviews mit unserer Hilfe wurden sie selbst aktiv.

„Wann haben Sie zum ersten Mal einen Mann geküßt?“ fragte der kleine Joern (12) forsch die Frau in der Georgstraße. Er hielt ihr ein Video-Mikro entgegen. Erst peinlich berührt, antwortete die Blondine (35) doch: „Ich war 15, es war im Kino.“

Einige Aha-Erlebnisse zu den Interviews der Passanten hatten alle Teilnehmer. So waren die Mädchen z. B. ungläubig, als ein älterer Herr auf die Frage „Wer hat Sie aufgeklärt?“ antwortete: „Mich hat keiner aufgeklärt, das haben wir damals von der Natur gelernt.“ Sie fragten mehrmals nach, ob nicht doch die Schule oder die Eltern etwas zur Sexualität gesagt hätten.

Bei der Zusammenstellung, dem Sichten und Schneiden des Videomaterials für das Magazin, wurde über die Antworten der Passanten lebhaft diskutiert. Die Mädchen nannten ihre Videofilme – „Let's talk about sex...“ sowie „Traumboy“ und die Jungen wählten den Titel „Ist Liebe möglich?“.

Zum Abschluß hatten alle Mädchen und Jungen die Möglichkeit, ihren Videofilm mit nach Hause zu nehmen und mit den neugierigen Eltern oder Freunden darüber zu reden.

Aus unserer Sicht war diese Ferienpaßaktion trotz hoher Arbeitsintensität aus folgenden Gründen ein erfolgreiches Beispiel für sexualpädagogisches Arbeiten in der *Pro Familia*:

- andere Wege in der Sexualpädagogik beschreiten
- interessantes Filmmaterial aufzeichnen
- das Gefühl bei uns, bei den Mädchen und Jungen in punkto Liebe und Sexualität etwas bewegt zu haben
- eine gelungene Öffentlichkeitsarbeit (Presseecho in Zeitung und Fernsehen)
- und schließlich auch Spaß an der Aktion.

Das Videomagazin „Let's talk about sex...“ kann zur weiteren Information ab November 1992 bei der *Pro Familia*-Beratungsstelle Hannover (Heike von der Fecht) ausgeliehen werden.

Heike von der Fecht (Sexualpädagogin mit Zusatzausbildung zur Videogruppenleiterin).



Interview im Zentrum Hannovers

Zum Unterhaltsvorschuß

Neue Broschüre vom Bundesministerium für Familie und Senioren mit dem Titel „Der Unterhaltsvorschuß – Eine Hilfe für Alleinerziehende“ informiert darüber, wer unterhaltsberechtig ist, wie und wo man Unterhaltsvorschuß beantragen kann und wie sich der Bezug des Vorschusses auf andere Leistungen wie z. B. Sozialhilfe und Kindergeld auswirkt.

Das Unterhaltsvorschußgesetz gilt seit 1. Januar 1992 auch in den neuen Bundesländern.

Informationen über die Erhöhung der Leistungssätze und die Leistungsdauer ab 1. Januar 1993 sind in der Broschüre bereits enthalten, die bei der Bundesgeschäftsstelle der Pro Familia oder direkt beim Bundesministerium für Familie und Senioren /Godesberger Allee 140, 5300 Bonn 2, Pressereferat? 02 28/3 06-22 33) erhältlich ist.

Redaktionsschluß für die nächsten Ausgaben

Die Redaktion freut sich über jeden Beitrag aus dem Kreis der Leserinnen und Leser, auch über Leserbriefe (die sollten möglichst kurz gehalten sein, damit Kürzungen nicht erforderlich sind).

Heft 1/93 zum Thema „Perinatale Diagnostik“ erscheint Mitte Januar. Das Schwerpunktthema ist redaktionell abgeschlossen. Aktuelle Kurzberichte können bis zum 4. Dezember eingeschickt werden.

Heft 2/93 zum Thema „Beruf und Sexualität“ erscheint Anfang März 1993. Redaktionsschluß für Beiträge zum Schwerpunktthema ist der 4. Dezember, für aktuelle Kurzberichte ist es der 3. Februar 1993.

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt eine Informationsschrift der Fa. Sancho Pansa (Freiburg) bei.

pro familia magazin

Themen 1993

Die Redaktion des *pro familia magazin* hat die Schwerpunktthemen für den Jahrgang 1993 festgelegt. Die 6 Hefte werden folgende Themen behandeln:

1/93 (Januar):
Pränatale Diagnostik

2/93 (März):
Beruf und Sexualität

3/93 (Mai):
Burning Out

4/93 (Juli):
Gewalt

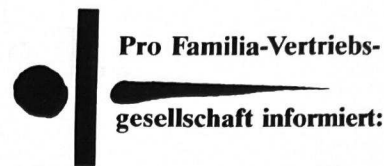
5/93 (September):
Soziale Entwicklungen (besonderer Aspekt: Frauen in Deutschland)

6/93 (November):
Frauen und Sexualmoral

Das Heft 1 ist inhaltlich bereits abgeschlossen. Anregung und unverbindliche Manuskriptangebote nimmt die Redaktion gern entgegen. Dies sollte spätestens 4 Monate vor Erscheinen der Fall sein.

Nun auch in Aue

In Sachsen wurde in der erzgebirgischen Stadt Aue die dritte Beratungsstelle eröffnet. Die Leitung hat Siegfried Schnabl. Bisher gab es in Leipzig und Chemnitz Beratungsstellen. Der Landesverband Sachsen weist darauf hin, daß immer noch in Rückstand gegenüber z. B. Brandenburg bestehe, wo es bereits zehn Beratungsstellen gebe.



**Pro Familia-Vertriebs-
gesellschaft informiert:**

Neue Bücher, Kassetten und plastische Aufklärungsmedien finden Sie in der Zusatzliste zum Katalog Nr. 5.

- „Beratung bei Inzest“ ein 5steliges Videoprogramm DM 590,-
- Handpuppen zur Sexualaufklärung im Kindergarten, Grundschule und Behinderte ca. DM 290,-
- Dunde, S. R. (Hrsg.) Handbuch Sexualität, Ein neues Lexikon mit zahlreichen Abb. und Zeichnungen, 400 Seiten, geb. DM 78,-
- „Kinder-Kummer“ Ein Zeichentrickvideo zum Thema sex. Mißbrauch, geeignet ab 6 Jahren. VHS, 7 Min. Farbe, DM 78,-
- und über 10 weitere interessante neue Buchtitel.

Neues für Europa, von uns importiert, das Gleitmittel SYLK.

Es wird gewonnen aus dem Saft des Kiwi-Baumes und erscheint uns wesentlich besser als alle synthetischen Gleitmittel.

SYLK vertreiben wir im Groß- und Einzelhandel. Info anfordern.

Anfragen bitte an:

Pro Familia Vertriebsgesellschaft,
Niddastr. 76, 6000 Frankfurt(M) 1, Tel.
0 69/25 19 30

Umzug in Mainz

Das Pro-Familia-Zentrum Mainz ist umgezogen. Die neue Adresse lautet: Quintinsstraße 6, 6500 Mainz (Tel. 0 61 31-28 76 60, Fax 0 61 31-2 87 66 20).

Pro Familia Stuttgart

sucht zum 1. Januar 1993 einen männlichen

Dipl. Psychologen

für Paar- und Sexualberatung.

Teilzeit 50–75 %. Bezahlung BAT angeglichen.

Bewerbungen bis 30. 11. 1992 an

Pro Familia,
Schloßstraße 60, 7000 Stuttgart 1

Die Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung, Landesverband Hamburg e. V. sucht zum 1. Januar 1993 oder später für den Aufbau einer Geschäftsstelle und zur Absicherung der langfristigen Finanzierung sowie für Koordinationsaufgaben

eine Geschäftsführerin

(3/4 Stelle)

Wer erwarten: – kaufmännische/betriebswirtschaftliche Kenntnisse, EDV-Erfahrung, Engagement für die Ziele der Pro Familia, Berufserfahrungen, Erfahrung im Umgang mit Behörden und Verbänden, Teamfähigkeit.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an BAT, bis maximal BAT IIa. Bewerbungen richten Sie bitte bis zum 11. 12. 92 an den Pro Familia Landesverband Hamburg, Tesdorfstr. 8, 2000 Hamburg 13 (z. Hdn. Herrn Braunschweig).

Pro Familia-Landesverbände

Baden-Württemberg:
Planckstraße 8
W-7000 Stuttgart 1
Telefon (0711) 461151

Bayern:
Türkenstraße 103/I
W-8000 München 40
Telefon (089) 399079

Berlin:
Ansbacher Straße 11
W-1000 Berlin 30
Telefon (030) 2139013

Brandenburg:
Heinrich-Mann-Allee 103
O-1580 Potsdam
Telefon (31) 21012

Bremen:
Stader Straße 35
W-2800 Bremen
Telefon (0421) 491090

Hamburg:
Tesdorpfstraße 8
W-2000 Hamburg 13
Telefon (040) 44195322

Hessen:
Schichaustraße 3-5
W-6000 Frankfurt/Main 1
Telefon (069) 447061

Mecklenburg/Vorpommern:
c/o Uni, Institut f. Sozialmed.
Schillingallee 70
O-2500 Rostock
Telefon (81) 396960/74

Niedersachsen:
Am Hohen Ufer 3 A
W-3000 Hannover 1
Telefon (0511) 363608

Nordrhein-Westfalen:
Loher Straße 7
W-5600 Wuppertal 2
Telefon (0202) 2822-157

Rheinland-Pfalz/Saarland:
Schillerstraße 24
W-6500 Mainz
Telefon (06131) 236350

Sachsen:
Wurzener Straße 95
O-7050 Leipzig
Telefon (41) 61530

Sachsen-Anhalt:
im Gesundheitszentrum
Silberhöhe
W.-v.-Klewiz-Straße 11
O-4070 Halle
Telefon (46) 74110

Schleswig-Holstein:
Am Marienkirchhof 6
W-2390 Flensburg,
Telefon (0461) 86930

Thüringen:
Falkstraße 23
O-5300 Weimar

Impressum

pro familia magazin Sexualpädagogik und Familienplanung
Heft 6/92, 20. Jahrgang

ISSN 0175-2960

Herausgeber: Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V., Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt a. Main 1, Telefon (0 69) 55 09 01.

Redaktion (Anschrift siehe Verlag): Jürgen Heinrichs, Gerd J. Holtzmeyer, Ruth Kuntz-Brunner, Inge Nordhoff (verantwortlich).

Verlag: Gerd J. Holtzmeyer Verlag, Kleiner Mooranger 2, W-3300 Braunschweig, Telefon (0 53 09) 50 63 Fax (0 53 09) 26 27

Postgiro: Hannover 383811-307

Satz: Fotosatz Meinecke
3341 Groß Denke

Druck: RGG-Druck
3300 Braunschweig

Vertrieb: siehe Verlag

Anzeigen an den Verlag. Gültig ist die Anzeigenpreisliste 1992.

Stellenanzeigen an: Ring u. Simon, Alt Fechenheim 87, 6000 Frankfurt 61.

Bezugspreis: Im Abonnement DM 6,50 pro Heft (Ausland DM 7,-) einschließlich Versandkosten und MwSt. Ein Einzelheft kostet 6,50 DM zuzüglich Versandkosten.

Bezugsbedingungen: Das Abonnement erstreckt sich über ein Kalenderjahr. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn es nicht bis zum 30. September eines jeden Jahres gekündigt wird. Das Jahresabonnement wird im Januar in Rechnung gestellt, Neu-Abos im laufenden Jahr bei Zustellung des ersten Hefes. Für Mitglieder der *Pro Familia* ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Erscheinungsweise: 6 x jährlich (jeweils bis Mitte Januar, März, Mai, Juli, September und November).

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Neuerscheinung.

Kinder können keine politische Lobby bilden. Sie sind darauf angewiesen, daß andere ihre Interessen vertreten. Diese anderen sind wir Erwachsene. Wir sehen Rechtspositionen vor allen Dingen vom Standpunkt der Eltern. Als Träger von Rechten existieren Kinder in unserem Bewußtsein häufig nicht.

Über die Rechte des Kindes

Impulse für die Jugendhilfe zum Schutz des Kindes durch Familie, Gesellschaft und Staat

herausgegeben von Landesrat
Professor Dr. Dr. Wolfgang Gernert, Leiter des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe

1992, 306 Seiten, DM 58,-;
ab 10 Expl. DM 52,-

ISBN 3-415-01754-0

Konkrete Rechtsansprüche für Kinder sind nur schwer zu definieren. Der Begriff vom »Wohl des Kindes« ist zwar gesetzlich verankert, aber sein Inhalt und seine Bedeutung sind umstritten. Welche Möglichkeiten es gibt, Rechtspositionen für Kinder zu definieren ist ein Thema dieses Buches.

Der Herausgeber läßt in diesem Sammelband Wissenschaftler, Pädagogen und Politiker zu Wort kommen. Die Autoren sehen den Begriff »Rechte« auch in sozialem, politischem und pädagogischem Kontext. Denn um ein kindgerechtes Umfeld zu schaffen reicht es nicht, junge Menschen gesetzlich zu schützen. Auch Familien-, Bildungs-, Umwelt- und Städtebaupolitik müssen in den Dienst der Kinder gestellt werden. Die Kapitel behandeln deshalb so unterschiedliche Themen wie die besondere Situation von Kindern in Suchtfamilien, die Stadt als Lebensraum für Kinder und Computerspiele.

1092 B

Zu beziehen bei Ihrer Buchhandlung
oder beim RICHARD BOORBERG VERLAG
Scharnstraße 2 · 7000 Stuttgart 80

 BOORBERG



Pressemitteilung Nr. 6/92

12. November 1992

§ 218 in Karlsruhe: Ein Alptraum droht wahr zu werden

Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit des Bundesverfassungsgerichts (BVG) im laufenden Verfahren zur Reform des § 218 StGB sind nach Auffassung von PRO FAMILIA ernsthaft in Frage gestellt.

Der stellvertretende Vorsitzende des für den § 218 StGB zuständigen 2. Senats des BVG, Prof. Dr. Ernst Wolfgang Böckenförde, ist durch seine langjährige Mitgliedschaft in der "Juristen-Vereinigung Lebensrecht" (JVL), durch die Umstände seines Ausscheidens aus dieser Organisation und durch seine Rolle bei der Berufung zweier weiterer JVL-Mitglieder als Gutachter für das § 218-Verfahren aufs schwerste diskreditiert.

Diese Mitte Oktober bekannt gewordene *pro life-connection* zwischen radikalen Abtreibungsgegnern und dem höchsten deutschen Gericht erinnert fatal an die in den USA von sogenannten Lebensschützern bisher durchaus erfolgreich verfolgte Strategie, Gesinnungsgenossen gezielt in Schlüsselstellungen im Justizapparat einzuschleusen, um ihre Ziele trotz fehlendem Rückhalt in der Bevölkerung und ohne parlamentarische Mehrheiten auf dem Wege über Gerichtsentscheidungen durchzudrücken.

Die Öffentlichkeit in Deutschland hat Anspruch auf ein klares Zeichen, daß die Justiz hierzulande sich nicht in dieser Weise von einer entschlossenen Minderheit instrumentalisieren und zur Umgehung des demokratischen Gesetzgebungsprozesses benutzen läßt. Dies wäre um so nötiger, als der 2. BVG-Senat sich dessen bewußt sein müßte, daß gerade viele Frauen ihm schon wegen der Dominanz von Männern auf der Richterbank (7 gegenüber einer Frau) kaum ein kompetentes Urteil in einer "Frauensache" wie dem Schwangerschaftsabbruch zutrauen. Und es wäre um so wichtiger, als in den neuen Bundesländern nicht nur von Frauen sehr aufmerksam registriert wird, wie es in dieser besonders heiklen Frage des Einigungsprozesses mit der Pflege von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit und der Berücksichtigung ostdeutscher Identität durch das BVG bestellt ist.

Nachdem ein solches Signal auch vier Wochen nach Bekanntwerden der JVL-Mitgliedschaft des Richters Böckenförde ausgeblieben ist, sind Zweifel angebracht, ob dem 2. BVG-Senat zuzutrauen ist, daß die § 218-Reform in Karlsruhe in einem fairen Verfahren von unbefangenen und wirklich unabhängigen Richtern geprüft wird. Ein Alptraum würde wahr, wenn dem bevorstehenden § 218-Urteil der Makel anhaftete, daß es unter maßgeblicher Einflußnahme eines verschworenen Bundes ideologisch fixierter "Lebensschützer" zustande gekommen wäre.

Ein Rückzug des Richters Böckenförde würde nach alledem als verspätetes Bauernopfer erscheinen. Der Zweite Senat täte besser daran, das Verfahren abzugeben.

PRO FAMILIA Bundesverband