

- 51 Teambesprechung im Beisein der Patienten
von Eric Berne
- 59 Lach-Therapie
von Muriel James
- 66 Frage nach dem, was du willst
von Carla Haimowitz
- 68 Die dreizehnte Einschärfung
von Gysa Jaoui
- 70 Beratung des unsichtbaren Klienten
von Gary Margolis
- 72 Der Skript-Schlüssel
von Harald Wahking
- 76 Entscheidungs-Skala
von Stanley J. Woollams
- 79 Sofort-Wiederholung
*von Graham Andrewartha
und Susan McPhee*
- 80 Die Selbstdarstellung des Erfolges
*von Raymond D. Leibl
und Garay Dedauw*
- 83 Ein neuer Weg zur Beziehungsanalyse
von Oswald Summerton
- 86 Fast, immer, frag nie, warum
von Donna M. Wack

Teambesprechungen im Beisein der Patienten

Dr. med Eric Berne

Zusammenfassung:

Die Teambesprechung, bei der die Patienten anwesend sind, ist eine Veranstaltung bei der, im Anschluß an eine Stationsbesprechung oder eine Gruppentherapiesitzung, das therapeutische Team seine professionelle Besprechung in Gegenwart der Patienten abhält. Die Grundregeln sind folgende:

1. Die Teambesprechung ist scharf getrennt von der Sitzung durch eine Ansage und eine kurze Pause, so daß alle Patienten sich auf die neue Situation einstellen können.
2. Die Patienten sind dazu eingeladen, zuzuhören und nicht zu unterbrechen.
3. Jedes Teammitglied soll eine Meinung bei der Besprechung ausdrücken.
4. Die Teammitglieder müssen offen reden, ohne Ausweichmanöver, und es darf keine andere Teambesprechung oder Nachbesprechung geben über die Dinge, die bereits besprochen wurden.
5. Die Benutzung von Fachausdrücken über das hinaus, was die meisten Patienten wahrscheinlich verstehen, ist nicht erwünscht.
6. Wenn diese Bedingungen gut erfüllt werden, kann die Therapieplanung offen und erfolgreich im Beisein der Patienten diskutiert werden. Die Reaktion auf dieses Vorgehen ist von Patienten aller Altersgruppen (von 14-74 Jahren) und Diagnosen durchgehend günstig. Von den Teammitgliedern finden es einige geschmacklos; andere, besonders solche, die sich in einfacher Sprache ausdrücken können, übernehmen es als Standard in ihre eigenen Praxen.

Der Sinn einer psychiatrischen Teambesprechung kann, um offen und direkt zu sein, folgendermaßen aufgelistet werden:

1. um dem Patienten den Vorteil der besten erreichbaren fachlichen Meinungen zu bieten;
2. um das Team, insbesondere die Stationsärzte, zu informieren;
3. um die Moral des Teams zu stärken;
4. um Teilnahme und freie Meinungsäußerung zu lehren;

5. um die Stationsärzte zu kontrollieren und „mit ihnen vertraut zu werden“;
6. um die Erfahrung der älteren Mitglieder zu erhöhen; und
7. um Denken und Denkorganisation anzuregen.

Im allgemeinen werden, wenn die ersten beiden Punkte gut geplant sind, die übrigen sich von selbst ergeben.

Soweit die psychiatrischen Teambesprechungen den medizinischen und chirurgischen Besprechungen, von denen sie abstammen, entsprechen - d. h. soweit es um „harte“ Dinge geht wie somatische Diagnosen, Schockbehandlung oder Medikamente - mag es manchmal besser für den Seelenfrieden des Patienten sein, bei den Diskussionen um verschiedenste Diagnosen und Verschreibungen nicht anwesend zu sein. Wenn es jedoch um „weiche“ Dinge geht, wie das bei Psychotherapie, Sozialarbeit und psychosomatischen Besprechungen der Fall ist, dann ist die Rechtfertigung nicht so einfach für etwas, was genau genommen ein Hintergehen des Patienten ist.

Viele Psychoanalytiker würden sich gegen die Anwesenheit des Patienten bei einer Teambesprechung mit dem Argument wehren, daß das zu einer „gestörten Übertragung“ führen würde. Aber diese Abwehr ist eher von vornherein als wegen triftiger Gründe. Sogar wenn herauskäme, daß „die Reinheit der therapeutischen Beziehung gestört würde“, könnte das unerheblich (oder sogar segensreich) sein, da der Sinn von Behandlung (im Unterschied zu Forschung) nicht Reinheit, sondern Therapie ist.

Zur Zeit ist die Teambesprechung, wie sie in vielen Krankenhäusern und Kliniken durchgeführt wird, einer der am stärksten institutionalisierten Aspekte der Psychiatrie. Sie hat ihre eigene Sprache, Regeln und Kultur. Die Sprache ist der Therapeut-Therapeut Dialekt (zum Unterschied von Therapeut-Patienten und Patienten-Patienten Dialekten) der operational als die Art und Ausdrucksweise beschrieben werden kann, die, wenn sie ein Patient benützte, Intellektualisierung genannt würde.

Eine typische Sitte ist es, tiefe Schlucke heißen Kaffees zu nehmen, während jemand anders spricht und manchmal sogar während der Patient im Raum ist. Eine typische kulturelle Haltung ist, daß Krankenschwestern an ihrem Platz bleiben sollen, während andere Frauen wie Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen von den Männern als „Gleiche“ akzeptiert werden. Patienten sollen ebenfalls auf ihren Plätzen bleiben, haben aber das Privileg „Gefühle auszudrücken“, was den Krankenschwestern nicht zugestanden wird.

Drei Arten von Besprechungen

Allgemein gibt es solche Teambesprechungen in drei Arten, die man die klassische, die didaktische und die romantische nennen könnte. Bei der klassischen Form präsentiert der Assistenzarzt oder der anwesende Psychiater das „Material“, das er „gesammelt“ hat; dann kommt der Patient herein und wird befragt: der dritte Teil besteht in einer Diskussion über Diagnose, Prognose und Therapie, nachdem der Patient gegangen ist. Diese Phase hat wieder zwei Formen. Bei dem „althergebrachten“ oder „europäischen“ Protokoll sagt das jüngste Mitglied seine Meinung zuerst und dann die Hierarchie hinauf, bis schließlich der Chef seine Zusammenfassung gibt. Das hat den Vorteil, daß jeder eine ständige Einladung besitzt, an seinem Platz zu sprechen und nicht durch vorher geäußerte Meinungen der Erfahreneren gehindert oder eingeschüchtert wird. Bei dem „modernen“ Protokoll spricht jedes Teammitglied, wenn ihm danach ist, was einen Eindruck von „Teilnahme“ und Gleichheit vermittelt, aber großen Spielraum läßt für unterschwellige Motive, Oberreden, Schweigen und hinterher Jammern.

Die didaktische Teambesprechung ist wesentlich eine klinische Lehrveranstaltung, die nicht immer direkt relevant ist für die Bedürfnisse der Patienten, sondern eher der Unterweisung der jüngeren Teammitglieder dient.

Die romantische Teambesprechung ist eine „gruppenspezifische Erfahrung“, wobei für das Team Selbstverwirklichung und gegenseitige Kritik interessanter sind als das Wohlergehen der Patienten - in vielen Fällen ist jeder interessierter an den eigenen psychologischen Hypochondrien als an der Schizophrenie der Patienten. Solche Besprechungen mögen solange legitim sein, wie sie nicht als die hauptsächliche oder sogar einzige Matrix angesehen werden, über Patienten Entscheidungen zu fällen.

Sechs Regeln

In meiner eigenen klinischen Tätigkeit (im wesentlichen am Mc Auley Neuropsychiatrischen Institut in San Francisco), die aus Stationstreffen, Gruppentherapie und nur selten einer Einzeltherapiestunde besteht, habe ich die Regel eingeführt, alle Teambesprechungen in Gegenwart der Patienten abzuhalten.

Die Regeln dafür, die sich in den vergangenen zwei Jahren aus der Erfahrung entwickelt haben, sind folgende:

1. Das Stations- oder Gruppentreffen ist von der Teambesprechung scharf getrennt. Während des Treffens sitzen alle Patienten im inneren Kreis und die Teammitglieder sind auf den äußeren Kreis beschränkt. Zur verabredeten Zeit wird das Treffen beendet und die Patienten werden informiert, daß in fünf Minuten die Teambesprechung beginnt und daß sie alle eingeladen sind zu kommen und zuzuhören. Nach fünf Minuten - nicht länger - versammelt sich das Team und nun sitzen sie im inneren Stuhlkreis oder vielleicht in einem anderen Bereich der Station. Denjenigen Patienten die bleiben wollen und zuhören, werden Plätze im äußeren Kreis angeboten, aber, wenn sie das vorziehen und genügend Platz vorhanden ist, können einige von ihnen auch innen sitzen.
2. Dieses Vorgehen macht den Patienten klar, daß es sich nicht um eine bloße Fortsetzung des Treffens handelt, sondern um eine neue Sitzung. Sie sind eingeladen zuzuhören und sollen nicht sprechen, sich einmischen oder unterbrechen. Die Einladung zum Zuhören macht ihnen praktisch immer auch diese Beschränkung indirekt klar. Wenn ein Patient sich einmischt oder unterbricht, wird er sanft und deutlich erinnert, daß er nur zum Zuhören da ist, als eine Freundlichkeit ihm gegenüber, wenn er die Gelegenheit wahrnehmen will. Die Patienten lernen bald, daß sie erst die Erlaubnis erhalten müssen, wenn sie unterbrechen wollen. Diese kann ihnen erteilt oder verweigert werden, je nach der Angemessenheit dessen, was sie sagen wollen. Wenn das einmal eingeführt ist, werden auch die schwerst gestörten Patienten nicht stören. Der Hauptgrund für diese Selbstbeherrschung ist, daß die meisten Patienten offene und nachdenkliche Diskussionen über sich mögen und ihre Psychopathologie aussetzen werden, um gut aufzupassen.
3. Jedes Teammitglied, das das Treffen beobachtet, soll zur Teambesprechung bleiben und dann

etwas sagen. Besucher werden gewöhnlich darüber informiert, bevor sie teilnehmen. Das macht die Situation gleichwertiger. Das Team hat das Privileg zuzuhören, wie jeder Patient sich ausdrückt und anschließend haben die Patienten den gleichen Vorzug. Wenn ein Teammitglied oder Besucher (auch eine Schwesternschülerin im ersten Jahr) zu sprechen zögert, informieren ihn häufig die Patienten, daß das verlangt wird als Gegenleistung für die Teilnahme und bisher hat sich auch jedes Teammitglied und jeder Besucher danach gerichtet. Das ist leichter, wenn man dem klassischen „europäischen“ Vorgehen folgt.

4. Die Besprechung ist absolut „ehrlich“. Wenn sie zu Ende, ist gehen die Patienten und auch die Teammitglieder. Es gibt keine andere Teambesprechung oder „Nachbesprechung“. Wenn einige Teammitglieder zusammen essen gehen, mögen sie über das Erlebte reden, aber es wird für ausgesprochen schlecht gehalten, wenn wichtige Informationen bis zum Essen zurückgehalten werden. So ist das Team angehalten alles, was wert ist, gesagt zu werden, in Anwesenheit der Patienten zu sagen. Ein schwieriges Mitglied, das sich zurückhält oder nicht „ehrlich“ spricht, wird gewöhnlich hier und da darauf hingewiesen.

5. Der Gebrauch technischer „Mehrsilbenwörter“ oder anderer Worte, die über das wahrscheinliche Verstehen der Mehrheit der Patienten hinausgehen, ist verspönt. Es ist sehr gut möglich, sehr effektive Teambesprechungen in klarem Englisch* zu halten, mit einem Minimum an Fachbegriffen, deren Bedeutung den Patienten beigebracht werden kann. Ich kenne einen Psychiater, der über die letzten 10 Jahre mehrere Teambesprechungen pro Woche geleitet hat, ohne komplizierte Fachbegriffe zu benutzen und ohne, daß der Nutzen der Konferenzen gelitten hätte. „Er hat sexuelle Gefühle für seine Mutter“ oder „er hat sexuelle Fantasien über seine Mutter“ ist ein Synonym für „oedipale Elemente“ usw., das sich als annehmbar für Patienten und Team erwiesen hat. „Er freut sich zu schlagen (geschlagen zu werden)“ ist ein adäquater und informativer Ausdruck für „sado-masochistische Tendenzen“.

Ähnliche beschreibende Ausdrücke werden durchgehend benutzt und beziehen sich auf aktuelle klinische Daten, die während des Patiententreffens gewonnen wurden und sind nicht

solche kaum definierten Adjektive, die sich sonst meist in Teambesprechungen finden. So werden „abhängig“, „passiv“, „Identifikation“, „homosexuell“, „narzißtisch“ und ähnliche Begriffe, hinter denen sich weniger gut informierte Menschen öfter verstecken können, völlig vermieden. In diesen Teambesprechungen wurde noch nie ein Patient angeschuldigt „oedipale Feindseligkeit auszuagieren“. Wenn sich herausgestellt hat, daß er durch oedipale Konflikte als Kind signifikant gestört war, daß diese Konflikte eine deutliche Feindseligkeit beinhalteten, die sich bis zum heutigen Tag fortsetzt und wenn genau bekannt ist, welcher Aspekt der Feindseligkeit sein Benehmen auf der Station motiviert, dann kann man erwähnen, daß seine Reaktion auf einen bekannten, bestimmten Stimulus von einer der Schwestern durch eine sexuelle Fantasie beeinflusst wurde, von der man weiß, daß sie von einer ähnlichen Fantasie in der Kindheit herrührt. Also: „Tom wurde wütend auf Miss Jones, als sie anbot, seinen Rücken zu schrubben, weil, wie er letzte Woche erwähnte, seine Mutter . . .“ usw. Oder, wenn es sich um eine Transaktion zwischen zwei Patienten handelt: „Mary ging mit Tom ins Bett, weil, wie wir bereits wissen, sie ein sexy Mädchen ist und noch nicht entschieden hat, sich zu kontrollieren und gestern sah sie Tom (usw.) was, wie sie sagte, sie an die Zeit erinnerte, als ihr Vater . . .“ usw.

Tatsächlich gibt es, wenn überhaupt, nur wenige klinische Begriffe, die nicht genauer, lebendiger und anschaulicher durch wenige kurze gebräuchliche Worte als durch einen langen Terminus technicus beschreibbar sind.

6. Gute Therapie verlangt Planung und es ist die Pflicht von Lehrenden, das den Stationsärzten zu vermitteln. Der Therapeut kann seine Pläne ruhig in Gegenwart des Patienten diskutieren, wenn er ehrlich bleibt. Aber wenn er unklar oder zurückhaltend ist, wird er die Situation nur komplizieren. Als zum Beispiel ein Teilnehmer sagte: „Eines Tages hoffen wir herauszufinden, warum Sally sich genötigt fühlt, einen jedesmal zurückzuweisen, wenn man sich ihr verbal nähert, und vielleicht wird sie uns schließlich erzählen, wie sie sich auf einer frühen Entwicklungsstufe ihrem Vater gegenüber fühlte“ (zweideutiges Lächeln), murmelte Sally: „Mist!“, was in ihrer Ausdrucksweise bedeutete, daß sie, wie die meisten anderen Anwesenden, sich langweilte und sich zurückgewiesen fühlte.

*sicher auch in Deutsch = Anmerkung des Übersetzers

Der Therapeut drückte später den gleichen Gedanken aus indem er sagte: „Sally liebt mich, aber sie schreit mich an, wenn ich mit ihr spreche, geradeso wie sie ihren Vater anschreit, also ist der nächste Schritt, herauszufinden, warum sie Menschen, die sie liebt, anschreit.“ Das kommentierte Sally laut mit „Blödsinn!“ , was in ihrer Sprache bedeutete, daß sie darüber nachdenken würde; und das tat sie dann in den folgenden Treffen mit gutem Erfolg.

Ähnlich direkt ist: „Ricardo hat offensichtlich Angst, sinnvoll zu reden, also redet er verrückt, außer, wenn er es für sicher hält, nicht verrückt zu reden. Der nächste Schritt ist also, herauszufinden, was er unter „sicher“ versteht und woher das kommt.“ Das war gut annehmbar für Ricardo und eröffnete einen Weg für den Therapeuten, ihn sich sicher fühlen zu lassen, so daß er aufhören könnte, verrückt zu reden wie wir später noch hören werden.

Das Prinzip

Die Philosophie hinter diesem Vorgehen ist, daß ältere Behandlungsmethoden nicht die optimalen Behandlungserfolge erbringen. Anstatt gesund zu werden macht die Mehrheit der Patienten „Fortschritte“ – manchmal über 10, 15 oder 20 Jahre. Ein kluger Therapeut und ein passender Patient können so eine Beziehung formen, die sie beide für alle Zeiten zufrieden sein läßt. Keiner von ihnen wird solche „Wellen schlagen“, die notwendig sind, damit der Patient gesund wird und seiner eigenen Wege geht. Also ist ein Wechsel nötig: nicht neue Manöver auf der Basis der alten Voraussetzungen, sondern neue Voraussetzungen.

Die Team-Patienten Teambesprechung greift in erster Linie die gut etablierten und angenehmen Rollen von „Therapeut“ und „Patient“ an und bietet stattdessen einen „gegenseitigen Vertrag“ mit vernünftigen Ausnahmen. Jeder wird als „Person“ behandelt, mit gleichen Rechten auf Grund eigener Qualitäten. So haben die Patienten das gleiche Recht zu hören, was das Team zu sagen hat, wie das Team, was die Patienten zu sagen haben: und wenn das Team ruhig bleibt, während die Patienten reden, so wird von den Patienten die gleiche Höflichkeit gegenüber dem Team erwartet.

Die vernünftige Ausnahme ist hier die oben erwähnte. Wenn eine Diskussion über therapeutische Maßnahmen zu quälend für den Patienten wäre, könnte das vielleicht berechtigterweise ohne ihn besprochen werden - zum Beispiel ein Streitgespräch über die unterschiedlichen Effekte verschiedener Arten von Schockbehandlung oder die möglichen Nebenwirkungen verschiedener Medikamentenkombinationen. In meiner eigenen Praxis werden in dieser Beziehung allerdings keine Ausnahmen gemacht, so daß jeder Patient alle Aspekte, die von verschiedenen Teammitgliedern vorgebracht werden, mitbekommt, und das ohne schädliche Folgen und mit beachtlicher Wertschätzung dieser Offenheit.

Als logische Folge dieser „Gleichheit“ wurde die Kategorisierung von Patienten abgeschafft, das dramatischste und befriedigendste Beispiel dafür ist die Abschaffung von „Teen-agern“ und natürlich „Delinquenten“, obwohl jeder Anwesende merkt, daß „Leute, die in die Schule gehen“ Probleme haben mit Lehrer, Eltern, Schulkameraden und manchmal auch mit Bewährungshelfern und Richtern; dagegen sind Männer, die Schwierigkeiten in ihrem Beruf haben, Frauen, die nicht mehr menstruieren (oder manchmal „Frauen nach der Menopause“) und Leute, die zuviel trinken, in einer jeweils anderen Situation.

In Bezug auf diagnostische Kategorien fragen wir „Leute, die traurig sind“, ob sie wirklich ärgerlich sind, denn irgendwann im Laufe ihrer Entwicklung hat ihnen nahezu unvermeidlich jemand erzählt, das sei ihr eigentliches Problem und im Endeffekt verlangt, daß sie ein ausreichendes Maß von Ärger zeigten. Andererseits nannte Freud, der diese Dinge erstmals systematisch untersuchte, solche Forderungen „wilde Analyse“ und riet davon ab. Deshalb sollte man solche Fragen zart stellen und keine Forderung „Ärger zu produzieren“. „Leute die paranoid schizophoren genannt wurden“ (was sie nahezu unvermeidlich von einem heimlichen Einblick in ihre Krankenkartei im Laufe ihrer Krankenhausaufenthalte wissen), erhalten das Angebot, sich weiterhin „verrückt zu benehmen“ oder gesund zu werden. Der Patient selbst allerdings darf natürlich diagnostische Kategorien benutzen, wenn er das will. Zum Beispiel: „Bin ich schizophoren, Herr Doktor?“ „Im Moment ja, und davon sollen sie hier geheilt werden“. (Oder, wenn der Augenblick günstig ist, mag der Therapeut hinzufügen: „Und davon sollen Sie hier geheilt werden, wie sollen wir also vorgehen?“)

Die Abschaffung solcher Kategorien macht die Auswahl von Patienten für eine Therapiegruppe einfach: irgendwelche acht Patienten, zufällig zusammengestellt oder zum Beispiel in der Reihenfolge ihrer Aufnahme, bilden eine Therapiegruppe ohne Rücksicht auf Alter, Diagnose oder Beziehungen zueinander. (In meiner eigenen Praxis unterscheide ich zwischen Leuten über 14 Jahren und solchen unter 14 Jahren, hauptsächlich weil, ich keine spezielle Ausbildung in Kinderpsychiatrie habe. Das und Taubstummheit, akute Manie und degenerative Hirnerkrankungen sind die einzigen Ausnahmen, die meiner Meinung nach ernstgenommen werden müssen, hauptsächlich, um die anderen Patienten in der Gruppe nicht aufzuhalten.

Für das Team ist die Abschaffung professioneller Kategorien während der Besprechung eine Erlaubnis, ohne künstliche Einschränkungen zu denken: Krankenschwestern können denken wie Ärzte, wenn sie wollen, Ärzte können denken wie Krankenschwestern, Psychologen können denken wie Sozialarbeiter usw. Alle Teammitglieder sind gleich, weil sie alle Beobachter sind und alle die gleiche Sitzung beobachtet haben; keiner war durch Kaffeetrinken abgelenkt, weil das nicht erlaubt ist; und sie können sich nicht durch bestimmte professionelle Termini und Phrasen abheben, weil das Treffen in einer Sprache abgehalten wird, die allen Berufsgruppen gemeinsam ist.

Auch kann ein Teammitglied nicht in „tolle Ideen“ oder Spekulationen abwandern, da er alles auf der Basis dessen, was er wirklich beobachtet hat, belegen muß und das hat (außer Informationen, die vom Stationspersonal oder von Einzeltherapeuten des Patienten eingebracht werden) jeder Anwesende auch beobachtet, so daß wenig Raum für Verdrehungen bleibt. (Das verhindert den klassischen Teambesprechungswitz, wo ein Mitglied sagt: „Ich spüre, es ist anal“, ein anderes „ich spüre, es ist oral“ und so weiter mit „phallich“, „abhängig“, „oedipal“ usw. bis, gerade als die Uhr zehn schlägt, der letzte Sozialarbeiter sagt: „Ich fühle, es ist sado-masochistisch“, worauf ein skeptischer Stationsarzt sagt, als alle aufstehen, um zu gehen: „Gott sei Dank haben sie das auch noch untergebracht.“) Bei diesen Besprechungen ist „Ich spüre“ verspönt, wenn es nicht sichtbar angemessen ist, denn das Team ist nicht dazu da zu „fühlen“, es ist da, um zu denken.

Die vernünftigen Ausnahmen von der Gleichheit und Gegenseitigkeit basieren auf der Tatsache, daß die Patienten dafür bezahlen, daß sie da sind, während das Team bezahlt wird, und das mit gutem Grund. Es ist eine begründete Annahme, daß das Team mehr über die Heilung psychiatrischer Krankheiten weiß als die Patienten und das wird explizit anerkannt. Es gibt also einen Unterschied zwischen Team und Patienten, aber dieser Unterschied wird nicht in sozialen Rollen ausgeformt; er wird wegen seines eigentlichen Wertes als Teil des Vorgehens akzeptiert.

Eine logische Folge davon ist, daß der Leiter der Gruppensitzung, der gewöhnlich auch der Leiter der Teambesprechung ist, weil er die Verantwortung für das Erreichen des Zieles von beiden - der Heilung psychiatrischer Krankheiten - übernimmt, auch die entsprechende Autorität erhält. Er darf also Regeln erlassen und Entscheidungen treffen und diese verstärken durch Sanktionen wie z. B. Ausschluß. Nur unter solchen Bedingungen kann der Prozeß in ordentlicher Weise vorangehen, so daß der größte therapeutische Nutzen für jeden Patienten erreicht wird.

Andererseits darf der Leiter sich nicht verleiten lassen zu denken, daß er dazu da ist, eine Gruppe „zu machen“, „zu übernehmen“ oder „zu führen“. Das ist nur ein Mittel zum Zweck; es zählt wenig, ob eine Gruppe „gut ging“ oder ob „das eine gute Sitzung war“, bezogen auf irgendeinen unnützen Standard; das einzig relevante Kriterium für alles, was er tut oder nicht tut ist, ob die einzelnen Patienten als Ergebnis schneller gesund werden. Das ist das Wichtigste, was den ca. hundert Beobachtern und ca. 200 Patienten, die an solchen Treffen bisher teilgenommen haben, eingeprägt wurde.

Sprache der Transaktionsanalyse

Nach meiner Erfahrung ist für ein solches Programm die Sprache der Transaktionsanalyse am passendsten. Transaktionsanalyse, als sprachliches Begriffssystem, benutzt einen einfachen Wortschatz von höchstens 5000 Worten, wobei die meisten ein- und zweisilbig sind; die gelegentlichen Dreisilber und seltenen Viersilber sind alle allgemein verständlich. Die fünf Fachbegriffe sind ebenfalls Alltagsworte, deren spezielle Bedeutung Patienten und Betreuungspersonal leicht beigebracht werden kann. Diese sind Kind-Ich (etwa: archaische Ich-Zustände), Erwachsenen-Ich (etwa: Realität beurteilende Ich-Zustände), Eltern-Ich (etwa: nährend oder voreinge-

nommene Ich-Zustände), Spiel (etwa: soziale Verhaltensweisen mit einem archaischen verdeckten Motiv) und Skript (etwa: archaischer, vorbewußter Lebensplan).

Mit diesen Begriffen läßt sich das Geschehen bei den Stations- oder Gruppentreffen und den folgenden Team-Patienten-Besprechungen folgendermaßen beschreiben. Während des Stations- oder Gruppentreffens kommen die Patienten vom Kind-Ich oder Eltern-Ich mit gelegentlichem Zeigen des Erwachsenen-Ich, häufiger jedoch eines Pseudo-Erwachsenen-Ich oder altklugen Kind-Ich. Die Ankündigung der Teambesprechung lockt dann ihr Erwachsenen-Ich, so daß Kind- und Eltern-Ich-Zustand der Patienten beurlaubt werden und sie in dieser Phase einsichtig und kritisch zuhören.

Da die Pathologie im wesentlichen in Kind- und Eltern-Ich-Zustand gehört, findet tatsächlich eine Lösung von der Pathologie während der Teambesprechung statt. Die bloße Tatsache dieser Lösung ist in sich therapeutisch, da sie dem Patienten zeigt, daß er fähig ist, willentlich „geistig normal zu funktionieren“ - zumindest für eine kurze Zeit von 30 bis 60 Minuten - was für ihn wie für das Team bedeutet, daß er heilbar ist. Das ist besonders dramatisch im Fall von Menschen mit den Diagnosen paranoid schizophran und hysterisch.

Die Reaktionen der Patienten (im Alter von 14 bis 74 Jahren) auf dieses Vorgehen sind durchweg positiv. Bemerkungen wie die folgenden wurden gemacht: „Ich hatte sogar mehr von der Teambesprechung als von der Gruppensitzung“, „Ich kann es kaum erwarten, bis wir das nächste Woche wieder haben“, „Ihr seid hart zu uns, aber ihr redet wenigstens offen“, „Es ist wirklich gut, Ärzte so reden zu hören, daß ich es verstehen kann.“ Und von einem besonders nachdenklichen Patienten: „Es ist interessant, daß das Team im gleichen Tempo besser wird wie wir.“

Teammitglieder sind sich hier nicht so einig. Einige, die ein paarmal kommen, bleiben dann weg. Es gibt auch einiges Murren von Therapeuten, die nicht teilnehmen, deren Patienten aber in der Stations- oder Therapiegruppe sind, weil die Patienten von ihnen die gleiche Sprache wie bei den Besprechungen erwarten. Andere drücken Freude und Erleichterung aus über die Direktheit des Vorgehens und die Reaktion der Patienten darauf. Diese persönlichen Reaktionen

des Teams, positiv oder negativ, sind in Wirklichkeit irrelevant für das Ziel der Besprechung, welches nicht ist, dem Team Freude zu bereiten, sondern die Patienten gesund zu machen. Einige Therapeuten, die dieses Ziel im Sinn haben und das Vorgehen beobachten, haben die Team-Patienten Teambesprechung als ihre normale Methode übernommen und würden es schwierig und unangenehm finden, zu dem alten System mit Einwegspiegeln und getrennten Teambesprechungen zurückzukehren.

Ziel ist der Patient

Die Team-Patienten Teambesprechung ist kein völlig neues Konzept, es wurde auf viele Arten in verschiedenen therapeutischen Gemeinschaften vorskizziert, aber die jetzige Entwicklung ist nach meiner Meinung klarer formuliert und systematischer als früher. Sowohl Maxwell Jones (3) und Harry Wilmer (5) diskutieren ausführlich ihre Politik „täglicher Gemeinschaftstreffen“. Der primäre Zweck davon ist die Verminderung von Spannungen und die Auflösung von Mißverständnissen zwischen allen Beteiligten - eine Form von Sozialpsychiatrie, die therapeutisch wertvoll ist, weil sie die Organisation der Station oder Abteilung erleichtert, mit allen Vorzügen, die daraus resultieren. Bei solchen „Gemeinschaftstreffen“ müssen natürlich Patienten und Team beide anwesend sein, um dieses Ziel zu erreichen.

In dieser Arbeit reden wir aber nicht über Sozialpsychiatrie in diesem Sinn, sondern über konventionelle klinische Psychiatrie: die professionelle wissenschaftliche Teambesprechung. Beim „Gemeinschaftstreffen“ ist das tägliche Leben der Gemeinschaft im Zentrum des Interesses. Bei der Team-Patienten Teambesprechung stehen im Zentrum die klinischen Notwendigkeiten jedes einzelnen Patienten. Also wird der teilnehmende Stationsarzt oder Psychiater wichtige Informationen über medizinische oder psychiatrische Daten des Patienten vorstellen und der Patient kann gefragt werden, um Hypothesen über seine Psychodynamik oder Prognose zu bestätigen oder zu widerlegen, so daß die substanzlosen „guten Ideen“ und Spekulationen, die bereits oben erwähnt wurden, vermieden werden.

Das Stationspersonal kann auch wichtige Details über Stationsvorkommnisse, auf die sich die Patienten beziehen, berichten, aber diese werden von einem klinischen Blickwinkel aus behandelt

und die Klärung ihrer Bedeutung für die Gemeinschaft wird anderen überlassen. Während solche kritischen Ereignisse bei stationären Patienten zwangsläufig vorkommen, sind sie bei ambulanten Patienten, die Therapiegruppen besuchen, praktisch ausgeschlossen, wenn nicht irgend etwas Schlimmes auf dem Weg von der Klinik zum Therapieraum passiert.

Zwei Beispiele, die sich beide auf „ungewöhnliche Vorfälle“ beziehen, sollen durch die Gegensätzlichkeit klären, wie Team-Patienten Teambesprechungen gewöhnlich arbeiten.

Zwei Beispiele

Ricardo war ein hyperaktiver Junge von 16 Jahren, der meist neben dem Therapeuten saß, den größten Teil der Gruppentherapie mit ihm verbrachte zu maulen, zu unterbrechen, Monologe über Baseball zu halten und scherzhafte Drohungen an seinen Freund Dan gegenüber zu richten, z. B.: „Ich werde Dan zum Metzger bringen und seinen Kopf abschneiden, ha ha ha.“ Darauf brach Dan, der etwa gleichaltrig war, aus seinen akustischen Halluzinationen aus und antwortete ca. 3 – 4 Minuten später und gleichgültig, wer sonst gerade sprach: „Hahaha, ich werde Ricardo einen Karate-Schlag versetzen, der ihm das Genick bricht –“, worüber dann beide kicherten. In transaktionsanalytischer Sprache kamen die beide „vom verwirrten Kind-Ich“. Dies war für einige Beobachter sehr störend, besonders für solche, die glaubten, daß nicht zwei Personen gleichzeitig in einer Gruppe sprechen sollten, ohne den Vorteil einer solchen Politik erklären zu können.

Als die Teambesprechung begann, saß Ricardo, da er nicht neben dem Therapeuten sitzen konnte, neben Dan und schnatterte wie üblich. Dan tat sein Bestes, um mit seinem Erwachsenen-Ich dem Team zu lauschen aber gelegentlich „lockte Ricardo sein Kind“ und Dan antwortete ihm. Die anderen Patienten, die mit höchstens gelegentlichen Ausrutschern mit ihrem Erwachsenen-Ich dem Team lauschten, wurden ärgerlich auf Ricardo und verlangten, daß er still sei, weil sie nicht hören konnten, was das Team sagte. Einige Teammitglieder verstärkten das durch ärgerliche Blicke auf Ricardo oder kontrollierte Bestätigung: „Ich kann auch nichts verstehen“. Die erfahrenen Beobachter jedoch konnten Ricardos Geschnatter ohne viel Unbehagen ertragen.

Als nach seiner Meinung die Zeit reif war, unterbrach der Therapeut eines Tages die Teambesprechung, um Ricardo mitzuteilen, daß er still sein müsse, wenn er bleiben wolle - genauer, daß er sich auf einen Stuhl ganz am Ende des äußeren Kreises setzen müsse (so weit weg von Dan, wie möglich) und aufhören zu reden oder gehen. Es folgte ein Machtkampf zwischen Ricardo und dem Therapeuten, wobei Ricardo alle möglichen Versprechungen machte und anbot, einen Stuhl weiterzurücken usw. Der Therapeut bestand darauf: „Entweder setzt dich in *diesen* Stuhl (am Ende) oder gehe.“

Schließlich entschied sich Ricardo und ging dorthin und wahrte sein Gesicht, indem er sagte: „Dann muß das Treffen um 12 Uhr zu Ende sein“. Der Therapeut stimmte dem zu, da das sowieso die Zeit für das Ende war, wie auch Ricardo wußte. Entfernt von der Stimulierung durch Dan zog sich Ricardos Kind-Ich soweit zurück, daß sein Erwachsenen-Ich bei einem Teil der Diskussion zuhören konnte. Das wurde bei der Gruppensitzung der kommenden Woche deutlich, als er zu aller Überraschung und Freude sich zum ersten Mal auf Themen bezog, denen er sonst einen verdächtigen Mangel an Interesse entgegengebracht hatte, wie z. B. seine frühen Kindheits-erfahrungen.

Die Beobachter waren sehr beeindruckt, da Ricardos offene und oft vertretene Haltung war, daß er keinerlei Gründe sähe, zu den Gruppentreffen zu kommen oder zu der anschließenden Besprechung zu bleiben; dennoch, unter Druck, entschied er sich, lieber zu bleiben, obwohl er damit etwas das Gesicht verlor, als von der Möglichkeit zu gehen Gebrauch zu machen. Das wurde ganz offen in seiner Gegenwart sofort nach dem Ereignis diskutiert. Der Therapeut sagte, er wisse um das Risiko, Ricardo so ein Ultimatum zu stellen und erklärte seine Gedanken, die zu der Entscheidung, es zum jetzigen Zeitpunkt zu tun, geführt hatten. Einer der Beobachter, der sich zu „positivem Denken“, günstigen Prognosen und Komplimenten an die Patienten bekannte, wurde sehr sentimental über Ricardos Wahl; der Therapeut unterbrach und fragte ob er als Veränderung nicht auch mal etwas Negatives sagen würde und die anderen Beobachter stimmten zu, daß das wohl „echter“ wäre als sein übliches „Honig um den Mund streichen“.

Dieses Beispiel zeigt die folgenden Punkte:

1. Die Teambesprechung kann gelegentlich unterbrochen werden, wenn die therapeutische Indikation wichtig genug ist.
2. Die Gruppe muß nicht nach irgendeinem vorgefertigten Modell geführt werden, sondern mit einer „Minimax-Strategie“, die den größten Vorteil für den größten Teil der Patienten bringt. In der zitierten Situation waren sich alle einig, daß jeder (mit Ausnahme von zwei oder drei, die stillstanden) „besserwurde“, was immer das in jedem Einzelfall bedeutete. Das schloß Ricardo, Dan, die anderen Patienten, die Beobachter und den Therapeuten ein.
3. Ein Beobachter, der nicht „offen“ spricht, muß korrigiert werden.
4. Mit einem starken Leiter ist es möglich, das Erwachsenen-Ich sogar des am meisten gestörten Patienten zu locken.

Das zweite Beispiel betrifft das Treffen der geschlossenen Station. Eines Tages war da eine neue Patientin, ein europäisches Mädchen, das erst kurz in diesem Land lebte; sie gab eine seltene Zurschaustellung von großer Hysterie – stöhnen, schwanken, in Ohnmacht fallen während des ganzen Treffens. Als die Teambesprechung begann, blieben alle Patienten ruhig, mit Ausnahme des neuen Mädchens, das weiter stöhnte und ohnmächtig wurde. Der Therapeut verstand die Ursache nicht. Eine Krankenschwester flüsterte ihm zu: „Ich glaube, sie hat nicht gemerkt, daß das eine Teambesprechung ist; sie glaubt, es ist immer noch Therapiegruppe.“

„Oh!“ sagte der Therapeut. Er entschloß sich, besser zu intervenieren und wandte sich an die Patientin: „Das Patiententreffen ist jetzt vorüber Maria, und dies ist eine Besprechung für das Team. Du kannst bleiben und zuhören, wenn du magst.“ Daraufhin blickte Maria aus ihrer Ohnmacht auf, setzte sich gerade und begann, aufmerksam zuzuhören.

Dieses Beispiel illustriert die folgenden Punkte:

1. Es ist wichtig, auf Krankenschwestern zu hören
2. Ein fester Ansatz wird zeitweise das Erwachsenen-Ich sogar des gestörtesten Patienten erreichen.

3. Aufgabe des Therapeuten ist nicht, passiv herumzusitzen, sondern Entscheidungen zu treffen.

Um eine „gesunde Gesellschaft“ in den psychiatrischen Krankenhäusern zu haben, wohin unsere Autoren (3,4, 5) abzielen, brauchen die Patienten sogar mehr als die üblichen Zugeständnisse der therapeutischen Gemeinschaft. Die Erfahrung zeigt, daß nahezu alle Patienten genauso viel Ich-Stärke zeigen können wie Therapeuten, wenn sie die „Erlaubnis haben“ und die Team-Patienten Teambesprechung ist ein Weg, diese Erlaubnis zu geben. Die Erfahrung zeigt auch, daß es im allgemeinen schwieriger ist, dem Team Erlaubnis zu geben, in Gegenwart der Patienten frei zu sprechen, als sogar den schwer gestörten Patienten die Erlaubnis zu geben, ruhig und aufmerksam dem zuzuhören, was das Team zu sagen hat.

Weitere Diskussion ist an diesem Punkt nicht erforderlich, denn jeder Kliniker, der in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung arbeitet, kann diese Vorgehensweise für 6 Monate oder ein Jahr ausprobieren und selbst sehen, wie es funktioniert.

Literaturangaben:

Berne, E. *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press, 1961.

Berne, E. *Principles of Group Treatment*. New York: Oxford University Press, 1966.

Jones, M. *Social Psychiatry*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1962.

Talbot, E. and Miller, S. C. *The Struggle to Create a Sane Society in the Psychiatric Hospital*, *Psychiatry* 29: 165 – 171, 1966.

Wilmer, H. *Social Psychiatry in Action*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1958.

Therapie muß nicht weh tun.

Lachtherapie

Theorie, Vorgehen und Ergebnisse in Therapie und anderen Anwendungsgebieten.

Muriel James

Zusammenfassung:

Lachen ist beides, ein Zeichen der Heilung und ein Weg zu heilen. Es ist Teil einer ganzheitlichen Methode in Leben und Arbeit. Lachtherapie und Erziehung zum Lachen kann die Fähigkeit freisetzen, über sich selbst, über die Selbstwahrnehmung und über die Absurdität der Welt zu lachen. Es kann auch die Möglichkeit schaffen, mit anderen zu lachen wegen der universellen Fähigkeit zu spielen, kreativ zu sein, Spaß zu haben und sich zu freuen.

In dieser Arbeit werden der Nutzen von Lachen und Fallstudien zum heilenden Lachen vorgestellt als Teil der theoretischen Basis für Lachtherapie, Konzepte von Berne und Freud diskutiert und Techniken, Lachen in der Therapiepraxis zu nutzen ebenso wie in Organisationen, Baseball-Teams oder im Krankenhausmanagement.

Nutzen von Lachen

Viel wurde über Galgenlachen geschrieben (oft Scherze eines Sterbenden genannt) als Zeichen von seelischen Störungen und wie es negative Skripts verstärkt (Steiner 1971; Berne 1971). Obgleich Eric Berne glaubte, daß bestimmte Arten von Lachen therapeutisch wirksam sind (Berne 1966), wurde wenig Wert auf das gesunde Lachen als Technik der Behandlung und als Zeichen der Heilung gelegt (James 1977).

Gesundes Lachen ist therapeutisch und sein Auftreten ist ein Zeichen von Heilung. Die Unfähigkeit oder Unwilligkeit zu lachen ist ein Zeichen von Heilung. Die Unfähigkeit oder Unwilligkeit zu lachen ist ein Zeichen von Angst oder Groll oder Zeichen eines negativen Skriptes, z. B. „Es ist der düstere Vogel, der den Wurm erwischt!“ Schindler (1979).

Gesundes Lachen aktiviert den Motor des Lebenswillens. Es gibt Freude und Selbsterkenntnis, zieht Freunde und Liebhaber an, durchbricht Spannungen in sozial ungünstigen Situationen und es erhöht anscheinend die Fähigkeit, gegen Krankheiten zu kämpfen. Durch Ausdehnen des Brustkorbes bei zunehmender Atmung wird die verbrauchte Luft aus den Lungen gebracht. Lachen entspannt den Körper und hilft, das Gleichgewicht, das wir Gesundheit nennen zu erreichen.

Einer der dramatischsten Fälle von heilsamem Lachen ist der von Norman Cousins, ausgezeichnete Herausgeber von „The Saturday Review“, der sagt, daß er sich aus dem Krankenhaus und aus einer schweren Kollagenkrankheit mit Lähmungen, die die Ärzte für irreversibel hielten, lachte. Er lehnte es ab aufzugeben.

Norman Cousins übernahm auf verschiedene Arten die Verantwortung für seine Heilung und erhielt Unterstützung von seinem behandelnden Arzt, unübliche Techniken zur Heilung zu verwenden. Heute, einige Jahre später, ist er weiterhin gesund und körperlich und geistig aktiv. Eine der heilenden Techniken, die Cousins benutzte, war das Lachen. Seine Gedanken in Bezug auf das Lachen, während er mit qualvollen Schmerzen im Krankenhaus lag, waren: „Wenn negative Gefühle negative chemische Veränderungen im Körper verursachen, warum bewirken dann nicht positive Gefühle positive chemische Veränderungen? Ist es möglich, daß Liebe, Hoffnung, Glaube, Lachen, Vertrauen und der Wille zu leben therapeutischen Wert haben? . . . Ich war sehr erfreut über die Entdeckung, daß es eine physiologische Basis für die alte Theorie, daß Lachen gesund ist, gibt.“ Cousins, (1976).

Es ist nicht leicht zu lachen, wenn man Schmerzen hat. Cousins verschaffte sich einen Filmprojektor

und lustige Fernsehfilme von der „Candid Camera“ – Serie und ließ sie laufen. Das Aufregende war: „Es ging! Ich machte die freudige Entdeckung, daß zehn Minuten herzlichen Lachens einen schmerzlindernden Effekt hatten und mir letztlich zwei Stunden schmerzfreien Schlafes verschafften. Wenn der schmerzlindernde Effekt des Lachens vorüber war, schalteten wir den Projektor wieder an und nicht selten hatte ich ein neues schmerzfreies Intervall.“ (Cousins 1976)

Cousins wendete sich auch lustigen Büchern zu, um weiteren Spaß zu haben. Seine Blutsenkungsgeschwindigkeit ging nach den Lachperioden nur wenig zurück; aber sie blieb unten, der Effekt kumulierte. Lachen, entschied er, war gute Medizin und entscheidend für seine Gesundheit. Natürlich ist es möglich, daß die körperliche Aktivität beim Lachen für einige Patienten mit bestimmten Krankheiten, Verletzungen oder Operationen nicht angebracht ist.

Lachen als Teil einer ganzheitlichen Methode

Das Wort „ganzheitlich“, welches zur Zeit häufig im Zusammenhang mit der Medizin gebraucht wird, scheint für verschiedene Menschen unterschiedliche Bedeutung zu haben. Anscheinend benutzte es Jan Christian Smith, früherer Premier von Süd-Afrika, in den dreißiger Jahren im Zusammenhang mit Gesundheit (health). Das Wort „health“ kommt aus der angelsächsischen Wurzel „hal“, welches ganz und heilig bedeutet.

Lachen gehört zum Ganz-sein und ist deshalb ein Teil des Göttlichen. Lachen und Heiligkeit haben eine lange Geschichte und das „Lachen der Götter“ hat seine Wurzeln in alten Kulturen. In der Tat war Jupiter, der höchste Gott der alten Römer, der Gott der Heiterkeit, der Freude und des Humors. Viele glauben, daß die Menschen, die unter dem Sternzeichen Jupiter geboren sind, fröhliche Menschen seien. Buddha ist der Gott von Millionen Menschen; eine der bekanntesten Darstellungen zeigt ihn fröhlich, fett und lachend. Dagegen ist Lachen in jüdisch christlichen Schriften oft verächtliche Skepsis, sogar wenn Gott lacht, was selten vorkommt. Es ist interessant, darüber zu spekulieren, weshalb Lachen in westlicher Religionstradition vermieden wird. Es hat möglicherweise zu den Phänomenen geführt, die man „puritanische Ethik“ nennt, dem Skript: arbeiten, arbeiten, arbeiten.

Lachen durchbricht Spannungen und erleichtert bei Kummer. Unwilligkeit zu Lachen ist ein Hinweis auf fortgesetzten physischen, emotionalen oder geistigen Stress, der oft so ausgedrückt wird: „Ich habe das Gefühl auseinanderzubrechen“ oder „ich fühle mich, als würde ich gleich explodieren“ oder „ich kann mich einfach nicht beruhigen“ oder „das Leben hat keinen Sinn“.

Viele durch Stress verursachte Störungen wie hoher Blutdruck, Arthritis, Ulcera, Schlaganfälle und Herzkrankheiten sprechen auf eine ganzheitliche Therapie an. Das gilt auch für einige seelische und geistige Erkrankungen.

Daher betonen ganzheitliche Techniken oft die Selbstverantwortung: Wahrnehmung des eigenen Körpers bei der Anwendung von Massage, Medikamenten, Entspannung, gesunder Ernährung, Wahrnehmung der psychologischen Probleme und Wahrnehmung der geistigen Dimension des Lebens. Östliche Konzepte von Energiezentren und die innere Balance der Energien werden manchmal in das ganzheitliche Vorgehen einbezogen. Gleich ob östliche Konzepte einbezogen sind oder nicht, das Ziel des ganzheitlichen Vorgehens ist Ganzheit.

Verantwortungsvolle ganzheitsorientierte Praktiker ermutigen Patienten und Klienten, Verantwortung für sich zu übernehmen. Sie werden nicht eine Abschaffung der traditionellen Heilmethoden befürworten, sondern halten es für wichtig, daß zu den bereits in der wissenschaftlichen Gesundheitsfürsorge zur Verfügung stehenden äußeren Hilfen alle inneren Kräfte des Patienten hinzukommen. Lachen lernen ist ein Weg, um notwendige zusätzliche Kräfte freizusetzen.

Freud und Berne:

Galgen- und anderes Lachen.

Die Geschichte des Galgenlachens ist lang. Athenaeus, ein griechischer Schüler im 3. Jh.v.Chr. erzählt von einem „Hängen“ Spiel, das manchmal zu Abendeinladungen in Thrakien gespielt wurde. Es wurde eine Schlinge geknüpft und es wurden Lose gezogen. Der, der verlor, mußte sich auf einen wackeligen Stein stellen, seinen Kopf in die Schlinge stecken und ein gebogenes Messer in der Hand halten. Der Stein wurde dann weggestoßen und wenn er sich nicht sofort abschnitt, starb er an gebrochenem Genick und die anderen lachten über dieses Schauspiel. Seit dieser Zeit

gibt es viele Galgenwitze, wie etwa: „Wenn jemand weiß, daß er in zwei Wochen hingerichtet werden wird, wird sein Verstand wundervoll konzentriert sein“. (Esar, 1978).

Ein anderes Beispiel: es gibt einen Mythos von Charles I. von England, der stolperte, als er eine Treppe zum Richtblock hinaufging und sagte: „Entschuldigung, das ist das erste Mal, daß ich hingerichtet werde“.

Galgenhumor, wie Freud es benutzte, ist eine scherzhafte Antwort auf eine gefährliche Situation. Im Gegensatz dazu ist Witz oft ein Ausdruck von Feindschaft (Freud, 1905). Freud sah Humor positiv und als Zeichen von Reife, wenn ein Gefangener keine andere Möglichkeit hatte. Humor war für ihn befreiend, zeigte Rebellion eher als Resignation und war ein Weg, sich mit einem Gefühl von Freude und Überlegenheit über eine Schwierigkeit hinwegzusetzen.

Er schrieb: „Wenn der Delinquent, der am Montag zum Galgen geführt wird, die Äußerung tut: „Na, die Woche fängt ja gut an“, so entwickelt er selbst Humor . . . der Humor ist auch etwas Großartiges und Erhebendes . . . der Witz dient entweder nur dem Lustgewinn oder er stellt den Lustgewinn in den Dienst der Aggression.“ (Freud, 1928)

Ob Humor oder Witz, die Menschen lachen, weil etwas lustig erscheint. Was dieses etwas ist, kann sich auf den Sprecher oder auf andere beziehen. Dies zeigt der Fall einer mir gut bekannten jungen Frau, die eine Hemipelvektomie (Amputation eines Beines und eines Teils des Beckens) hatte. Sie war in der Lage, eine Gewöhnung an Schmerzmittel zu durchbrechen, als sie sich entschied, sich genau so zu amüsieren wie früher, zu lachen und schlagfertige Antworten zu geben, wenn jemand schockiert war über ihr Schwimmen, wobei sie mit ihrem einen Bein aussah wie eine Nixe. Und sie ritt wieder mit einer Prothese. (Madrugá, 1979). Einige ihrer Freunde dachten, sie würde die Realität verleugnen, weil sie nicht dauernd traurig und/oder wütend war. Andere sahen es als Zeichen von Reife, denn sie wußten, daß sie trotz gelegentlicher Trauer oder Wut die Situation mit einem lustigen Einfall überwinden konnte.

Dies bedeutet nicht, daß alles zum Lachen ist. Lachen ist manchmal ein Zeichen von Krankheit: die amyotrophische Lateralsklerose, die Krankheit an der Lou Gehring, der Baseballspieler starb, ist eine tragische Krankheit bei der Lachen unkontrollierbar wird. (Moody, 1978)

Die Unfähigkeit, Lachen zu kontrollieren ist tragisch und der Wunsch, es zu tun, veranlaßt Menschen manchmal, merkwürdige Dinge zu tun. Sieversuchen, die Luftanzuhalten, beißen auf die Innenseiten der Wangen, denken Trauriges - alles um nicht in Lachen auszubrechen. Berne forderte: „... die Straße zur Freiheit führt durch Lachen und solange er das nicht lernt, wird der Mensch Sklave sein, entweder unterwürfig gegen seine Herren oder kämpfend, um unter einem neuen Herrn zu dienen. Die Herren wissen dies genau und daher sind sie Herren. Das letzte, was sie erlauben werden, ist ungehöriges Lachen.“ (Berne, 1970)

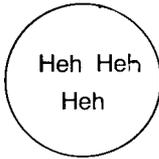
Er sagte auch: „Ärger und Weinen werden als Ausdrücken von Gefühlen von den meisten Gruppentherapeuten stark beachtet, während Lachen nicht so hoch bewertet wird und manchmal nicht beachtet, da es kein Ausdruck eines echten Gefühls sei.“ (Berne, 1971)

Victor Frankl, der die Logotherapie entwickelte, nahm es im Zusammenhang mit der paradoxen Intention bei der Behandlung von Phobien und Zwängen in seine Theorie auf. Er behauptete: „Ein Mensch entwickelt einen gewissen Abstand zu seiner Neurose, wenn er darüber lacht.“ (Frankl 1967) Um dies zu erleichtern, wurden die Patienten ermutigt, ihre Symptome zu übertreiben anstatt sie zu bekämpfen oder Situationen, in denen sie Angst bekommen würden, zu vermeiden. Wie in der Gestalt-Arbeit führt die Einsicht in die Lächerlichkeit einer Neurose im Lichte der Realität zu einem „aha“ Lachen durch Einsicht des ER und einem Ausbruch frohen Lachens vom K wegen der neu gefundenen Freiheit.

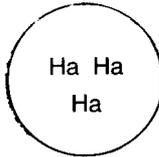
Berne definierte das Galgenlachen etwas anders als Freud. Für Berne ist „Galgenlachen das Grinsen des Erwachsenen als Ausdruck eines kläglichen Humors. Es zeigt oberflächliche Einsicht.“ Für mich ist der Unterschied zwischen oberflächlicher Einsicht und echter Einsicht der gleiche wie zwischen „Fortschritt machen“ und „geheilt sein“. Heilung zeigt sich in verändertem Verhalten.

Durch die Verwendung der drei Kreise und Bernes Definitionen wird der Unterschied zwischen gesundem und ungesundem Lachen deutlich.

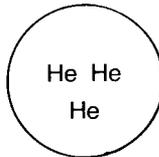
Ungesundes Lachen



Das elterliche Lachen der Hexenmutter oder des Trollvaters, der jemanden, gewöhnlich seinen eigenen Sprößling, den Rosenpfad von Spott und Niederlage entlangführt. „Bist du schon wieder dicker geworden?“ „Heh, heh, heh?“ Das ist das Skriptlachen.

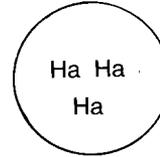


Ist das Lächeln der Erwachsenen mit kläglichem Humor. Es zeigt eine oberflächliche Einsicht. Das ist das Galgenlachen.



Ist das Lachen des Kindes, wenn es dabei ist, jemandem einen Streich zu spielen. Es steigt richtig in das Spiel „laß uns Joe einen Streich spielen“ ein, ein echtes Verlierer-Spiel, bei dem das Kind glaubt, jemand anderen hereinzulegen, aber am Schluß selbst das Opfer ist. Das ist das Ränkespiellachen.

kommt es von Menschen, die nicht zu stark engagiert sind und die letztendlich Verantwortung dem anderen überlassen können. Dies ist das Großvater- oder Nikolauslachen.



ist wesentlich herzlicher und bedeutungsvoller. Es bedeutet wahre Einsicht des ER, wie es nicht durch andere, sondern durch sein eigenes EI und K gehakt wurde. Das entspricht dem, was Psychologen das „aha-Erlebnis“ nennen. Es ist das Lachen der Einsicht.



ist das Lachen des Kindes aus reiner Freude oder das herzliche Lachen Erwachsener, die wirklich herzlich sein können. Das gibt es nur bei Menschen die skriptfrei sind oder die ihr Skript in diesem Moment beiseitelegen können. Dies ist das „spontane Lachen gesunder Menschen“. (Berne, 1971)

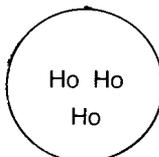
Lach-Therapie

Nach meiner Erfahrung kann man die Lachtherapie bei den unterschiedlichsten Problemen einschließlich Depression und Verwirrung, Rigidität und geistige Unbeweglichkeit, Einsamkeit und Angst anwenden. Sie ist nicht nur ein effektives Werkzeug für den Therapeuten, Lehrer oder Trainer, es bewährt sich auch für Patienten oder Klienten, Studenten oder Trainierende.

Ich war glücklich, als Norman Cousins Artikel 1976 publiziert wurde, weil ich schon 1971 begann, die Lachtherapie in meiner klinischen Praxis zu benutzen. Ich wußte nicht wie und weshalb, nur, daß es funktionierte.

Sein Artikel war für mich eine Beruhigung. Als ich anfang, Lachen zu benutzen, kannte ich nur eine kurze Behauptung, die besagt, daß Lachen die Sauerstoffaufnahme des Körpers mehr steigert als tiefes Atmen. Da mir tiefes Atmen wichtig ist,

Gesundes Lachen



ist das Lachen der Eltern zum Kampf des Kindes, erfolgreich zu sein. Es ist beschützend, wohlwollend und hilfreich, zumindest soweit es das augenblickliche Problem betrifft. Gewöhnlich

war das sehr interessant für mich. Daher erzählte ich einer meiner Therapiegruppen davon und fragte, ob sie es ausprobieren wollten.

Antworten waren „Ja, aber hier gibt es nichts Lustiges“. Und „Ja, aber würde dies nicht unecht sein?“ Ich stimmte zu, nichts ist lustig und es könnte als unecht empfunden werden und fragte dann, ob es jemand trotzdem ausprobieren wollte. Sie stimmten zu und wir begannen zu lachen. Eine ließ einen kleinen Lacher heraus, dann wurde das Gesicht starr, als würde sie durch einen starken Schlag geschockt, dies war ihr als kleines Kind nämlich genauso passiert. Eine andere „kicherte“ wie ein unsicherer Jugendlicher, einige hielten den Mund geschlossen oder hielten die Hand davor. Zwei schauten mich mit sehr kritischem Gesicht an. Niemand ließ ein wirklich herzliches Lachen oder irgend etwas Ähnliches hören. Deshalb beschloß ich auf unterschiedliche Arten vorzulachen. Es erschien mir in dieser Situation angemessen.

Zuerst lachte ich für sie wie ein gesundes Kind lachen würde. Ich kicherte und kicherte bis sie mitmachten. Dann lachte ich so wie jemand, den Harry Stack Sullivan als im „Bandenstadium“ charakterisiert hätte, nämlich mit der Art von Ausgelassenheit, die entsteht, wenn eine Jungensbande den Bau ihres Baumhauses feiert. Dann lachte ich wie ein Nikolaus und noch auf verschiedene Arten. Sie nahmen die Botschaft und die Erlaubnis auf und begannen, mit Gelächter aus verschiedenen Ich-Zuständen zu experimentieren. Nach einer angemessenen Zeit brachen wir ab und diskutierten, welche Körpererfahrungen sie gemacht hatten, welche Gefühle dabei auftraten und wie der innere Dialog war. Dann analysierten wir die Ich-Zustände und die Unterschiede zwischen gesundem und ungesundem Lachen.

Die historische Betrachtungsweise erwies sich als die beste. Fragen wie „Worüber lachten Deine Eltern?“, „Was sagten und taten sie, wenn sie lachten?“ und „Kannst Du Dich erinnern, was Du lustig fandest, als Du klein warst?“, führten zu neuen Einsichten in ihre Transaktionen, Spiele, und Skripts.

Der Prozeß der Ich-Zustands-Analysen führte zu rapiden Fortschritten. Sie wurden sich der Einschärfungen gegen Spielen, Spaß haben, gegen lautes Lachen und gegen Freude am Leben bewußt. Ebenso bemerkten sie einige

Irrtümer wie: „In der Therapie ist es o.k., wütend und traurig zu sein, aber es ist nicht o.k., herumzu-albern. Sie verschrieben sich einigen guten Ideen wie „die besten Dinge im Leben (einschließlich lachen) sind umsonst“.

Hausaufgaben über Lachen waren lustig. Niemand (obwohl einer sich heftig bemühte) konnte ein Buch in irgendeiner Bibliothek finden, in dem etwas stand wie „In Gruppen darf man sich nicht freuen und lachen“. Auch fand niemand etwas wie „Du wirst nicht gesund werden, wenn Du lachst“.

Zwei Gruppenmitglieder freuten sich daran zu studieren und lernten Bernes These verstehen: „Elterliches Lachen ist nachsichtig oder spöttisch. Das Kind-Lachen in der klinischen Situation ist respektlos oder triumphierend. Das Erwachsenen-Lachen ist therapeutisch und ein Lachen der Einsicht, es entsteht durch die Absurdität der durch die Umstände bedingten mißlichen Lage und durch die sogar noch größere Absurdität der Selbsttäuschung“. (Berne, 1966)

Erziehung in Humor

Die Wiederentdeckung der Fähigkeit zu lachen, sogar wenn nichts lustig ist, führte zu einigem Lernen über die Natur von Scherzen und Humor. Die meisten von ihnen begannen nun Komödien und „Slapstick“-Filme zu besuchen, an Stelle der Melodramen, an die sie gewöhnt waren. Mit einigem Zögern und Mut brachten sie Witze und diskutierten, warum sie „lustig“ oder „nicht lustig“ waren. Sie fingen an zu sehen, wie und warum „ja, aber“ Spieler „Badezimmerwitze“ bevorzugten und bemerkten, wie die Spieler von „Hilfe Vergewaltigung“ „Schlafzimmergeschichten“ bevorzugten. Sie überlegten, wie man aus den Dingen, über die sie lachten oder nicht lachten auf das emotionale Alter, in dem sie möglicherweise steckengeblieben waren, schließen könnte.

Ein erfreulicher Erfolg der Lachtherapie war der eines Mannes, der als paranoid schizophren diagnostiziert war und die Hälfte seiner dreißig Lebensjahre im Krankenhaus verbracht hatte. Er wurde mir von einer verzweifelten wohlgesinnten Familie gebracht, die die herkömmlichen Therapiemethoden ausgeschöpft hatte und nun als letzte Chance vor einer erneuten Einweisung, von der sie fürchteten, sie würde auf Dauer sein, TA versuchen wollte. Ich arbeitete hart, benutzte

die ganze TA und andere Methoden, die ich kannte und hatte nur mäßigen Erfolg. Eines Tages, als er mißtrauisch sagte: „Ich glaube, Du hast vergangene Nacht Steine auf mein Hausdach geworfen, um mich aufzuwecken und hast den Hund in den Schwanz gezwickt, damit er bellt“, entschied ich mich, in seine Wahnvorstellung einzusteigen. Mit Stimme und Gestik übertreibend stimmte ich ihm zu: „Ja, ich bin mitten in der Nacht aufgestanden, fuhr dreißig Meilen bis zu deinem Haus, fand einige Steine zum Werfen und zwickte den Hund, damit er bellt.“ Daraufhin brach er in gesundes herzliches Lachen aus. Das war der Anfang. Es wurde wichtig für uns, in jeder Sitzung zu lachen. Manchmal lachten wir als Antwort auf etwas Lustiges, manchmal nur aus Freude am Lachen.

Dieser Mann freute sich am Denken in Prozenten. Als er das erste Mal hereinkam, sagte er, er sei zu 92% krank, neulich sagte er, er mache Fortschritte, er sei zu 80% gesund. Ich fragte ihn, wodurch er so große Fortschritte gemacht habe. „Lernen zu lachen“, sagte er, „war das allerwichtigste. Jetzt, das erste Mal in seinem Leben, habe er Freunde, sogar eine Freundin und sogar einen Job. Ist das nicht lustig!“ Und beide lachten wir mit Freude. Albernes hebephrenes Lachen? Ich sage nein, nur entspannt und menschlich.

Ein Teil des Mensch-Seins bedeutet, die Tatsache zu akzeptieren, daß das, was für einen Menschen lustig ist, oft für andere nicht lustig ist. Höre einem Sechsjährigen zu, der lernt, Rätsel zu erzählen (oder dem Sechsjährigen in einem Erwachsenen) und dann einem Teenager, der schmutzige Witze erzählt und beobachte den Unterschied.

Worüber Menschen lachen, ist von Jahrhundert zu Jahrhundert, von Kultur zu Kultur und sogar in verschiedenen Lebensaltern unterschiedlich. Ich sah kürzlich eine Karikatur von zwei mittelalten Ehepaaren, die mit ihren Koffern eine Kreuzfahrt antreten wollten. Einer sagte zum anderen: „Wir arbeiteten, knauserten und sparten für das Studium unserer Kinder und als die Zeit kam, beschlossen wir, es alles selbst auszugeben und sie ihren eigenen Weg durch das College machen zu lassen, und das taten wir dann.“ Ich hielt das für sehr lustig, vielleicht weil ich es nicht getan hatte und möglicherweise wünschte, ich hätte es getan. Ich zeigte den Witz anderen Eltern, die etwa in meinem Alter waren. Sie lachten auch. Aber als ich ihn Jugendlichen von 12 Jahren zeigte, konnte ihn keiner komisch finden!

Seit den ersten Sitzungen mit Lachtherapie habe ich Lachen in vielen Situationen benutzt. Ein Trainings-oder Behandlungsmarathon mit Sonne und Meer, gesundem Essen und einer unterstützenden Umgebung, interessanten Gesprächen und ganz viel herzlichem Lachen scheint für die Heilung von Menschen ebenso effektiv zu sein wie die ernsthaften Techniken.

Lachen als Heilung für Organisationen

Lachen wirkt auch in Organisationen. Ein interessantes Beispiel war die Baseballmannschaft „Los Angeles Dodgers“, die 1977 eine Serie von Spielen gegen die „Philadelphia Phillies“ austrug. Sie verloren das erste Spiel. Anstatt daraufhin ernst zu werden, ließen sie sich von dem Komiker Don Rickles für fünfundzwanzig Minuten mit Witzen und lustigen Einfällen unterhalten. Sich die Seiten haltend vor Lachen kamen sie aufs Spielfeld und erreichten neun Treffer, sieben Läufe und einen Extrapunkt. (grand slam home run).

Als ich einmal den Mitarbeitern eines großen Krankenhauses ein Programm vorstellte, wurde ich gefragt, wie sie beim gesellschaftlichen Beisammensein mehr Spaß haben könnten. Zuerst erläuterte ich positive Zuwendung mit Betonung der gezielten Zuwendung (James, 1975). Dann erklärte ich Lachen und führte die unterschiedlichen Arten vor. Das Ergebnis war große Heiterkeit. Etwa fünfzig Menschen waren dort und sie taten, als hätten sie jahrelang nicht gelacht. Sie brachen in lautes schallendes und alle möglichen Arten von Gelächter aus. Anscheinend brauchten sie nur non-verbale Erlaubnis, um es zu tun. Zwanzig Minuten später lachten wir immer noch. Ich hielt mir schier den Bauch vor Lachen, weil alles so lustig schien. Wenn wir von Zeit zu Zeit „das Lachen wegwischen wollten“ und „wieder zu ernsthafter Arbeit kommen wollten, fing irgend jemand wieder an zu prusten und zu kichern und die ganze Gruppe ließ sich von der Freude wieder anstecken in dem Bewußtsein, entspannt zu sein und neue Einsichten zu haben.

Stimulieren durch Lachen

Um zu lachen, muß man nicht unbedingt etwas lustig finden. Gekitzelt zu werden führt zu einer reflektorischen Reaktion, die für den einen eine Tortur ist, den anderen in Lachsalven ausbrechen läßt. Eine Klientin wurde durch kitzeln sexuell

stimuliert. Sie sagte: „Ich muß so lachen, wenn ich gekitzelt werde und werde so entspannt, daß Sex für mich der nächste logische Schritt ist.“

Ich mag es so, auch wenn ich manchmal Tränen lache und einen Schluckauf bekomme. Ich fühle mich hinterher so gut und mein Mann lacht auch, wenn er mir zuschaut, ich glaube, es ist gut für uns. Außerdem kitzelt er immer nur ein bißchen, niemals zu viel.“

Eine andere Frau, die nach großem Schmerz und Trauer Lachen lernte, dachte, es würde ihren beiden kleinen Kindern gut tun, es auch zu lernen. Sie kaufte ihnen Bücher mit einfachen Scherzfragen (Beispiel engl. Wortspiel: Why did the house call the doctor?“ „Because it had a window pain“.)

Ihre Kinder fanden schnell Spaß an den Rätseln und erfanden selbst welche, die sie gern erzählten und die ich mir gerne anhörte.

Lachen ist ansteckend. Versucht mal „Lach-Kette“, eine Spaß-Übung für einen Workshop. Dabei legen sich die Teilnehmer in einer Reihe hin und jeder legt seinen Kopf auf den Bauch des nächsten. An einem Ende beginnt einer zu lachen und das Lachen wird weitergegeben. Es wird Spannung abgebaut und es entsteht ein Zusammengehörigkeitsgefühl, weil im gemeinschaftlichen Tun Gemeinschaft erlebt wird. In meiner Praxis habe ich ein Poster mit einem Zitat des Philosophen Martin Buber an der Wand, das mir als Wertvorstellung sehr wichtig ist:

Manche leiden schwer und gehen ihren Leidensweg. Aber wenn sie jemanden mit einem lachenden Gesicht treffen, kann dieser sie zur Freude wiederbeleben. Und es ist keine Kleinigkeit, einen Menschen wiederzubeleben.

Ein narrensicherer Weg, Nähe zu erreichen. Frag nach dem, was du willst.

Carla Haimowitz

Zusammenfassung:

Einige psychologische, politische und soziologische Folgerungen direkten Bittens um das, was man möchte, werden in diesem Artikel diskutiert.

Es geht das Gerücht, daß man nicht um das bitten darf, was man möchte. Das klingt so:

„Wenn du ein guter Mensch bist und wenn dich die Menschen wirklich mögen, kannst du bekommen, was du möchtest, ohne fragen zu müssen. Irgendwie werden die anderen wissen, was du möchtest und es dir geben.“ In den folgenden Beispielen benehmen sich Ben und Josie (nicht verwandt) so, als wären diese Mythen Fakten.

Ben: „Wenn sie mich liebte, würde sie mich anrufen und herüberkommen.“

„Hast du ihr gesagt, daß du ihren Anruf erwartest oder hast du sie eingeladen, herüber zu kommen?“

„Nein.“

„Woher soll sie wissen, daß du das möchtest und erwartest?“

Josie: „Er ging mit anderen Frauen aus, ich dachte, ich sollte nicht eifersüchtig sein.“

„Hast du ihm gesagt, daß du nicht möchtest, daß der Mann, mit dem du lebst, mit anderen Frauen ausgeht?“

„Nein. Ich dachte, er sei unzufrieden mit mir. Er ermunterte mich auch, mit anderen zusammenzusein.“

„Ist es das, was du wolltest?“

„Nein. Ich glaube, daß er mich ermutigte, mit anderen zusammenzusein, weil er das für die richtige Politik hielt. Niemand von uns sagte, was er wirklich wollte. Stattdessen taten wir, was wir für angemessen und richtig hielten.“

Frauen und Männer scheinen dazu erzogen zu sein, nicht klar um das zu bitten, was sie wollen. Einige gehen so weit, nicht einmal sich selbst wissen zu lassen, was sie wirklich wollen, und wenn sie es wissen, es nicht anderen zu erzählen. „Es macht mich zu verletztlich!“ Manchmal denkt jemand: „Es ist falsch zu wollen, was ich will.“

Oder: „Ich sollte dies nicht wollen.“ „Ich sollte solche Gefühle nicht haben.“ Es ist o.k. zu wollen, was immer man will. Es gibt kein falsches Gefühl. Zurück zu Josie, die gerade zwei Liebesbriefe von Bill bekommen hat.

„O.k., nun steil dir vor, Bill ist hier; sag ihm, was du möchtest.“

Josie: (nach zehn Sekunden Pause) „Bill, ich denke, du solltest im August hierherkommen und wir sollten uns über unsere Beziehung unterhalten.“

„Magst du ihn? Möchtest du, daß er kommt oder denkst du, er sollte kommen.“

„Ja, ich liebe ihn! Und ich möchte, daß er kommt, aber ich kann das nicht sagen.“

„Doch, du kannst! Versuch es!“

„Ich kann nicht, es ist schwierig. Mir bleiben die Worte im Halse stecken.“

O.k., hm, Bill, ich mag dich, und ich möchte, daß du im August hierherkommst.“

„Wie war es für dich, das auszusprechen?“

„Ja, verletzlicher, aber auch lebendiger. Wenn ich sage ‚sollte‘, bin ich weit entfernt und wenn ich sage ‚ich will‘, fühle ich mich näher.“

Ein Weg, jemandem näher zu kommen, Freund, Liebhaber, Eltern, Kind, Mitarbeiter, ist zu sagen, was du möchtest. Einfach so. „Nimm nicht irgendwie an, jemand anderes weiß, was du willst, wenn du es ihm nicht mindestens einmal gesagt hast.“

Wenn wir sagen, „Bitte um das, was du willst“, meinen wir, „Bitte um alles, was du willst.“

„Gehst du bitte mit mir zum Essen aus oder kochst für mich?“ „Rufst du mich bitte heute abend an?“ „Drückst du bitte meine Klitoris etwas fester?“ „Nimmst du mich bitte in den Arm?“

„Sagst du mir, was du an mir magst?“

Bitten, um was wir wollen bedeutet, daß wir mehr über unsere Vorlieben sagen, alles von „Ich möchte lieber *diesen* Film sehen“ oder „Ich würde das Geld lieber für die Entwicklung der Sonnenenergie ausgeben“ bis „Ich will diesen Abgeordneten“.

Jemandem sagen, was du willst und darum bitten, ist eine starke und politische Aussage. Wenn du zu jemandem sagst: „Bürstest du mir bitte den Rücken?“, „Hälst du meine Hand?“, „Bitte faß mich zarter an“, bist du in mehreren Ebenen aktiv: Du sagst: „Es ist o.k. für mich, von dir etwas zu wollen. Was ich will, ist für mich o.k. zu wollen. Du bist wichtig und ich bin wichtig und was ich will, ist wichtig. Es ist o.k. für mich, dich um das zu bitten, was ich möchte. Das ist die Art von Beziehung, wo wir einander um das bitten können, was wir wollen. Wir sind gleichwertig. Du kannst zustimmen oder ablehnen und in jedem Fall sind wir beide vollwertige Menschen.“

Wenn du um das bittest, was du willst, definierst du die Beziehung zwischen euch beiden als eine, in der es o.k. ist, das zu tun. Du bestimmst ständig deine Beziehungen mit allem, was du tust und nicht tust, mit allem, was du sagst und nicht sagst. Bestimme sie bewußt!

Wenn jemand uns um etwas bittet, dann ist das, was wir ihm geben, wertvoller. Wir sind für ihn wichtig, denn wir haben etwas Wesentliches zu geben. Und weil erfragt, zählt das, was wir geben. Natürlich geben und nehmen wir gern spontan – auch das ist wertvoll. Tatsächlich kann auch Bitten spontan sein. Wenn jemand annimmt ohne zu bitten, hatten wir nie eine Chance, „ja“ oder „nein“ zu sagen und manchmal macht das unser Geben weniger deutlich. Bitten um das, was wir wollen, läßt andere wissen, was uns wichtig ist und wer wir sind.

Was bedeutet es, wenn jemand „nein“ sagt? Möglicherweise bedeutet es „nein“ zu dieser Bitte zu diesem Zeitpunkt. Finde heraus, was das „nein“ bedeutet. Frage: „Meinst du, du willst X niemals tun oder nur jetzt nicht?“ Manche Menschen meinen „Frag mich nocheinmal“ oder „Ja“, wenn sie nein sagen. Wenn du dann, wie die meisten, beschäftigt bist und keine Zeit für Hieroglyphen hast, dann wird ein „nein“ für dich ein „nein“ bedeuten.

Was bedeutet es, wenn jemand „nein“ sagt? Wenn du deiner Intuition folgst und den richtigen Zeitpunkt wählst und dein/e Freund/in sagt „nein“, dann weißt du wenigstens, woran du an diesem Punkt mit ihm oder ihr bist, und du kannst darauf aufbauen. Du weißt, du hast getan, was du konntest, um von ihnen zu bekommen, was du wolltest. Du kannst dir gratulieren, daß du deine Interessen verfolgt hast. Es ist wichtig, zum richtigen Zeitpunkt zu bitten (nicht, wenn dein/e Freund/in

schläft oder wenn du sie oder ihn gerade kritisiert hast). Frage Menschen, von denen du gefühlsmäßig weißt, daß sie „ja“ sagen werden.

„Aber ich habe Angst, zurückgewiesen zu werden.“ Wenn Menschen sagen, sie hätten Angst, zurückgewiesen zu werden, bedeutet das oft, daß sie Angst haben, angenommen zu werden. Schließlich, wenn jemand „nein“ sagt, gut, aber was zum Teufel, wenn er „ja“ sagt? Was dann? Jemand, der nicht um das bittet, was er will, hat vielleicht Angst vor Nähe und empfindet den anderen als abweisend, anstatt zu fragen. Ewas wollen und nicht darum bitten ist dasselbe wie jemanden aufgeben - es ist eine Zurückweisung. Manche sagen: „Wenn ich bitten muß, dann zählt es nicht.“ Das mag ein Teil des Spiels „schwer zu bekommen“ sein. Wenn du fragst und jemand sagt „ja“, dann hat er „ja“ gesagt. Wir nehmen an, er ist ehrlich und gibt freiwillig. Nicht nach dem fragen, was du möchtest, ist wie trampeln mit der Hand in der Tasche! Unglücklicherweise haben wir gelernt zu *warten* und zu *hoffen*.

Folge stattdessen diesen Richtlinien:

1. Bitte um das, was du willst. Frage nach allem, was du willst und sage deinen Freunden, sie sollen dich nach dem fragen, was sie wollen.
2. Gib, was du geben möchtest, so wie du es möchtest, und wann, wo und wieviel du willst. Manche Frauen haben hier widersprüchliche Botschaften. Es wurde ihnen mitgegeben: „Entweder du bist zu leicht zu haben oder zu abweisend. Du bist entweder eine Jungfrau oder eine Hure.“ (Höre nicht zu!)
3. Nimm an, was du annehmen willst. Es ist o.k. „ja“ zu sagen. Es ist o.k., „nein“ zu sagen.

Diese Vorschläge basieren auf der Vorstellung, daß es genügend Liebe und Komplimente und Lächeln und Zärtlichkeit und Sex für jeden gibt.

Carla Haimowitz, MA, CPTM, arbeitet in privater Praxis in Oakland, Californien. Sie schreibt an zwei Büchern „Sex für Anfänger“ und „Was kann man tun, bis der Therapeut kommt – Selbsthilfe zu geistiger Gesundheit“

Die dreizehnte Einschärfung

Gysa Jaoui

Die Bann-Botschaften sind Gegenstand von zahlreichen Studien und Artikeln von Bestandsaufnahmen und verschiedenen Klassierungen. Eine besonders ausgereifte Studie ist die der Gouldings, in welcher sie die zwölf Einschärfungen beschreiben und darstellen.

Es existiert eine dreizehnte Einschärfung, von der sie nicht oder nur indirekt sprechen. Persönlich begegne ich dieser Botschaft recht oft. Sie wird auf verschiedene Art und Weise erlebt und ausgedrückt. Ich sehe dies in meiner therapeutischen Praxis und in meinen alltäglichen Beziehungen und ich möchte sie hier darlegen. Es handelt sich um die Einschärfung: „Wisse nicht.“ Das amerikanische „Don't know“, klingt besser, man könnte es auch übersetzen mit: „Entdecke nicht“.

Diese Botschaft, wenn sie direkt vom Eltern-Ich der Eltern kommt, nimmt verschiedene Formen an, zum Beispiel: „Du wirst es später wissen oder erfahren“. oder: „Stell jetzt nicht so viele Fragen“. „Kinder in deinem Alter verstehen das nicht“, oder das Überraschende: „Ich will es nicht wissen“. Diesen Satz sagen Väter ihren Kindern noch öfters als Mütter, nämlich dann, wenn die Kinder sich für einen Ungehorsam rechtfertigen wollen, indem sie eine Erklärung abgeben.

In diesem Fall heißt die verdeckte Transaktion: „Wenn ich auf deine Erklärungen hören würde, könntest du mich überzeugen, und ich würde meine elterliche Macht verlieren.“ Dies zeigt den Sinn der darunterliegenden Botschaft: „Es ist gefährlich für mich, wenn du weißt“. Diese Umkehr der Feststellung: „Ich will nicht, daß du weißt“, in ein: „Ich will es nicht wissen“, umgrenzt das Exerzierfeld elterlicher Macht“. Wenn wir, Eltern und Kind, austauschten, was wir wissen über unser Problem, dann könntest du Kind, die wahren Beweggründe meiner Haltung entdecken, und das kann ich nicht akzeptieren und auch nicht selbst erkennen.

Dadurch wird die autoritäre elterliche Stellung gefestigt. Das Kind aber wird in der untergeordneten oder rebellischen Passivität festgehalten.

Wenn das Kind aktiv und unnachgiebig ist, widerstehen die Eltern seinen direkten Fragen, da sie sich dadurch selber in die Enge getrieben fühlen, und übermitteln die Einschärfung durch verschämte Blicke, durch Schweigen, durch unklare Antworten und sogar durch Zorn.

Je nach dem was für Beziehungen ein Kind zum „Wissen“ hat, wird es seine Entscheidungen auf Grund dieser Einschärfungen treffen. Es kann entscheiden, nicht mehr nach Wissen zu suchen: „Es ist besser für mich, keine Anstrengungen mehr zu machen, um zu entdecken und zu vertiefen, was die andern und die Welt, die mich umgibt vor mir verstecken“. So nimmt es in diesem Bereich ein passives Verhalten ein. Eine andere Möglichkeit ist die, daß das Kind nicht auf seinen Wunsch, Erkenntnisse zu haben, verzichtet, es aber auf die Weise macht, daß sein Wunsch zu wissen heimlich bleibt: „Ich werde mich darauf einstellen, trotzdem zu wissen, ohne die andern in Gefahr zu bringen, ihnen also nicht zeigen, was ich weiß.“

Eine solche Art der Entscheidung führt zu Unterstellungen, zu Mißtrauen, zu Mißverständnissen und zu Trübungen beim Erwachsenen. Er erlaubt sich nicht zu forschen und nach Informationen zu verlangen, die er braucht.

Dieses zweite Verhalten wird durch das folgende Beispiel illustriert: Während einer Gestalt- Arbeit zeigt Janine auf überzeugende Weise die Offensichtlichkeit dieser Einschärfung. Sie erlebt eine Szene ihrer frühen Kindheit mit ihrem Vater. Sie stellt ihm eine direkte Frage und spürt als Antwort ein verängstigtes Unwohlsein bei ihrem Vater. Die Frage war folgende: „Warum bleibst du nicht öfter bei mir zu Hause, anstatt mich so oft allein mit der Mutter zu lassen?“ (Die kleine Janine hatte die bessere Beziehung zu ihrem Vater als zu ihrer Mutter, obwohl dieser während längerer Zeit fort war. Es war Krieg und er kämpfte im Untergrund, was Janine zu jener Zeit nicht wußte). Die Angst und die Hemmung ihres Vaters sind so greifbar für Janine, daß sie daraus schließt, sie habe nicht das Recht zu wissen, und es sei deshalb für sie

besser, keine Fragen zu stellen. Dieser Überlebens-Schlußfolgerung fügt sich indessen eine Entscheidung an: sie behandelt, auf welche Art sie trotzdem wissen wird, ohne ihren Vater in Gefahr zu bringen. Sie wird raten ohne je direkte Fragen zu stellen und ohne zu zeigen, daß sie weiß.

Janine stellt fest, daß sie dieses System heute weiter beibehält. Niemals stellt sie den Personen, mit denen sie in Beziehung steht, direkte sie betreffende Fragen. Demzufolge braucht sie viele Energien um sich vorzustellen, was diese verstecken. Sie unterhält gegen über ihrer Umgebung so immer Mißtrauen, Verdacht, Ängstlichkeit, die auf Vermutungen basieren, die sie auf ihre Art interpretiert. Dies bestätigt sie in dem Glauben, daß es gefährlich ist für die Leute, wenn sie, Janine, weiß, was sie glaubt zu wissen über sie, und daß die Leute vor allem nicht vermuten dürfen, daß Janine weiß.

Im Verlauf der Arbeit erhält Janine von mir die Erlaubnis, und gibt sie sich auch selber: zu wissen. Sie macht einen Vertrag mit mir und mit der Gruppe, direkte Fragen zu stellen, die sie zu stellen wünscht. Sie setzt dies sofort in die Praxis um, indem sie mir eine Reihe von Fragen stellt, die einige Phantasien aufhellen, die sie sich über mich machte. Bei jeder klaren und direkten Antwort, die sie von mir erhält, drückt sie ihre Rührung durch Tränen aus, die vermischt sind mit Lächeln und Lachen. Sie erlebt eine intensive körperliche Entspannung. Diese Sitzung war eine wichtige Wende in der positiven Entwicklung ihrer Therapie.

Dieses Beispiel zeigt, wie der Mechanismus einer Einschärfung funktioniert, und welche Entscheidung darauf folgen kann. Dies war eines der ersten Elemente zu meinen Überlegungen zu dieser Einschärfung. Seither hatte ich oft Gelegenheit, sie in Aktion zu sehen in verschiedenen Formen und Stärkegraden. Die Leute, welche nicht die Erlaubnis haben „zu wissen“, geben sich oft zufrieden mit: Verdächtigen, Glauben, sich etwas vorstellen, oder sie flüchten sich in die Passivität. Diese heißt: Unwissenheit und sie entwickeln dabei eine Gefühlsmasche der Ängstlichkeit und der Angst vor dem, was entdeckt werden könnte.

Es ist wichtig, daß der Therapeut die Einschärfung „Wisse nicht“ von der ihr ähnlichen, verwandten Einschärfung: „Denke nicht,“ oder „Denke nicht selber,“ unterscheiden kann.

Bei dem Durcheinander und den Lücken in den Schilderungen derer, die ein „Wisse nicht,“ haben, könnte der Therapeut den Fehler machen, ihnen vorzuschlagen, selber zu denken, zu verstehen, sich vorzustellen, und es ist ja gerade das, was sie schon öfters mit Verbissenheit tun. Aber ohne Resultat. Was sie nötig haben ist, daß man ihnen ganz einfach die Erlaubnis gibt, „zu wissen“, unter anderem indem sie denen Fragen stellen, die Informationen haben. (Eltern, Gatte oder Gattin, Vorgesetzte, Kollegen, Therapeuten...) Sie müssen erfahren, daß dies keine Gefahr bedeutet. Sie werden natürlich auch erfahren, so wie jeder das Recht hat Fragen zu stellen, auch jeder das Recht hat zu wählen, ob er darauf antworten will oder nicht.

Beratung des unsichtbaren Klienten

Gary Margolis

Zusammenfassung:

Berater arbeiten oft mit Menschen, die kommen, um über einen Freund oder ein Familienmitglied zu sprechen, von dem sie glauben, daß er oder sie Hilfe brauche. Der Autor beschreibt Transaktionen zwischen den dreien und schlägt therapeutische Strategien für die Arbeit eher mit dem sichtbaren als mit dem unsichtbaren Klienten vor.

Jeder Berater sitzt oft zwei Menschen gegenüber, die Hilfe in Bezug auf einen Freund oder ein Familienmitglied haben wollen.

Sie wollen die richtigen Worte oder Verhaltensstrategien, um den Einstieg ihrer Freunde in die Therapie zu sichern. Vom Berater wird erwartet, daß er einen nicht Anwesenden beurteilt, möglicherweise beeinflusst, während in Wirklichkeit die eigentlichen Klienten vor ihm sitzen. Wie arbeiten wir also mit den sichtbaren Gefühlen und Aussagen dieser Menschen, um ihre Transaktionen mit einem Dritten zu klären und um Stress abzubauen, nicht nur bei ihnen, sondern auch in Bezug auf den anderen?

Zunächst können wir das Vertrauen stärken, indem wir ihre Illusion, daß ihr Freund wirklich das einzige Problem sei, akzeptieren. Wir tun das, indem wir uns ihre jeweilige Version über das Verhalten des Dritten erzählen lassen. Das klingt jedoch leicht wie eine Anklage gegen den anderen, besonders, wenn es von zweien dargestellt wird, die typischerweise ohne Wissen ihres Freundes kommen und es für ihn keine Chance einer unmittelbaren Antwort gibt. Dann können wir Unterschiede zwischen den beiden in Bezug auf Gefühle, Wahrnehmungen und Pläne herausarbeiten. Der Kontakt mit dem Berater kann therapeutisch wirksam sein durch das Verstehen, von welchen Ich-Zuständen aus sie mit ihrem Freund umgehen und welche sie letztlich benutzen können, um Stress abzubauen und die Kommunikation zu verbessern.

Speziell kann der Berater den Ausdruck von Ich-Zuständen, die unterstützender und echter sind, lehren.

Häufig sind die Probleme der abwesenden Klienten in den Bereichen von Sexualität, von Drogenmißbrauch, von Erziehung oder von selbstzerstörerischem Verhalten; entweder sie schläft mit jedem, er trinkt zuviel oder einer droht mit Selbstmord. Was die Freunde oder Familienmitglieder, die kommen, fühlen, ist eine Mischung von Angst und Ärger. Nach einer Anzahl von Lösungsversuchen (d. h. Versuchen, den anderen zu ändern), fühlen sie sich auch hilflos und unzulänglich. Diese Gefühle können bei den Partnern unterschiedlich sein, abhängig davon, wie stark der abwesende Klient als bedrohlich empfunden wird. Denn da das oben geschilderte Verhalten bedrohlich wirken kann, bekommt das K (die Kinder) der anwesenden Klienten Angst und versucht, sich selbst zu schützen, indem es den Ursprung der Drohung, also den Freund, ändern möchte. Hier besteht ein mächtiges Drama-Dreieck mit Retter, Verfolger und Opfer, welches ein naiver Berater unterstützen könnte. (Karpman, 1968)

Wenn wir dieses entstehende Bild bemerken, können wir die Aufmerksamkeit des Paares auf ihre eigenen Gefühle lenken, wie sie sich in Bezug auf den anderen und in seiner Gegenwart fühlen. Da die beiden die Situation sicher schon längere Zeit analysiert haben, können wir Hilfen geben, die den Ausdruck von Gefühlen ermutigen, z. B. „Wie fühlst du Dich, wenn dein Bruder betrunken heimkommt?“, „Wie geht es dir, wenn deine Zimmergenossin einen Freund für eine Nacht hat?“ Wenn die beiden ihre individuellen Gefühle ausdrücken, wird einige Energie vom Drama-Dreieck abgezogen. Häufig zeigen Menschen ihren Freunden ihre ängstlichen und ärgerlichen Gefühle nicht aus Angst, es könnte weh tun, entfremden oder das Problem verschlimmern und ihre Verletzbarkeit aufdecken. Indem sie ihre Gefühle wahrnehmen und ausdrücken, kann jeder anfangen einen gewissen Grad von Selbstkontrolle zu erfahren. Wenn sie ihren Freund nicht beeinflussen können, können sie ihre eigenen Gefühle und Aktionen ändern.

Der Skript Schlüssel

Harold Wahking

Zusammenfassung:

Der Autor setzt die drei Skript-Formen, die von Steiner beschrieben wurden, zu den sechs Skript-Typen, die Berne identifizierte, in Beziehung in Form eines „Skript-Schlüssels“. Der Gebrauch des „Schlüssels“ hilft den Klienten, eine kurze Beschreibung für ihr Skript zu finden, ebenso wie eine Aussage darüber, wie sie sich im Skript verhalten. Außerdem hilft er beim Abschluß von Verträgen für Veränderung.

Einige der verborgenen Skriptbotschaften, die Klienten hören, können durch die Verknüpfung der sechs Skript-Typen, die von Berne (1972) erkannt wurden und der drei Arten skriptgerechten Lebens, beschrieben von Steiner (1974), entschlüsselt werden. Klienten können den „Skript-Schlüssel“ benutzen, um die Bedeutung ihres skriptverstärkenden Verhaltens zu erkennen. Der Schlüssel führt auch zu einem kurzen Satz oder Motto als kurzer Zusammenfassung der Skriptthemen eines Menschen.

Die Verknüpfung von Bernes sechs Skript-Typen (Niemals, immer, bis, danach, immer wieder und offenes Ende) mit Steiners drei Formen (keine Liebe, keine Freude, dumm) führt zu einem Raster, das achtzehn Arten von Skriptverhalten beschreibt. Wenn die Klienten die Steinersche Unterscheidung lesen, können sie das typischerweise traurige emotionale Thema, das zu ihnen paßt, erkennen. Dann können sie horizontal lesen bis sie einen Skript-Typ nach Berne finden, der das beschreibt, was sie manchmal vom Leben glauben. Die kurze Aussage, die vom Raster an dem Schnittpunkt geliefert wird, gibt dem Klienten einen Anfang für eine genauere Selbstdarstellung. Die Überschriften der beiden Reihen summieren dann kurz das Skript-Thema (z. B. keine Liebe . . . bis). Man kann den „Schlüssel“ den Klienten auch ohne die 18 allgemeinen Skriptbeschreibungen geben, sie in jedes Feld eintragen lassen, wie ihr Skript aussähe, wenn dies ihr Skript-Typ und Skript-Form wäre. Gewöhnlich werden sie schnell viele Skripts finden, die nicht passen und zwei oder drei, die klar aufzeigen, wie sie sich oft skriptgerecht verhalten. Durch Kombination und Klärung ihrer Worte können sie dann ihr Skript oder ihre Skripts beschreiben.

Der Skript-Schlüssel von Harold Wahking

Steiners drei Arten
von Skripts

V

Bernes sechs Typen
von Skripts >

Niemals

Du wirst nie fähig sein, das zu tun, was du gern möchtest. Du kannst nicht zu Ende bringen, was du anfängst, wie sehr du dich auch anstrengst. Deine Wünsche sind erschreckend.
Mythos: Tantalus

Bis

Nichts im Leben ist umsonst. Erst die Arbeit, dann das Vergnügen. Wer nicht leidet, kennt die Freude nicht.
Mythos: Herkules

Das „keine Liebe“-Skript

Oft wird als Bestrafung Liebe in der Kindheit vorenthalten oder sie wurde als Belohnung gegeben (stroke economy), Lebensposition: Ich bin nicht o.k., du bist o.k. Dieser Mensch fürchtet oft, nah und vertrauensvoll zu sein, hat Schwierigkeiten, Strokes zu akzeptieren, fühlt sich oft als Opfer in Spielen und fordert Zurückweisung heraus. Depression ist häufig das Ergebnis.

Wie sehr ich mich auch anstrengende, ich erreiche es nicht, daß mich jemand wirklich liebt. Ich wünschte, ich wäre tot.

Sicher, ich arbeite hart, aber ich schaffe es. Ehe ich nicht meine Arbeit getan habe, habe ich keine Zeit zum Spielen oder für andere Dinge. Ich wünschte mir nur, die Leute würden meine Arbeit mehr anerkennen.

Das „dumm“-Skript

Diese Menschen fühlen sich oft unfähig, das Leben zu meistern und haben Angst, keine Kontrolle darüber zu haben. Sie glauben, z. B. keine Willenskraft zu besitzen und nicht zu wissen, was sie als nächstes tun sollen. Sie fühlen sich leicht dumm. Grundeinstellung: Ich bin nicht o.k., du bist nicht o.k. Sie treffen Skriptentscheidungen, nicht zu denken, nicht wichtig zu sein oder schwach zu sein. Verwirrung ist häufig das Ergebnis.

Manchmal scheint mir das Leben einfach zuviel zu sein. Ich kann mir offenbar nichts einteilen. Ich werde nie in der Lage sein, dieses Ziel zu erreichen . . . oder.. uhhh... ich werde gut...du weißt schon?

Ich habe einige Ziele, glaube ich. Manchmal denke ich darüber nach Scheinbar erreiche ich keine Ziele die ich mir setze . . weil . . . ich bin nicht ganz sicher... ich bin verwirrt . . . ich glaube . . . uhhh . . . Bis ich nicht meine fünf Sinne zusammen kriege, sitze ich fest, glaube ich.

Das „keine Freude“-Skript

Diese Menschen ignorieren ihre Körpergefühle und benutzen statt dessen verschiedene Chemikalien (Alkohol, Essen, Drogen, Tabletten, Nikotin, Coffein oder andere), um ihre Gefühle zu verdecken. Sie neigen dazu, verstandesmäßig zu leben und ihren Körper nicht wahrzunehmen. Grundeinstellung: Ich bin o.k., du bist nicht o.k. Sie treffen oft Skriptentscheidungen, nicht zu fühlen, nicht nah zu sein, sich nicht zu freuen. Drogensucht oder Arbeitssucht sind häufig das Ergebnis.

Ich werde nie fertig. Ich hab so viel zu tun, daß ich nicht zu dem komme, was ich möchte. Wenn ich ein bißchen müde werde, mache ich mir einen Drink und entspanne, dann kann ich wieder etwas arbeiten. Da kann man nichts machen.

Ich habe bisher in meinem Leben eine Menge erreicht. Ich glaube, daß ich hart und effektiv arbeite. Ich höre immer wieder, ich solle weniger arbeiten, weniger trinken, weniger essen, aber nachdem ich den ganzen Tag arbeite, habe ich ein Recht auf Entspannung. Eines schönen Tages werde ich mit all dem aufhören und es wirklich leicht nehmen.

Immer Wie man sich bettet, so liegt man. Wenn es das ist, was du willst, dann tu es den Rest deines Lebens. Mythos: Arachne	Nach Das dicke Ende kommt bestimmt. Heute mag es gut sein, aber paß auf, was morgen auf dich zukommt. Mythos: Damokles	Immer wieder Wenn ich nur nicht wieder durch- einanderkomme, dann kann ich es vielleicht diesmal schaffen. Ich habe es beim letzten Mal beinahe geschafft. Mythos: Sisyphus	Offenes Ende Ich habe keine Pläne gemacht für die Zeit nach . . . wir haben es schwer gehabt, aber jetzt . . . wir werden sehen, was kommt . . . Mythos: Philemon und Baucis
Ich strenge mich so an, Kontakt zu haben, aber die Leute wenden sich immer von mir ab. Ich bin immer allein. Ich mag meine Ungestörtheit, aber das ist zu viel.	Ich hatte wirklich Hoffnungen, aber ich hätte wissen müssen, daß Liebe nicht andauert. Wenn ich jemanden treffe, freue ich mich sehr darüber, aber dann läuft etwas falsch und hinterher fühle ich mich sehr einsam.	Warum werde ich immer wieder abgewiesen? Gerade wenn ich denke, ich gefalle jemandem, scheint er meiner müde zu werden und ich bin wieder verlassen.	Die anderen scheinen mich nicht besonders zu mögen, aber ich lasse mich nicht entmutigen. Ich habe es immer geschafft, dabei zu sein und ungeschoren davonzu- kommen. Entweder sie mögen mich oder eben nicht.
Ich mache gerne schnell. Ich genieße die Aufregung bei Geschwindigkeit, aber manchmal hetze ich so, daß ich alles durch- einanderbringe. Ich habe keine Zeit zu denken.	Manchmal fange ich an, gradlinig zu denken und glaube, daß es gut geht. Dann komme ich durchein- ander und wünsche, ich hätte gar nicht erst angefangen.	Ich kann nichts am Ausgang der Dinge ändern. Immer wieder kann ich mich nicht entscheiden, gerade wenn ich kurz vor dem Durchbruch stehe. Manchmal denke ich, ich werde verrückt.	Ich dachte immer, ich würde es schaffen, wenn ich . . . uhhh . . . gut . . . ich weiß nicht. Ich werde irgendwie durchkommen, wie üblich, nicht wahr?
Ich habe mich sehr angestrengt, um diese Arbeit zu bekommen. Viele würden gerne meinen Job haben. Sicher arbeite ich zu hart, aber das wußte ich ja vorher. Entschuldige, ich muß wieder weiterarbeiten.	Ich habe mein ganzes Leben hart gearbeitet und komme voran. Natürlich wird es wahrscheinlich nicht von Dauer sein. Mir ging es oft gut, aber ich mußte jedesmal dafür bezahlen. Ich esse gern, aber es macht mich dick, nicht wahr?	Ich werde mich betrinken! Ich habe hart gearbeitet, um dies zu einem Erfolg zu machen und sie haben mich ruiniert. Ich fühle mich betrogen.	Tatsache ist: wir arbeiten alle hart und hoffen, daß es gut geht. Wenn nicht, können wir auch nichts machen. Hier, nimm einen Drink und freu dich am Leben!

Wenn die Information aus dem „Skript-Schlüssel“ gesammelt ist, sind die Klienten gewöhnlich gespannt und bereit, Verträge zu schließen. Das geschieht gewöhnlich nach folgendem Muster: „Ich fühle oft . . . (Steiner Typen), weil ich mir sage, daß . . . (Bernes Typen) und dann bin ich im Skript gefangen. Statt dessen werde ich meinen Glauben festigen, daß . . . und fühlen“

Wenn das Skript-Motto von jemandem den Gruppenmitgliedern bekannt ist, scheinen diese Skriptverhalten eher zu konfrontieren, als wenn das Skript nur allgemein bekannt ist. Ein Gruppenmitglied sagt möglicherweise: „Ich kann diese Depression nicht loswerden, ehe ich nicht einige Freunde gefunden habe.“

Ein anderes Gruppenmitglied konfrontiert das vielleicht so: „Wirst du das ‚keine Liebe . . . bis‘ benutzen, um weiterhin depressiv zu bleiben?“ Klienten empfinden oft mehr Macht und Kraft, um von dem Skript loszukommen, wenn ihnen ihr Skript-Motto objektiv aufgezeigt wird. Sie neigen dazu, direkt über Verträge nachzudenken. Sie sehen, daß alle an ihrem Kampf mit dem Skript Anteil nehmen. Sie merken, daß sie einige Charakteristika anderer Skripts haben und daß viele Teile ihres Skripts haben. Klienten erfahren Manchmal ein neues Gefühl des O.K.-Seins, wenn sie verstehen, daß ihr Kampf dem Kampf anderer sehr ähnlich ist.

Ein Klient überprüfte schnell den „Schlüssel“ und fand seinen „Keine Liebe“-Typ auf Grund seiner wiederholten Depressionen. Als er weiter über das Gitter las und zu der „bis“-Spalte kam, begann er Botschaften von seinen Eltern zu „hören“ wie: „Du kannst nicht hinausgehen und mit deinen Freunden spielen, ehe du nicht Klavier geübt hast.“ „Du wirst keine Freude haben, ehe du nicht etwas im Leben geleistet hast.“

Er fuhr fort, den „Schlüssel“ anzuschauen und bemerkte, daß die „dumm“-Aussagen keine seiner Erfahrungen beschrieben. Als er die „Keine Freude . . . bis“-Beschreibung las, fiel ihm wieder etwas auf. Er brachte die Beschreibungen eines Skriptmottos seines Lebens zu Papier: „Ich bin im Skript, wenn ich glaube, daß mich niemand mag, und daß ich deshalb keine Freude am Leben haben kann, solange ich nicht hart arbeite. Ich bin oft deprimiert, weil ich die Menge der mir frei entgegengebrachten Zuwendung nicht beachte. Ich arbeite zwanghaft in der Hoffnung, daß irgendwo ein Punkt ist, der, einmal erreicht, mich befähigt, für alle Zeiten glücklich zu sein. Anstatt in diesem Skript zu bleiben, werde ich gemäß meiner Überzeugung leben, daß ich liebenswert bin und daß genügend Freude für jeden da ist.“

Eine andere Klientin dachte, sie würde in das „Keine Liebe“-Konzept passen, da sie glaubte, daß alle Menschen in ihrem Leben sie fallengelassen hätten. Keine der Beschreibungen schien zu passen. Ihre beruflichen Erfolge hatten sicher Konzentration und klares Denken demonstriert. Als sie die „Keine Freude“-Spalte las, verlangsamte sie ihr Lesen, blickte von der Seite auf und sagte dann: „Alle diese Aussagen beschreiben mich irgendwie. Ich habe mich nie für freudlos gehalten. Da mag etwas dran sein.“

Später schrieb diese Klientin: „Ich arbeitete daran, meinen Verstand auf die Arbeit zu richten und nicht auf mein Innenleben. Ich bin vital und gesprächig, wenn ich arbeite, aber ich neige dazu, heikel und streitlustig zu sein, wenn ich mit jemandem in einer nicht aufgabenorientierten Beziehung bin. Ich habe versucht, mich zu überzeugen, daß mir meine Religion Freude macht, aber in Wirklichkeit arbeite ich auch hier. Jetzt höre ich meinen Vater vor sich hin murmeln, wenn er von der Arbeit kam: „Huh! Ich bin müde. Manchmal denke ich, ich werde diese Last niemals abschüteln. Ich bin in einer Tretmühle wie jeder andere auch. Wie sehr man sich auch anstrengt, es kommt doch nichts dabei heraus.“ Er suchte niemals direkt den Trost, den Mutter ihm hätte geben können. Heute glaube ich, daß sie ihn sowieso nur nervös gemacht hätte. Sogar in seiner Ehe hatte er niemals Freude.“

Für viele ist der „Skript-Schlüssel“ ein aufregender und hilfreicher Zugang zur Skriptanalyse gewesen. Eine Menge Klienten haben „das Skript-Theater beendet und einen neuen Lebensweg gefunden“ (Berne 1972).

Harold Wahking, DMin, ist Direktor des Network of Christian Counseling Centers, Inc., St. Petersburg, Florida, und hat zur Zeit einen Vertrag zur klinischen Mitgliedschaft der ITAA.

Entscheidungs-Skala

Stanley J. Woollams

Zusammenfassung:

Es wird eine Entscheidungs-Skala von 0 bis 10 vorgeschlagen als neues Werkzeug, um Skriptmaterial zu verstehen und einzuordnen. Sie beschreibt die Wichtigkeit von Entscheidungen, die Lieblingsantreiber und die Stärken des Klienten auf einer einzigen Skala. Außerdem ist sie eine elegante Art, um Veränderungen während der Therapie zu verfolgen.

Die Skript-Matrix (Steiner 1966) ist die primäre visuelle Hilfe eines Transaktionsanalytikers zur Organisation von Skriptmaterial. Unglücklicherweise betont sie das Negative, indem sie nur Skriptbotschaften aufzeigt und keine Erlaubnisse. Ein anderer Nachteil ist, daß sie die Wichtigkeit der Entscheidungen nicht widerspiegelt und keinen Hinweis auf die Stärken des Klienten gibt. Die Entscheidungs-Skala bietet solche Information auf einfache Weise.

Menschen treffen Skriptentscheidungen als Antwort auf verschiedene Reize, einige stark, andere weniger stark; einige positiv (Erlaubnisse), andere negativ (Einschärfungen oder Antreiber). Meine Skala bietet eine Einteilung von 0 bis 10.0 bedeutet völlige Aufnahme der Erlaubnis und 10 völliges Annehmen der Skriptbotschaft. Also, je höher die Ziffer, desto größer ist das Problem. Der Klient nimmt die Einschätzung mit Hilfe des Therapeuten und der Gruppe vor. Wie bei den Egoagrammen hat der kleine Professor das Urteilsvermögen, welches die richtige Ziffer ist.

Jedes Erlaubnis-Einschärfung- oder Erlauben-Antreiber-Paar (z. B. o.k. nahe zu sein - komm mir nicht zu nahe), kann auf zwei verschiedene Arten gewertet werden.

1. Eine individuelle Entscheidungs-Skala zeigt die Reaktionen auf jede wichtige Elternfigur und die zugehörige Entscheidung auf jeweils einem Gebiet.
2. Eine zusammengesetzte Entscheidungs-Skala zeigt nur die kombinierten Entscheidungen.

Zum besseren Verständnis will ich einige typische Entscheidungs-Skalen eines Klienten namens Rex zusammen mit seinen Äußerungen aufzeigen.

1. Zuerst die Lebe-Existiere-nicht-Skala. Pfeile markieren die Entscheidungen und es gibt unterschiedliche Entscheidungen in Reaktion auf die verschiedenen Familienmitglieder. M = Mutter, V = Vater, S = Schwester, B = Bruder, K = kombinierte Entscheidung. Rex benutzt seine kombinierten Entscheidungen bei der Reaktion auf die meisten Menschen. Wenn jemand ihn jedoch ganz besonders an ein Familienmitglied erinnert, reagiert er leicht mit der spezifischen Entscheidung, die er in Bezug auf diese Person getroffen hat. (Siehe Abb. 1)

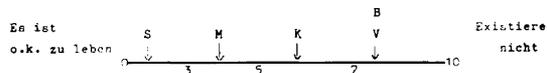


Abb.1 Existenz-Entscheidungs-Skala von Rex

Obwohl Rex eine sehr starke Einschärfung von Vater und Bruder erhielt, ist seine kombinierte Entscheidung weit weniger schwerwiegend. Seine Mutter war seine primäre Bezugsperson und so fühlte er sich sicher genug, eine Gesamtentscheidung zu treffen, die ähnlich positiv war wie die, in Bezug auf seine Mutter. Rex sagte: „Ich habe wirklich Angst vor Männern. Ich glaube oft, sie wollen mich umbringen. Ich strengte mich sehr an, es ihnen recht zu machen. (Er machte einen Selbstmordversuch, als ein männlicher Chef ihn entließ.) Manche Frauen sind nett, aber ich bin niemals sicher, ob sie mich mögen.“

2. Als nächstes die Entscheidungs-Skala für Körperempfindungen. Bruder und Schwester sind hier nicht aufgeführt, weil sie keinen wesentlichen Einfluß hatten. (Siehe Abb. 2)

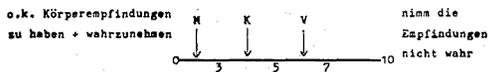


Abb. 2 Entscheidungs-Skala für Körperempfindungen bei Rex

Rex war sich der meisten seiner Körperempfindungen bewußt. Er ignorierte Schmerz – besonders gegenüber Männern (sein Vater hatte ihn oft geschlagen). „Ich kann „football“ (Rugby) spielen und völlig unempfindlich sein. Die anderen können sich nicht erklären, wie ich das mache.“

3. Die Gefühls- und Emotions-Skala unterteilt man oft am besten in mehrere Teile.
(Siehe Abb. 3)

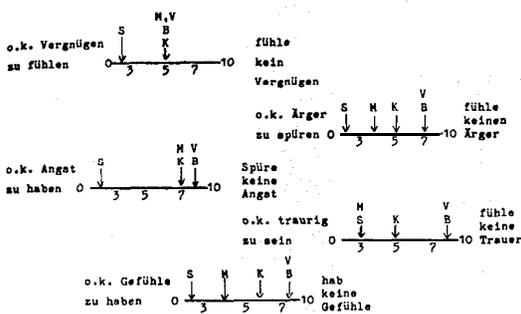


Abb. 3 Gefühls-Entscheidungs-Skala von Rex

Angst ist am stärksten gegen die Regeln. „Ich habe vor nichts Angst.“ „Mein Vater hätte mich umgebracht, wenn ich ängstlich gewesen wäre.“

4. Ein anderes Thema ist die Annahme des eigenen Alters. Man unterteilt hier am besten in zwei verschiedene Entwicklungs-Skalen.
(Siehe Abb. 4)

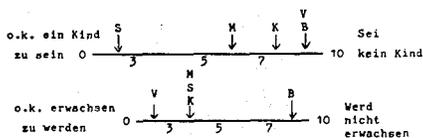


Abb. 4 Annahme des eigenen Alters, Entscheidungs-Skala von Rex

Praktisch niemand in seiner Familie mochte Rex kindlich; jeder, mit Ausnahme seines Bruders, wollte ihn erwachsen. Sein Bruder wollte keine Konkurrenz und war deshalb gegen alles,

was Rex erreichen würde. Sein Vater wollte ihn erwachsen, um keine Verantwortung für ihn übernehmen zu müssen. „Ich wuchs auf und verließ das Elternhaus so schnell ich konnte.“ Andererseits blieb er auf viele Arten damit verbunden, besonders indem er Mutter und Schwester half.

5. Hier sind die Entscheidungs-Skalen der Antreiber und zugehörigen Erlauber, dargestellt sind nur die kombinierten Entscheidungen. Genau wie bei den Einschärfungen können Erlauber-Antreiber Entscheidungs-Skalen für jede Botschaft getrennt aufgezeichnet werden. (Siehe Abb. 5)

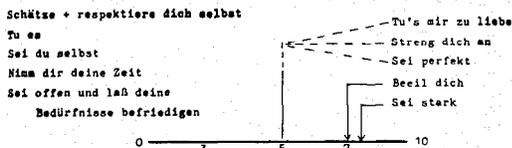


Abb. 5 Erlauber - Antreiber Entscheidungs-Skala von Rex

Rex war ein harter Bursche, der gegen die ganze Welt kämpfte, während er in einer Tretmühle steckte, die verkehrt herum lief. Wie schnell er auch ging, es war immer noch zu langsam.

Benutzung in der Therapie

Die individuellen Entscheidungs-Skalen lenken die Aufmerksamkeit auf die Elternfiguren, die von besonderer Bedeutung in der Neuentscheidungsarbeit sind. Wenn ein Klient sich nicht ändert, kann das ein Zeichen dafür sein, daß jemand Wichtiges ausgelassen wurde oder in einer kombinierten Entscheidung unterging. Im Falle von Rex konzentriert wir uns besonders auf die negativen Botschaften von Vater und Bruder und nutzten die positiven Botschaften der Schwester als unterstützende Kraft und Ausgangspunkt für Wachstum. Zum Beispiel nahm sich Rex, während der Arbeit an seinem Problem bezüglich Selbstmord, Zeit, die Zuwendung und die Überlebensbotschaften seiner älteren Schwester zu integrieren. Dann bestärkte er die Kontrolle über seine eigene Existenz und traf Neuentscheidungen zu leben, in getrennten Arbeiten mit Vater, Bruder und Mutter. Danach fühlte er sich viel wohler mit anderen Menschen und hatte keine Angst mehr zu sterben.

Um das ganze Bild zu sehen, ist eine Entscheidungs-Skala nützlich mit allen kombinierten Entscheidungen eines Klienten, wobei Erlaubnis-Einschärfung oben und Erlauben-Antreiber unten stehen. Entscheidungen unter 3 sind nahe genug an der Erlaubnisseite, um zu keinen wesentlichen Symptomen oder Problemen zu führen und werden deshalb als Erlaubnis geschrieben, während die anderen als Einschärfung oder Antreiber aufgezeichnet werden. (Siehe Abb. 6)

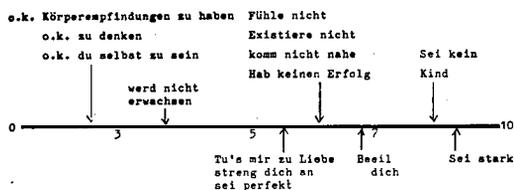


Abb. 6 kombinierte Entscheidungs-Skala von Rex

zentrieren die Verträge. Da eine 0 bis 10 Einteilung benutzt wird, kann man Veränderungen leicht ablesen.

Eine vollständige Serie von Entscheidungs-Skalen wird man am Anfang oder irgendeinem Punkt der Therapie erstellen, um den Behandlungsplan zu organisieren. Das ist auch für Forschungszwecke hilfreich. üblicherweise wird die Entscheidungs-Skala mehr selektiv genutzt, indem man die für den Klienten interessantesten Skalen oder die, die Engpässe in der Therapie klären können, auswählt. Es ist ein vielseitiges Werkzeug.

Stanley J. Woollams, MD, ist Schatzmeister der ITAA und Direktor des Huron Valley Institute in Ann Arbor, Michigan.

Rex's kombinierte Entscheidungs-Skala unterstreicht sein Problem, seine Kind-Anteile zu akzeptieren. Selbstmord ist eine ernsthafte Möglichkeit, der Weg dazu ist das Sammeln von braunen Rabattmarken durch Versagen bei Aufgaben und Beziehungen. Stark sein und sich beeilen sind seine Hauptversuche, sich zu retten. Denken ist eine Stärke und dient als Zugang zu Veränderung.

Sowohl während als auch nach der Therapie kann man die Entscheidungs-skala benutzen, um aus Neuentscheidungen resultierende Veränderungen aufzuzeigen. Man kann entweder unterschiedliche Skalen für jedes Erlaubnis-Einschärfungs- (oder Antreiber-) Kontinuum, das eine Neuentscheidung enthält, wählen oder eine kombinierte Skala benutzen. In diesem Beispiel will ich Rex's Lebe-Existiere-nicht-Skala benutzen. (Siehe Abb. 7)

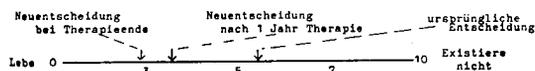


Abb. 7 Rex's Lebe - Existiere nicht Entscheidungsskala nach der Behandlung.

Am Ende der Therapie macht sich Rex keine Sorgen mehr, umgebracht zu werden, denkt kaum noch ans Sterben und hat vor sehr wenig Menschen Angst. Während der Behandlung klären Entscheidungs-Skalen bei jedem Thema die Schwere der verbleibenden Probleme und

Literaturangaben

Steiner, C. Script and counterscript. *Transactional Analysis Bulletin*, 1966, 5(18), 133.

Sofortige Wiederholung

Graham Andrewartha

Susan McPhee

Zusammenfassung:

Die Autoren beschreiben einen Weg, Spiele 1. und 2. Grades zu unterbrechen, einfach und ohne zu verletzen.

Beim ersten Zeichen des Hakens (Berne 1975) oder der Abwertung (Schiff 1975) schlägt der Therapeut, Freund oder Partner des Spielers einfach eine vollständige Wiederholung der ganzen Szene vor. Der Spieler wird dadurch ermutigt, die Szene ohne die Spieldauszahlung zu wiederholen. Diese Technik ist sehr effektiv, paßt auch in Nicht-Therapie-Situationen und läßt sich leicht vermitteln. Die sofortige Wiederholung ist besonders nützlich, da dadurch die Ehespiele, in denen die Partner gefangen sind, schnell gelöst werden können. Andere Antworten unterbrechen leicht die Intimität, da ein Partner aufhört zu spielen oder die Rolle des Therapeuten einnimmt. Dagegen ist die Wiederholung eine schonende Intervention; die die Wiederaufnahme von Intimität erleichtert.

Beispiele für die sofortige Wiederholung in der Praxis:

1. Ein „Schlag mich“-Spieler kommt zu spät in die Gruppe und fordert die anderen lautstark auf, ihn in Ruhe zu lassen. Als ihm die sofortige Wiederholung angeboten wird, verläßt er den Raum, kommt wieder und sagt: „Hallo, es tut mir leid, daß ich zu spät komme, ich bin froh, jetzt hier zu sein.“ Die Reaktion der Gruppe ändert sich entsprechend.

2. Ein „Ich Ärmster“-Spieler sagt: „Mir geht es schlecht, ich kann überhaupt nichts tun.“
Therapeut: „Halt Mary, willst Du da nochmal von vorne anfangen?“

Mary: Steht auf, ändert ihr Auftreten und sagt: „Ich bin traurig und was ich dagegen tun will, ist . . .“

Dieser Weg ist erfolgreich, wenn er später im Spielauf verwendet wird.

3. Ein Ehepaar an der Schwelle zum Tumultspiel.
Ehemann: „Halt ein, wir zetern nur noch und kommen keinen Schritt weiter. Ich gehe jetzt hinaus und wir fangen noch mal von vorne an.“

4. Ein fortgeschrittener Stand von „Ja, aber . . .“
John: „Aber ich weiß nicht, was ich tun will.“
Bill: „Ich blicke nicht mehr durch, laß uns dieses Gespräch nochmal von vorne anfangen.“

Wenn diese Technik auf Widerstand oder auf einen „Ja, aber . . .“-Spieler trifft, ist es sinnvoll, sofort eine der anderen üblichen Reaktionsmöglichkeiten auf Spiele zu wählen (siehe Dusay 1966).

Graham P. Andrewartha BA, AVA, PTM und Susan McPhee BA, MA, CMT sind Studienberater und in privater Praxis im Impact Personal Growth Centre, Adelaide, S.A.

Selbstdarstellung des Erfolges

Raymond D. Leibl

Gary Dedauw

Zusammenfassung:

Aktive erfolgreiche Menschen stellen sich selbst positiv dar. Das Gegenteil findet man bei Versagen, Passivität oder Depression. Diese Arbeit bietet eine Methode, die Selbstdarstellung des Klienten herauszufinden und mögliche Veränderungen zu umreißen.

Hintergrund

Worte beeinflussen das Verhalten und machen es normal oder anormal. Das betrifft sowohl gesprochene als auch gedachte Worte (innerer Dialog). Alexander R. Luria zeigte, daß Worte unwichtigen Hintergrund zum zentralen Thema machen können. Worte können auch Rhythmus und Regelmäßigkeit einführen, die die körperliche Koordination verbessern können. Zum Beispiel halfen die Worte „go, go, go“ Kindern, eine Blase regelmäßig zusammenzudrücken. Albert Ellis (1963) betonte ausgesprochen die Wichtigkeit der internen Verbalisierungen eines Klienten. Das gleiche gilt für Donald Meichenbaum (1972), dessen Arbeiten auf spezielle Probleme und Methoden hinweisen. Die Ellis-Meichenbaum-Methode macht einem Klienten seine schlecht angepaßten Selbstdarstellungen bewußt und versucht, durch Überredung, Ermutigung und Erziehung in Form von rationaler Analyse das Verhalten zu ändern. Jaqui Lee Schiff (1976) wendet „Neubeeltern“ an, um dieses Ziel zu erreichen. Sie schafft ebenfalls neue Situationen, wo ihre Klienten schnell lernen können, indem sie mit Hilfe der neu erworbenen Informationen Probleme lösen. Im Cathexis Reader (1975) findet sich eine diesbezügliche Diskussion über die Konfrontation von „Denk nicht“-Einschärfungen.

Methoden:

Man erhält Selbstdarstellungen, wenn man jemandem eine Aufgabe gibt und ihn bittet, jeden Gedanken laut zu denken. Ein Tonband ist hilfreich, denn die Folge ist eventuell zu schnell zum

Mitschreiben. Die Wirkung ist stärker, wenn der Klient die positive oder negative Färbung seiner Aussagen hören kann. Man hat dann eine Folge oder Gruppe solcher häufig gebrauchter Aussagen.

Aufgabenbezogenheit und Selbstzuwendung sind die wichtigen Faktoren beim Problemlösen (Tafel 1):

Muster von Selbstdarstellungen:

- A) Wird Probleme lösen
 1. Aufgabenorientierung
 2. positive Selbsteinschätzung
- B) Wird Probleme nicht lösen
 1. nicht aufgabenorientiert
 2. selbstkritisch

Beispiel einer „Nicht-Lösungs-Sequenz“, die zum Versagen führt:

1. Ich weiß nicht, wie ich das machen soll
2. Ich sollte das können
3. Wenn ich es nicht schaffe, werden die Leute denken, ich sei dumm
4. Ich kann es wirklich nicht
5. Ich gebe auf

Tafel 1

Keine dieser Aussagen bezieht sich direkt auf die Lösung des Problems. Sie sind wohl alle EI-Trübungen und nicht klare Er-Informationssuche und -Beurteilung. Sie sind zunehmend irrelevant für die Aufgabe und keine ist eine positive Selbsteinschätzung.

Das Ziel ist nun, dafür aufgabenorientierte und selbstlobende Aussagen einzuführen. Aussage Nr. 1: „Ich weiß nicht, wie ich das machen soll.“ Genau diese erste Aussage kann als Stichwort für Veränderung benutzt werden. Der Patient soll dann zu sich selbst sagen: „Hm,

laß mal sehen, was das Problem bedeutet. Ja, es bedeutet ... gut! Nun weiß ich, was das Problem ist!“

Dieses neue Stichwort bietet dem Klienten Informationen und positive Zuwendung. Die nächsten Gedanken sollten etwa folgender Linie folgen: „Nun, was habe ich für Informationen? Ich weiß x und y. Guter Anfang! Jetzt weiß ich, womit ich arbeiten kann. Wenn ich mehr wissen muß, kann ich nachschauen oder jemanden fragen. Das läßt sich gut an!“

Negativaussagen sollten ebenfalls als Stichworte benutzt werden, um aufgabenorientierte lobende Aussagen einzuführen. Dann muß das sorgfältig wiederholt werden, bis die Konfrontation beständig zu Verbesserung mit erhöhter Selbsteinschätzung führt.

Im folgenden klinischen Beispiel sieht man im Dialog Verleugnung (Vergessen) und negative Selbstkritik. Der Therapeut redefiniert das Ganze in ein lösbares Problem (Dummheit → Nervosität), ändert die negative Selbstkritik ins Positive, indem er die neue Definition mit früherem Erfolg verknüpft und lehrt den Patienten, die neue Information jedesmal, wenn der Schlüssel auftritt (die Notwendigkeit, etwas zu erinnern) zu benutzen. Außerdem fügt er eine positive Fantasie von Entspannung und Erinnerung hinzu, um die früheren negativen zu ersetzen.

Der Therapeut geht auch die Kontamination des Er vom K an durch Realitätskonfrontation (Bankkassierer können nicht dumm sein) und damit, daß Therapeuten, die sicher nicht dumm sind, ebenfalls Dinge vergessen, wenn sie nervös sind.

- Th.: Was ist das Problem?
P.: Das Problem ist, daß ich glaube, dumm zu sein.
Th.: Warum glaubst du das?
P.: Ich vergesse Dinge und kann mich dann nicht erinnern, wie sehr ich mich auch anstrengte.
Th.: Du Erinnerst Dich, ich habe Dein Gedächtnis getestet und es ist gut. Wann vergißt Du etwas?
P.: Wenn ich nervös werde, vergesse ich. Ich weiß einfach, ich bin dumm.
Th.: Du bist Bankkassierer, nicht wahr?
P.: Ja
Th.: Die bei der Bank müssen blöd sein, wenn sie nicht wissen, daß Du dumm bist.
P.: Sie haben mich gut beurteilt.

- Th.: Die müssen keine Urteilsfähigkeit haben. Dein Chef muß ein Idiot sein.
P.: Nein, er ist nicht dumm.
Th.: So, wie kannst Du glauben, daß Du dumm bist?
P.: Na ja, ich bin nicht wirklich dumm, aber ich komme mir dumm vor, weil ich Dinge vergesse.
Th.: Ich vergesse auch manches, wenn ich nervös werde, also bin ich auch dumm, oder?
P.: (Haha) Nein, Du bist nicht dumm.
Th.: Du hörst besser, denkst besser und Erinnerst Dich besser, wenn Du nicht nervös bist. Könnte „nervös sein“ das eigentliche Problem bedeuten?
P.: Ja. Ich bin oft nervös. Ich spüre eine Menge Spannung.
Th.: Wie wär's, wenn wir das Problem lösen würden?
P.: O.k.
Th.: O.k., laß uns planen, wie. Das ist etwas, was Du gut kannst, wie ich aus dem bisherigen Therapieverlauf weiß. In der Zwischenzeit denk daran, daß, wenn Du etwas erinnern muß, es viel besser geht, wenn Du aufhörst, nervös zu sein und Dich entspannst.

Zusammenfassend war die Schlüsselsubstitution:

dumm → Spannung
Erinnern durch Anstrengen → Erinnern durch Entspannung
Erinnern an Versagen --> Vorhersage von zukünftigem Erfolg.

Depressive Menschen träumen und fantasieren immer wieder Situationtn, wo sie frustriert, erniedrigt, abgewiesen, ausgehungert oder bestraft werden (Beck und Kovacs 1977). Diese Autoren wenden „Cognitive Therapie“ an, wobei der Prozeß wie folgt verläuft:

- führen eines Tagebuches mit den Zeiten besonderer Traurigkeit oder Verzweiflung,
- identifizieren von anklagender Selbstkritik und
- nutzen von therapeutischer Hilfe bei der Überwindung davon bis der Betreffende es allein tun kann (z. B.: „Wenn ich so dumm bin, wie kann ich dann seit Jahren als Bankkassierer gearbeitet haben.“).

Um die besondere Erinnerung von Mißerfolgen und Unerfreulichkeiten zu bekämpfen, wird ein „Meisterschafts- und Vergnügungsbuch“ eingeführt, wo der Betreffende jede Minute von Stärke

oder Freude einträgt. Die Anweisung lautet S für Spaß, K für klug und Z für zielgerichtetes Verhalten zu schreiben (kleine Buchstaben für „ein bißchen“) und diese neben eine Beschreibung von Tätigkeiten des Tages zu setzen. Eine andere Form zeigt Tabelle 1.

Bei schwer gestörten Patienten fanden wir es nötig, die Aufgabe zu konkretisieren, um die Unbeweglichkeit dieser Menschen zu überwinden. Für psychotisch Depressive ist das z. B. eine Check-Liste täglicher Aktivitäten (z. B. aufgestanden, Zähne geputzt, mit dem Hund spazierengegangen usw.).

Für andere, z. B. depressive Schizophrene, scheinen Projekte nötig, die man zusammen betrachten und diskutieren kann und die die Untersuchung von diesbezüglich relevanten Selbsteinschätzungen erlauben. Der Bau eines Flugzeugmodells war z. B. nützlich für einen Patienten. Nach fünf Sitzungen auf diese Art entwickelte sich sein Denken von 90% wirt zu 90% zielgerichtet. Insgesamt hat die Kombination dieser Methoden oft eine effektive Behandlung von Versagen, Passivität und Depressionen dargestellt.

Raymond D. Leibl, MD und Gary Dedauw leben und arbeiten in Toronto, Canada.

Tabelle 1

Meisterschafts- u. Vergnügungsbuch
(Typ Beziehungsverbesserung)

	Häufigkeit am						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
A: Es war jemandem wichtig, daß ich da war	3	2	4				
B: Jemand freute sich, daß ich da war	2	4	4				
C: Ich gab 5 Einladungen täglich (verbal oder nonverbal), jemandem nahe zu sein	5	3	6				
D: Ich nahm heute 2 Einladungen an	2	1	3				
E: Bemerkte heute 6 Anzeichen, daß mich jemand mag	6	1	6				
F: So oft hielt ich es für möglich, daß jemand einen sexy Gedanken über mich hatte	3	1	4				

Literaturangaben

Beck, A., & Kovacs, M. A new fast therapy for depression. *Psychology Today*, Januar 1977.

Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle-Stuard, 1963.

Luria, A. R. *The role of speech in theregulation of normal and abnormal behaviour*. London: Pergamon Press, 1961.

Meichenbaum, D. *Clinical implications of modifying what clients say to themselves*. Research Report, Nr. 42, Dezember 1972, University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada.

Schiff, J. L., et al. *Cathexis Reader*. New York: Harper & Row, 1975.

Schiff, J. L. Personal Communication, Oktober 1976.

BANI

Ein neuer Weg zur Beziehungsanalyse

Oswald Summerton

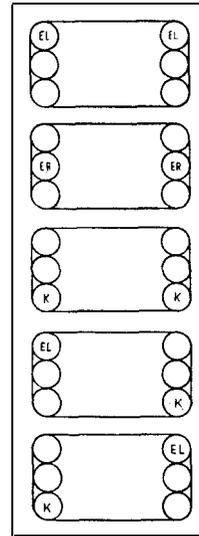
Zusammenfassung:

BANI ist ein Instrument zur Analyse von Beziehungen. Fünf Beziehungen oder Transaktionsmuster werden betrachtet. Eltern-Ich-Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich-Erwachsenen-Ich, Kind-Ich-Kind-Ich, Eltern-Ich-Kind-Ich und Kind-Ich-Eltern-Ich. Die Stroke-Kombinationen werden beschrieben und liefern einen neuen Weg zur Strokeanalyse, wobei positive und negative, non-konditionale und konditionale Strokes verbunden werden, um die Art, wie Strokes in der Praxis gegeben werden, darzustellen.

Beziehungsanalyse wird von Berne auf zwei Arten erwähnt: die analytische, die die Analyse von Transaktionsmustern beschreibt (Berne 1962) und die deskriptive (Berne 1970). Bei der zweiten Art nimmt Berne etliche Worte, die üblicherweise zur Beschreibung von Beziehungen benutzt werden, und untersucht sie mit Hilfe der Transaktionsanalyse. Bei der ersten Art benutzte Berne die Komplementarität von Transaktionen, um Beziehungen zu analysieren. Er schlug eine qualitative und quantitative Analyse vor. Dieser Artikel beschreibt BANI, einen neuen Weg zur Beziehungsanalyse. Es basiert auf Bernes Schriften über qualitative Unterschiede in Beziehungen und nutzt eine neue Sichtweise der Strokeanalyse.

Was ist BANI?

BANI ist eine Abkürzung für Beziehungs-Analysen-Instrument. BANI besteht aus fünf Diagrammen (Abb. 1), von denen jedes eine Beziehung oder ein Transaktionsmuster zeigt. Wenn jemand eine Beziehung mit jemand anderem analysieren will, betrachtet er oder sie die Transaktionsmuster: Eltern-Eltern, Erwachsener-Erwachsener, Kind-Kind, Eltern-Kind und Kind-Eltern. Diese fünf wurden statt der neun möglichen Transaktionsmuster gewählt, weil der Autor diese für die praktisch wichtigen hält. Jedes dieser Transaktionsmuster wird an Hand der Art von Strokes oder Strokekombinationen, die gewöhnlich darin gegeben werden, identifiziert.



(Abb. 1)

Was sind Strokekombinationen?

BANI benutzt Strokekombinationen und, da diese in der TA-Literatur noch nicht vorkommen, ist ein Wort darüber angebracht. üblicherweise sind die vier Hauptarten von Strokes: positiv, negativ, nonkonditional und konditional. Kurz gesagt sind nonkonditionale Strokes solche, die für „Sein“ gegeben werden, während konditionale sich auf „Tun“ beziehen (Goulding 1972). Vom Konzept her ist es schwierig zu beweisen, daß irgendein Stroke nur nonkonditional oder nur konditional ist. Ich habe in der Praxis bisher keinen einzigen gefunden. Der Schluß liegt nahe, daß Strokes auf einem Kontinuum liegen mit nonkonditional an einem Ende und konditional am anderen. Positive Strokes kann man als erfreulich und konstruktiv für den Einzelnen sehen, während negative dann unerfreulich und in irgendeiner Weise destruktiv sind. Diese vier Arten von Strokes kann man zu den folgenden Strokekombinationen zusammenfassen (Summerton 1979).

- +N+C: positiv nonconditional positiv conditional;
- +N-C: positiv nonconditional negativ conditional;
- N+C: negativ nonconditional positiv conditional;
- N-C: negativ nonconditional negativ conditional.

Umgangssprachlich klingt das so:
 +N+C = ich mag dich und ich mag, was du tust;
 +N-C = ich mag dich, aber ich mag nicht, was du tust;
 -N+C = ich mag dich nicht, aber ich mag die Art, wie du etwas tust;
 -N-C = ich mag weder dich noch was du tust.

Qualitative Unterteilung von Beziehungen

Berne schreibt: „Qualitativ gibt es mindestens vier Möglichkeiten in einer Beziehung: manche kommen gut miteinander zurecht; manche kämpfen und streiten gern miteinander; manche können sich nicht ausstehen und manche haben sich einfach nichts zu sagen.“ (Berne 1962). Er benennt diese: Sympathie, Antagonismus, Antipathie und Indifferenz. Im folgenden benutze ich diese Begriffe mit dieser spezifischen Bedeutung. Diese Beschreibungen passen wunderbar zu den Strokekombinationen. Zum Beispiel beschreibt +N+C die Beziehung zwischen Freunden, die ihr Zusammensein in allen Ich-Zuständen genießen. +N-C beschreibt die Freunde, die immer wenn sie zusammen sind, streiten, hänseln und kämpfen und immer, wenn sie getrennt sind, sehnsüchtig auf das Wiedersehen warten; es kann auch die Beziehung zwischen Freunden in einer Zeit der Meinungsverschiedenheit beschreiben. -N+C beschreibt eine Menge höflicher gesellschaftlicher Situationen, Arbeitssituationen, Schulsituationen, wo die Tätigkeiten beachtet werden, aber kein Wunsch nach tieferen persönlichen Beziehungen besteht. -N-C schließlich stellt eine Beziehung dar, wo einer den anderen zerstört, entweder durch Taten oder durch Nichtstun, wo einer den anderen entweder völlig ignoriert oder sich weigert, positive Beachtung zu zeigen. Abb. 2 faßt die Beziehungsqualitäten zusammen und verbindet sie mit Symbolen und Strokekombinationen.

Abb. 2

Beziehungstyp	Symbol	Strokekombination
Sympathie		+ N + C
Antagonismus		+ N - C
Antipathie		- N + C
Indifferenz		- N - C

Quantitative Beziehungsanalyse

Um die Intensität einer Beziehung anzugeben, schlägt Berne vor, die Dicke des Vectors zu variieren oder ihn mit Doppellinien zu zeichnen. Eine andere Möglichkeit ist, den Klienten Gewichtun-

gen verteilen zu lassen zwischen fünf für am wichtigsten und eins für am wenigsten wichtig. So zeigt der Klient die Wichtigkeit oder Intensität, die eine Beziehung für ihn hat, an.

BANI und Veränderung

Santosh, ein Rechtsanwalt, verheiratet mit Leela, empfand ihre Beziehung als gestört und wollte etwas dagegen tun. Frage: „Wenn ihr euch von Eltern-Ich zu Eltern-Ich unterhaltet, wenn ihr zum Beispiel über Kindererziehung, Politik, ethische Werte o. ä. diskutiert, was für eine Art von Beziehung habt ihr dann?“ Er antwortet: „Sie hört zu und stimmt mir zu.“ „Was für eine Art von Strokekombination benutzt ihr?“ Nach längerem Nachdenken antwortete er: „Ich sehe jetzt, daß es Indifferenz ist; und ich weiß, was ich tun werde.“ „Was wirst du tun?“ „Ich werde ihr sagen, was ich entdeckt habe und ich werde sie nach ihren Meinungen fragen und ihr zuhören und ihren Standpunkt respektieren.“ Santosh setzte dann die Analyse freiwillig fort. Er fand heraus, daß die Erwachsenen-Ich-Zustand zu Erwachsenen-Ich-Zustand-Beziehung ebenfalls Indifferenz war. Die Beziehungen Kind-Ich-Kind-Ich, Eltern-Ich-Kind-Ich und Kind-Ich-Eltern-Ich waren alle Sympathie. Santosh hielt sich an seine Entscheidung, die Eltern-Eltern Interaktionsmuster zu ändern, da er sich um seine Kinder Sorgen machte.

Alma ist Lehrerin und mit einem Lehrer verheiratet. Ihre Beziehungsanalyse ergab folgendes: Antipathie für Erwachsenen-Ich-Erwachsenen-Ich, Eltern-Ich-Eltern-Ich und Kind-Ich-Kind-Ich; Indifferenz für Eltern-Ich-Kind-Ich und Kind-Ich-Eltern-Ich. Auf die Frage, wo sie mit Veränderung beginnen wolle, antwortete sie, daß sie alle zu Sympathie ändern wolle. Sie wurde gebeten, Prioritäten zu setzen, um ihr bei der Entscheidung, wo zu beginnen, zu helfen. Sie entschied sich für die Eltern-Ich-Kind-Ich-Beziehung als der für sie wichtigsten und sie entschied, ihr Strokeverhalten gegenüber ihrem Mann zu ändern, um die Eltern-Ich-Kind-Ich-Beziehung von Indifferenz zu Sympathie zu ändern. Sechs Monate später beschrieb sie die Beziehung als befriedigend. John wollte die Beziehung zu Ted, seinem Mitarbeiter und Freund, analysieren. Er begann die Arbeit mit der Bemerkung, daß er auf der sozialen Ebene mit Ted zwar gut zurechtkäme, sich aber dennoch mit ihrer Art zusammenzuarbeiten unwohl fühlte. Seine Analyse zeigte, daß jede der Beziehungen Sympathie war; er war unzufrieden mit der ganzen Beziehung und er grinste, als er

das sagte. Wir luden ihn ein, die Analyse von einem anderen Blickwinkel aus zu machen, nämlich Grundpositionen. Das folgende kam dabei heraus: Für Erwachsenen-Ich-Erwachsenen-Ich und Kind-Ich-Kind-Ich beschrieb er seine Haltung als „ich bin Ordnung und du bist in Ordnung für mich“; für Eltern-Ich-Kind-Ich und Eltern-Ich-Eltern-Ich entschied er „ich bin o.k. und du bist nicht o.k.“; und für Kind-Ich-Eltern-Ich fand er „ich mag mich nicht-aber du magst mich“. John beschloß, die Eltern-Ich-Eltern-Ich-Beziehung zu ändern und sein Lächeln war anders, als er sagte, er würde seine eigene Haltung und sein eigenes Verhalten ändern.

Einige Beobachtungen:

1. Beziehungsanalyse wird vom Standpunkt einer Person gemacht. Bei ihrer Analyse betrachtete Alma sowohl ihr Verhalten gegenüber ihrem Mann als auch ihr Verständnis, wie er sich ihr gegenüber verhielt. Sie fand heraus und begriff, daß sie die Macht hatte, ihre Seite der Beziehung zu ändern und nicht auf Veränderung bei ihm warten mußte.
2. Die Analyse bezieht sich auf Transaktionsmuster. Damit ist gemeint, daß wir bei der Beziehungsanalyse eine Art Überblick über Interaktionsmuster im Hier und Jetzt und in der Vergangenheit gewinnen. So geht die Beziehungsanalyse einen Schritt weiter als die Analyse von Transaktionseinheiten (eigentliche Transaktionsanalyse) oder die Analyse von Transaktionsfolgen -block (Zeitstrukturierung und besonders Spielanalyse).
3. Beziehungsanalyse hat sich als nützlich erwiesen für Verhaltensänderung und besonders für die Veränderung von Strokombinationen. Sie ist ebenfalls nützlich bei der Veränderung von geistigen Grundhaltungen gegenüber sich selbst und anderen. John berichtete, daß er bei Beginn der Analyse zynisch war: als er die Grundeinstellungen benutzte, beeindruckte ihn die Möglichkeit, seine Haltung gegenüber Ted mit Hilfe der Strokombinationen zu ändern.
4. Der Vorteil des Gewichteerteilens für jede Beziehungsart von fünf (am wichtigsten) bis eins (am wenigsten wichtig) ist, daß die Klienten sich auf ein Ziel orientieren, anstatt ihre Energien auf mehrere Ziele gleichzeitig zu verzetteln.

5. Wenn Partner zusammen da sind, erwies es sich als vorteilhaft, wenn jeder die Analyse erst auf seine Weise macht und dann so, wie er glaubt, daß es der Partner sieht. Dann vergleichen sie ihre Analysen und beraten Verhaltensänderung.
6. Manchmal ist es notwendig, die funktionelle Ich-Zustandsanalyse 2. Grades einzuführen, um den Problembereich definieren zu können. Dann geht die Analyse weiter, wenn der Betreffende sein Verhalten vom nährenden EI, kritischen EI, angepaßten K und freien K betrachtet (Karpman 1971).
7. BANI ist ebenso nützlich bei der Analyse der eigenen Beziehung zur eigenen Gruppe oder Organisation und auch der Beziehungen zwischen Gruppen und Organisationen.
8. Allgemein erwies sich BANI als effektiv auf der Ebene der funktionellen Ich-Zustände. Auf der Ebene der Strukturanalyse ist noch weitere Forschung notwendig.

Oswald Summerton, CPTM, lebt in Dehli, Indien. Er ist Vize-Präsident der indischen TA-Gesellschaft und leitet Trainingsprogramme meistens in Indien und Fern-Ost.

Literaturangaben:

Berne, E. *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press, Inc. 1961.

Berne, E. *Sex and human loving*. New York: Simon and Schuster, 1970.

Goulding, R.L. *New directions in transactional analysis*. In *Progress In Group and Family Therapy*. Eds. Sagar, C. J & Kaplan, W. S. New York: Brunner/Mazel, 1972.

Steine, rC. *Scripts People live*. New York: Grove Press, Inc., 1974.

Summerton, O. *An operations research approach to transactional analysis*. Cleveland: Itvi Publications, 1976.

Summerton, O. *Transactional analysis -An introduction to basic concepts*. New Dehlo: Manohar, 1979.

Fast immer: frag nie warum

Donna M. Wack

Obwohl eine Warum-Frage eine Erwachsenen-Bitte um Information sein kann, wird sie meiner Meinung nach, wenn sie vom Therapeuten kommt, von Klienten oft als elterliche Forderung empfunden, löst eine Antwort vom angepaßten Kind-Ich-Zustand aus und liefert damit wenig nützliche Information.

Einige Möglichkeiten, die ich an Stelle von Warum benutze, sind:

„Wie empfindest du dich in dieser
Was hast du gedacht/gefühl als du das tatest?
„Wie oft kommst du in solche Situationen?“
„Wenn du das tust, was ist am Ende dein Gefühl?“
oder „Wie kommt' s“ , wenn ich Ursachen herausfinden will.

Beispiel:

Wie kommt 's, daß du dich entschlossen hast, deinen Job aufzugeben?“, läßt nicht zu einer defensiven Antwort ein, sondern fragt nach den Gründen, weshalb die Entscheidung getroffen wurde.

Wenn der Klient dem Therapeuten eine Warum-Frage stellt, ist das nach meiner Erfahrung wahrscheinlich vom Kind-Ich des Klienten an das Eltern-Ich des Therapeuten gerichtet und bedeutet gewöhnlich: „Ich werde nicht viel tun.“
Wenn der Therapeut einsteigt, läuft das Spiel.

Beispiel:

„Wenn ich nur wüßte, warum ich mich so fühle“, läßt zu Spielen ein wie „Ich versuche ja nur, dir zu helfen“, „Ja, aber . . .“, „Archäologie“ und „Psychiatrie, TA-Typ“. Ein Weg, wie ich mit Warum-Fragen von Klienten umgehe, ist, ihn zu bitten: „Wechsle den Stuhl, sei dein eigener Therapeut und beantworte diese Frage.“ Wenn die Frage eine Spieleinleitung ist, wird das schnell deutlich; wenn nicht, hat der Klient die Chance, mit seiner eigenen Fähigkeit Probleme zu lösen, in Kontakt zu kommen.

Für mein therapeutisches Denksystem ist Warum wichtig, um zu wissen, was los ist. Nach außen bekomme ich mit Fragen wie: Was, Wie, Wann, Wer oder Wie kommt's alle notwendigen Informationen und verhindere mögliche Spiele. Ich frage manchmal Warum, wenn ich mir einer Antwort vom Erwachsenen-Ich ausreichend sicher bin oder wenn ich zu „Testzwecken“ bewußt vom Eltern-Ich komme.

Zusammenfassung:

Die Autorin warnt vor dem Gebrauch von Warum-Fragen und schlägt Was, Wie, Wann und Wie kommt's als Alternativen vor.

Donna M. Wack ist klinisches Mitglied der ITAA und arbeitet an dem Orange Country Institute for TA in Santa Ana, California.