

Betreuung statt Heilung: Transaktionsanalytische Behandlung asthmatischer Erwachsener

Willem Lammers

Heutzutage betrachten wir Asthma klinisch als ein komplexes Phänomen, das nach einem umfassenden Behandlungsmodell verlangt. Diese Auffassung steht jedoch im Gegensatz zu früheren Ansichten der Psychosomatik und Psychotherapie, insbesondere den von der psychoanalytischen Schule vertretenen. Zu Zeiten der ersten Entwicklungen von *Alexander* psychosomatischer Spezifitätstheorie (1950) wurde Bronchialasthma zusammen mit anderen sogenannten psychosomatischen Krankheiten unter der Bezeichnung kategorisiert, daß sie einseitig psychogenen Ursprungs seien. Diese Vorstellungen waren weithin akzeptiert, obwohl die Theorie zumeist nur auf einzelnen Fallstudien basierte und den Anforderungen systematischer Forschung nicht gerecht werden konnte.

In der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts konnten Verknüpfungen zwischen spezifischen Emotionen und spezifischen Krankheitssymptomen experimentell nicht bestätigt werden. Dennoch hat sich seit Selyes Arbeit über Streß (1956) ein Bestand an Wissen entwickelt, das aufzeigt, daß bestimmte Muster der Streßbewältigung zu Krankheiten führen können. In den 70er Jahren wurde dann die Theorie der psychischen Aufrechterhaltung (psychomaintenance theory) entwickelt. Anstatt die Ätiologie einer Krankheit in den Vordergrund zu stellen, konzentriert sich diese Theorie eher auf die psychologischen Faktoren, die sowohl den wahrgenommenen Schweregrad als auch den medizinischen Behandlungswiderstand einer Krankheit aufrechterhalten und erhöhen, wenn sie erst einmal entstanden ist (*Kinsman Dirks & Jones* 1982). Seitdem haben sich eine Reihe von Programmen zur Rehabilitation von Lungenerkrankungen an diesen Überlegungen orientiert und dabei beachtliche Erfolge erzielt (*Agle, Baum, Chester & Wendt* 1973; *Hodgkin* 1988). Dennoch gilt bislang, wie Woolcock kürzlich in bezug auf die Behandlung von Asthma schrieb: Es gibt kein bekanntes Heilmittel oder -verfahren. Trotz alledem können wir uns darauf konzentrieren, was heute getan werden kann, insbesondere auf die Rolle, die Psychotherapeuten bei der Behandlung von Asthma spielen.

Asthma

Asthma ist bereits seit der Antike bekannt. Das griechische Wort *ασθμα* bedeutet keuchen, japsen, schnaufen. Vor kurzem definierte die *American Thoracic Society* (1986) Asthma folgendermaßen:

„Ein klinisches Syndrom, das durch die erhöhte Erregbarkeit des Luftröhren- und Bronchialweges durch verschiedene Stimuli gekennzeichnet ist. Die wichtigsten Asthmasymptome sind Anfälle von Atemnot, Husten und Keuchen, die von leichten und nahezu unbemerkbaren bis zu schweren und ununterbrochenen (Status asthmaticus) Manifestationen variieren können.“ (S. 228)

Die Krankheit ist chronisch, obwohl die Symptome nicht ständig auftreten. Nicht jedes Keuchen, jeder Hustenkrampf oder vorübergehende Luftröhreneinengung bedeutet Asthma. Eine Differentialdiagnose muß Bronchitis, ein blockierendes Lungenemphysem oder Herzversagen durch Blutstau ausschließen (Krupp & Chatton 1976). Asthma ist vorherrschend eine Erkrankung der Luftwege, obwohl auch geringe Dysfunktionen des autonomen Nervensystems beobachtet werden können. Die Auftretenshäufigkeit von Asthma scheint von Land zu Land zu variieren (Knapp & Wells 1978; Woolcock 1988), und mehrere Gruppen von Faktoren üben einen Einfluß auf die klinische Manifestation der Krankheit aus.

1) Vererbung: In annähernd 50 % der Fälle von Kindern mit Asthma findet sich eine elterliche oder familiäre Asthmageschichte; mehr Jungen als Mädchen leiden an Asthma; ebenso scheint ein Rassenunterschied dort zu bestehen, wo eine gleiche Umgebung gegeben ist.

2) Umweltallergene: Die Mehrzahl der Asthmatiker ist atopisch, und es gibt deutliche Hinweise, daß Asthma im Kontakt mit großen Zahlen von Hausstaubmilben häufiger vorkommt. Pollenasthma findet sich eher in Populationen, die im Frühjahr verstärktem Pollenflug ausgesetzt sind, als in den Tropen, wo der Pollenflug über das Jahr hinweg gleichbleibend ist (Woolcock 1988). Dieser allergische Faktor ist der Grund für die Ansiedlung von Lungensanatorien in Hochgebirgen - in den Vereinigten Staaten in Denver, Colorado, und in Europa in den Französischen und Schweizer Alpen - wo das Vorkommen von Pollenallergenen sehr gering ist. Luftverschmutzung und der Kontakt mit Stoffen, die Reizungen und Infektionen bewirken können, führen potentiell ebenfalls zu einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von Asthmasymptomen (Hargreave, Ramsdale Kirby & O Byrne 1986).

3) Wahrnehmungen, Verhalten, Kognitionen und Emotionen: Diese Faktoren beeinflussen die Krankheitsbewältigung des Patienten.

ten. Die subjektive Erfahrung von Asthma durch die Patienten variiert von Panik und Angst zu Reizbarkeit, Erschöpfung, Hyper-Ventilation und Atemnot; Panik und Angst stellen dabei die wichtigsten Reaktionsgruppen dar (*Kinsman, Dirks, Dahlem & Heller 1980; Kinsman, Luparello, O'Banion & Spector 1973*). In bezug auf das Krankheitsverhalten zeichnen sich zwei potentiell gefährliche Muster ab:

- Patienten, die die Rolle der Krankheit in ihrem Leben überbewerten, tendieren dazu, ihre normalen Alltagsaktivitäten zu reduzieren und eine untergeordnete Position in Beziehungen zu Pflegepersonen zuhause oder im Krankenhaus einzunehmen. Sie sind äußerst besorgt wegen ihrer Symptome und bitten häufig um Hilfe.
- Patienten, die die Rolle der Krankheit in ihrem Leben unterbewerten, tendieren dazu, ihre normalen Alltagsaktivitäten bis zu einem Punkt fortzuführen, der an Unverantwortlichkeit grenzt. Sie ignorieren ernste asthmatische Symptome und verhindern dadurch angemessene Behandlung. Diese Gruppe von Patienten erreicht extrem niedrige Werte auf Angstskalen; die meisten tödlichen Asthmafälle kommen bei diesen Patienten vor (*Dirks 1978; Jones, Kinsman, Dirk & Dahlem 1979; Kinsman, Dirks & Jones 1982*).

4) Faktoren der sozialen Umgebung: Diese Faktoren können die Belastung des Patienten erhöhen oder ein angemessenes Bewältigungsverhalten behindern. Zum Beispiel kann ineffektive Kommunikation die Problemlösefähigkeit reduzieren (*Liebman, Minuchin & Baker 1974*). Neuere Arbeiten auf diesem Gebiet haben sich auf die gesundheitsrelevanten Funktionen sozialer Unterstützung konzentriert (*Cohen 1988; Schaefer, Coyn & Lazarus 1981*). *O'Brien* und *Wagner* (1980) fanden dabei allerdings, daß familiäre Hilfe häufig zu einer verzögerten Inanspruchnahme notwendiger professioneller Dienste führte. Arztbesuche sind ebenfalls abhängig von Beziehungen des sozialen Netzwerkes: Alleingelassene Menschen scheinen sich häufiger an einen Arzt zu wenden (*Coe, Wolinsky Miller & Prendergast 1985*).

Zusammenfassend kann die Gesamtheit der Faktoren, die die klinische Manifestation von Asthma beeinflussen, nach zwei Dimensionen geordnet werden: (1) der physiologischen oder psychologischen Variabilität und (2) nach Einflüssen innerhalb oder außerhalb des Patienten (Abb. 1).

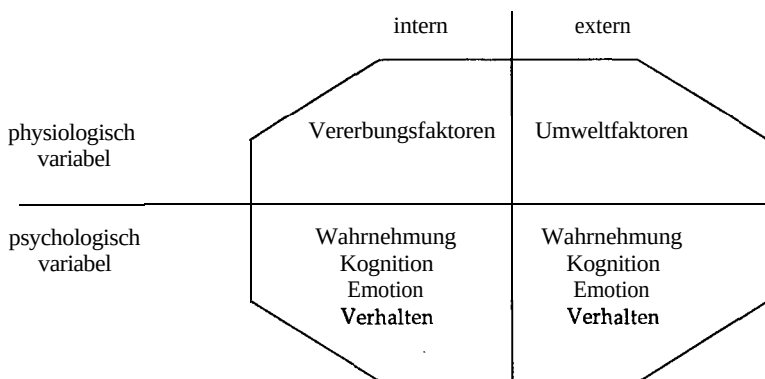


Abb .1: Faktoren, die die klinische Manifestation von Asthma beeinflussen

Behandlung

Asthma wird durch verschiedene Faktoren ausgelöst und aufrechterhalten. Die Behandlung sollte alle relevanten Aspekte der Krankheit integrieren, die nach somatischen, psychologischen, sozialen und Umweltgesichtspunkten der Diagnose geordnet werden sollten. Die Transaktionsanalyse kann zu solch einem integrativen Ansatz sowohl Theorie als auch Methoden beitragen.

Die meisten asthmatischen Patienten werden medizinisch behandelt. Die gegenwärtige pharmakologische Behandlung konzentriert sich auf die Verringerung körperlicher Symptome, so daß heutzutage relativ wenige Asthmatiker durch ihre Krankheit eine Behinderung erfahren, sofern sie sich an die medikamentösen Empfehlungen halten (Richerson 1976). Für die wenigen Patienten, die doch behindert werden, wurden andere Behandlungssysteme entwickelt, deren wichtigste die Lungenrehabilitation darstellt, „die ärztliche Kunst, in der ein individuell zugeschnittenes multidisziplinäres Programm erarbeitet wird, . . . das dem Patienten die höchstmögliche Funktionsfähigkeit wiedergeben soll, die ihm seine Lungenbeeinträchtigung und seine allgemeine Lebenssituation erlauben“ (*American Thoracic Society* 1981, S. 663). Ein solches Lungenrehabilitationsprogramm kann den Patienten helfen, ihre Fähigkeit, die normalen Alltagsaktivitäten auszuführen, zu steigern. Dies führt in der Folge zu einer verbesserten Lebensqualität und zu einer Reduzierung der medizinischen Kosten (Hodgkin 1988).

Transaktionsanalytiker, die mit Asthmatikern arbeiten, sollten sich eher auf deren Betreuung als auf ihre Heilung konzentrieren. Die Krankheitssymptome können reduziert werden, wenn dem Patienten geholfen wird, für die eigenen emotionalen und körper-

lichen Bedürfnisse Verantwortung zu übernehmen. Das Ziel der Psychotherapie liegt darin, dem Patienten zu helfen, seine Lebensrealität zu akzeptieren, bzw. seine Wahrnehmungen, Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen zu verändern. Die Psychotherapie sollte dabei in Zusammenarbeit mit dem Arzt des Patienten und anderen Experten eingesetzt werden, insbesondere da Transaktionsanalyse nur selten die einzige Behandlungsmethode für einen asthmatischen Patienten darstellen wird.

Bei einer transaktionsanalytischen Behandlung von Asthmatikern sind drei interagierende psychologische Ebenen zu beachten. Die erste Ebene, die besonders für die Arzt-Patient-Beziehung relevant ist, bezieht sich auf den Eltern-Ich-Zustand des Patienten. Hier sollte ein elterliches Verhalten introjiziert werden, das den Patienten dazu bringt, die Ratschläge des Arztes zu befolgen. Die zweite Ebene konzentriert sich auf die Informationsverarbeitung des Patienten im Erwachsenen-Ich-Zustand in Bezug auf die Wahrnehmung und den Umgang mit den Symptomen sowie die Anpassung des persönlichen Lebensstiles an die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen. Die dritte Ebene beschäftigt sich vor allem mit dem Kind-Ich des Asthmatikers und seinen Fähigkeiten zur Streßbewältigung. Das Behandlungsziel liegt hier in der Beseitigung archaischer Überreste, die in Streßsituationen eine erhöhte physiologische Erregung aufrechterhalten.

Behandlung auf der Ebene des Eltern-Ich-Zustandes

Jack ist ein einunddreißigjähriger Techniker, der nach einer Reihe von Erkältungen weiterhin unter keuchendem Husten leidet. In den Morgenstunden wird dieses Keuchen besonders ernst; Jack muß sogar einige Wochen zu Hause bleiben. Nach einiger Zeit läßt er sich dann vom Hausarzt untersuchen, der eine schwere Asthmaerkrankung diagnostiziert, ihm ein Inhalationsgerät verschreibt und anrät, mit dem Rauchen aufzuhören. Als Jack die Medikamente nimmt und keine Zigaretten mehr raucht, verschwinden auch tatsächlich die Symptome.

Diese Behandlungsebene läßt sich als „der Doktor wird schon wissen, was richtig ist“ charakterisieren. Hier werden vor allem physiologische Variablen betont. In der Tat basiert die gegenwärtige medizinische Asthmapharmakotherapie größtenteils auf der medikamentösen Reduzierung der Krankheitssymptome. Doch ist der Behandlungserfolg stark von der Bereitwilligkeit des Patienten abhängig, die ärztlichen Ratschläge und verschriebenen Verhaltensweisen einzuhalten. Daher ist eine konstruktive Beziehung mit dem Arzt sehr wichtig. Diese Beziehung kann eine intensive Übertragungsdynamik beinhalten, da Hausärzte und Lungenspezialisten für viele Patienten Autoritätsfiguren darstellen. Eine positive

Arzt-Patient-Beziehung bietet dem Arzt eine gute Gelegenheit, Hoffnung zu stiften und Informationen zu vermitteln, während er gleichzeitig angemessenen Schutz bieten kann. Im Falle einer positiven Übertragung introjiziert der Patient das Bild des Arztes in sein Eltern-Ich und läßt dieses Bild zum Bewertungsmaßstab für eigenes Verhalten werden (Abb. 2).

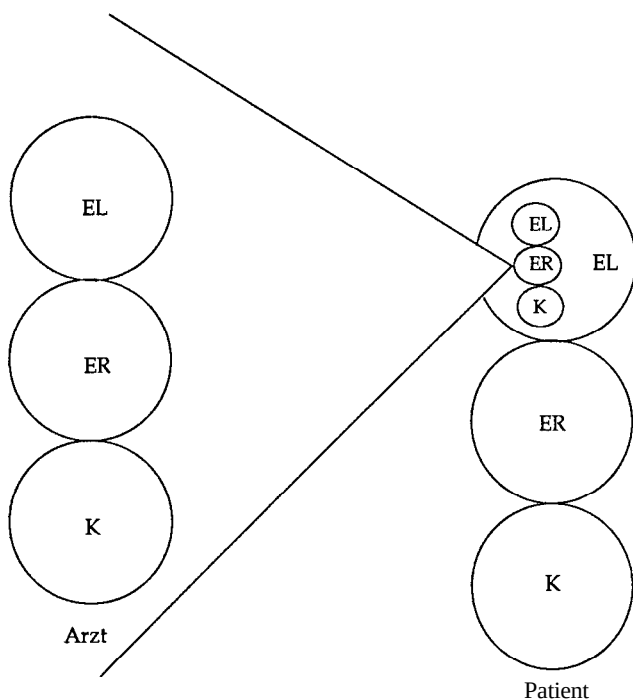


Abb. 2: Introjektion bei der Asthmabehandlung auf der Eltern-Ich-Ebene

Bei Patienten, deren Eltern nicht angemessen auf ihr krankes Kind reagiert haben, kann eine vom Arzt vorgenommene knappe und klare Darstellung dessen, was der Patient denken und tun muß, wahre Wunder bewirken. Allerdings gibt es viele Situationen, in denen ein solcher Übertragungsansatz nicht funktioniert. *Berne* (1962) hat diesen Prozeß als eine Phase der Therapie betrachtet: „Das Kind-Ich schätzt den Therapeuten als eine potentielle Eltern-Figur ein, dies ist eine labile Phase“ (S. 10). Damit die Behandlung durch den Einsatz von Übertragung effektiv sein kann, muß der Patient den Arzt als eine Autorität akzeptieren. Dies wird unwahrscheinlicher, wenn der Arzt:

- in seinem Verhalten inkongruent ist, z. B. wenn er dem Patienten anrät, mit dem Rauchen aufzuhören, gleichzeitig jedoch seine Ef-

fektivität unterminiert, indem er selber, motiviert durch sein eigenes Kind-Ich, raucht;

- die Fähigkeit des Patienten, Informationen über seine Krankheit und die Behandlung zu verstehen, unterschätzt;
- bei Gesprächen das Entstehen von Spannungen zwischen dem Patienten und dem Arzt zulässt;
- den Erwartungen des Patienten nicht gerecht wird; und
- nicht freundlich ist (*Creer 1979,1983*).

In bezug auf den Patienten kann die Übertragungsbeziehung dann für die Reduzierung von Symptomen nicht ausreichend sein, wenn:

- Teile des Kind-Ichs des Patienten das Verhalten des Arztes als Alibi benutzen, um Passivität oder Rebellion zu zeigen;
- der Patient Überlebensentscheidungen getroffen hat, die zu einem Entzug von Streicheleinheiten durch den Arzt oder einem anderen Übertragungsobjekt führen würden, wenn der Patient gesund werden würde.

Bei asthmatischen Patienten existiert eine signifikant geringe Bereitschaft, den Anweisungen ihres Arztes zu folgen. Untersuchungen haben ergeben, daß je nach Art der Medikation der Prozentsatz von Patienten, die den Anweisungen des Arztes nicht nachkommen, zwischen 54 % und 67 % variiert (*Kinsman ,Dirk-s, Dahlem & Heller 1980; Kleiger & Dirks 1979*).

Behandlung auf der Ebene des Erwachsenen-Ich-Zustandes

Cora, eine vierzigjährige Hausfrau und Mutter von drei jugendlichen Söhnen, leidet seit Jahren an Asthma. Sie hat sich einen Rhythmus angeeignet, der sie zehn Tage im Krankenhaus und sechs Wochen zu Hause verbringen läßt. Jedesmal, wenn sie aus dem Krankenhaus entlassen wird, beginnt sie sofort damit, zwölf Stunden am Tag im Haus zu arbeiten, um „die verlorene Zeit wieder aufzuholen“. Ihre Familie erwartet dies von ihr, und sie erzählt ihnen, daß es nicht so schlimm ist, „daß sie schon zurechtkommt“. Schließlich dauern ihre Krankenhausaufenthalte immer länger, während ihre Zeit zu Hause kurzer wird, bis ihr Arzt sie in ein alpines Sanatorium überweist, wo sie an einem Rehabilitationsprogramm für Lungenerkrankungen teilnehmen soll. Dort lernt sie, auf solche Signale ihres Körpers zu achten, die ihr sagen, daß sie ihre Grenzen erreicht hat, und angemessen auf diese Anzeichen zu reagieren. Ihrer Familie teilt sie mit, daß sie nicht länger in der Lage ist, deren Erwartungen zu erfüllen. Nachdem sie aus der Klinik entlassen wird, ändert sie ihr Verhalten und verhindert dadurch weitere Krankenhausaufenthalte.

Auf dieser Ebene kann die Behandlung als „Teamarbeit zwischen Arzt und Patient“ charakterisiert werden, Die Asthmatike-

rin muß ihre Krankheit aus ihrem Erwachsenen-Ich heraus bewältigen. Der Behandlungserfolg hängt von der Fähigkeit der Patientin ab, die Konsequenzen der Krankheit für ihr tägliches Leben zu akzeptieren. Sie muß angemessene Informationen darüber erhalten, was Asthma ist, welche Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind und wie der persönliche Lebensstil an die Krankheit angepaßt werden muß. Wenn diese Informationen nicht berücksichtigt werden, wird die Bedeutung der Krankheit für das Leben verneint oder überbewertet. Eine solche Entwicklung kann die Folge einer Trübung sein. Nach Berne (1961) stellt eine Trübung „einen Zustand“ dar, „in dem bestimmte archaische Vorstellungen, die eigentlich dem Kind-Ich (oder dem Eltern-Ich) angehören, aus dem Erwachsenen-Ich zu kommen scheinen und als rational und angemessen wahrgenommen werden“ (S. 144). Bei der Asthmabehandlung beziehen sich diese archaischen Vorstellungen auf den persönlichen Gesundheits- und Krankheitszustand des Patienten. Beispiele solcher archaischen Vorstellungen sind u. a.:

- Der Patient rechnet nicht damit, daß die Situation sich verschlechtem wird.
- Der Patient erwartet keine ernsthaften Probleme in bezug auf die eigene Gesundheit und die Alltagsbewältigung.
- Der Patient erwartet keinen Erfolg vom Behandlungsplan.
- Der Patient beschäftigt sich nur mit den Nebenwirkungen der Medikation.
- Dem Patienten fehlt der Mut, die eigene Krankheit offen zu zeigen.
- Dem Patienten sind die Fakten seiner Erkrankung nicht bekannt (Creer 1979,1983).

Der Erwachsenen-Ich-Zustand des Patienten kann durch Vorstellungen aus dem Eltern- oder Kind-Ich-Zustand getrübt sein. Cora lebte zum Beispiel mit strengen Botschaften aus ihrem Eltern-Ich, die sie von ihrer eigenen Mutter übernommen hatte: „Mütter werden nicht krank!“ Gedanken über die Behandlung können ebenfalls getrübt sein. Nicht alle Beispiele sind so komisch wie das eines sechzehnjährigen Jungen, der erklärt: „Diese Pillen nehme ich nicht. Sie sind rot. Das heißt, daß da Pigmente drin sind, und die sind giftig. Warum sollte ich Gift nehmen?“ Auf dieser Ebene besteht die Aufgabe des Psychotherapeuten häufig darin, den Patienten zu lehren, seine Symptome auf angemessene Art und Weise wahrzunehmen und ebenso auf sie zu reagieren. Die Anfangsphase der Therapie könnte sich besonders mit körperlichen Symptomen und ihren Behandlungsmöglichkeiten beschäftigen, unterstützt durch einen Therapievertrag über eine Verhal-

tensänderung. Die therapeutische Beziehung kann durch zu frühe Interpretationen der Verbindung von körperlichen und psychischen Funktionsweisen leicht beeinträchtigt werden; daher sollte sich der Therapeut zunächst darauf konzentrieren, was die Krankheit dem Patienten aktuell bedeutet und dabei den möglichen psychologischen Sekundärgewinn außer acht lassen. *Forman* (1977): „Die Behandlung eines psychosomatischen Patienten . . . unterscheidet sich, zumindest in der Anfangsphase, von der Psychotherapie mit Klienten, die freiwillig bei psychischen oder sozialen Problemen Hilfe suchen“. (S. 132). Eine sorgfältige Analyse der Krankheitsüberzeugungen und des Verhaltens des Patienten kann ihm und auch dem Psychotherapeuten die erste Erfahrung eines Behandlungserfolges bringen.

Nach der Behandlung müssen die Vorstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Gesundheit und Krankheit Erwachsenen-Ich-synton und Kind-Ich-dyston sein. Zum Beispiel resultierte die Kombination von Entrübungsarbeit mit einem Lungenrehabilitationsprogramm bei einem jungen Patienten in der Aussage: „Als ich hierher gekommen bin, hatte ich kein Asthma, aber jetzt, wo ich gehe, da habe ich es!“

Behandlung auf der Ebene des Kind-Ich-Zustandes

Jim, ein zwanzigjähriger Mann mit einer Krankheitsgeschichte von nahezu tödlichen Asthmaanfällen, ist bereits mehrere Male durch eine künstliche Beatmung vor dem Tode durch Ersticken gerettet worden. Während der Behandlung entdeckte er, daß jedesmal vor einem solchen ernsthaften Anfall eine bestimmte Stelle auf seiner Brust juckte. Er lernte, aufgrund dieses Hinweises um sofortige Hilfe zu bitten (zweite Behandlungsebene, s.o.). Das Jucken wurde der Ausgangspunkt für eine Altersregression, und während Jim sich in einer leichten Trance befand, entdeckte er frühere Erfahrungen desselben Gefühls. Anscheinend war das Jucken bis zum Erreichen der Pubertät ein deutliches Signal für einen bevorstehenden Anfall. Von hier ging Jim zurück zu früheren Stadien und beschrieb bestimmte Ereignisse. Er konnte sich an die sie begleitenden Gefühle jedoch nur erinnern, wenn er direkt nach ihnen gefragt wurde, und auch dann bereitete es ihm Schwierigkeiten, sie auszudrücken. Wenn der Therapeut allerdings Bezeichnungen für verschiedene Emotionen vorschlug, konnte Jim sie doch benennen und innerhalb des geschützten Therapierahmens wiedererleben. Nach der Trance fühlte er sich erleichtert und schloß, daß es wichtig für ihn sei, zu lernen, die Gefühle, die er in bestimmten Situationen hatte, genau wahrzunehmen; auf dieser Grundlage wurde ein Behandlungsvertrag geschlossen. Mit der Vertragserfüllung verschwanden Jims lebensbedrohliche Anfälle und die Behandlung konnte sich darauf konzentrieren, ihm zu helfen, mit den Einschränkungen, die seine Krankheit für seinen Alltag bedeutete, zu leben.

Auf der Kind-Ich-Ebene der Behandlung braucht der Patient den elterlichen Schutz durch den Psychotherapeuten, um seine wahren Gefühle aufzudecken. Während ihrer frühen Entwick-

lungsphasen erfahren Kinder ihre Umwelt vor allem durch Körperempfindungen, die im frühen Kind-Ich gespeichert werden. Daher wird das K₁ manchmal auch das somatische Kind-Ich genannt (Stewart & Joines 1987). Später lernt das Kind mit Hilfe der primitiven Verstandeskraft des ER₁, spezifische Emotionen wie z.B. „wütend“, „traurig“, „froh“ oder „ängstlich“ zu benennen. Wenn die Fähigkeit des ER₁, Emotionen richtig zu bezeichnen, jedoch überfordert wird und kein elterlicher Schutz geboten wird, entstehen Probleme. Während der Kindheit ignoriert oder allein gelassen zu werden, kann zu körperlichen Streßreaktionen und schließlich zu körperlichen Symptomen führen, zum Teil, weil das Kind die Fähigkeit noch nicht erworben hat, zu verstehen und in Worten auszudrücken, was in ihm vorgeht.

Jims Fall macht diesen Zusammenhang deutlich: Im Alter von fünf Jahren erinnert er sich, daß seine Mutter sehr mit seinem jüngeren Bruder beschäftigt war und sich nicht um Jims Bedürfnisse kümmerte; im Alter von drei Jahren erinnert er sich, daß seine Mutter sich so sehr um die erwachsenen Gäste seiner Geburtstagsparty bemühte, daß sie nicht bemerkte, daß Jim von der Stimulation überwältigt war; und im Alter von einem Jahr erinnert er sich, wie er in seinem Laufstälchen stand und sicher war, daß seine Eltern für immer verschwunden waren.

In solchen Fällen werden die Bedürfnisse des Kindes nicht anerkannt und eine verständnislose, grausame Welt wird in das EL₁ introjiziert. Im ER₁ werden das Bewußtsein, die Erkenntnis und der Ausdruck von Gefühlen blockiert; in der Folge erlebt das Kind eine tiefe Frustration seiner Bedürfnisse nach Zuwendung und Strukturierung und wird von der Situation überwältigt, bis das ER₁ schließlich außer Kraft gesetzt wird. Es erfolgt eine Regression zu einer primitiveren Ebene der Informationsverarbeitung, d.h. auf die Ebene der körperlichen Empfindungen im K₁. Diese Situation wird zu Abb. 3 dargestellt.

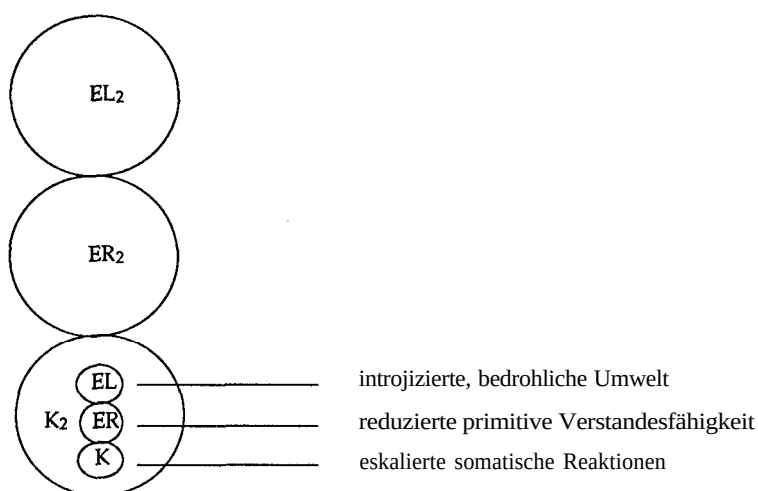


Abb. 3: Situation vor der Entwirrung bei der Behandlung auf der Kind-Ich-Ebene

Entwirrung des Kind-Ichs

Nach traumatischen Erlebnissen, wie sie in Jims Fall beschrieben wurden, entwickelt sich eine andere Beziehung zwischen Kognitionen, Emotionen und den körperlichen Reaktionen. Wenn in neuen bedrohlichen Situationen kein ausreichender elterlicher Schutz vorhanden ist, wird das K_1 – das körperliche Kind – wie in den vergangenen traumatischen Situationen reagieren; es wird eher das alte Trauma als die Realitätsprüfung durch das ER verstärkt. Dadurch bleibt der Organismus in einem permanenten Streßzustand, der mit den Jahren zum Auftritt bzw. zur Verschlechterung körperlicher Symptome führen kann. Wie in Jims Fall wird in der Regression immer eine Kette von Ereignissen offenbar, die mit einem bestimmten Symptom verbunden ist: eine Kette, wobei in aufeinanderfolgenden Situationen in K_1 die gleichen Reaktionen ausgelöst wurden und eine Differenzierung nicht stattfinden konnte, und Ereignisse, in denen die Reaktion in konkreten Situationen, in welchen das Erwachsenen-Ich im Kind-Ich kognitiv überladen und verwirrt bzw. vollkommen außer Kraft gesetzt war, verstärkt wurde.

Aus diesem Grunde muß Psychotherapie sich vor allem auf Entwirrung konzentrieren. Obwohl dieses Konzept in der TA recht häufig verwandt wird, liegt keine explizite Definition vor. Berne (1961) sprach von der „Entwirrung des frustrierten Kind-Ichs“

(S. 140) und bezog dieses Konzept auf die „psychoanalytische Heilung“:

„In strukturellen Begriffen bedeutet psychoanalytische Heilung die Entwirrung des Kind-Ichs unter therapeutischer Mithilfe des weitgehendst enttrübten Erwachsenen-Ich. Die Therapie kann als ein Kampf zwischen vier Persönlichkeitsanteilen betrachtet werden: dem Eltern-Ich, dem Erwachsenen-Ich und dem Kind-Ich des Patienten sowie dem Therapeuten, der als ein Hilfs-Erwachsenen-Ich fungiert.“ (Berne 1961, S. 162)

Bei der Arbeit mit psychosomatischen Krankheiten definieren wir Entwirrung als *die Trennung der körperlichen und emotionalen Reaktionen und die angemessene Bezeichnung beider*. Auf dieser Ebene der Psychotherapie ist es notwendig, daß konstruktive Beziehungen mit dem behandelnden Arzt oder Ärzteteam aufgebaut werden. Frühe Erfolge bei der Reduzierung bzw. Kontrolle der Symptome können diese Beziehung unterstützen.

Zu Beginn der Behandlung werden keine bestimmten Symptome hervorgehoben. Viele Patienten zeigen nur sehr ungern intensive Gefühle, insbesondere in Fällen von Kindesmißbrauch. Um eine vollständige Entwirrung zu ermöglichen, müssen die Patienten im geschützten Rahmen der Therapie zu den ursprünglichen Situationen regredieren. Im Verlauf der Entwirrung treten Bewußtsein, Erkennen und Ausdruck von konkreten und unterscheidbaren Emotionen hervor. Wenn Entwirrung auch keine chronischen Krankheiten *heilt*, so bewirkt sie immerhin: daß die permanente Anstrengung, unter der der Organismus leidet, aufgehoben wird; daß es dem Patienten möglich ist, wahrzunehmen, was körperlich und in der Umgebung im Hier-und-Jetzt passiert; daß es der Person leichter fällt, unterdrückte Emotionen zu fühlen und auszudrücken; daß freie Körperenergie dazu genutzt werden kann, das verlorene Gleichgewicht wieder herzustellen; daß es dem Patienten möglich wird, auf sich selber zu achten und für sich zu sorgen und damit die Krankheit auf ihre wahren Proportionen zu reduzieren (siehe Abb. 4).

Entwirrung erlaubt es *ER*, wieder mit emotionaler Energie besetzt zu werden und ein angemessenes System der Realitätsprüfung in bezug auf Gefühle und körperlichen Symptome zu entwickeln. Die Muster der Bedürfnisbefriedigung können sich vollständig ändern. Am Ende, nach der Erkenntnis, daß die eigenen Bedürfnisse befriedigt werden können, folgt ein Gefühl der Erleichterung.

Wenn die Entwirrung ganz vollzogen ist, können Neuentscheidungen im Hinblick auf das Zulassen und Ausdrücken von Emotionen, auf gesunde Lebensweise, auf den besseren Umgang mit sich selbst und anderen wichtigen Skriptthemen, getroffen werden.

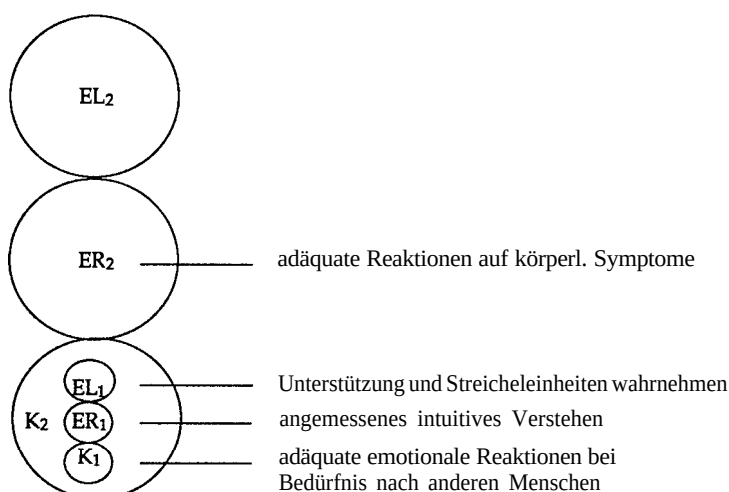


Abb. 4: Situation nach der Entwirrung durch die Behandlung auf der Ebene des Kind-Ichs

Interaktion der Behandlungsebenen

In der Psychotherapie werden die gerade beschriebenen Ebenen nicht notwendigerweise in logischer Reihenfolge durchlaufen. Zu dem Zeitpunkt, an dem ein Psychotherapeut einen somatisch erkrankten Patienten das erste Mal trifft, haben in den meisten Fällen bereits viele Interventionen stattgefunden, und für gewöhnlich ist die Behandlung auf der ersten Ebene fehlgeschlagen. Aus diesem Grunde muß die therapeutische Behandlung mit einer soliden Grundlegung auf der zweiten Ebene beginnen, unterstützt durch sorgfältig geplante Exkursionen auf die dritte Ebene, um die Erfolgschancen zu maximieren. Erst wenn der Patient anfängt, die volle Verantwortung für die Bewältigung seiner Krankheit zu akzeptieren, können Abstecher in die Vergangenheit unternommen werden. Während der Therapie muß das ungetrübte Erwachsenen-Ich verfügbar bleiben: der erleichterte Zugang des Erwachsenen-Ich zum Kind-Ich (K) wird zu gesundem Verhalten führen, das im ER₂ integriert werden kann. Diese Integration kann sogar dazu führen, daß die Behandlung auf Ebene 1 weitergeführt werden kann: Der Patient vertraut nun dem Arzt und tut einfach, was der ihm sagt. Diese Entwicklung kann gleichzeitig die Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung bedeuten. Die Interaktion der Behandlungsebenen wird in Abbildung 5 dargestellt.

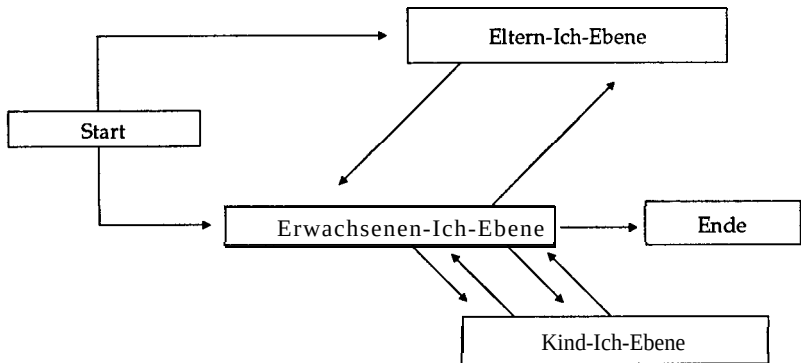


Abb. 5: Interaktion der Behandlungsebenen

Schlußfolgerung

Die Behandlung von Asthma ist nicht so geradlinig, wie in einem Großteil der psychologischen und psychoanalytischen Literatur der Anschein erweckt wird. Viele Psychotherapeuten tendieren dazu, diese Krankheit als gänzlich psychogenetisch zu behandeln – ein Erbe der psychoanalytischen und psychosomatischen Tradition, die eher auf Fallstudien denn auf systematischer Forschung basiert. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, daß multidisziplinäre Behandlungsansätze viele Möglichkeiten bieten, das Vorkommen negativer Krankheitsverläufe zu verringern und den Asthmapatienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren (Agle et al. 1973; Hodgkin 1988). Die Rolle des Psychotherapeuten bei diesem Bemühen besteht vor allem darin, dem Patienten zu helfen, seine auf die Krankheit bezogenen Wahrnehmungen, Kognitionen, Gefühle und Verhaltensweisen zu integrieren sowie in manchen Fällen die auftretenden Gefühle und Krankheitssymptome voneinander zu trennen. Für diese Behandlungsziele liefern die Konzepte der Transaktionsanalyse einen brauchbaren Bezugsrahmen: Sie kann leicht in die multidisziplinäre Zusammenarbeit eingeführt und zum einen dazu benutzt werden, die Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen des Patienten im Hier-und-Jetzt präzise zu beschreiben und zum anderen den Einfluß von Entwicklungsfaktoren zu verkleinern, die die asthmatischen Symptome in der Kindheit ursprünglich ausgelöst und verstärkt hatten.

Willem Lammers, PTSTA, ist ein Klinischer Transaktionsanalytiker (Certified Clinical Transactional Analyst) und ein zugelassener Psychologe und Psychotherapeut. Gegenwärtig leitet er die Abteilung für ältere Menschen des niederländischen Asthmazentrums in Davos, Schweiz, und ist Co-Direktor des IAS Davos AG, einem Institut für Angewandte Sozialwissenschaften.

Zusammenfassung

Es wird ein Überblick über die medizinische und psychologische Literatur zu Asthma und chronischen Krankheiten präsentiert und ein Behandlungsmodell innerhalb eines transaktionsanalytischen Bezugsrahmens vorgelegt. Drei verschiedene Behandlungsebenen, die durch jeweils ein Fallbeispiel illustriert sind, werden in Begriffen des Strukturmodells der Ich-Zustände beschrieben.

Summary

In this article the author will offer a selection from recent psychological literature with regard to asthma and chronic disease, and a model for treatment within a transactional analysis frame of reference. Three distinct treatment levels are described in terms of the structural model of ego-states.

Literatur

- Agle, D. P., Baum, G. L., Chester, E. H., & Wendt, M., Multidisciplinary treatment of chronic pulmonary insufficiency: Psychological aspects of rehabilitation. *Psychosomatic Medicine* 1973,35,41-49.
- Alexander, F., Psychosomatic medicine. New York Norton, 1950.
- American Thoracic Society, Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive lung disease (COPD) and asthma. *American Journal for Respiratory Disorders* 1986,136,225-243
- American Thoracic Society, Pulmonary Rehabilitation: Official American Thoracic Society Statement. *American Journal for Respiratory Disorders* 1981,124,663-666.
- Berne, E., Transactional analysis in psychotherapy. New York: Grove Press, 1961; New York: Ballantine Books, 1973.
- Berne E., „In treatment”. *Transactional Analysis Bulletin* 1962,1:2,10
- Coe, R. M., Wollinsky, F. D., Miller, D. K., & Prendergast, J. M., Elderly persons without family support networks and use of health Services. *Research on aging*, 1985, 7, 612-622
- Cohen, S., Psychosocial Models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 1988,7:3,269-297
- Creer, T.L., Asthma therapy. A behavioral health care system for respiratory disorders. New York: Springer 1979
- Creer, T. L., Respiratory Disorders. In: Burish, Thomas G., & Bradley, L.A. (Ed.): *Coping with chronic disease*. New York: Academic Press, 1983
- Dirks, J. F., The psychomaintenance of bronchial asthma: A review and preliminary theoretical integration of panic-fear research in asthma. Report No. 54. Denver, Co: Psychophysiology Research Laboratories. National Jewish Hospital and Research Center, 1978
- Forman, L., Orientation to psychosomatic disorders. In James, M. (Ed.): *Techniques in transactional analysis*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley 1977,127-145
- Hargreave, F. E., Ramsdale E.H., Kirby, J.G. & O Byrne, T., Asthma and the role of inflammation. *European Journal for Respiratory Disorders* 1986,69,16-21.

- Hodgkin, J. E., Pulmonary rehabilitation: structure, components, and benefits. *American Journal for Respiratory Disorders* 1988,11,423-434.
- Jones, N. F., Kinsman, R. A., Dirks, J. F., & Dahlem, N. W., Psychological contributions to chronicity in asthma: Patient response styles influencing medical treatment and its outcome. *Medical Care* 1979,17,1103-1118.
- Kinsman, R. A., Dirks, J. F. & Jones, N. F., Psychomaintenance of chronic physical illness. Clinical assessment of personal styles affecting medical management. In: T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Hrsg.), *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press 1982, 435-466
- Kinsman, R. A., Dirks, J. F., Dahlem, N. W., & Heller, A. S., Anxiety in asthma: panic – fear symptomatology and personality in relation to manifest anxiety. *Psychological Reports*, 1980,46,196-198.
- Kinsman, R. A., Luparello, T. J., O'Banion, K. & Spector, S. L., Multidimensional analysis of the subjective symptomatology of asthma. *Psychosomatic Medicine* 1973,35, 250-267
- Kleiger J. H., & Dirks, J. F., Meditation compliance in chronic asthmatic patients. *Journal of Asthma Research* 1979,16,93-96
- Knapp, T. J., & WeUs, L.A., Behavior therapy for asthma: A review. *Behavior Research and Therapy* 1978,16,103-115
- Krupp, M.A., & Chatton, M. J., *Current medical diagnosis and treatment*. Los Angeles: Lang Publications, 1976
- Liebman, R., Minuchin, S., & Baker, The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry* 1974,131,535-540
- O'Brien, J.E., & Wagner, D.L., Help seeking by the frail elderly: problems in network analysis. *Gerontologist* 1980,20,78-83
- Richerson, H. B., Asthma in adults. In: H.F. Conn (Ed.): *Current therapy*. Philadelphia: Saunders 1976, 570-574
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S., The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 1981,4:4,381-406
- Selye, H., *The stress of life*. New York: McGraw Hill 1956; dt.: *Stress – mein Leben: Erinnerungen eines Forschers*. Frankfurt: Fischer, 1984
- Stewart, I., & Joines, V., *TA today. A new introduction to transactional analysis*. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publishing, 1987; dt.: *Die Transaktionsanalyse: Eine neue Einführung in die TA*. Freiburg, Basel, Wien: Herder, 1990
- Woolcock, A. J., Conference summary: Asthma – What are the important experiments? *American Journal for Respiratory Disorders* 1988,138,730-742.

Deutsche Übersetzung von Britta Mühlbach

Anschrift des Autors:
Willem Lammers
Scalettastr.31
CH-7270 Davos Platz