

## Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie

### Herausgegeben von

Fritz Hohagen, Lübeck  
Johannes Kornhuber, Erlangen  
**Joachim Klosterkötter, Köln**  
Bernhard Neundörfer, Erlangen  
Claus-Werner Wallesch, Magdeburg

### Für Fort- und Weiterbildung

Max Schmauß, Augsburg  
Peter Berlit, Essen

### Begründet von

August Bostroem und  
Johannes Lange

### Editores Emeriti

Kurt Heinrich, Düsseldorf  
Uwe Henrik Peters, Köln

### Wissenschaftliches Organ des Berufsverbandes

**Deutscher Nervenärzte**  
Frank Bergmann, Aachen

### Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Hans Gutzmann, Berlin

### Mitteilungsblatt der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft

72. Jahrgang 2004

### Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag  
Stuttgart · New York

Nachdruck nur mit  
Genehmigung des Verlages

### Georg Thieme Verlag

Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

[www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de)

Verantwortlich für diese Rubrik: Hans Stoffels, Berlin  
Redaktion: Rainer-M. E. Jacobi, Bonn

## Tagungsbericht

### Therapeutisches Handeln in der anthropologischen Medizin

8. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft in Verbindung mit dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg vom 1.–2. November 2002 in der Stiftung Leucorea, Lutherstadt Wittenberg.

In mehrerlei Hinsicht wurde mit dieser Jahrestagung Neuland betreten. Zunächst mit der thematischen Konzeption, die sich von der Frage nach den Konsequenzen anthropologischer Medizin für das ärztliche Handeln leiten ließ. Im Unterschied zu den gleichermaßen wichtigen Erörterungen medizintheoretischer und medizinethischer Zusammenhänge im Werk Viktor von Weizäckers galt es nun, etablierte Formen therapeutischen Handelns vorzustellen, die auf je verschiedene Weise in die Traditionen anthropologischer Medizin gehören. Hier reichte das Spektrum von der systemischen Familientherapie über anthropologische Psychiatrie und Psychotherapie bis hin zur Funktionellen Entspannung. Eine weitere Neuerung betraf die Symposien. Auch hier stand die Vermittlung therapeutischer Erfahrungen im Vordergrund, sowohl hinsichtlich der am Vorbild Weizäckers orientierten Diskussion ausgewählter Krankengeschichten als auch der praktischen Anleitung zur körperlichen Selbstwahrnehmung im Rahmen der Funktionellen Entspannung. Schließlich verband sich mit der Wahl des Tagungsortes eine bemerkenswerte Neuerung. Die Berliner Jahrestagung zur „Sozialen Krankheit und sozialen Gesundheit“ im Jahr 2000 ausgenommen, war dies die erste Tagung in den neuen Bundesländern. Um so bedauerlicher, dass es den Organisatoren nicht gelang, ostdeutsche Referenten zu gewinnen. Auch im 13. Jahr nach der deutschen Wiedervereinigung gehören zur Viktor von Weizsäcker Gesellschaft noch immer keine ostdeutschen Mitglieder – sieht man von den wenigen Ausnahmen ab, die im hier gemeinten Sinn nicht repräsentativ sind.

Das Vortragsprogramm der Tagung eröffnete der Nestor der systemischen Familientherapie in Deutschland Helm Stierlin (Heidelberg). Man könnte meinen, dass in Stierlins theoretischem und therapeutischem Lebenswerk zwei zentrale Einsichten Weizäckers Gestalt gewonnen haben. Zum einen die von Weizsäcker früh formulierte sozialphilosophische Einsicht, dass „der Einzelmensch (...) ontologisch nicht real“ sei, sondern „eine pure Abstraktion“ darstelle. Alle Anthropologie müsse daher „zu-

Nr. 15 (2004)

erst eine Ordnungslehre der Gemeinschaft sein.“<sup>1</sup> Es kommt eine Kategorie der „ursprünglichen wesensmäßigen Verbundenheit“ in Geltung, von der kritisches Licht auf die Leitbegriffe der neuzeitlichen Aufklärungsphilosophie fällt, also auf die Autonomie, die Identität und die Willensfreiheit.<sup>2</sup> Diese Überlegungen münden dann später in Weizäckers Krankheitsverständnis, wonach die Krankheit „zwischen den Menschen“ liegt; sie „ist eines ihrer Verhältnisse und ihrer Begegnungsarten. Hier beginnt anthropologische Medizin.“<sup>3</sup> Doch weniger um diesen medizinisch-anthropologischen Hintergrund ging es, als vielmehr um den Versuch, die systemische Therapie selbst als Ausdruck, Folge und Element einer demokratischen Kultur zu verstehen. Exemplarisch hierfür sind für Stierlin drei historische Konstellationen. Zunächst das von Perikles verkörperte klassische Ideal der griechischen Demokratie, dessen Grundlage die Sokratische Philosophie war. Dann die in der Mitte des 19. Jahrhunderts von Alexis de Tocqueville beschriebene Demokratietheorie, die ihren Ausgang in der Familienkultur nahm. Und schließlich die vom Nationalsozialismus beendete Phase der Weimarer Republik als der erste Versuch demokratischer Strukturen in Deutschland. Der Brückenschlag zwischen anthropologischer Medizin und Demokratietheorie wird am ehesten verständlich, betrachtet man die Grundbegriffe der systemischen Therapie: Familie(nkultur), bezogene Individuation, inneres Konto und inneres Parlament. Während die ersten Begriffe: Familie(nkultur) und bezogene Individuation genuin gruppenbezogene Phänomene erfassen, scheinen die beiden letzteren zwar nur die individuelle Motivationsdynamik zu thematisieren; sie tun dies aber unter primär „gruppenspezifischen“ – und das heißt für Stierlin immer – systemischen Gesichtspunkten. Das von Stierlins Mitarbeiter Dieter Schmidt angeregte Bild eines „inneren Parlamentes“ vergleicht die Abstimmungsprozesse im Individuum mit denen der demokratischen Spielregel unterliegenden gegenwärtigen politischen Kultur: „Mit dem Bilde eines derartig demokratisch geprägten inneren Parlamentes verbindet sich mir die Vorstellung von innerpsychischen Fraktionen, die jeweils unterschiedliche Interessen vertreten, sich unterschiedlich stark zu Wort melden, dabei unterschiedliche Macht entfalten und beanspruchen, aber auch gezwungen sind, sich immer wieder auf Kompromisse zu einigen, um so der ‚Außenvertretung‘ ein effektives Handeln zu ermöglichen. Das ist aber typischerweise nur dann der Fall, wenn sie sich bei ihren Auseinandersetzungen und ihrem Bemühen um Einigung an bestimmte, von allen Beteiligten akzeptierte Spielregeln halten und wenn sie (...) dabei auch Vorstellungen

<sup>1</sup> Viktor von Weizsäcker, *Seelenbehandlung und Seelenführung* (1926), in: Ges. Schriften (Suhrkamp, Frankfurt/M. 1986ff), Bd. 5, S. 67–141, hier S. 122.

<sup>2</sup> Ebd., S. 115, 117. Vgl. hierzu Helm Stierlin, *Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1971.

<sup>3</sup> Viktor von Weizsäcker, *Der Begriff der Allgemeinen Medizin* (1947), in: Ges. Schriften, Bd. 7, S. 135–196, hier S. 193.

Adresse: Rainer-M. E. Jacobi, Medizinhistorisches Institut der Universität Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

Bibliografie: Fortschr Neurol Psychiat 2004; 72: 295–307 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

über das teilen, was jeweils fair und gerecht ist. Und das geht (...) kaum ohne praktische Übung in konstruktivem innerpsychischem Konfliktmanagement, und es geht kaum ohne ein erhebliches Maß von Anerkennung und Wertschätzung für die Positionen der andere(n) innerpsychischen Fraktion(en) gerade auch dann, wenn diese in der Minderheit sind.“<sup>4</sup>

Nur am Rande betrat Stierlin in seinen Ausführungen methodologisches Terrain. So stellte er den Wechsel gesellschaftlicher Konstellationen zu Beginn der attischen Demokratie mit dem Phasenübergang eines physiko-chemischen Systemes nach Prigogine in Verbindung. Den Systembegriff führte er dabei als natürlich gegebenes Basisbegriffsschema für soziale Beziehungen („existenziell relevantes Zugehörigkeitssystem“, „politisch gestaltetes Makrosystem der Gesellschaft“ – so Begriffe aus Stierlins Vortrag) ein; das sozial-psychologisch fundamentale Problem von Individualität und Gesellschaftsbezogenheit (Autonomie – Gruppenzugehörigkeit) beschrieb er mit dem Begriff der „bezogenen Individuation“.<sup>5</sup> Hierbei kommt den Beteiligten die Herausforderung zu, in jeweils neuen Phasen oder Stufen dieses Prozesses widersprüchlich anmutende Positionen immer wieder aufs neue zu versöhnen. Die bezogene Individuation, die jeder im Rahmen seiner familialen Sozialisation zu lernen hat, verknüpfte Stierlin solcherart mit den Prozessen gesamt-gesellschaftlicher Interessendurchsetzung und -vermittlung, dass Störungen im Mikrosystem der Familie Index für Störungen der demokratischen Kultur sein können und vice versa. Aber diese begriffliche Verknüpfung von Mikro- und Makrosystem soll nicht nur als diagnostischer Index, sondern auch als wechselseitige Anregung im therapeutischen Prozess des in der Familie sozialisierten und im demokratisch verfassten Gesellschaftsgebilde agierenden Individuums verstanden werden.

In der Diskussion kamen vor allem wissenschaftsgeschichtliche und methodologische Fragen zur Sprache. Betrachtet man z. B. Sigmund Freuds „Entwurf einer (wissenschaftlichen) Psychologie“ (1895) so fällt auf, dass die psychoanalytische Theorie aus physikalisch-physiologischen Begriffen (Energiebegriff) erwachsen ist, wie sie in den Labors von Freuds Lehrer Brücke selbstverständlich benutzt wurden. Jürgen Habermas hat dann die Verwendung aus der Naturwissenschaft stammender Vorstellungen in Freuds späteren Schriften als sein „szientistisches Selbstmissverständnis“ bezeichnet.<sup>6</sup> Was aber bedeutet die explizite Abwendung der systemischen Familientherapie von der Freudischen (Individual)Psychoanalyse<sup>7</sup> unter der Maßgabe, Freud sei der Tradition der physikalistischen Neurophysiologie des 19. Jahrhunderts verhaftet, wenn man zugleich berücksichtigt,

dass die Familientherapie selbst sich entscheidend der konzeptuellen Entwicklung komplexer Theorieaggregate aus Systemtheorie, Informationstheorie und Kybernetik verdankt, wie sie sich in den USA während und kurz nach dem II. Weltkrieg primär aus rüstungs- und organisationswissenschaftlichen Interessen herausgebildet haben?<sup>8</sup> Überdies stellt sich die Frage, welche theoretischen und therapeutischen Vorentscheidungen sich damit verbinden, wenn man eine Familie ein „System“ nennt.<sup>9</sup> Auch scheint unzureichend geklärt, ob der systemtheoretische Hintergrund der systemischen Therapie eher eine Nähe oder aber eine Ferne zur dezidiert ontologiekritischen Tradition der anthropologischen Medizin bedeutet? Hierzu freilich steht ein Vergleich des frühen Systembegriffs Weizsäckers mit dem der Systemtheorie noch aus.<sup>10</sup>

Verena Lauffer (Greifswald) sprach am Beispiel der Funktionellen Entspannung (FE) über das Verhältnis der anthropologischen Medizin zu körperbezogenen Therapieansätzen. Ihr Vortrag gliederte sich in einen wissenschaftshistorischen Teil, der der Lebensgeschichte von Marianne Fuchs – der Begründerin dieser Therapierichtung – galt, einen theoretischen Teil, der die Basisannahmen der FE, insbesondere ihre Begründung in der anthropologischen Medizin Viktor von Weizsäckers vorstellte und einen praktischen Teil, in dem einerseits das Anwendungsfeld der FE sowie ihre Beziehungen zu anderen neueren körper-psychotherapeutischen Verfahren und andererseits das formale Vorgehen der FE am Beispiel einer Krankengeschichte zur Sprache kamen. Marianne Fuchs erhielt Ende der zwanziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts eine pädagogische und bewegungstherapeutische Ausbildung mit intensiver musik- und atemtherapeutischer Unterstützung.<sup>11</sup> Ab 1945 arbeitete sie in der Medizini-

<sup>4</sup> Helm Stierlin, Systemische Therapie als Element einer demokratischen Kultur. Vortrag Heidelberg 25.02.2003, unveröff. Manuskript vom Autor dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt (Zitat, siehe S. 22). Zum Zusammenhang von Familientherapie und demokratischer Kultur vgl. auch ders., Familie und Familientherapie. Universitas 52 (1997), 528–540.

<sup>5</sup> Vgl. zur Begriffsklärung Fritz B. Simon, Helm Stierlin, Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Überblick, Kritik und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Klett-Cotta, Stuttgart 1984, S. 160–163.

<sup>6</sup> Vgl. Jürgen Habermas, Erkenntnis und Interesse. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1971, S. 300ff.

<sup>7</sup> Vgl. Michael Buchholz, Psychoanalyse – Familientherapie – Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981), 48–55.

<sup>8</sup> Vgl. Hans Rudi Fischer, Jochen Schweitzer, Zur Rezeption von Philosophie durch systemische Praktiker. Eine kritische Anmerkung, in: Schweitzer, J., Retzer, A., Fischer, H.R. (Hrsg.), Systemische Praxis und Postmoderne. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1992, S. 78–101, insbes. S. 79–82. Zum Verfahren der systemischen Familientherapie, zur Begründung ihrer humanwissenschaftlichen Theorie naturwissenschaftliche Konzepte heranzuziehen, vgl. auch Bernhard Schmincke, Autopoiesis-Theorie und Familientherapie. Darstellung und Problematik einer naturwissenschaftlichen Übertragung. Vortrag Psychiatrische Abteilung der Städt. Kliniken Offenbach. Unveröff. Manuskript Frankfurt/Würzburg 1987.

<sup>9</sup> Vgl. Philippe Caillé, Was ändert es, wenn man die Familie ein System nennt? Zeitschrift für systematische Therapie 1 (1983), 5–20. Für die Gesellschaftstheorie ist es zumindest seit der Publikation der Auseinandersetzung zwischen Habermas und Luhman (Jürgen Habermas, Niklas Luhman, Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1971) selbstverständlich zu fragen: „ob Gesellschaft angemessen begriffen wird, wenn man sie als System begreift.“ (ebd., S. 7).

<sup>10</sup> Zu ersten Ansätzen vgl. Alfred Auersperg, Ludwig von Bertalanffy, Über die Wahrnehmung, in: Kern, H., Piel, F., Wichmann, H. (Hrsg.), Zeit und Stunde. Festschrift für Aloys Goergen. Mäander, München 1985, S. 11–32; bemerkenswert hierzu auch die frühe Äußerung von Franz Rosenzweig im Brief an Rudolf Ehrenberg vom 1. Dez. 1917: Franz Rosenzweig, Briefe und Tagebücher, Bd. 1, S. 484ff. Nijhoff, Den Haag 1979.

<sup>11</sup> Zur Darstellung der Entwicklung der FE vgl. Marianne Fuchs, Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. Mit einer Einführung von Eckart Wiesenhütter und einem Anhang über „psychoanalytische Aspekte der Funktionellen Entspannung“ von Rolf Johnen und Hans Müller-Braunschweig. 4. überarb. Aufl., Hippokrates, Stuttgart 1989, insbes. S. 22–25; sowie dies., Einsichten zu meinem Welt- und Menschenbild und der medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers. Funktionelle Entspannung. Beiträge zu Theorie und Praxis, Heft 27 (1999), 5–17.

schen Universitätsklinik Heidelberg in den Abteilungen von Richard Siebeck und Viktor von Weizsäcker und konnte in diesem geistigen Milieu wechselseitiger Anregungen die FE auf dem Boden der anthropologischen Medizin entwickeln. Marianne Fuchs fasste ihren Erfahrungsschatz in den sogenannten „Spielregeln“ zusammen, in denen sich die Achtung des Rhythmusprinzips als ordnende Kraft ausdrückt. Diese Spielregeln sind erstens ein mit dem Atemrhythmus verbundenes Bewegen, Wahrnehmen und Nachspüren; zum zweiten ein begrenztes Wiederholen und schließlich ein sich im Nachspüren Überlassen und Worte für das Bemerkte finden. Verena Lauffer interpretiert dies so, dass in der FE ein „Gespräch“ mit dem Körper geführt werde, wobei dieses sich von den „Einfällen des Körpers“ leiten lasse. Hierbei finde ein ständiger Wechsel von Bewegungen und Atemrhythmus, von Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung statt. Im „Nachspüren“ komme es darauf an, sich den körperlichen Interpretations- und Selbstregulationsprozessen überlassen zu können. Vom Leib als der tiefsten Schicht des Unterbewusstes werde ein Dialog mit den anderen Seinsebenen des Individuums, also der kognitiven und sozialen, angeregt. Im Ergebnis dieses Dialogs komme es zur Intensivierung des natürlichen Atemrhythmus und in dem Bemühen um Selbstbeschreibung des leiblich Erspürten um eine Wiedergewinnung der sprachlichen Symbolisierungsfähigkeit. Grundlegend für das Konzept der funktionellen Entspannung sei die Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers. Besonders deutlich werde dies in der gegenseitigen Stellvertretung von Bewegen und Atmen, bzw. von Nachspüren und Beschreiben.<sup>12</sup> Diese Grundlegung wird ergänzt durch Bezugnahme auf bestimmte psychoanalytische Deutungen des Entwicklungsprozesses eines Gefühls des „Kernselbst“ im ersten Lebensjahr. Die Bezugssysteme der FE wie Bezug zum Boden, zum Bewegungssystem, zur Haut als Grenze, Hülle und Kontaktorgan, werden verknüpft mit den Gefühlen von Kohärenz, Wirkmächtigkeit, oder dem Gefühl, Träger von Affekten zu sein. Das Problem von Übertragung/Gegenübertragung wird in der FE nicht auf der rein emotional-verbalen Ebene bearbeitet, die Gegenübertragung wird auch nicht – wie etwa bei Devereux – als diagnostisches Instrument verwendet, sondern in den Berührungen, bzw. Berührungsangeboten innerhalb einer Behandlung geht der Therapeut sensibel auf die Qualität der Berührungsmöglichkeiten, bzw. der Berührungswünsche des Patienten ein und berücksichtigt so auf der leiblichen Ebene dessen leibliche Übertragung. Um Missdeutungen eines im Alltag möglicherweise ambivalent besetzten Berührens zuvorzukommen, wird in der FE Berühren als „Berühren in verantworteter Beziehung“ aufgefasst. Dieses setzt voraus, dass zur Ausbildung eines FE-Therapeuten auch die Förderung von leiblicher Elastizität, Sensibilität und bewusstem Umgang mit Haut als Kontakt und/oder Abgrenzung gehört. In Absetzung zum gewohnten „Vortragssetting“ unterbrach die Referentin den Gedankengang ihres Vortrages mit dem Angebot an die Zuhörer, sich der eigenen Leibwahrnehmung zu überlassen und diese sich einzuprägen, um im Fortgang der Gedanken des Vortrages – auch ohne Aufforderung von außen – sich immer wieder erneut bewusst machen zu können, was dieses oder jenes Thema leiblich – und nicht nur kognitiv – bei ihnen auslöst.

<sup>12</sup> Weiterführend hierzu Thure von Uexküll, Marianne Fuchs u. a., *Subjektive Anatomie*. Schattauer, Stuttgart 1994.

Eberhard Lungershausen (Erlangen) stellte in seinen Vortrag die Frage nach Vergangenheit oder Zukunft der anthropologischen Psychiatrie. Angesichts der bemerkenswerten Fortschritte, seien es die Epidemiologie, die Neurobiochemie oder Molekulargenetik psychiatrischer Krankheitsbilder, nicht zuletzt auch die faszinierenden Möglichkeiten der bildgebenden Verfahren neurophysiologischer Diagnostik, könne man sehr wohl dazu neigen, die anthropologische Psychiatrie als eine abgeschlossene historische Periode zu betrachten. Doch bei aller Wertschätzung dieser höchst erfreulichen und überaus hilfreichen Entwicklungen müsse dennoch deutlich gemacht werden, dass die existenzielle Wirklichkeit des je betroffenen Patienten hiervon nicht berührt ist. Sofern aber diese Wirklichkeit für Genese und Therapie der Krankheit von Belang ist, müsse ihr die ungeschmälerte Aufmerksamkeit des Arztes gelten. Die Fortschritte der biologischen Psychiatrie entpflichten nicht von der Aufgabe, die konkreten Formen gestörten In-der-Welt-Seins gleichermaßen ernst zu nehmen. Genau dies lasse die anthropologische Psychiatrie zu einer notwendigen Ergänzung der aktuellen Psychiatrie werden. Hiermit verbinde sich eine konsequente Einbettung (objektiver) Befunde in die (subjektive) Befindlichkeit und eine Relativierung der Bedeutung einer (überindividuellen) Diagnose durch das ärztliche Verständnis für das individuelle Schicksal des unter der Diagnose lebenden Kranken und den individuellen Verlauf seiner Erkrankung. Diese Verlagerung im Denken und Handeln der Medizin vom objektiven Befund einer Diagnose zum subjektiven Befinden, d. h. zum individuell einmaligen Schicksal des Patienten, das nicht objektivierend-neutral beobachtet werden kann, sondern ärztlicher Lebenserfahrung und Empathie bedarf, ist nach Lungershausen ein Kennzeichen der anthropologischen Psychiatrie. Für Viktor von Weizsäcker galt dies schlechthin als Kennzeichen des „guten Arztes“. Denn dieser habe „seine eigene Wirklichkeit, die aus wissenschaftlicher Instanz nicht erhellt, nicht ursprünglich erkennbar ist. Sie muss Schritt für Schritt vielmehr sichtbar werden aus den biographischen Szenen der ärztlichen Handlung – dies ist die Methode der medizinischen Anthropologie.“<sup>13</sup> Abschließend machte Lungershausen deutlich, dass die Verwirklichung einer anthropologischen Psychiatrie der Besinnung auf die geisteswissenschaftliche Seite der Psychiatrie bedarf; diese Besinnung habe – trotz aller Widerstände des Medizinbetriebes – mit einer „zutiefst menschlichen Grundhaltung“ zu tun, die nur um den Preis des Arzttums aufgegeben werden könne. Die Grundgedanken der anthropologischen Psychiatrie leisten damit gleichsam einen Beitrag zur Bestimmung dessen, was bei Würdigung medizinischer Entwicklungen unter ärztlichem Ethos zu verstehen sei.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke* (1926), in: *Ges. Schriften*, Bd. 5, S. 9–26, hier S. 26.

<sup>14</sup> Neben den von Lungershausen zitierten Viktor von Weizsäcker, Herbert Plügge und Jean-Paul Sartre als Repräsentanten der ersten Generation anthropologischen Denkens in der Medizin sei hier stellvertretend für die zweite Generation des jüngst verstorbenen Mitglieds der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft Wolfgang Blankenburg gedacht, der die Aufgaben und Probleme einer anthropologischen Psychiatrie immer wieder neu zu bestimmen versucht hat; vgl. ders., *Was heißt „anthropologische Psychiatrie“?*, in: Kraus, A. (Hrsg.), *Leib-Geist-Geschichte. Brennpunkte anthropologischer Psychiatrie*. Festschrift für Hubertus Tellenbach. Hüthig, Heidelberg 1978, S. 15–28; ders., *Anthropologisch orientierte Psychiatrie*, in: Peters, U.-H. (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. X, S. 182–197. Kindler, Stuttgart 1980.

Den Wirkfaktoren der Psychotherapie galten die Überlegungen von Hermann Lang (Würzburg). Wenn man angesichts der Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren nach einem Kernbestand von Wirkfaktoren fragen könne, so komme darin – ob gewollt oder ungewollt – eine anthropologische Perspektive zum Vorschein. Im Blick auf den zunehmenden politisch-ökonomischen Druck gewinne diese Perspektive eine überraschende Bedeutung. So haben sich in Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren zwei wesentliche Faktoren herausgestellt: die therapeutische Arbeitsbeziehung und die Offenheit des Patienten, bzw. dessen Bereitschaft, sich auf eine Therapie einzulassen. Für die Stabilität der therapeutischen Arbeitsbeziehung führte Lang Fähigkeiten wie Geduld, Empathie, Verständnis und Respekt an (selbst die Deutungsversuche des Therapeuten können nur auf der Grundlage einer vertrauens- und hoffnungsvollen Therapiebeziehung wirksam sein). Schon Weizsäcker habe dies in aller Deutlichkeit formuliert: „Die persönliche Haltung des behandelnden Arztes ist aber schlechthin der Kern der Therapie und durch nichts zu ersetzen.“<sup>15</sup> Am Beispiel der autobiographischen Darstellung des Scheiterns einer Selbstanalyse kamen wesentliche Eigenschaften des Therapeuten zur Sprache, die eine fruchtbare Therapie konstituieren können, so z. B. die Vorsichtigkeit und Zurückhaltung mit Deutungen, wie auch die Abwehr des (bei Therapeuten beobachteten) Gestus des Allwissenden. Die Darstellung der Therapie einer Zwangskranken sollte deutlich werden lassen, dass Konstanz und Kontinuität einer Therapie selbst einem „Zwangszusammenhang“ ähneln können, der aber emotional von Seiten des Therapeuten immer offen und dem Patienten positiv zugewandt verwirklicht werden muss. In ausführlicher Weise wandte sich Lang der Bedeutung und der Paradoxie der Übertragungsneurose zu, die nach Freud entscheidender Wirkfaktor jeder Analyse sei.<sup>16</sup> Die Paradoxie bestehe darin, in der therapeutischen Beziehung die Erlebnisse des Patienten genau in der Form aufzunehmen, in der auch der Patient in seinem Alltagsleben gescheitert ist, ohne zugleich die gewohnten Muster ihrer Verarbeitung in Anspruch zu nehmen.

Der zweite wesentliche Faktor der psychotherapeutischen Wirksamkeit habe weniger mit der Technik des therapeutischen Verfahrens und dessen ärztlicher Professionalität zu tun, als vielmehr mit der Bereitschaft des Patienten, sich auf die Therapie einzulassen und in ihr eine Hilfe für die Lösung seiner eigenen Probleme zu erkennen. Die Vielschichtigkeit der therapeutischen Beziehung lasse sich am ehesten mit dem aus der anthropologischen Psychiatrie stammenden Begriff der „therapeutischen Begegnung“ entfalten.<sup>17</sup> Hierbei gehe es um eine Symmetrisierung der Therapeut-Patienten-Beziehung im Verlauf der Therapie, damit sich Arzt und Patient tendenziell symmetrisch interpersonal begegnen können. Den Bedeutungshorizont des aus der anthropologischen Psychiatrie stammenden Begegnungsbegriffs erwei-

terte Lang mit den Konzepten von „Neubeginn“ (M. Balint), von „now moment“ (Stern) und schließlich mit Hinweis auf das Werk von Martin Buber. Auch hierzu könne sich auf Weizsäcker bezogen werden, um die Bedeutung einer kritischen Sensibilität des Therapeuten gegenüber seiner eigenen theoretischen Position zu betonen: „Auf keinem Gebiet wie auf diesem (der Psychotherapie) lässt sich deutlicher erkennen, dass eine jede Methode, welche von wissenschaftlichen und damit rein intellektuellen Haltungen bestimmt ist, in der unablässigen Gefahr steht, zu einem Zauberkreis zu werden. Wer in diesem Zauberkreis steht, hat kein Bewusstsein seiner Existenz. Nicht wissenschaftliche, sondern ärztliche Therapie aber besteht darin, in jedem Augenblick sprunghaft zu sein, den Kreis der Methode zu durchbrechen.“<sup>18</sup> Am Beispiel zweier Krankengeschichten konnte Lang abschließend Schwierigkeiten, Irrwege, aber auch das von ihm zuvor allgemein geforderte symmetrische Begegnungsmoment als oft entscheidenden Wirkfaktor einer Psychotherapie überzeugend darstellen.

Bernhard Schmincke (Detmold)  
Rainer-M.E. Jacobi (Bonn)

Neben den schon in den letzten Jahren durchgeführten Gesprächen mit Zeitgenossen und Schülern Viktor von Weizsäcker – in diesem Jahr waren es Helm Stierlin und Ernst Scheurlen –, fanden zwei weitere Symposien statt, die verschiedenen Formen therapeutischen Handelns im Rahmen anthropologischer Medizin galten. Verena Lauffer (Greifswald) gab in Fortsetzung ihres Referates einer kleinen Gruppe von Interessenten praktische Anleitung zur körperlichen Selbstwahrnehmung bei der Einübung von Elementen der funktionellen Entspannung. Peter Hahn (Heidelberg) moderierte ein erstmalig eingerichtetes Symposium zu „Fällen und Problemen“, um in der Tradition der klinischen Vorstellungen Viktor von Weizäcker's Krankengeschichten im Gespräch nicht nur zu erörtern, sondern in exemplarischer Weise das Besondere anthropologischer Medizin erkennbar werden zu lassen.

Michael Schütz (Stadtlengsfeld) eröffnete die Vorstellung mit einigen eher theoretischen Überlegungen zum Problemkreis der „schizophrenen Psychosen“. Anhand einer kasuistischen Schilderung der psychotischen Krise wurde das Passungsmodell der integrierten Medizin Thure von Uexkülls auf psychotische Störungen angewendet. In diesem Modell werde die psychotische Krise als Passungsstörung verstanden, die die Schwierigkeiten des Patienten beschreibe, mit seiner Umgebung gemeinsame Wirklichkeiten, also Einheiten des Überlebens zu bilden. Diese Kommunikationsprozesse zwischen Patient und Umgebung könnten in Begriffen der Zeichenlehre, der Semiotik, beschrieben werden. Schizophrenie werde dann erkennbar als die Unfähigkeit zur geteilten Ikonizität, d. h. zu geteilter Nähe, vor der die Patienten in die gefühlsferne Welt abstrakter Zeichenklassen fliehen, in der sie dann z. B. in Gestalt eines Wahns ihre basalen Empfindungsqualitäten unterzubringen versuchen. So könne der Wahn innere

<sup>15</sup> Viktor von Weizsäcker, Soziale Krankheit und soziale Gesundheit (1930), in: Ges. Schriften, Bd. 8, S. 31–95, hier S. 50.

<sup>16</sup> Sigmund Freud, Zur Dynamik der Übertragung (1912), in: Gesammelte Werke, Bd. VIII, S. 363–374. Fischer, Frankfurt/M. 1999.

<sup>17</sup> Vgl. Walter von Baeyer, Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie. Der Nervenarzt 26 (1955), 369–376; jetzt auch in: Walter Bräutigam (Hrsg.), Medizinisch-psychologische Anthropologie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1980, S. 290–311; vgl. ebenso die sozialphilosophische Erörterungen dieser Begrifflichkeiten bei Michael Theunissen, Der Andere. De Gruyter, Berlin 1965; sowie Hermann Lang, Das Gespräch als Therapie. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1999.

<sup>18</sup> Viktor von Weizsäcker, Der neurotische Aufbau bei den Magen- und Darmerkrankungen (1927), in: Ges. Schriften, Bd. 6, S. 15–33, hier S. 32.

Wirklichkeiten, z.B. mit Vernichtungsangst verbundene Nähe-wünsche, abbilden ohne sie fühlbar werden zu lassen. Diese Kommunikationsmuster bildeten sich auch in der therapeutischen Beziehung in Form von Mikroszenen ab, die therapeutisch genutzt werden könnten, indem gemeinsam mit dem Patienten andere als wahnhaftige Lösungen entwickelt werden.<sup>19</sup>

Mechthilde Küttemeyer (Köln) eröffnete Einblicke in ihre fruchtbare Zusammenarbeit zwischen psychosomatischer Abteilung und kosmetischer Chirurgie. Anknüpfungspunkte ergaben sich hierfür insbesondere bei der Behandlung von Patienten, deren offene Wunden sich trotz allen chirurgischen Bemühens nicht schließen wollten. Mechthilde Küttemeyer veranschaulichte an zwei Kasuistiken, wie ein deutend verstehender Zugang den Heilungsprozess fördern oder aber auch die Therapieresistenz verständlich machen kann. Küttemeyer stellte zur Erläuterung zwei Krankenbeispiele gegenüber, zum einen eine 74-jährige Patientin mit schmerzhaften *Ulcer cruris* am Innen- und Außenknöchel bei Diabetes mellitus. Bei der Patientin gelang es, den Ausdruckscharakter der offenen Wunden zu thematisieren und damit ohne weitere chirurgische Intervention der bisher therapieresistenten *Ulcer cruris* zur Abheilung zu verhelfen. Im Kontrast dazu wird eine 70-jährige Patientin vorgestellt, die bei vorbestehender langjähriger Cortisonmedikation an einer Bursitis am rechten Ellenbogen operiert worden war. Das Aufbrechen der Wunde in bedeutungsvollem Zusammenhang bietet Deutungsmöglichkeiten, die im weiteren Verlauf von der Patientin nicht genutzt werden. Die tiefen biografischen Verletzungen klingen an, ohne dass die Patientin im weiteren Verlauf mögliche „reinigende Funktionen“ weiterer Gespräche in Anspruch nimmt. So kommt es zu keinem dauerhaften Abheilungsprozess. Mechthilde Küttemeyer belegt durch eigene Beobachtung, dass eine Veränderung der Wundsituation erkennbar werde, sobald sich die Patienten im Gespräch ihrem seelischen Trauma anvertrauen können. Die zuvor sehr intensive Sekretproduktion versiege, die Wunde werde „trocken“, es bilde sich gefäßreiches Granulationsgewebe, so dass sich die Wunde schließen könne. Man müsse mit Nachdruck darauf hinwirken, dass chronische Wunden als ein chirurgisch-psychosomatisches Problem verstanden werden, das aus der inneren Verfassung der Patienten heraus zu verstehen und zu behandeln sei.<sup>20</sup>

Martin Reker (Bielefeld) stellt einen Patienten vor, der über Jahre hinweg in Belastungssituationen ein Aufstoßen aus dem Magen wahrgenommen hatte. Als das geschilderte Symptom erstmals einen epileptischen Grand mal-Anfall einleitete, möchte die zuständige Klinik ihn auf eine Medikation mit Antikonvulsiva einstellen. Der Patient glaubt sich sicher, dass die als anfallseinleitende Aura erkannte somatische Symptomatik als solche verstanden und mental beseitigt werden müsse. Mit psychotherapeutischer Unterstützung analysierte er anfallsauslösende Situationen und deutete seine Epilepsieerkrankung auf dem Hintergrund der eigenen Biografie. Die in dem Prozess gewonnenen Er-

kenntnisse führen dazu, dass der Patient in seinem Leben erhebliche Veränderungen vornimmt. Gleichzeitig verbindet sich für ihn damit der Anspruch, dass die Anfälle jetzt aufhören müssten. Bei einem erneuten Grand mal-Anfall, bei dem erstmals die Aura kaum spürbar war, verunglückt der Patient im Pkw auf der Autobahn, bleibt aber wie durch ein Wunder unverletzt, durch die Grenzerfahrungen jedoch tief berührt. In der Deutung des Krankheitsverlaufs liegt das Sinnstiftende nicht in der durch Erkenntnis begründeten Heilung der schon langjährig verborgen bestehenden Epilepsieerkrankung. Vielmehr lernt der Patient die Grenzen des ihm Möglichen kennen. Die Krankheit führt ihn dabei in existenzielle Grenzerfahrungen. Sie lehrt dem selbstbewussten Patienten nicht das, was er in der monatelangen Selbstreflexion hatte lernen *wollen*. Martin Reker verdeutlicht an diesem Beispiel, dass der verborgene Sinn von Krankheit keinen vorformulierten Deutungen folgt, sondern sich erst im Suchen enthüllt. Dem Arzt, der vergleichbare Patienten auf ihren grenznahen Wegen begleitet, stellt sich im gemeinsamen Verzicht auf die übliche Anfallsmedikation die Frage der (Mit-)Verantwortung für Risikosituationen, die zumindest in diesem Beispiel für den bei einem Unfall fast verstorbenen Patienten schnell das Ende seines Erkenntnisweges hätte bedeuten können.

Die vorgetragenen Kasuistiken regen in sehr unterschiedlicher Weise zum Nachdenken an. Sie alle versuchen, den deutenden Umgang gerade mit chronifizierter Erkrankung zum Leitgedanken des eigenen klinischen Handelns zu machen. Die Beispiele zeigen, dass Sinnstiftung zum tragenden Element der Kommunikation zwischen Arzt und Patient werden kann. Überdies wird deutlich, dass im Einzelfall aus dem Verstehen zwar alte „offene Wunden“ heilen können, aber auch Grenzen des individuell Erreichbaren wahrgenommen und mitunter akzeptiert werden müssen, um in noch spezifischerer Weise als Grenzerfahrung für die weitere Lebensgeschichte nutzbar gemacht werden zu können.<sup>21</sup>

Martin Reker (Bielefeld)

## Tagungsbericht

### Der Mensch mit Intelligenzminderung und anderen Erkrankungen – Auswirkungen auf das Bild vom Menschen

Symposium des GIB e.V. (Gesellschaftliche Integration von Menschen mit Behinderungen) am 7. November 2003 in Berlin

Warum führt man in Zeiten verschärfter Sparzwänge und erbitterter Haushaltsverteilungskämpfe eine „schöngestige“ Debatte um Fragen zu Auswirkungen auf das Menschenbild, welche sich aus der Existenz von Menschen ergeben, die intelligenzgemindert sind und zusätzliche Erkrankungen aufweisen? Erik Boehlke, Vorstandsvorsitzender des einladenden GIB e.V. begründete diese Frage in seiner Einführung mit der Notwendigkeit in krisenhaften Zeiten auf ein sicheres Fundament zurückgreifen zu können.

<sup>19</sup> Vgl. Michael Schütz, Rolf Plassmann, Über die Rehabilitation von Psychosepatienten – ein biosemiotisches Behandlungsmodell, in: Uexküll, Th. v. et al. (Hrsg.), Integrierte Medizin. Neue Modelle für Psychosomatik und Psychiatrie. Psychosozial Verlag, Gießen 2002, S. 238 – 256.

<sup>20</sup> Vgl. Mechthilde Küttemeyer et al., Chronische Wunden und psychisches Trauma. Psychotraumatologie 3 (2002), 29 – 41; dies., Ärztlicher Umgang mit Schmerzen und Schmerzkranken, in: Jacobi, R.-M.E., Janz, D. (Hrsg.), Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers. Königshausen & Neumann, Würzburg 2003, S. 55 – 74.

<sup>21</sup> Vgl. Arnold Stark (Hrsg.), Leben mit chronischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Krankheitsbewältigung – Rehabilitation – Therapie. DGVT-Verlag, Tübingen 1998.

Er postulierte, dass „Werte Werte schaffen“ könnten, wenn diese Werte die Arbeit einer Institution bestimmend prägen.

Der GIB e.V. hatte, um dieses Fundament seiner Arbeit zu festigen, fünf Referenten geladen, die verschiedene Facetten beleuchten sollten. Andreas Lob-Hüdepohl, Professor für theologische Ethik an der katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin, legte den philosophischen Grundstein, indem er auf den Perspektivwechsel hinwies, der in der Fragestellung des Symposiumstitels läge. Nicht der behinderte Mensch wird am „Normalen“ gemessen, sondern die Auswirkungen seiner Existenz auf unser allgemeines Menschenbild sind Fokus der Betrachtung. Und darin läge allerdings einige Beunruhigung für „uns Normale“. Der allgemeine Trend wäre, so Lob-Hüdepohl, immer gestylter, normativer, perfekter zu werden. Im Gegensatz dazu leben Menschen mit Behinderungen täglich mit ihrer partiellen Imperfekttheit. In den bewältigten und positiven Leben dieser Menschen läge die Herausforderung und Aufforderung an uns alle, „verschieden normal zu sein“ und nicht nur dem „Mainstream“ nachzulaufen.

Das Thema Individualität und Sozialität unter theologischen Aspekten wurde von Gisela Kröger, Krankenhaus-Seelsorgerin am Deutschen Herzzentrum Berlin, beleuchtet. Am Bild *La Trasfigurazione* von Raffael zeigte Frau Kröger auf, wie wir uns ondulierend zwischen Autarkie und Eingebundenheit in der Gruppe bewegen. Menschen mit Behinderungen seien besonders angewiesen auf den Schutz der Gruppe und erinnern uns daran, dass wir keine Monaden seien, die immer nur unabhängig sind. Wir Menschen seien vielmehr aus christlicher Sicht Ebenbild Gottes. Dieser aber ist in der Trinität „Gottvater, Gottes Sohn und Heiliger Geist“ zugleich und untrennbar Individuum, Teil des Sozialraumes und übergeordnete Idee. Eine gelungene soziale ebenbürtige Begegnung fände man illustriert in Barlachs Bild *Die Tröstung*. Die Menschen mit Intelligenzminderungen, wie überhaupt Menschen mit Behinderungen erinnern uns „gestylte Menschen“ daran, dass wir trotz unserer Vitalität auch „armes Fleisch“ seien. Damit sind die Menschen mit Behinderungen auch eine Aufforderung zur Demut. Vielleicht macht dieser Umstand erklärlich, warum Menschen mit Intelligenzminderungen so oft abgelehnt würden.

Gudrun van Lessen, Direktorin des Amtsgerichtes Stadthagen, beleuchtete die Thematik mit den Augen der Juristin aus rechtshistorischer Sicht. Sie stellte anhand von Fallvignetten dar, welche Veränderungen es in den letzten Jahrzehnten im Bereich des Betreuungsrechtes gegeben habe. Sie zeigte insbesondere auf, dass der Gesetzgeber, analog zur gesellschaftlichen Diskussion, Menschen mit Behinderung zunehmend in ihrer ganzen Funktionalität begreife und nicht nur als ein nicht funktionsfähiges Wesen, welches es administrativ zu bevormunden gelte. Gleichzeitig wies sie auf die Realität, dass im juristischen Studium das Betreuungsrecht fast nicht vorkomme, dass der richterliche Stand Vormundschaftsangelegenheiten allenfalls als Initial- oder Vorruhestandsstelle begreife und dass Begutachtungsverfahren heutzutage zwar meist formal korrekt, inhaltlich jedoch weiterhin unter dem Diktum des Verwaltungsaktes begriffen würden. Als Gegenbild zeigte Frau van Lessen die Hoffnung auf, dass insbesondere von gutachterlicher Seite in Zukunft die Funktionsressource und funktionelle Einschränkung vor die Überlegungen zur Betreuungsintensität gestellt würden.

Ganz im Zeichen der Ideen Viktor von Weizsäckers standen die Überlegungen und persönlichen Erfahrungen, die Wilhelm Rimpau, Professor für Neurologie und Chefarzt der neurologischen Abteilung der Parkklinik Berlin-Weißensee, vortrug. Ausgehend von Begriffsbestimmungen zur Psychosomatik als Disziplin und zur psychosomatischen Medizin als ärztlicher Haltung, stellte er sein ärztliches Vorgehen dar. Fundament dieses Handelns sei zum einen das auf Thure von Uexküll zurückgehende Bio-psycho-soziale Modell mit der Forderung der Integration aller Facetten des Krankseins in den ärztlichen Blick sowie die anthropologische Medizin Weizsäckers mit dem Postulat der Einheit des gesunden und kranken Subjektes. Die neuzeitliche Medizin sei hingegen durch Descartes geprägt und würde den Menschen als „Maschinenmodell“ verstehen. Im Sinne einer anthropologischen Medizin müsse daran erinnert werden, dass der Mensch das endliche, sterbliche Wesen sei, welches, um zu leben, grundsätzlich des Anderen bedürfe. Zur *Grundhaltung des Arztes* gehöre die Entwicklung pathischer Fähigkeiten, die Kunst des Sich-einlassens. Zum Imperativ der Moderne gehöre indes, dass sich der Mensch allem Pathischen entledige, statt eine „Bereitschaft zur Biografie“ zu entwickeln, um schließlich die „Anstrengung der Biografie“ aushalten zu lernen. Menschen mit Intelligenzminderungen, wie auch Kranke, erinnern uns an die Brüchigkeit unserer Existenz, an unsere Verletzlichkeit. Die Sprachuntüchtigkeit von Menschen mit schweren und schwersten Intelligenzminderungen nötige uns mehr noch als alles andere dazu, uns selbst als fremd, als den Anderen zu erleben, der nur und ausschließlich seine pathischen Fähigkeiten gebrauchen kann um zu verstehen. In gewisser Weise seien diese Menschen daher auch Lehrmeister in der ärztlichen Kunst.

Abschließend berichtete Monika Seiffert, Dozentin an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln, über die aktuellen Überlegungen aus dem Bereich der Behindertenpädagogik. Ausgehend vom Symposiumstitel stellte Frau Seiffert die aktuelle Diskussion zum Begriff der geistigen Behinderung dar und kam zum Schluss, dass dieser ohne Zweifel problematisch zu bewerten sei, da er Segregation, pädagogischen Reduktionismus und negative Selbstbewertung des so Etikettierten zur Folge hätte. Ziel einer modernen Behindertenpädagogik sei es aber im Gegenteil, Faktoren wie Selbstbestimmtheit, Teilhabe oder optimale Assistenz zu fördern. Unter anderem wurde die Internationale Klassifikation zur Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als funktionsbezogene Klassifikation dargestellt, um den wirklichen Bedarf an Assistenz für einen Menschen zu erfassen. Im Abschluss des Referates weist Frau Seiffert darauf hin, dass die derzeitigen Bestrebungen innerhalb der Sozialgesetzgebung widersprüchlicher kaum sein könnten. Zwar sei zu begrüßen, dass durch die voraussichtliche Schaffung von Individualbudgets die Selbstbestimmtheit von behinderten Menschen gestärkt würde, da diese jedoch unter dem Finanzierungsvorbehalt stünden, sei mit erheblichen Leistungsreduktionen zu rechnen. Während der Podiumsdiskussion, die von Wolfgang Köller, Geschäftsführer des GIB e.V. moderiert wurde, hoben die Referenten nochmals hervor, dass Menschen mit Intelligenzminderungen zugleich besonders und ganz normal seien. Wobei dieser Umstand jedem Lebewesen innewohne, uns aber bei diesen Menschen erst ins Auge falle.

Wolfgang Köller (Berlin)

## Ankündigung

Erik Boehlke, Vorstandsvorsitzender des GIB e.V. (Gesellschaftliche Integration von Menschen mit Behinderungen), wird gemeinsam mit dem Direktor der Psychiatrischen Klinik der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité), Prof. Dr. med. Andreas Heinz, für die Ausrichtung der 37. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks (DGPA) verantwortlich zeichnen. Die Tagung findet im Verbund mit der International Cerebral Palsy Society (ICPS) vom 28. bis 31. Oktober 2004 an der Charité statt. Das Rahmenthema lautet: „Über Gott und die Welt“.

### Auskunft und Anmeldung:

Dr. Wolfgang Köller  
Geschäftsführer GIB e.V.  
Tuchmacherweg 8 – 10  
13158 Berlin  
Tel. 030 – 91 207 560  
Fax 030 – 91 207 569

## Rezension

Von Stephan Grätzel

### **Rainer Adamaszek: Familien – Biographik. Therapeutische Entschlüsselung und Wandlung von Schicksalsbindungen. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg 2001.**

Das von Adamaszek vorgelegte Werk richtet sich an unterschiedliche Leserkreise. In erster Linie scheint es, wie der Titel auch anzeigt, für Therapeuten und Helfer geschrieben zu sein. Dem in diesem Bereich kundigen Leser wird schnell offenbar, dass sich Adamaszek an der Methode Bert Hellingers orientiert. Für Skeptiker und Gegner von Hellinger könnte diese Entdeckung zum Grund werden, das Buch beiseite zu legen. Dass dieser Schritt übereilt wäre, zeigen die anderen Seiten, die zu entdecken eine lohnende Aufgabe darstellen. Adamaszeks Buch ist nämlich alles andere als ein Kommentar oder ein Subtext zu Hellinger. Es ist eine Auseinandersetzung mit dem Thema Schuld, die über die therapeutische Umsetzung in kulturphilosophische Fragestellungen hineinreicht. Schon von Beginn an wird deutlich, dass hier ein selbständiger Autor spricht, der nicht auf Referenzen verweist, sondern seine Erfahrungen und sein empirisches Material vorstellt und auslegt. Durchweg zeugt der Stil von einem authentischen Sprechen, wie es heute in der Wissenschaftsprosa selten zu finden ist. Der Autor hat etwas zu sagen, und er tut es ohne die sonst üblichen Verbindlichkeiten. Von der Thematik her ist dieses Selbstbewusstsein auch notwendig, richtet es sich doch in seiner paradigmatischen Ausrichtung gegen den naturalistischen Trend in der Medizin, in den Humanwissenschaften und damit auch in den helfenden Berufen.

Adamaszek Buch – und hierin könnte das übergreifende Ergebnis liegen – stellt die geschichtlichen Bindungen des Menschen über die genetischen, aber auch weit über die sozialen Bindungen. Die geschichtlichen Verstrickungen haben damit eine größere Auswirkung für das Leben des Einzelnen und sein Gelingen oder Misslingen, als allein das soziale Umfeld oder gar die genetische Disposition. Hier ist es Viktor von Weizsäcker und dessen biogra-

fischer Ansatz, der für Adamaszek die Leitlinien vorgibt. Über Weizsäcker hinaus aber wird die Biografie des Einzelnen in ihre Vorgeschichte gestellt. Ansatzpunkt dafür bildet die Leiblichkeit des Einzelnen und ihr Ursprung in Zeugung und Geburt, die nicht nur als Ergebnis eines biologischen Prozesses, sondern primär als Ergebnis einer Geschichte gesehen wird, das mit dem Zusammentreffen der Eltern und deren Biografie zwei bis dahin fremde Geschichten miteinander verbindet. Das In-Geschichten-sein und Aus-Geschichten-hervorgehen fordert ein Denken und Argumentieren, das in unserer Kultur nur ansatzweise entwickelt ist. Abgesehen von der Hermeneutik, die die Geschichtlichkeit aus einer akademisch spezialisierten, aus der Textauslegung herstammenden Methode kultiviert hat, war es der Jurist und geisteswissenschaftliche Außenseiter Wilhelm Schapp, der ihre alles grundlegende Bedeutung herausgestellt hat. Diesen Autor scheint Adamaszek nicht zu kennen, was bei vielfacher Übereinstimmung beider sehr erstaunlich ist. Schapps Werk *In Geschichten verstrickt* (1953, 2. Aufl. 1976) liest sich wie die Präliminarien zu Adamaszeks Buch, wobei die fehlende Thematisierung der Schuld bei Schapp den Eindruck der Ergänzung verstärkt.

Das vernachlässigte oder völlig ignorierte Thema der geschichtlichen Verstrickung wird von Adamaszek ins Detail der Familiengeschichte hinein verfolgt. Sind Menschen vor allem das geschichtliche Ergebnis ihrer Eltern und deren Biographien, dann spielt die Vorgeschichte eine entscheidende Rolle in ihrem Leben, mit der sie sich auseinanderzusetzen haben. Sie sind in die Geschichte verstrickt, aus der sie hervorgegangen sind. Die Auseinandersetzung des Einzelnen mit seiner Vorgeschichte ist von der Therapie wenig beachtet. Der Grund dafür liegt in der paradigmatischen Festlegung der Biographie auf die biologischen Grenzen des Individuums, die von allen Wissenschaften, ob Natur- oder Geisteswissenschaft, übernommen wird und damit auch für die therapeutische Praxis selbstverständlich scheint. Abgesehen davon, dass die biologischen Grenzen immer schwerer zu bestimmen sind, stimmen sie mit den geschichtlichen nicht überein. Die Geschichte eines Menschen beginnt vor seinem biologischen Anfang und begründet die Interaktion zwischen Erzeuger und Geschöpf, die in der biologischen Genealogie ausgeblendet ist. Adamaszek zeigt nun auf – und hier setzt er sich kritisch mit Freud auseinander, der bei aller Öffnung zur Symbolsprache des Leibes hin den Physikalismus in der Psychologie unterstrich – wie diese Interaktion nicht innerhalb der lebenden Familie auftritt, sondern die örtlichen und zeitlichen Grenzen überschreitet. So sind es auch und gerade die Toten, die in der familiären Interaktion eine wichtige Rolle spielen und sie mitbestimmen, insoweit in ihrem Leben, wie Adamaszek in Anlehnung an Weizsäcker formuliert, etwas nicht verwirklicht werden konnte. Die Bedeutung des „ungelebten Lebens“ bekommt hier eine neue Dimension, die Weizäckers Denken weiterführt, ohne den Grundgedanken zu verbiegen. Adamaszek vertieft das biografische Prinzip Weizäckers auf eigentümliche Weise, indem er auf die Spur der Schuld führt, die über den Tod hinausreicht.

Hier wird auch für Nicht-Therapeuten einiges zu denken aufgegeben. Das betrifft vor allem die einseitige Ausrichtung in der westlichen Kultur auf Gegenwart und Zukunft. Für diese Sichtweise ist das Vergangene vollständig vergangen. Die Fragen, die aus einer derart verkannten und verdrängten Vergangenheit als Unvergangenes aufsteigen, beschäftigen aber nicht nur die The-

rapeuten und Ärzte, sondern werden in Zeiten der Aufarbeitung von Massenvernichtungen zu brennenden Problemen des kulturellen Gedächtnisses und Gewissens. Adamaszeks Buch könnte bei der Lösung und Aufarbeitung dieser Fragen geradezu eine Schlüsselfunktion zufallen.

## Diskussion

Dr. Daniel Vasconcelos, ein in Heidelberg promovierter und an der Vogelschen Klinik, der Nervenabteilung der Ludolf-Krehl-Klinik, ausgebildeter mexikanischer Neurologe fühlte sich durch die Lektüre des Artikels von Peter Cornelius Claussen „Herzwechsel – meine Geschichte“ und des Artikels von Michael Schmidt-Degenhard „Oneiroides Erleben als Bewältigungsversuch von Extremsituationen“ herausgefordert, die Eigenerfahrung eines Nahtoderlebnisses und eines Oneiroids nach einem extremen Trauma preiszugeben.<sup>22</sup> Wir begrüßen seine Initiative und haben unsererseits die beiden Autoren gebeten, die Selbstdarstellung und Interpretation von Herrn Vasconcelos aus ihrer Sicht zu kommentieren und das Gespräch in den „Mitteilungen“ veröffentlichten zu dürfen.

### Kommentar zu Peter Cornelius Claussen und Michael Schmidt-Degenhard

Von Daniel Vasconcelos

Angeregt durch die Geschichte von Peter Cornelius Claussen erlaube ich mir, meine eigene derartige Erfahrung vorzutragen, die ich nach einer Notchirurgie anlässlich eines schweren Verkehrsunfalles, im Alter von 49 Jahren erlebt habe. Es handelte sich um einen frontalen Stoß wegen überhöhter Geschwindigkeit nach ca. dreitägigem exzessiven Alkoholgenuss. Dank des Roten Kreuzes befand ich mich bereits innerhalb einer Stunde im OP des Notkrankenhauses. Es wurden ca. 20 cm Dickdarm und die Gallenblase entfernt, die Leberkapsel ebenso wie Milz und Pankreas genäht, eine Drainage wegen eines hämatischen Pleuraergusses gelegt und Frakturen der rechten Hüfte und des gleichseitigen Sprunggelenkes versorgt. Die Chirurgie war, abgesehen von den schweren Verletzungen, auf Grund des hohen Alkoholspiegels sehr riskant gewesen. Ich habe keine Ahnung – und keiner sprach darüber –, wie lange die Operation gedauert hatte und in welchem Zustand ich aus dem Raum gekommen bin. Das Nächste was ich verspürt habe, war ein Wohlbefinden und ein Gefühl, ähnlich einem Schweben: „Plötzlich flog ich wie auf ein helles Licht hin, fuhr an einem Balkon vorbei, wo meine ganze Familie lächelte und winkte, aber keiner sprach. Der ‚Flug‘ ging weiter, dem Licht zu; als ich mittendrin war, blickte ich zurück und sah meinen Körper ganz allein, friedlich auf einer Trage liegen. Wie ich dazu kam zurückzukehren weiß ich nicht, aber auf jeden Fall ging die Reise zurück; der Balkon blieb leer und sonst war alles still.“

<sup>22</sup> Vgl. Peter Cornelius Claussen, Herzwechsel – meine Geschichte, in: Janz, D. (Hrsg.), Krankengeschichte. Biographie, Geschichte, Dokumentation. Beiträge zur Medizinischen Anthropologie, Bd. 2. Königshausen & Neumann, Würzburg 1999, S. 17–32; Michael Schmidt-Degenhard, Oneiroides Erleben als Bewältigungsversuch von Extremsituationen, in: ebd., S. 33–44.

Wie dem auch sei, was mir danach bewusst wurde, war: Ich lag auf der Trage, einsam, gut zugedeckt – ja, fest eingepackt – und, abgesehen von der Pleuradrainage, konnte ich weder eine Infusion noch sonstiges feststellen; die Atmung war oberflächlich langsam, ich konnte sehen und erkennen, aber nur ganz schwach sprechen. Ein Freund und auch Arzt besuchte mich, weil meine Frau ihn über meinen Unfall benachrichtigt hatte; auf meinen schwachen Ruf kam er näher, wunderte sich nur und ging geschwind, um Hilfe zu holen. Alle die kamen, wirkten sehr erstaunt, keiner sprach und obgleich kein Arzt erschien, bekam ich Antibiotika gespritzt, einen Dauertropf und einen Blasenkatheeter. Daraufhin bereitete das Personal schnell eine Verlegung auf die Innere Station vor, damit die schon im Voraus befürchteten Komplikationen weiterhin richtig behandelt würden. Die Umlegung erfolgte am gleichen Tag. Ich war die ganze Zeit über bei vollem Bewusstsein. Auf der Inneren Abteilung wurde mir erklärt, was der Chirurg alles machen müssen. Bei der Anamnese durch die neuen Ärzte konnte ich ziemlich klar die Geschichte vom Aufprall an, über die Ereignisse während der ersten Minuten danach, bis hin zum Gespräch mit den Polizisten und der Ankunft des Krankenwagens erinnern; alles was danach geschehen war, ist verwischt geblieben, bis ich auf den „Flug“ gegangen bin. Dieser ist mir ganz deutlich in Erinnerung geblieben und, obgleich ich dafür keinerlei Erklärung hatte, ja so ein Erlebnis mir völlig unbekannt gewesen war, habe ich damals mit niemandem darüber gesprochen. Die erste Woche war erstaunlicherweise mit täglicher Besserung vergangen. Sämtliche Schmerzen linderten sich; ich konnte allmählich weiches Diätessen zu mir nehmen; die Darmfunktionen traten kaum verändert langsam wieder ein, wenn auch die Ärzte Probleme erwarteten, denn die Darmnaht war notwendigerweise eine sog. Terminotermine am Ende des Kolons, d. h., noch in der Bauchhöhle.

Alles in allem bin ich ruhig geblieben und war mir über meine derzeitige Lage wie auch bezüglich der unumgänglichen Fragen für meine nächste Zukunft im klaren. Ich hatte keine Kopfverletzung erlitten und konnte sprechen, denken und verstehen. Dennoch, im Laufe der zweiten Woche sind, wie aus heiterem Himmel, Veränderungen eingetreten, die ich als „Fehlträume“ bezeichnen möchte: „Ich fiel in eine dunkle, völlig unbekante, finstere, fallgrubenähnliche Weite hinein. Äußerlich erschien ich ruhig, blieb aber unansprechbar und reagierte auf keinerlei Reiz, hatte angeblich dauernd die Augen offen und machte ungezielte, rollende Bewegungen; ich verweigerte die Nahrung, aber ohne Aggressivität und war eigentlich nie aufgeregt dabei.“ Die Dauer dieser „Fehlträume“ war unterschiedlich lang und sie waren unmerklich gekommen wie gegangen. Wenn ich, sozusagen von Zeit zu Zeit, wieder wach geworden war, konnte ich weder den anderen noch mir erklären, was los war, was ich gesehen oder gespürt hatte, obgleich jene Bühnen – mit all dem was der Begriff bedeuten kann –, sehr wahr (auch heute noch) vor meinen Augen standen. Ich habe auch keinen Begriff von meinem Zustand, meinem Empfinden, bzw. über Erholung oder Verschlechterung gehabt und zwar ohne Sorge habe ich gemerkt, dass ich nicht deutlich verstand, was man mir sagte, umso mehr, wenn es um ärztliche Ausdrücke ging: „Die Bilder wiederholten sich nie, sie waren immer menschenleer, da rührte sich nichts und eines war fremder als das andere, es war immer dunkel. Nach einer mir unbekanntem Zeit änderten sich die Schattierungen und die Empfindungen, die Farben wurden heller, obgleich sie nur zwischen Dunkelblau, Tiefbraun oder Ernstgrau

schwankten; ich sah Stalaktiten und Stalagmiten ähnliche Figuren, und mir war es, als ob ich langsam auf festen Boden käme.“ Diese „Fehlträume“ sind schätzungsweise während drei bis vier Wochen aufgetreten. Es ist mir unbewusst geblieben, wann sie inhalts- und formmässig umgestellt erschienen sind: „Jetzt waren die Farben hell und heiter, Landschaften mit blauem Himmel, weiße Wolken, veilchenblauer und grüner Boden, wie in der Lüneburger Heide; andermal erschienen goldgelbe Weizenfelder und verschiedene Obstbäume. Im Hintergrund klangen Stimmen, manchmal vertraute Lieder oder tierische Geräusche, ich sah aber niemanden.“ Die Traumzeiten wurden kürzer und ich blieb länger wach, war munterer und ansprechbar. Die Schlaf-Wach-Perioden sind regelmäßiger geworden, ich konnte wieder klarer denken. Plötzlich erschienen aber wichtige Änderungen: „Es ging zum Skifahren, mit deutlich zu erkennenden und für mich wichtigen Leuten; alles war heiter, viel Bewegung dabei, Genuss beim Essen, Trinken, Singen und sogar liebevollehaltungen. Auf einmal blieb die Gruppe zurück, ich fuhr mit einem Schlitten auf einen Gipfel zu. Dort stieg ich aus und lief zum Bergrand, um eine erstaunliche Aussicht betrachten zu können: Ich stand über einem Fjord, der Wald rundum war ganz still, das Meer spiegelglatt und die Sonne ging langsam auf. Das Erlebnis war einmalig, erfreulich, ermunternd. Als es jedoch sonnenklar und luftwarm wurde, war es so intensiv hell, dass ich davon erwachte.“ Dieser ist der letzte „Fehltraum“ gewesen, sehr aufregend; mir ging es immer besser und ich erholte mich. Meine „Fehltraumerfahrung“ hatte ca. sechs bis sieben Wochen gedauert. Doch fühlte und sah ich mich jämmerlich; ich hatte die Hälfte meines Körpergewichts verloren, meine vielen Verletzungsfolgen waren deutlich geworden, und ich konnte nicht laufen. Endlich kam ein freundlicher Arzt und berichtete mir von dem schweren metabolischen Sturm, den ich hinter mir hatte und seiner Skepsis, ob ich überleben würde.

Wie die „Fehlträume“ zu verstehen bzw. zu deuten sind, stellt Michael Schmidt-Degenhard anhand seiner Forschung mit Polyradikulitis-Kranken aus psychologisch-psychiatrischer Sicht als oneiroides Erleben dar. Doch stimme ich nicht in allen Punkten mit seinen Auffassungen überein, finde jedoch Ähnlichkeiten mit den „Reisen“ von Claussen. „Reisen“ und „Fehlträume“ haben m. E. gemein, dass beides Bewusstseinsstörungen sind, die durch schwere Körperänderungen, ja Extremsituationen, entstanden sind; sie sind ohne erkennbaren Grund aufgetreten und gehen mit einer gleichzeitigen Realitätstrennung einher, obgleich die Bilder im Gedächtnis verbleiben und jederzeit aufrufbar sind. Die Kranken reagieren auf verschiedene Heilverfahren nicht, auch wenn diese schmerzhaft sind, und auch nicht auf sonstige Anreize. Schmidt-Degenhard hat hierzu einen markanten Gedanken von Karl Jaspers zitiert, dass nämlich „... die Seele ... keinerlei Beziehung zur wirklichen Situation hat ...“. Dies liegt mehr an den verreisten bzw. fehlverträumten Erlebnissen als an der Störungen der Polyradikulitis-Kranken, wie der Autor im weiteren Text selbst aufzeigt.<sup>23</sup>

Ich verstehe diese Unterschiede als eine Reaktion eines sonst nicht verletzten Gehirnes, welches aber binnen einer unbewussten Extremsituation nur eingeschränkt arbeitet, was wahrscheinlich einen komplizierten neurometabolischen Grund haben könnte, der eben den Entzug aus der Wirklichkeit verursachen kann.<sup>24</sup> Dagegen bleiben die Polyradikulitis-Kranken während ihrer Krankheit bei Bewusstsein und, mehr noch, sie mer-

ken ihre Verschlechterung, die Hilfsmassnahmen, die unternommen werden müssen und die allgemeine Sorge um ihr Befinden. Aus meiner Sicht würde die Annahme neurometabolischer Vorgänge auch erklären, warum die klinische Besserung mit den vertraut werdenden, sogar beruhigenden halluzinatorischen Bildern vor sich gehen. Zuletzt scheint es mir auch wichtig zu erwähnen, dass offensichtlich die Inhalte der halluzinatorischen Szenen auf den Lebenserfahrungen des Kranken beruhen, wobei die Gehirnaktivitäten mit den vielgestaltigen, aber doch ungestörten Gedächtnisvorgängen verbunden sind.

Mit meinem „Flug“, der eigentlich als Todesnähe Erfahrung (TNE) in der speziellen Literatur bezeichnet wird, handelt es sich nun um eine TNE, die eine ganz andere Bedeutung als die Fehlträume haben muss. Obgleich Erwähnungen über TNE in der Weltgeschichte schon immer zu finden sind, und eventuell sogar auch etwas dazu beigetragen haben, über Himmel und Hölle nachzudenken oder zumindest sich zu fragen, was beim Sterben bzw. nach dem Tod geschieht.<sup>25</sup> Doch wie die TNE zustande kommen und was sie eigentlich zu bedeuten haben, ist trotz der zahlreichen Angaben keineswegs klar. Die Aussagen darüber bleiben vielmehr im esoterischen, z.T. auch religiösen Raum und haben sozusagen kaum einen wissenschaftlichen Charakter. Dennoch ist die TNE m.E. ein ganz anderes und wahrscheinlich auch viel komplizierteres Phänomen als das oneiroide Erlebnis. Die TNE wird als eine der stärksten Erfahrungen, die ein Mensch haben kann, bezeichnet, die später sogar die Urteile hinsichtlich Wahrheit und Wichtigkeit beeinflussen kann. Eine ihrer erstaunlichsten Eigenschaften ist, dass der wahrscheinlich zugrunde liegende Prozess nicht durch Kultur, Glaube, Rasse, Erziehung oder sonstige Variablen des Betroffenen beeinflusst wird. Ebenso wenig dadurch, ob jemand ein „gutes“ oder ein „schlechtes“ Leben geführt hat. Dennoch kann das Ereignis die Lebensempfindungen nachhaltig beeinflussen. Daher scheint es mir wichtig, bei der Aufnahme der Krankengeschichten von Patienten, die vermutlich eine TNE oder ein Oneiroid erlebt haben, dieses sehr aufmerksam zu erfassen, denn sonst könnten Verhaltens- und Gemütsstörungen die Folge sein.<sup>26</sup>

### Notizen und Gedanken nach wiederholter Lektüre des Briefes von Dr. Daniel Vasconceloz, Mexico

Von Peter Cornelius Claussen

1. Daniel Vasconceloz ist Arzt. Er hat bisher niemals über seine besondere psychische Situation nach einem schweren Unfall gesprochen oder geschrieben und ist zu seinem Brief durch den Band „Krankengeschichte“ angeregt worden. Die zentrale Botschaft ist der Nachhall seines Nahtoderlebnisses (Flug), in zweiter Linie geht es ihm um die lang anhaltenden Erscheinungen eines Oneiroids (Fehlträume). Er regt, selbst Arzt,

<sup>23</sup> Michael Schmidt-Degenhard, Oneiroides Erleben, a. a. O., S. 39.

<sup>24</sup> K.L. Jansen, Neuroscience and the near-death experience: roles for the NMSA-PCP receptor, the sigma receptor and the endopsycosins. Med. Hypotheses (England) 31 (1990) 1, 25 – 29.

<sup>25</sup> Vgl. Elisabeth Kübler-Ross, Erfülltes Leben, würdiges Sterben. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1997; dies., Jedes Ende ist ein strahlender Beginn. Die Silberschnur, Neuwied 1995; dies., Das Rad des Lebens. Droemer & Knauer, München 1997; M. Callanan, P. Kelley, Final Gifts. Simon & Schuster, New York 1992.

eine stärkere Begleitung und Nachbetreuung von Menschen an, die derartige Erlebnisse, insbesondere Nahtoderlebnisse gehabt haben, „denn sie könnte(n) Verhaltens- und andere Gemütsstörungen verursachen“. Hat Vasconceloz selbst derartige Folgen gespürt? Ich habe es immer wieder gemerkt, wenn Leute mich auf mein Buch „Herzwechsel“ und die darin geschilderten „Reisen“ im Kopf ansprachen: Viele hatten ähnliche Erfahrungen gemacht, von denen sie nun zum ersten Mal zu sprechen wagten. Eine erstaunliche Tatsache, dass es in heutiger Zeit derartige (neue?) Tabubereiche gibt. Es fällt nicht nur Ärzten schwer, über einen Bereich zu sprechen, für den es im durchrationalisierten medizinischen Alltag keinen Platz gibt und der allenfalls dem Rezeptbuch des Psychiaters oder der Psychoanalyse zugeschoben wird. Wenn man aber doch den Entschluss fasst, darüber zu sprechen, so möchte man die Mitteilung über das individuelle Erlebnis hinaus verallgemeinern und eine Botschaft damit verbinden. Interessant, dass der zum Patient gewordene Arzt dafür ganz ähnliche Worte findet wie ich sie in meiner Sinnsuche als Patient gefunden habe.

2. Trotz Alkoholeinwirkung, trotz schwerer Verletzung und schwerer Operation hatte Vasconceloz keinen Gedächtnisverlust. Er konnte den Unfallhergang bald nach der Operation beschreiben. Ihm sind die Stunden zunächst völligen Wirklichkeitsverlustes bei wachem Bewusstsein erspart geblieben, die mich nach dem Aufwachen aus der Narkose gequält haben. Das Entschweben ins Licht, der Abschied von der auf einem Balkon versammelten Familie und die Wendung zurück in die Einsamkeit der Bahre haben mich sehr beeindruckt. Ich selbst habe kein derartiges Nahtod- und auch kein Out-of-body-Erlebnis gehabt, obwohl ich mich in vielen Phasen des Oneiroids ohne jede Verwunderung auch wie in einem Film selbst betrachten konnte. Wenn ich den Text von Vasconceloz richtig interpretiere, so wäre sein Nahtoderlebnis in zeitlicher Nähe zu der Operation zu lokalisieren. Meine über fünf Tage andauernde Narkose hat keine Erinnerungsspur hinterlassen.
3. Nach der Operation erlebt Vasconceloz „bei vollem Bewusstsein“ sich selbst im Bett der Intensivstation. Ich frage mich, ob das, was er als Realität in Erinnerung hat, nicht auch schon z. T. Eigenwelten spiegelt. Mich verwundert, dass niemand der Freunde und Ärzte am Bett spricht und dass der Frischoperierte trotzdem mitbekommt, dass sie sich wundern, bzw. erstaunt wirken. Zumindest glaube ich, einen stark interpretatorischen Anteil in dieser Gedächtnisspur zu spüren. Vielleicht in der Richtung, dass ihn die anderen Menschen behandeln, als sei er schon tot gewesen und nun noch nicht an seine Rückkehr glauben.
4. Die zweite, drei bis vier Wochen andauernde Phase der „Fehlträume“ von Vasconceloz ist in zwei deutlich unterschiedene Stadien geteilt. Das erste ist von Dunkelheit, einem Gefühl des Fallens, der Fremdheit und Menschenleere geprägt. Erst allmählich drängen sich dunkle Farben und mit „Stalaktiten und Stalagmiten“ eher als leblose, abstrakte Formen wirkende „Figuren“ in diese sich stetig verändernde Welt, die gleich-

wohl als Bilder beschrieben werden. Je stärker die Bilder Farbe und Form annehmen, desto stärker spürt der Patient wieder Boden unter den Füßen. Im Gegensatz zu meiner halluzinatorischen Phase mit starken Farberlebnissen, aber auch extrem aggressiven und zu Herzen gehenden figürlichen Bildern wiederholen sich die abstrakten Bildstrukturen dieser „Fehlträume“ niemals. Gemeinsam ist, dass Vasconceloz und ich diese Bilder sehr fest in das Gedächtnis eingepägt haben, wofür Michael Schmidt-Degenhard den treffenden Begriff „hypermnestisch“ verwendet. Das zweite Stadium mit sonnigen Landschaften und kräftigen Farben entspricht dann wohl zum Teil meinen „Reisen“, die allerdings niemals ins Menschenleere gingen, sondern gerade an den Menschen der Spitalumgebung anknüpfend ganze Filmdrehbücher im Kopfkino inszenierten. Was das Schlussbild der „Fehlträume“ betrifft, nun mit für Vasconceloz wichtigen Menschen in festlicher, lustvoller Umgebung und beim Skifahren, verbunden mit dem grandios inszenierten Sonnenaufgang am Meer, erinnert mich an eine meiner „Reisen“. Sie führte mich im Spitalbett in ein Skigebiet der Schweizer Hochalpen. Samt Bett sauste ich in kühnen Schwüngen und Sprüngen die sonnenbeschiene Berggrate entlang, um dann auf mondäner Bergterrasse mit Freunden auszuruhen. Auch diese „Reise“ ordne ich der letzten Phase des Oneiroids zu, in der ich schon „über“ den Berg war. Eine solche Lust- und Wunschvorstellung mag in dieser Phase als wichtiger Anschlag wirken, mit der veränderten Wirklichkeit fertig zu werden und Zukunftshoffnungen zu entwickeln.

5. Die meisten Berichte, die ich von derartigen Erlebnissen aber auch von oneiroiden Phasen kenne, stammen aus Spitalsituationen. Ich nehme jedoch nicht an, dass sie ausschließlich Produkte der Spitalumgebung, bzw. der Narkosemittel sind. Nicht unmöglich ist aber, dass die Spitalsituation die Bereitschaft zu derartigen Seelenfluchten erhöht. Eine systematische Sammlung von Berichten über oneiroide Erlebnisse steht aus und müsste auch Situationen mitberücksichtigen, die aus ganz anderen Bereichen stammen. Eine derartige Sammlung könnte auch durch manche historische Überlieferung bereichert werden, die auf ihre möglichen psychischen Komponenten hin untersucht werden sollten, z. B. Künstlerviten. Was z. B. die mittelalterlichen Berichte über Jenseitsvisionen angeht, so sind sie häufig durch eine Enttaffung, durch langes Umherirren und schließliche Rückkehr von der Seelenreise gekennzeichnet. Wenn in der einst hochberühmten Visio Tugdali aus dem 12. Jahrhundert ein ganzes Repertoire von Höllenstrafen als Erinnerung an eine solche Entrückung erzählt wird, so mag sich der didaktische Zweck mit konkreten Erinnerungen an ein Oneiroid mischen.<sup>27</sup>
6. Mit Daniel Vasconceloz bin ich der Meinung, dass sich das Repertoire des Oneiroids nur individuell aus den Lebenserfahrungen und Erinnerungen des Einzelnen erschließt. Ich habe einmal versucht, aus den mir bekannten Schilderungen des Inhalts oneiroider Erlebnisse eine Art statistische Topologie der „Versatzstücke“ zu erstellen. Ich bin daran gescheitert. Es gibt offenbar keine deutlichen Archetypen, auch wenn diese Berichte fast alle einem Kulturkreis und einem Jahrhundert angehören. Anders mag es bei Nahtoderlebnissen sein. Die Frage, ob man den geschilderten Flug zum Licht als eine Sonderform des Oneiroids anschauen kann oder als etwas, dessen Ursachen und Wirkungen in ganz anderen Bereichen liegen, stellt sich nach der Lektüre des Briefes aus Mexico noch deut-

<sup>26</sup> Vgl. B. Greysen, The near-death experience as a focus of clinical attention. *J Nerv Ment Dis (U S)* 185 (1997) 5, 327–334; ders., Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds? *Lancet (England)* 355 (2000) 460–463; R. Moody, *Life after Life*. Bantam, New York 1975; C. Zaieski, *Otherworld Journeys*. Oxford University Press, New York 1987.

licher. Für das Verständnis der Umgebung liegen Nahtoderlebnisse vermutlich sehr viel näher als die Schilderung verwirrend vielfältiger oneiroider Erlebnisse. Durch eine Vielzahl von Büchern wie die von Elisabeth Kübler-Ross darf man ein Vorwissen voraussetzen, das als Muster diese Erlebnisse aber möglicherweise wieder beeinflusst oder mindestens ihre Interpretation erleichtert. Wesentlich hermetischer sind dagegen die Episoden eines Oneiroids, vielleicht gerade, weil sie nicht auf Überirdisches verweisen, sondern sehr real mit der individuellen Erlebniswelt des jeweiligen Schwerkranken verbunden sind. Sie sind auch darin traumähnlich, als man für die Träume der anderen in der Regel nur mäßiges Interesse aufbringen kann. Allerdings gilt das im konkreten Fall von Vasconceloz nicht im gleichen Maße. Seine „Fehlträume“ wirken auf mich wie Landschaftsbilder und erfüllen damit eine allgemein anerkannte Konvention. Sie sind in ihrer Schönheit weniger in Gefahr als Verwirrung, Blödheit und Seltsamkeit abgetan zu werden. Wichtig, dass diese Bilder, ob schön oder erschreckend fest ins Gedächtnis gebrannt sind und den Menschen aus der lebensbedrohlichen Situation des Schwerkranken ins Leben hinaus begleiten. Sie können, und das scheint mir die Schilderung des Schlussbildes von Vasconceloz besonders nahelegen, Heilmittel sein. Bilder als Heilmittel, welche die Seele sich selbst verschreibt.

#### Anmerkungen zum Kommentar von Dr. Daniel Vasconceloz

Von Michael Schmidt-Degenhard

In seinem Kommentar zum Tagungsband „Krankengeschichte“ der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft teilt Daniel Vasconceloz eigene Erfahrungen intensiver phantastischer Erlebniszusammenhänge mit, die bei ihm im Zusammenhang eines schwerwiegenden lebensbedrohlichen Polytraumas infolge eines Autounfalles auftraten. Der Autor bezieht sich hierbei auf die Selbstschilderungen von P. C. Claussen über ähnliche Erlebnisse anlässlich seines „Herzwechsel“<sup>28</sup>, also einer notfallbedingten Herztransplantation, sowie meine eigenen psychopathologischen Ausführungen über oneiroides Erleben als Bewältigungsversuch von Extremsituationen.<sup>29</sup> Auch der von Vasconceloz geschilderte objektive Rahmen seiner subjektiven Erlebniswelten, die lebensbedrohlichen Verletzungen und die wochenlange intensivmedizinische Behandlung, lässt sich als eine todesnahe Extremsituation betrachten. In solchen Grenzerfahrungen wird der Mensch auf radikale und unausweichliche Weise mit seiner eigenen Endlichkeit und Kreativität konfrontiert, es kommt zu einem Bruch und Versagen der die Alltagsexistenz sichernden Erfahrungsschemata und lebensweltlichen Gewissheiten. Hinsichtlich möglicher exogen-organischer Determinanten seiner „Fehlträume“ bemerkt Vasconceloz, dass er bei dem Unfallereignis keine kraniocerebralen Verletzungen erlitten habe, seine kognitiven und mnestischen Fähigkeiten seien uneingeschränkt geblieben; allerdings verweist er auf einen vorangegangenen, dreitägigen „exzessiven Alkoholenuss“, dessen pathogenetische Auswirkungen sowohl im Sinne einer akuten Intoxikation als

auch eines etwaigen Entzugssyndroms dann aber nicht weiter erörtert werden.

Die phantastischen „Innenwelt“-Erfahrungen von Vasconceloz lassen sich in deskriptiv-psychopathologischer Hinsicht der sog. oneiroiden Erlebnisform zuordnen, die als ein traumähnlich veränderter Wachbewusstseinszustand umschrieben wird und als ein ätiologisch unspezifisches Syndrom alle nosografischen Grenzziehungen überschreitet. Das Oneiroid stellt eine anthropologisch höchst bedeutsame Erlebensmodalität dar, die in einer eigenwertigen Stellung zwischen Traum und Wachbewusstsein paradigmatisch die Konstituierung einer Phantasiewelt als erlebte Wirklichkeit demonstriert. In seiner Selbstschilderung beschreibt Vasconceloz zwei durchaus unterschiedlich konfigurierte Ausformungen oneiroiden Erlebens, die sich vor allem bezüglich ihrer existentiellen Bedeutsamkeit voneinander abheben. Allen von ihm mitgeteilten Erlebnisfolgen ist aber ihre Unauslöschlichkeit gemeinsam, die aus der hypermnestischen Verankerung solcher dynamisch geprägter Erfahrungen des Außerordentlichen in der personalen Struktur resultiert. Das wohl unmittelbar nach dem Unfallereignis einsetzende und durch Gefühle des „Wohlbefindens“ und „Schwebens“ gekennzeichnete Erleben des „Fluges dem Licht zu“ entspricht dem Typus der sogenannten „near-death-experiences“, die regelhaft mit out-of-body-Erfahrungen und gelegentlich mit einer sogenannten Lebensbilderschau einherzugehen scheinen. In diesen transkulturell beobachtbaren Nahtoderlebnissen manifestieren sich überindividuelle, quasi archetypisch präformierte Erfahrungsmuster, deren interpretative (magisch-mythische, religiöse oder wissenschaftliche) Aneignung durch die betroffene Person jedoch immer durch den jeweiligen kulturellen und historischen Kontext geprägt wird. Ihre psychopathologische Erforschung hat daher unbedingt interdisziplinäre, insbesondere religionspsychologische und kulturanthropologische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wichtig erscheint mir der Hinweis von Vasconceloz auf eine behutsame psychotherapeutische Begleitung von Menschen, die sich mit solchen intensiv-emotionalen Nahtoderlebnissen und ihren intrapsychischen Nachwirkungen auseinandersetzen müssen. Aufgrund ihrer formalen Struktur und Ablaufdynamik erblicken wir in den „near-death-experiences“ einen bevorzugten Manifestationsraum der oneiroiden Erlebnisform, die wir ausdrücklich nicht als ein krankheitswertiges Phänomen, sondern als einen kreativ-konstruktiven Bewältigungsversuch der menschlichen Psyche angesichts unterschiedlicher Extremerfahrungen ansehen.

Die während der Intensivbehandlung unvermittelt hereinbrechenden und über mehrere Wochen wiederholt auftretenden „Fehlträume“ des Autors lassen sich – ähnlich wie bei den von mir untersuchten Polyradikulitis-Kranken – als eine imaginative Vergegenwärtigung des vital-bedrohlichen somatischen Krankheitsgeschehens interpretieren. Bemerkenswert erscheint mir ihre inhaltliche Ausgestaltung: Vasconceloz schildert durchgängig menschenleere Bildfolgen von welthafter Strukturiertheit, deren atmosphärische Charaktere einer beeindruckenden Wandlungsdynamik unterliegen: So imponiert zunächst eine „dunkle,

<sup>27</sup> Einen Überblick gibt Peter Dinzelbacher, *Mittelalterliche Visionsliteratur*. Eine Anthologie. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt 1989.

<sup>28</sup> So auch der Titel seines lesenswerten Buches bei Hanser, München 1996.

<sup>29</sup> Michael Schmidt-Degenhard, *Die oneiroide Erlebnisform*. Zur Problemgeschichte und Psychopathologie des Erlebens fiktiver Wirklichkeiten. Springer, Berlin-Heidelberg 1992.

finstere, völlig unbekannte Weite“, die – paradox anmutend – als „fallgrubenähnlich“ erfahren wird. Fremde und Dunkelheit sind die bestimmenden Attribute dieser initialen „Entrückungen“, denen dann eine allmähliche Aufhellung der „Schattierungen und Empfindungen“ folgt. Der fallenden Bewegung in den früheren Erlebnissen entspricht nun die Gewissheit, langsam auf einem festen Boden zu gehen, aus dem zudem archaisch-standfeste Gesteinsformationen erwachsen. Schließlich sieht sich der Kranke in „hell und heiter“ gestaltete, lieblich anmutende Landschaften versetzt, deren Hintergrund nun auch die akustische Sphäre in Form von „Stimmen, vertrauten Liedern oder tierischen Geräuschen“ wieder anklingen lässt. Die abschließende Szene malt gewissermaßen den Rückgewinn mit der menschlichen Gemeinschaft aus: Zusammen mit ihm persönlich wichtigen Menschen unternimmt Vasconceloz in einer hellen Berglandschaft eine Skiwanderung, die von einer gelösten Heiterkeit und „sogar liebevollen Haltungen“ geprägt wird. Im Verlauf des Ausfluges löst er sich von der Gruppe, um vom Gipfel aus eine prachttolle, allerdings stille Ideallandschaft zu erblicken, über der langsam die Sonne aufgeht. Der Autor teilt noch mit, dass seine subjektive Genesung seit diesem letzten „Fehlraum“ deutlich vorangeschritten sei, und wie sehr ihn gleichzeitig jedoch die nun mögliche Sicht auf die objektive Realität seiner schwerwiegenden somatischen Verletzungsfolgen belastet habe. Diese fiktiven, stets aber als unbezweifelbar wirklich erfahrenen Erlebniszusammenhänge bedeuten letztlich die imaginativ fundierte Widerspiegelung einer gelingenden intrapsychischen Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen Krankheitssituation und verweisen damit auf transphänomenale leibseelische Wirkungszusammenhänge im Sinne Viktor von Weizsäckers.

In den „Fehlträumen“ von Vasconceloz wird auch der von mir – exemplarisch an den Oneiroiden der Polyradikulitis-Kranken – beschriebene konstitutive Primat der Verräumlichung der imaginierten Welten deutlich, die im vorliegenden Fall zunächst quasi zeitlos erscheinen und erst abschließend eine gewisse Geschehensdynamik entfalten. Allerdings belegen diese Selbstschilderungen auch die Komplexität der intentionalen Verhältnisse bei solchermaßen imaginativ fundierten Erlebnissen: Der eigenartig gedoppelten Faktizität eines zwar körperlich-real anwesenden, gleichwohl aber seelisch-entrückten Subjekts entspricht auf der intentionalen Ebene, dass in der phänomenalen („realen“) Zeit solche imaginierenden Akte stattfinden, dank derer sich eine imaginäre Welt mit einer ihr eigenen Quasi-Räumlichkeit und später auch Quasi-Zeitlichkeit konstituiert. Diese autonome Phantasiewelt des Subjekts steht nun in keinem Orientierungsverhältnis zu jener intersubjektiven Gegenwartssituation (hier der Intensivstation), in welcher sich der imaginierende Vorgang vollzieht: Realwelt und Phantasiewelt stehen nebeneinander. Entsprechend ratlos findet sich das Subjekt zwischen den verschiedenen oneiroiden Episoden in einer unvertrauten klinischen Realität wieder, um dann erneut wie in einer Pendelbewegung in wechselnde und andersartige imaginäre Szenarien entrückt zu werden. Auch die Mitteilungen von Vasconceloz belegen, dass oneiroide Erlebnisse vielfach biografische Spuren tragen und nicht selten in den vertrauten lebensweltlichen Bezügen wurzeln. Sie legen aber auch bisher nicht gekannte, für das Individuum neue Erfahrungshorizonte frei, deren Bilderreichtum das gesamte Spektrum der Ikonographie des Phantastischen umfasst und auf Erfahrungsschichten verweist, die sich erst einer tiefenpsychologischen Interpretation erschließen. Innerhalb der hoch-

technisierten Umgebung einer Intensivstation können so in der Imagination des Subjektes archaische Erfahrungsmuster aktualisiert werden, die als Ausdruck intrapsychischer Bewältigungsstrategien für die Kranken vorübergehend eine höhere existentielle Relevanz und intensivere Wirklichkeitsprägung besitzen als die äußere Realität. Vasconceloz scheint ein neurobiologisches Erklärungsmodell der von ihm geschilderten Erlebnisse zu bevorzugen. Zu bedenken bleibt aber aus meiner Sicht, dass sich die wichtige und notwendige Erforschung der neurochemischen und neurophysiologischen Determinanten und Bedingungskonstellationen solcher „inneren Reisen“ (Claussen) auf einer anderen Ebene bewegt als die den Patienten primär bewegende Frage nach dem unbegreiflichen Wirklichkeitscharakter und den möglichen Sinnmomenten seiner Erfahrungen. Für eine phänomenologisch-anthropologisch orientierte Psychopathologie erweist sich die Eigenwelt und Eigengesetzlichkeit des Seelischen als ihr bevorzugtes Erfahrungs- und Forschungsfeld. Die unterschiedlichen psychopathologischen Phänomene zeigen sich einem solchen Zugang eben auch als komplexe seelisch-geistige Sinngebilde, die auf grundlegende Fragen der *Conditio humana* verweisen können: So konfrontiert uns die – von Vasconceloz in seiner Selbstschilderung so eindrücklich illustrierte – oneiroide Erlebnisform mit dem rätselhaften Problem der Erlebniswirklichkeit des Imaginären.

### Vorstandswahl 2003

Während der letzten Mitgliederversammlung, die anlässlich der Jahrestagung im Oktober 2003 in Lutherstadt Wittenberg stattfand, erfolgte satzungsgemäß die Neuwahl des Vorstandes der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft. Der bisherige Beisitzer Prof. Dr. med. Bernhard Neundörfer (Erlangen) stellte sich mit Rücksicht auf die Verjüngung des Vorstandes nicht mehr zur Wahl. Der scheidende Vorstand schlug für das freigewordene Beisitzermandat den Privatdozenten Dr. med. Peter Henningsen (Heidelberg) vor. Da keine weiteren Vorschläge geltend gemacht wurden, erbrachte die Wahl folgende Zusammensetzung des neuen Vorstandes, dessen Amtszeit bis zum Herbst 2006 reicht:

Hans Stoffels (Berlin), Vorsitzender  
Cora Penselin (Bonn), stellvertr. Vorsitzende  
Rainer-M.E. Jacobi (Bonn), Schatzmeister  
Peter Henningsen (Heidelberg), Beisitzer  
Peter Achilles (Homburg/Saar), Beisitzer

### Ankündigungen

#### Leseseminar zur Medizinischen Anthropologie

Bereits zum sechstenmal findet vom 30. April bis zum 2. Mai 2004 gemeinsam mit der Evangelischen Akademie Iserlohn ein Leseseminar zur Medizinischen Anthropologie statt. Nachdem schon im Vorjahr die Beschränkung auf Texte Viktor von Weizsäckers zu Gunsten von Texten jüdischer Zeitgenossen, denen Weizsäcker geistig verbunden war, aufgegeben wurde, erfolgt nunmehr eine Erweiterung auf literarische Quellen. Hierbei gilt das Interesse jenen Autoren, deren Werkgenese in einem engen Zusammenhang mit den Erfahrungen von Krankheit und Schmerz steht. Insofern sich für die Medizinische Anthropologie

Weizsäckers die Bestimmung des Menschen nicht darin erschöpft, nur gesund zu sein, kommt der Krankheit als einer Weise des Menschseins eine besondere Bedeutung zu.<sup>30</sup> Nicht nur markiert sie das je Eigene der Biografie, sie kann vielmehr auch als Preis für ein Lebenswerk verstanden werden. Dieser These soll am Beispiel literarischer Selbstzeugnisse Fjodor Dostojewskis, Rainer Maria Rilkes und Friedrich Hölderlins näher nachgegangen werden. Im Mittelpunkt des Interesses wird die Selbstwahrnehmung der Krankheit bei Dostojewski stehen. Der Wert dieser literarisch reflektierten Selbstwahrnehmung nicht nur für die Bestimmung des eigenen Lebens, sondern mehr noch für die Aufklärung der Krankheit, scheint in diesem Fall am deutlichsten belegt zu sein. Hierzu werden ausgewählte Briefe Dostojewskis an seine Frau Anna und eine klassische Studie Paul Vogels gelesen.<sup>31</sup> Besonders einschlägig ist in diesem Zusammenhang eine kürzlich veröffentlichte Studie des chilenischen Psychiaters Otto Dörr-Zegers zu Rilkes Umgang mit der Krankheit.<sup>32</sup>

## Wahrnehmen und Bewegen

10. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft in Verbindung mit der Neurologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg vom 1. – 2. Oktober 2004 in Erlangen.

Im Zentrum des Weizsäckerschen Werkes steht die 1940 erschienene Schrift „Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegen“. Der Formulierung dieses systematischen Entwurfs ging ein grundlegender Wandel sinnesphysiologischer und neurologischer Prämissen voraus. Das Prinzip der Form löste jenes des Ortes ab, das der Leistung jenes der Leitung. Hiermit verband sich eine Kritik am Begriff der Elementarfunktion ebenso, wie an der festen Zuordnung von Reiz und Reaktion. Deutlichsten Ausdruck fand dies in den von Paul Vogel vorgenommenen Experimenten zum optischen Drehschwindel: um die Leistung des Körpergleichgewichts zu erbringen, kommt es

zur gegenseitigen Vertretung von motorischen und sensorischen Reaktionen. Diese gegenseitige Vertretung versuchte Weizsäcker auch für seine Bemühungen um eine psychophysische Pathologie und eine ärztliche Erkenntnislehre fruchtbar zu machen. Neben der sensomotorischen und psychophysischen Einheit muss dann auch eine solche von Subjekt und Objekt angenommen werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welcher Stellenwert dem Konzept der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen sowohl für das Verstehen des Schwindels als auch hinsichtlich moderner neurophysiologischer und klinischer Einsichten zukommt.

Das Spektrum der Plenarvorträge reicht vom Schwindel aus wissenschaftshistorischer Sicht (Michael Hagner, Zürich) über Schwindelerfahrungen in der Literatur (Fabian Stoermer, Berlin) und dem Schwindel als seelischer Krise (Peter Henningsen, Heidelberg) bis zu psychophysischen und biologischen Befunden des Verhältnisses von Wahrnehmen und Bewegen (Wolfgang Prinz, München/ Randolph Menzel, Berlin) und einem klinischen Beitrag aus neuro-ophthalmologischer Sicht (Detlef Kömpf und Ferdinand Binkowski, Lübeck). Auch in diesem Jahr wird es Gelegenheit geben, in drei parallelen Symposien Einzelfragen des weitgespannten Themas im Gespräch zu vertiefen: Viktor von Weizsäckers Gestaltkreis (Dieter Janz und Wilhelm Rimpau, Berlin), Wahrnehmen und Bewegen in der funktionellen Entspannung (Verena Lauffer, Greifswald, und Gabriele Janz, Berlin), Bewegungsstörung und gestörte Wahrnehmung (Frank Erbguth, Nürnberg, und Martin Hecht, Erlangen).

Auskunft und Anmeldung: Frau Anita Behrends  
Neurologische Klinik  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Tel. 09131 – 8 534563  
Fax 09131 – 8 536597  
e-mail anita.behrends@neuro.imed.uni-erlangen.de

<sup>30</sup> Vgl. Viktor von Weizsäcker, Von den seelischen Ursachen der Krankheit (1947), in: Ges. Schriften, Bd. 6, S. 399 – 419.

<sup>31</sup> Fjodor Dostojewski, Die Briefe an Anna (1866 – 1880). Athenäum, Königstein 1986; Paul Vogel, Von der Selbstwahrnehmung der Epilepsie. Der Fall Dostojewski. Der Nervenarzt 12 (1961) 438 – 441.

<sup>32</sup> Otto Dörr-Zegers, Das psychische Leiden des Genies. Der Fall Rainer Maria Rilke, in: Jacobi, R.-M.E., Claussen, P.C., Wolf, P. (Hrsg.), Die Wahrheit der Begegnung. Anthropologische Perspektiven der Neurologie. Festschrift für Dieter Janz. Königshausen & Neumann, Würzburg 2001, S. 431 – 448.

### **Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im „Dritten Reich“. Eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus**

C. Cording

Deutscher Wissenschafts-Verlag, Würzburg 2000. 124 S., 15 Abb., Kart. 11,80 €. ISBN 3-980-64244-5

Der zentrale Teil dieses kleinen Buches, die Geschichte der Regensburger Anstalt Karthaus-Prüll wurde ursprünglich in dem von Michael von Cranach und Hans-Ludwig Siemen herausgegeben und 1999 erschienen Buch „Psychiatrie im Nationalsozialismus“ veröffentlicht. Der Deutsche Wissenschaftsverlag schlug Clemens Cording ob der Qualität seines Beitrages die separate Veröffentlichung vor. Unter Hinzufügung einer komprimierten Darstellung der deutschen Psychiatrie im Nationalsozialismus, der sich Anmerkungen zur gegenwärtigen „Euthanasie“-Debatte anschließen, ist der Autor der Bitte des Verlages nachgekommen. Dirk Blasius schrieb dazu ein profundes Geleitwort.

Clemens Cording lässt seine detaillierte Beschreibung der Anstaltsgeschichte nicht mit 1933, sondern bereits im ersten Weltkrieg beginnen, als Karl Eisen 1916 die Leitung der Anstalt übernahm. Das gibt ihm die Möglichkeit, das Werk dieses aufrechten Mannes und Reformers darzustellen, der sich schließlich 1937 aus Protest gegen die nationalsozialistische Psychiatriepolitik vorzeitig pensionieren ließ.

Nach der „Machtübernahme“ der Nationalsozialisten versuchte sich Eisen als „politisch neutral“ darzustellen, machte aber doch Konzessionen an die neue Ideologie: Wie die meisten Reformer der Zwanzigerjahre, die über den Vorwurf erschrocken waren, sie hätten mit „Frühentlassung“ und „offener Fürsorge“ der Verbreitung der Geisteskrankheiten Vorschub geleistet, bejahte auch er das Zwangssterilisationsgesetz. Hingegen wurde Eisen nicht müde, gegen die von den Nazis forcierten Sparmaßnahmen zu protestieren, die zu einem „kalten Abbau des Personals“ und zu einer fortschreitenden Reduzierung der Pflege- und Kostsätze geführt hätten. Als dies alles nichts half und sich durch die harten Sparmaßnahmen und die Übernahme schwer hospitalisierter Patienten aus Deggendorf der Charakter seiner therapeutisch ausgerichteten Anstalt zunehmend veränderte, resignierte er ob dieser Demontage seines Lebenswerkes und ließ sich zum 1.11.1937 in den vorläufigen Ruhestand versetzen. Indem er nachhaltig Widerstand leistete, sich der Abwertung der Geisteskranken nicht anschloss und aus dem Scheitern seiner Bemühungen die Konsequenzen zog, wurde Eisen zu einem Gegenbild von Valentin Falthäuser, der früher ebenfalls als „Reformpsychiater“ galt.

Während Eisen seinem Personal vor allem den humanen Umgang mit den Patienten zu vermitteln suchte, legte sein Nachfolger Paul Reiß, ein überzeugter Nazi, den Hauptakzent auf dessen politische Schulung und Organisation. Seine Einstellung zu den Kranken charakterisiert der zu Beginn des Krieges gemachte Vorschlag, die Chronischkranken „auf Stroh zu legen“ und ihre Betten den „wertvolleren Zivilkranken“ zur Verfügung zu stellen. Das geschah dann auch in großem Stil, sodass neben einem großen Lazarett auch noch mehrere Spezialabteilungen im Krankenhaus untergebracht werden konnten. Die unter Eisen hochentwi-

ckelte Arbeitstherapie verlor unter Reiß ihre Bedeutung, statt dessen wurden somatische Therapien wie Insulin- und Cardiazolschock favorisiert und 1941 weitgehend durch Elektrokampfbehandlungen abgelöst. Die „Aktion T4“ forderte einen hohen Tribut, nachdem eine Gutachterkommission die Meldebögen ausgefüllt hatte. Zwischen dem 4.11.1940 und dem 5.8.1941 wurden in fünf Sammeltransporten 641 Patienten aus Karthaus nach Hartheim verschleppt und ermordet. Unter ihnen befanden sich 357 „Stammpatienten“ der Anstalt und 284 „Fremdpatienten“, die zum Teil erst kurz vor dem Weitertransport aus caritativen Pflegeanstalten nach Regensburg überführt worden waren. Spätestens an dieser Stelle ist auf eine herausragende Besonderheit der Cording'schen Arbeit hinzuweisen: Da fast alle relevanten Akten über die Vorgänge während der Mordaktionen auf zum Teil mysteriöse Weise verschwunden waren, unterzog er sich der mühsamen Arbeit, alle Daten der seit 1852 aufgenommenen Patienten aus den zum Glück erhaltenen „Grundbüchern“ in eine Computerdatei zu übertragen und daraus die wichtigsten Fakten wie Größe der Transporte, Sterblichkeit in der Anstalt etc. zu rekonstruieren. Darüber hinaus konnte Cording aber auch statistische Analysen über die verschiedenen Opfergruppen in Relation zur Gesamtzahl der in einem bestimmten Zeitraum behandelten Patienten durchführen. So kam er bei Zwangssterilisierten und T4-Opfern zu dem überraschenden Ergebnis, dass die mit der Diagnose „Schwachsinn“ belegten Menschen prozentual am stärksten betroffen waren, wenn man die Anzahl der im „Risikozeitraum“ anwesenden Patienten mit gleicher Diagnose berücksichtigt.

Wenn Reiß auch den „bayerischen Hungerlass“ vom November 1942 in seiner Anstalt sofort umzusetzen versuchte, so ergab die monatliche Analyse der Sterbezahlen, dass nicht alle der vorgesehenen Hungerabteilungen in der von ihm gewünschten Weise „funktionierten“. Nach den Aussagen einer Zeitzeugin hätten sich einzelne Ärzte geweigert, „da noch Visite zu machen“, worauf Eisen die Hungerkostaktion abgebrochen habe. Dennoch muss vom Bestehen mindestens einer, wenn nicht mehrerer Hungerstationen ausgegangen werden und auch davon, dass die Sterblichkeit ab 1941 kontinuierlich zunahm. Hierbei spielten nicht nur die Personalknappheit und die Verknappung aller lebenswichtigen Ressourcen wie Lebensmittel, Heizmaterial, Medikamente, Kleidung und Bettwäsche eine Rolle, sondern auch die permanente Überbelegung der Anstalt, die durch Evakuierungstransporte aus luftgefährdeten Gebieten noch erheblich gesteigert wurde. Auf der Grundlage seiner Computerdatei konnte Cording übrigens feststellen, „dass die Sterblichkeit der einheimischen Patienten trotz der katastrophalen Versorgungsbedingungen stets geringer blieb als die der von auswärts zuverlegten Patienten“. Wenn Cording dahinter mit Recht Einflüsse des „social support“ durch Besucher und Angehörige vermutete, so wäre dies noch durch die belegbare Tatsache zu ergänzen, dass in der „Aktion Brandt“ vorwiegend arbeitsunfähige und unterernährte Patienten verlegt wurden, während in der Anstalt vor allem die besser ernährten Arbeiter hatten überleben können.

Das an Umfang kleine und dadurch preiswerte Buch hebt sich nicht nur durch die gepflegte Sprache und die interessanten statistischen Analysen, sondern auch durch tiefergehende Reflexionen des Geschehens von anderen, meist voluminöseren Anstaltsmonographien vorteilhaft ab.

H. Faulstich, Konstanz