

Zeitschrift für Positive Psychotherapie

Organ der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)



Heft 13 · 12. Jahrgang · Sept. 1990 · DM 5,-

Erziehung
Selbsthilfe
Psychotherapie
Transkulturelle Probleme

-
- ➔ Der Umgang mit Sterbenden

 - ➔ Das ärztliche Gespräch in Todesnähe

 - ➔ Der „primäre“ Konflikt oder „Der Konfliktbaum“

 - ➔ Gedanken zur Positiven Psychotherapie



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR POSITIVE PSYCHOTHERAPIE E.V.

Impressum

Zeitschrift für Positive Psychotherapie
Organ der Deutschen Gesellschaft für
Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)

Herausgeber

Dr. med. N. Peseschkian
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Psychotherapie

Redaktion

Dr. med. N. Peseschkian
Diplom-Psychologe Hans Deidenbach
Dipl. rer. pol. Ingrid Hofmann

Beirat

Dr. med. Aziz, Aachen
Dr. med. Killing, Darmstadt
Dr. med. Walburg Maric, Bad Homburg
Dr. med. Ohligs, Oberursel
Dr. med. Lang, Groß-Umstadt
Dipl. Soz. päd. Hübner, Hofheim

Anschrift der Redaktion

Dr. med. N. Peseschkian
An den Quellen 1
6200 Wiesbaden
Telefon (0 61 21) 37 37 07

Erscheinungsweise

zweimal jährlich

Bezugsbedingungen

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft
für Positive Psychotherapie (DGPP): kostenlos
Einzelheft DM 5,— zuzüglich Zustellgebühren
Zahlungen an: Nassauische Sparkasse, Wiesbaden,
Konto-Nr. 111 125 848, BLZ 510 500 15

INHALT	SEITE
Einführung des Herausgebers	4
Geschichte: Der gläserne Sakopharg	6
Der Umgang mit Sterbenden	8
Hans-Jürgen Köttner, Reinheim	
Das ärztliche Gespräch in Todesnähe	21
Dr.med. Hans H. Dickhaut, Wien	
Der "primäre" Konflikt oder "Der Konfliktbaum"	27
Dr.med. Helmut Orth, Steinbach	
Gedanken zur Positiven Psychotherapie	40
Dr.med. Friedrich Killing, Darmstadt	
Rezensionen	44
Geschichte: Das Hemd des glücklichen Menschen	49
Veranstaltungen	50

In unserem Leben begegnen wir nicht nur einmal dem Tod, sondern vielfältig und mit unterschiedlicher Beteiligung. Der Tod als Ereignis gehört in unser tägliches Leben. Jede Minute sterben mehrere Menschen, ohne daß dies uns ganz besonders berühren würde oder gar unsere Anteilnahme fände.

Die Bedeutung des Todes wird uns zumeist erst dann bewußt, wenn ein Mensch starb, den wir kannten und zu dem wir in irgendeiner Weise emotionale Beziehungen hatten; das Erlebnis des Todes eines anderen Menschen wird dann zu einem Erlebniseinbruch. Unwillkürlich legen wir die von uns erlebten Qualitäten des anderen mit in die Waage. Wir messen, ob sein Tod gerecht oder ungerecht sei, ob er ihn verdient habe oder ob er es wert gewesen wäre, länger zu leben. Als Maßstäbe dafür gelten die Aktualfähigkeiten: "Er war ein großartiger Mensch. Immer konnte man sich an ihn wenden. Er nahm sich immer Zeit und versuchte, jedem gerecht zu werden. An seinem Verlust werden wir sehr zu tragen haben."

Werden hingegen an einen Menschen aufgrund seines jugendlichen Alters oder seiner Verantwortung und Persönlichkeit längerfristige Erwartungen gestellt, bewirkt der Tod eine schwerwiegende Enttäuschung. Hat doch der andere, wenn auch nicht selbstverschuldet, den an ihn gestellten Erwartungen nicht entsprochen: "Wir wollten noch so viel unternehmen und jetzt ist er tot." - "Ich hätte es gerne gesehen, wenn er geheiratet und Kinder gehabt hätte, jetzt ist es zu spät." - "Er war auf der Höhe seines Erfolges, als er krank wurde und sterben mußte." -

Wie wir sehen konnten, spielt die Vorbereitung auf das Ereignis des Todes eines anderen für die Erlebnisverarbeitung eine bedeutsame Rolle. Der Verlust eines Menschen, zu dem eine emotionale Beziehung bestand, erweckt unwillkürlich das Gefühl der Trauer. Die Trennung von einem Menschen muß in irgendeiner Weise verarbeitet werden. Die Psychoanalyse spricht treffend von der Trauerarbeit, die man zu leisten habe.

In der abnormen Trauerreaktion versucht ein Überlebender, den Tod einer

Bezugsperson nicht wahrzuhaben, ihn zu überspielen oder rückgängig zu machen. Während die normale Trauerarbeit nach einer gewissen Zeit beendet ist, setzt sich die abnorme Trauerreaktion aus eigenen Kräften bis zur Erschöpfung fort.

Der Tod ist wie die Geburt ein notwendiges, bestimmtes Schicksal. Die Einstellung zum Tod dagegen ist bedingt durch die Erziehung, die Erfahrungen, die man im Zusammenhang mit diesem Themenkreis gemacht hat und macht. Diese Einstellung zum Tod gehört zum bedingten Schicksal. Die Angst vor dem Tod ist eine differenzierte Erscheinung. Sie bezieht sich auf den Körper, die Akualfähigkeiten sowie auf das Verhältnis zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Ich danke den Kollegen, die sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt haben und uns in den folgenden Beiträgen an ihren Erfahrungen teilhaben lassen.

Dr.med. N. Peseschkian



Geschichte: "Der gläserne Sarkophag"

Ein orientalischer König hatte eine zauberhafte Frau, die er über alles liebte und deren Schönheit sein Leben überstrahlte. Immer, wenn er Zeit hatte, suchte er ihre Nähe. Eines Tages starb die Frau plötzlich und ließ den König in großer Trauer zurück. "Nie", rief er aus, "will ich mich von meinem geliebten jungen Weibe trennen, auch wenn der Tod jedes Leben aus ihren holden Zügen genommen hat." In einem gläsernen Sarkophag bahrte er seine Frau im größten Saal des Palastes auf und stellte sein Bett daneben, nur um nicht eine Minute von ihr getrennt zu sein. Die Nähe zu seiner verstorbenen Frau war sein einziger Trost und gab ihm Ruhe.

Es war aber ein heißer Sommer, und trotz der Kühle des Palastes ging der Leichnam der Frau langsam in Verwesung über. Schon bald bildeten sich Schweißtropfen auf der erhabenen Stirn der Toten. Ihr holdes Antlitz begann sich zu verfärben und wurde von Tag zu Tag aufgedunsener. Der König in seiner Liebe sah dies nicht. Bald erfüllte der süßliche Geruch der Verwesung den ganzen Raum, und kein Diener wagte es, auch nur seine Nase hereinzustrecken. Der König nahm selber schweren Herzens sein Bett und trug es in den Nachbarraum. Obwohl alle Fenster sperrangelweit offen standen, kroch der Geruch der Vergänglichkeit ihm nach, und kein Rosenöl überdeckte ihn. Schließlich band er sich seine grüne Schärpe, das Zeichen seiner königlichen Würde, vor die Nase. Doch nichts half. Es flohen alle Diener und Freunde, und die einzigen, die ihm noch Gesellschaft leisteten, waren die großen, summenden schwarzschillernden Fliegen.

Dann verlor der König das Bewußtsein. Der Hakim, der Arzt, ließ ihn in den großen Garten des Palastes bringen. Als der König erwachte, strich ein frischer Windhauch über ihn. Der Duft der Rosen umschmeichelte seine Sinne, und das Geplätscher der Fontänen erfreute sein Ohr. Es war ihm, als lebte seine große Liebe noch. Nach wenigen Tagen erfüllte wieder Gesundheit und Leben den König. Sinnend blickte er in den Blütenkelch einer Rose, und plötzlich erinnerte er sich daran, wie schön seine Frau zu Lebzeiten gewesen und wie immer ekelerregender der Leich-

nam von Tag zu Tag geworden war. Er brach die Rose, legte sie auf den Sarkophag und befahl seinen Dienern, die Leiche der Erde zu übergeben.

(Persische Geschichte)

Aus: N. Peseschkian: "Der Kaufmann und der Papagei"
Fischer Taschenbuch Nr. 3300



DER UMGANG MIT STERBENDEN

von Hans-Jürgen Köttner, Arzt, Reinheim

Der Tod ist etwas, das uns alle trifft und betrifft. "Alle wollen in den Himmel, ohne zu sterben". Er ist unser gemeinsames Schicksal und er ist uns bestimmt wie unsere Geburt. Geburt und Tod sind also das bestimmte Schicksal jedes Menschen. Davon zu unterscheiden ist die Einstellung zum Tod, die durch unsere Erziehung, unsere Erfahrungen und unser kulturelles Umfeld bestimmt ist.

Alle Religionen, so verschieden sie sind, beschäftigen sich inhaltlich mit dem Geheimnis unserer Herkunft - also mit Schöpfung und Geburt, mit dem Geheimnis von Gut und Böse, mit Leid und Gerechtigkeit und mit dem Geheimnis unserer Zukunft: dem Tod und einem Leben danach. So wird z.B. in östlichen Religionen Tod und Wiedergeburt als Kreislauf interpretiert. Was in einem Leben nicht gelingt, gelingt vielleicht im nächsten. In den westlichen Religionen besteht im Gegensatz dazu ein geschichtliches Bewußtsein, ein Leben und ein Weiterleben nach dem Tod. Hieraus ergibt sich ein fundamentaler Unterscheid in der Einstellung zum Tod. Aber auch der jeweilige Zeitgeist beeinflusst die Einstellung zum Tod. Philippe Ariès hat eine "Geschichte des Todes" zusammengestellt. Hieraus - stark verkürzt - einige Punkte:

- Früher war der Tod viel mehr in das Leben integriert als heute. Dies ergab sich aus der wesentlich geringeren Lebenserwartung der Menschen. Sie betrug zur Zeit von Christi Geburt 20 Jahre und lag im Jahr 1875 bei 35 Jahren. Auch die Kindersterblichkeit war wesentlich höher als heute. Mangel- und Infektionskrankheiten waren die häufigsten Todesursachen. Die gesamte Familie einschließlich der Kinder machte Erfahrungen mit Sterbenden. Damals starben die meisten Menschen zuhause. Heute sterben ca. 80% im Krankenhaus und in Pflegeheimen.
- Der plötzliche, unvorbereitete Tod war nicht wünschenswert und wurde

daher gefürchtet. Es war üblich, neben der Familie auch Nachbarn ans Sterbebett zu rufen, letzte Anweisungen wurden gegeben. Das Abschiednehmen von der Familie war Bestandteil des Sterbens und wurde regelrecht inszeniert.

- Durch gesellschaftlichen Wandel und Fortschritte der Naturwissenschaften wurde das Thema Tod mehr und mehr an den Rand gedrängt. Es wurde zu einem Tabuthema der letzten Jahre. Der Tod paßt nicht mehr zur Weltanschauung des alles Machbaren.

Die durchschnittliche Lebenszeit hat sich enorm verlängert und liegt bei über 70 Jahren. Wie schon erwähnt sterben heute mehr als 80% der Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Als Todesursachen stehen Herz- und Kreislauferkrankungen im Vordergrund. Außerdem haben die Ereignisse von zwei Weltkriegen dem Tod die Individualität genommen.

Durch die heutigen technischen Möglichkeiten wird Allmacht suggeriert. So funktionieren viele technische Geräte, z.B. Radio, Fernseher, Lichtschalter auf Knopfdruck und Mängel werden repariert. Ähnliches erwartet der Mensch bei Krankheiten und durch eine Überbetonung der Selbständigkeit in der Erziehung kann er die Abhängigkeit, z.B. durch Krankheit auch nicht mehr so gut ertragen. Alles, was nicht funktioniert, also Kranke und Behinderte leben oft am Rande der Gesellschaft, ziehen sich selbst auch zurück. Der starke Rückzug der Religionen führt zu einer verstärkten Entwicklung des Individuums. Das Thema Tod, vordergründig nicht mehr Bestandteil des täglichen Lebens, wird beiseite geschoben. Als Folge davon treten vermehrt Todesängste, Weltanschauungskrisen, existentielle Ängste und Flucht in die Leistung auf.

Angst vor dem Tod bezieht sich auf:

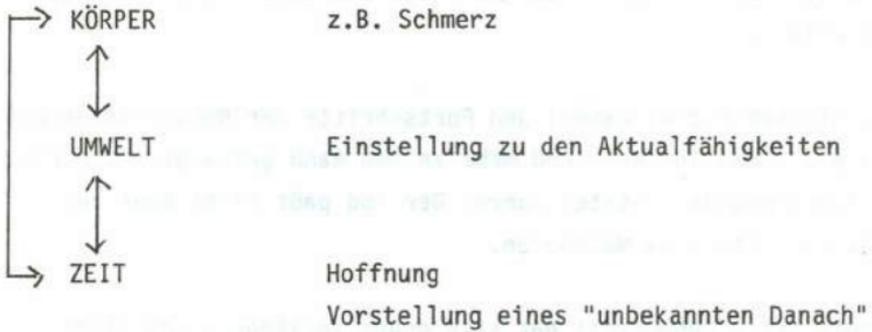
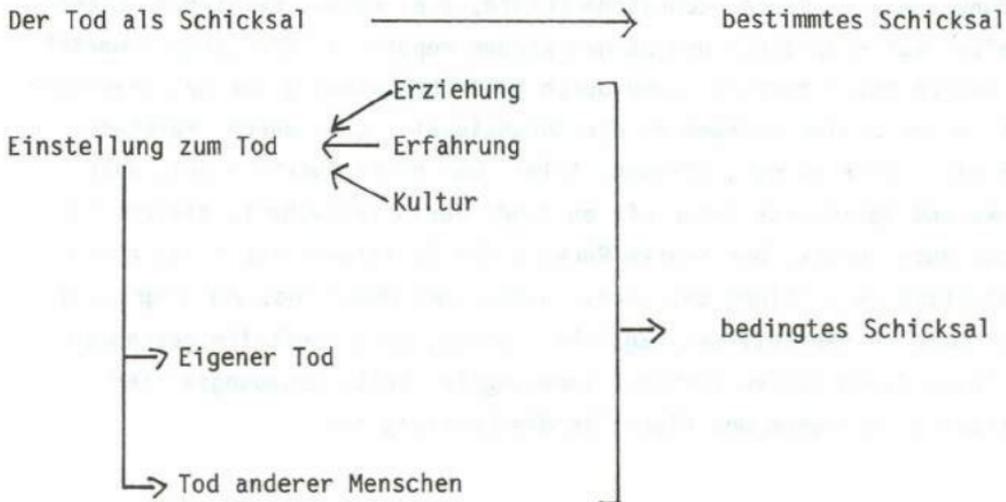


Abb.: 1



Ziel:



Abb.: 2

Es ist also wichtig zu unterscheiden

- zwischen dem Tod als Schicksal
- und der Einstellung zum Tod, die - wie schon erwähnt - (vgl. Abb.: 2) durch Erziehung, Erfahrung und kulturelles Umfeld geprägt ist.

Die Einstellung zum Tod kann man noch weiter differenzieren:

1. Die Einstellung zum Tod anderer Menschen

- der Tod als Erlösung von Krankheit und Altersgebrechen
- Ratlosigkeit beim Tod von jungen Menschen
- Tod durch Unfälle und Katastrophen

2. Die Einstellung zum eigenen Tod

- Todesangst - was geschieht mit mir und meinem Körper
- Äußerungen an die Umwelt wie z.B.

"Du bringst mich mit Deiner Unordnung noch ins Grab!"

"Ich finde erst im Grab meine Ruhe!"

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß wir zwar die Tatsache des Todes nicht abschaffen können, daß die Einstellung zum Tod aber variabel ist und einem Lernprozeß unterliegen kann. Ein wesentliches Ziel wäre es hier, aus der Todesangst wieder eine Ehrfurcht vor dem Tod zu machen, so wie sie die Menschen früherer Jahrhunderte kannten.

Der Umgang mit Sterbenden

Frau Elisabeth Kübler-Ross hat sich mit diesem Thema beschäftigt und mehrere Bücher geschrieben, die im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden sehr hilfreich sind.

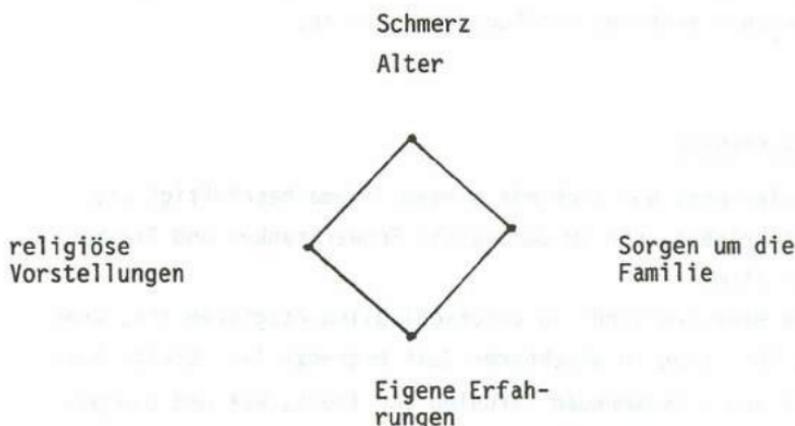
So verschieden die Menschen sind, so unterschiedlich reagieren sie, wenn sie erfahren, daß ihr Leben in absehbarer Zeit begrenzt ist. Einige können angemessen mit den aufkommenden Gefühlen von Angst, Wut und Depres-

sion umgehen, so daß sie letztlich mit einer inneren Ruhe ihre letzten Tage und Wochen erleben. Andere wirken unfähig, damit umzugehen und ihre Unzufriedenheit kann sich als starke emotionale Belastung für die umgebenden Angehörigen und das Pflegepersonal auswirken.

Um sterbenden Menschen beistehen zu können, muß man sich über verschiedene Faktoren, die auf die emotionale Verarbeitung des Sterbenden Einfluß haben, klar werden:

1. Körperliche Beschwerden unter denen der Patient leidet sowie das Alter des Patienten
2. Sorgen um die Familie, deren Zukunft und finanzielle Sicherheit
3. Die eigenen Erfahrungen im Umgang mit Sterbenden
4. Die religiösen Vorstellungen und Glaubensinhalte

Einfluß auf die emotionale Verarbeitung des Sterbenden



Untersuchungen haben gezeigt, daß eine negative Beziehung zwischen der emotionalen Verarbeitung und Anpassung des Patienten und dem Schweregrad der körperlichen Beschwerden besteht, d.h., je größer die körperlichen Beschwerden sind, desto schwieriger wird die emotionale Verarbeitung des Patienten.

Einen positiven Einfluß auf die Vorbereitung des Sterbenden hatten:

1. Frühere eigene Erfahrungen mit einem Sterbenden, der seinen Tod innerlich akzeptierte
2. Eine gesicherte Zukunft der Angehörigen
3. Die Qualität der religiösen Vorstellungen. Menschen, die innerlich religiös sind und die ihre Glaubensinhalte mit dem Alltagsleben verbinden, gelingt die emotionale Verarbeitung besser.

Weitere wichtige Faktoren für eine gute emotionale Verarbeitung waren:

- Gespräche über den Sinn und Folgen der Krankheit
- Das Gefühl, ein sinnvolles Leben gelebt zu haben
- Die Fähigkeit, frühere Streßsituationen gut bewältigt zu haben
- Gut familiäre Beziehungen
- Gute soziale Einbindung durch Kontakt der Familie zu Nachbarn und Freunden
- Glauben an ein Leben nach dem Tod

Aus diesen Inhalten läßt sich ableiten, daß die Todesangst eines Menschen vier Dimensionen hat:

1. Angst vor Schmerzen
2. Angst vor Verlust der Selbständigkeit
dabei der Familie und den Angehörigen zur Last zu fallen
3. Angst vor der Trennung von geliebten Menschen
4. Angst vor der eigenen Zukunft

Bevor ich näher darauf eingehe, wie man als Angehöriger damit umgehen kann, ist es wichtig, die Situation zu erfassen, in der sich der Patient befindet. Man kann fünf Phasen unterscheiden, die Frau Kübler-Ross in ihrem Buch "Interviews mit Sterbenden" ausführlich beschrieben hat. Diese Phasen gehen fließend ineinander über und nicht jeder Patient durchläuft alle Phasen. Dennoch hat diese Einteilung ihren Sinn. Sie soll helfen, den Patienten mit seinen Reaktionen besser zu verstehen.

Die Zeit, in der Patienten am intensivsten Rat und Beistand bedürfen, ist der Zeitraum in dem ihnen bewußt wird, daß eine unheilbare Krankheit vorliegt und daß der Tod in nicht allzuferner Zukunft möglich, ja wahrscheinlich ist.

Dieses "Bewußtwerden" ist eine starke emotionale Belastung für jeden Menschen und führt zunächst zu einer Abwehr- und Verweigerungshaltung: "Nein, ich nicht!" Diese Phase ist wichtig und trägt dazu bei, die Tatsache des unvermeidlichen, bald eintretenden eigenen Todes ertragbarer zu machen. Man kann sie mit einer Schockreaktion vergleichen. Es kommt zu einer intensiven emotionalen Beschäftigung mit dem Thema Tod. Der Patient ist heftigen Einsamkeits- und Schuldgefühlen ausgesetzt. Gedanken an Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit treten auf.

Daran schließt sich die zweite Phase mit stark aufkommenden Gefühlen von Zorn und Ärger an: "Warum ich?" Der Patient entwickelt Wutgefühle gegenüber anderen Menschen, die gesund sind, einige hadern mit Gott, warum es ausgerechnet sie trifft. Diese Wut ist durchaus erlaubt und wichtig. In dieser Phase sind auch oft die Angehörigen und Pflegepersonen heftigen Vorwürfen ausgesetzt und machen nach Meinung des Patienten viele Dinge falsch oder nicht gut genug.

Bei manchen Patienten tritt eine kurze dritte Phase des Verhandeln über weitere Lebenszeit auf: "Ja ich, aber ..." Sie versprechen Gott im Tausch für weitere Lebenszeit die verschiedensten Dinge.

Danach beginnt ein allmähliches Erkennen der tatsächlichen Lage, des bevorstehenden Todes: "Ja, ich!"

In dieser vierten Phase - Frau Kübler-Ross nennt sie die Phase der Depression - trauert der Patient über

- seinen eigenen körperlichen Zustand
- alle früheren Verluste, Dinge, die nicht getan wurden, Fehler, die gemacht wurden
- Zukunft der Familie; wie geht es ohne mich weiter?
- er nimmt Abschied von allen geliebten Dingen

Man kann in dieser Phase zwei Depressionsformen unterscheiden. Einmal eine reaktive Depression in der Auseinandersetzung mit der Vergangenheit und dem jetzigen eingeschränkten Leistungsvermögen. Hierbei treten in erster Linie Selbstvorwürfe und teils unrealistische Schuldgefühle über das eigene Versagen auf. Hilfreich sind in dieser Situation aufmunternde Gespräche über das Erreichte und Geleistete im früheren Lebensweg. Für andere Patienten steht die gesicherte Versorgung der Angehörigen im Vordergrund.

Die zweite Depressionsform beschäftigt sich mit dem Abschiednehmen vom Leben. Dabei ziehen sich die Patienten mehr zurück, wollen kaum Besuche. Wichtig dabei ist, das Gefühl, nicht alleingelassen zu werden. Oft ist dabei der Körperkontakt - wie Hand halten - wichtiger als Worte.

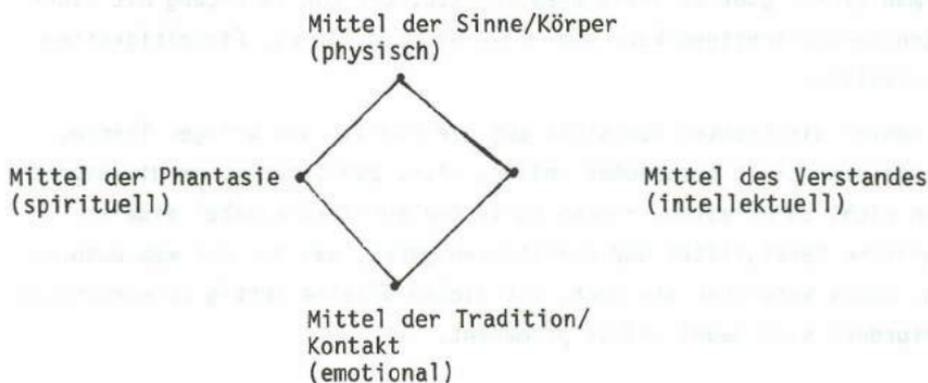
Bei einigen Patienten schließt sich danach die letzte Phase des An- und Hinnehmens des eigenen Schicksals an. Patienten, die diese fünfte Phase erreichen, werden innerlich ruhiger und gelassener ohne eigentlich zu resignieren.

Nach diesem Überblick über emotionale Vorgänge eines Sterbenden bleibt letztlich die Frage, wie gehen wir mit all diesen Dingen um und was können wir selber tun, wenn wir einen Schwerkranken oder Sterbenden Menschen in der Familie haben.

Dabei ist es für einen selbst ganz wichtig, sich darüber klar zu werden, daß man beim Umgang mit Schwerkranken immer wieder in Situationen kommt, die emotional schwer zu ertragen sind und man mit Dingen konfrontiert wird, die man selbst nicht lösen oder ändern kann. Wichtig ist das Bemühen, im Umgang mit dem Kranken mehr richtig als falsch zu machen. Es nützt auch dem Kranken nichts, wenn wir uns selbst aufopfern im Sinne des orientalischen Sprichwortes:

" Er saß am Bett des Kranken und weinte,
am nächsten Tag starb er,
der Kranke aber lebte weiter."

Nach dem Modell der Positiven Psychotherapie verfügt jeder Mensch über vier Bereiche, die bei der Konfliktbewältigung eingesetzt werden können. Bezieht man sie auf den Umgang mit Sterbenden, erscheinen folgende Aspekte wichtig:



Mittel der Sinne (physisch)	Hören und sehen, was der Patient benötigt Ausgleich für sich selbst durch Entspannung und Sport
Mittel des Verstandes (intellektuell)	Abklärung der sozialen Situation Versorgung des Haushaltes evtl. durch fremde Hilfe Einbeziehung von Ärzten, Gemeindeschwestern, Pflegehilfen, Krankengymnasten Beschaffung notwendiger Hilfsmittel z.B. Toilettenstuhl, Krankenbett etc. Regelung der daraus entstehenden finanziellen Fragen
Mittel der Tradition (emotional)	Einbeziehung der Familie, Nachbarn, Freunde Pflege der eigenen Kontakte, Einladung von Gästen
Mittel der Phantasie (spirituell)	Gespräche über vergangene Zeiten, über Ge- teistetes und Geschaffenes des Patienten Regelung der künftigen familiären Angelegen- heiten Gespräche über ein Leben nach dem Tod Gebete, Meditation, Gespräche mit Geistlichen Beschäftigung mit dem eigenen Tod

Wie man sieht, gibt es viele Ansatzpunkte, die man im Umgang mit Sterbenden berücksichtigen kann und soll. Wichtig ist es, Einseitigkeiten zu vermeiden.

Oft nehmen die Kranken Rücksicht auf die Familie und bringen Themen, die sie eigentlich besprechen wollen, nicht zur Sprache, um die Angehörigen nicht zu belasten. Manche Patienten entwickeln dabei eine erstaunliche Sensibilität und selektieren genau, was die mit wem besprechen. Dabei versuchen sie doch, mit Vielem alleine fertig zu werden und überfordern sich dabei selbst permanent.

In einigen Fällen unterstützen gerade Angehörige und Pflegepersonen durch ihr eigenes Verhalten und durch halbherzig verbreitete Hoffnung - "Das wird schon wieder" - die Verweigerungsphase (die vorhin beschriebene erste Phase) des Patienten und blockieren einen Reifungsprozeß weil sie selbst Schwierigkeiten mit dem Tod haben. Wichtig für jeden einzelnen bleibt, solchen Situationen nicht aus dem Weg zu gehen, auch wenn der Umgang mit Schwerkranken keine einfache Sache ist und oft großer Geduld und körperlicher Arbeit bedarf. Wir können dabei wichtige Erfahrungen für unseren eigenen Lebensweg und unser eigenes Sterben machen, denn oft ist die Angst vor dem Sterben schlimmer als das Sterben selbst. Hier gilt der Spruch: "Der Tapfere stirbt einmal, der Feige jeden Tag."

Die Angst vor dem Sterben wird um so größer, je weniger Erfahrungen wir in diesem Bereich machen. Ängste vor einem nicht erlebten Bereich sind oft schlimmer als die Tatsache selbst.

Eine wichtige Regel für den Umgang mit Sterbenden bietet sich in der folgenden Spruchweisheit:

" Gott gebe mir die innere Heiterkeit,
jene Dinge, die ich nicht ändern kann,
zu akzeptieren, er gebe mir den Mut,
die Dinge zu ändern, die ich verändern kann
und die Weisheit, das eine vom anderen zu
unterscheiden."

Literatur

- Ariès, Ph.: Geschichte des Todes
dtv, München 1982
- Bowlby, J.: Bindung, Trennung, Verlust
Kindler Verlag, München 1976
- Dittrich, H.: Vom Umgang mit der Trauer
Econ Verlag, Düsseldorf 1988
- Eissler, K.R.: Der sterbende Patient - Zur Psychologie des Todes
Fromann Holztrög, Stuttgart 1978

- Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden
GTB Siebenstern, Gütersloh 1978
- " Reifwerden zum Tode
GTB Siebenstern, Gütersloh 1984
- " Verstehen, was Sterbende sagen wollen
Kreuz Verlag, Stuttgart 1982
- Küng, H.: Ewiges Leben?
Piper Verlag, München 1982
- Luth, P.: Sterben heute
Hippokrates Verlag, Stuttgart 1976
- Peseschkian, N.: Der Kaufmann und der Papagei
Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M 1979
- " Psychotherapie des Alltagslebens
Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M 1977
- Wittkowski, J.: Tod und Sterben - Ergebnisse der Thanatopsychologie
Quelle und Meyer, Heidelberg 1978

Anschrift des Verfassers

Hans-Jürgen Köttner
Arzt - Psychotherapie
Hinter der Kirche 7

6107 Reinheim



DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH IN TODESNÄHE

von Dr.med. Hans H. Dickhaut, Wien

Das ärztliche Gespräch in Todesnähe kann nur stattfinden, wenn der Arzt bereit ist, den sterbenden kranken Menschen partnerschaftlich anzunehmen. Es gibt keine allgemeingültigen Regeln für das Gespräch angesichts des Todes, da jeder kranke Mensch einzigartig ist. Das ärztliche Gespräch in Todesnähe hat meist mehrere Partner:

1. das Gespräch mit sich selbst;
2. das Gespräch mit dem Kranken, mit dem sterbenden Menschen, bei der Beileitung des Sterbenden;
3. das Gespräch mit den Angehörigen, mit den Menschen in der unmittelbaren Umgebung des kranken, sterbenden Menschen.

Der Arzt, der das Sterben bis zum Tode begleiten will, sollte im Angesicht des Todes auch sein eigenes Sterben, seinen eigenen, irgendwann mit tödlicher Sicherheit eintretenden Tod reflektieren und ansehen: Im Angesicht des Todes. Der Arzt muß seine eigene Endlichkeit annehmen und sich mit ihr auseinandersetzen; er muß selbst hinsehen, wenn er helfen will, daß der kranke Mensch seinen Tod sehend erwartet.

Der Arzt muß sich fragen: Will ich den Tod sehen? Will ich im ärztlichen Gespräch mit dem kranken Menschen über seinen Tod sprechen, wenn der Kranke es von mir wünscht? Will ich die Erkenntnisse der Wissenschaft und Forschung der letzten Jahrzehnte anerkennen, daß die meisten sterbenden Kranken ihren Tod erahnen oder erspüren und über ihr Sterben und über ihren Tod sprechen wollen; daß die meisten Sterbenden bewußt oder vorbewußt einerseits immer noch das Tabu des Todes achten und im Sinne der eigenen angstbesetzten Abwehr vorschieben, daß aber andererseits bei den meisten das Bedürfnis ungeheuer groß ist, von diesem Tabu durch irgendeinen Mitmenschen, am liebsten durch den behandelnden Arzt, befreit zu werden.

Es stimmt einfach nicht, wenn Ärzte immer wieder sagen: Im Zweifel will der Kranke nicht die Wahrheit über seine Krankheit wissen, nicht über sein Sterben und seinen Tod sprechen. In den allermeisten Fällen ist es

die Angst des Arztes, die ihn das so annehmen, eben erhoffen läßt. Es ist also die Abwehr des Arztes und nicht etwa die des kranken Menschen.

Es geht um die Begleitung des zum Tode hin sterbenden Kranken und ebenso um den Beistand für die Bezugspersonen.

Jedes Gespräch beinhaltet das mögliche einander Mißverstehen. Auch ich kann mich im Gespräch mit mir mißverstehen, zum Beispiel meine Ängste im Sinne der Abwehr auf den kranken Menschen verschieben, an ihn gewissermaßen delegieren, abwehrend und verschiebend abordnen.

Arzt und Patient sprechen meistens nur scheinbar die gleiche Sprache. Der Arzt hat Dolmetscher für die Sprache des Kranken zu sein: Was will der kranke Mensch mich hören lassen? Was will er mir wirklich sagen? Der Arzt sollte lernen, "mit dem dritten Ohr" zu hören, wie das "Lesen zwischen den Zeilen".

Das Gespräch ist das wichtigste Instrument des Arztes und ein wichtiges Therapeutikum: "Der Arzt als Arznei". Gesprächsführung und wirksames Zuhören, das "Hören mit dem dritten Ohr", sowie das für eine störungsfreie Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung erforderliche psychologische Rüstzeug kann der Arzt am besten in einer Balint-Gruppe erlernen.

Jeder Kranke, jeder zum Tode hin sterbende Mensch erlebt seine subjektive Wirklichkeit. In einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung geht es um die Erarbeitung der gemeinsamen Wirklichkeit, um das Verstehen (Sympathie) des Sterbenden und um das Einfühlen (Empathie) in sein subjektives Erleben. Hierzu gehört, daß sich der Arzt mit seinen Ängsten, mit seiner eigenen Endlichkeit, mit dem eigenen Leben und Sterben, mit seinem Tod reflektierend auseinandergesetzt hat. Es gibt Vermutungen, daß vielleicht schon die Berufswahl des Arztes durch die unbewußte Abwehr eigener Krankheits- und Todesängste mitbedingt ist.

Der Eid des Hippokrates verpflichtet den Arzt nicht dazu, in jedem Fall handeln zu müssen. Nicht alles, was machbar ist, muß auch gemacht werden. Es gilt, im Gespräch die Grenzen der "Macht" des Arztes zu erkennen und anzu-

erkennen. Nicht die tatsächliche Zeit der Zuwendung ist wichtig, sondern das Dasein, das Sich-für-den-sterbenden-Kranken-bereit-halten.

Der mündige Patient, im Zweifel auch der juristisch noch nicht mündige Jugendliche, hat das Recht, über seine Krankheit zuerst informiert zu werden, und das Recht auf Verschwiegenheit des Arztes gegenüber den Angehörigen. Beim Umgang mit unheilbar Kranken und mit Sterbenden braucht der Arzt den Mut zur selektiven Offenheit: Nur was der Arzt weiß, nicht was er nach seiner Erfahrung zu wissen glaubt, ist wichtig: es gibt keine garantierten Prognosen. Der Arzt muß nicht alles sagen, was wahr ist, aber alles, was er sagt, muß wahr sein. Für beide Partner, Arzt und Patient, ist es schwierig, das Gespür für den offenen Umgang miteinander zu finden. Das setzt eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung voraus, die erst hergestellt werden und wachsen muß. Dies ist ein Prozeß und nicht ein einmaliges Geschehen. "Wann sage ich was und wie sage ich es?"

Der Arzt sollte dem kranken Menschen die Wahrheit nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen; der Arzt kann die Wahrheit wie einen wärmenden Mantel hinhalten und dem Kranken überlassen, ob er den Mantel annimmt oder nicht, vielleicht auch noch nicht. Mit diesem Gleichnis ist die von mir genannten selektive Offenheit am besten beschrieben.

Chronisch Kranke und unheilbar Leidende haben uns Ärzte gelehrt, daß der Mensch lernen kann, mit der Krankheit zu leben und nicht gegen sie. Das gilt auch besonders für kranke Menschen angesichts des Todes. Mit jedem Kampf gegen die Krankheit kämpft der kranke Mensch gegen einen Teil von sich selbst. H.E. RICHTER meint dazu: "Wie sollten es unheilbar Kranke aushalten, im eigenen Leib ohnmächtig einen unüberwindbaren Dämon zu beherbergen? Wie sollten sie sich mit den Sterben aussöhnen, wenn sie es als reines Vernichtungswerk eines Aggressors erleben müssen?"

Gerade im Gespräch angesichts des Todes, das heißt, wenn wir als Ärzte wissen, dieser kranke Mensch wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bald oder doch demnächst sterben, klammern sich viele Kranke an die Hoffnung, auch wenn diese Hoffnung noch so trügerisch ist. Immer wieder

haben kranke Menschen, oft trotz offensichtlicher Aussichtslosigkeit weiterer Behandlungen, dennoch Hoffnung, zumindest einen Rest von Hoffnung. Viele Ärzte verweigern das offene Gespräch mit Sterbenden, weil sie ihnen diese Hoffnung nicht nehmen wollen. Das ist im Grunde nur ein ängstliches Ausweichen vor dem Gespräch. Es ist ein nur scheinbarer Widerspruch, daß kranke Menschen um ihr baldiges Ende wissen können oder dieses doch ahnen, gleichzeitig aber die Hoffnung nicht fahren lassen.

Oft ist es nicht leicht, zu erkennen, was diese Kranken unter Genesung oder Heilung verstehen. Es kann eine Hoffnung auf Genesung oder Heilung sein, die nicht selten etwas völlig anderes beinhaltet, als das, was wir Ärzte gewöhnlich unter Heilung oder Genesung verstehen. Der Tod kann auch Ausdruck der letzten Genesung sein: zum Tode genesen. Vielleicht ist auch das ein möglicher Inhalt es Gespräches im Angesicht des Todes?

Es gibt vier Arten der Genesung oder Heilung:

1. Genesung oder Heilung durch Selbsthilfe. Die Zahl der kranken Menschen, die durch Selbsthilfe im weitesten Sinne des Begriffes genesen sind, sich als geheilt erleben, ist sicher weit größer als wir annehmen. Ich denke hier in erster Linie an Suchtkranke wie Alkoholiker, Medikamentenabhängige und andere sowie an depressive Kranke, an neurotisch gestörte Menschen usw.
2. Genesung oder Heilung im Sinne der Reparatur. Als Beispiel nenne ich die früh entdeckten und noch optimal zu operierenden Krebsarten, wie bestimmte Hodenkrebsformen, Mamakarzinome, ferner Bypassoperationen bei koronaren Herzerkrankungen und andere mehr.
3. Genesung oder Heilung im Sinne der Kraft und der Fähigkeit, mit seinen gesundheitlichen Störungen umzugehen (nach einem Zitat von Ernst Bloch). Diese Kraft und Fähigkeit kann der kranke Mensch in seinem Leben erworben haben oder in einer bestimmten Art und Weise erlernt haben, zum Beispiel im Rahmen einer Psychotherapie.

4. Der kranke Mensch kann Genesung oder Heilung in einer, letztlich nur für ihn verständlichen Weise in der bearbeitenden Auseinandersetzung mit seiner Endlichkeit, mit seinem Sterben zum Tode hin, so erleben, daß er sein Sterben als Chance sieht, nämlich als Möglichkeit zu neuen Beziehungen: Neugestaltung der Beziehung zu sich selbst, Wandlungen in den Beziehungen zu seinen Angehörigen, Freunden oder Mitmenschen, Wandlung in seiner Beziehung zum Glauben usw.

Wir Ärzte können die meisten Bedürfnisse des Kranken angesichts des Todes erfüllen, wenn wir uns die Zeit nehmen, dem kranken Menschen zuzuhören und ihm zu helfen, seine wirklichen Bedürfnisse herauszufinden: z.B. Gespräche über seine Ängste, Schmerzlinderung, oder andere Themen, die sich der Kranke nicht anzusprechen traut, seelsorgerischer Beistand. Im Angesicht des Todes, auf dem Weg des sterbenden Kranken zu seinem Ende kann dieser sich auf seine Wirklichkeit besinnen, sich seiner Wirklichkeit bewußt werden: der Verlust des eigenen Lebens steht ihm bevor.

Dieser Weg des Verlierens ist ein harter Weg. Im Verlieren liegt aber auch eine Chance. Älterwerden, Sterben und Tod sind keine Krankheiten, ebensowenig wie Schwangerschaft und Geburt.

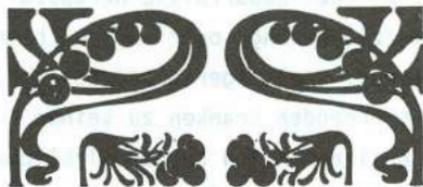
Versuchen wir doch einmal, das Wort VERLUST durch das Wort VERZICHT zu ersetzen. Der Verzicht als Verzichtsleistung kann auch als positives Entsagen im Sinne des Annehmens des für alle Menschen durch den Tod begrenzten Lebens gesehen werden. Der Tod ist nun einmal ein Teil des Lebens. Wir werden zum Leben und damit zum Tod geboren. Es gilt, die Chance zu nutzen, die mit dem Ableben verbundenen begrenzten Möglichkeiten und Fähigkeiten anzunehmen. Dieses positive Annehmen der eigenen Begrenztheit heißt im Englischen: "surrender". Surrender hat etwas mit dem christlichen Glauben, mit der Demut zu tun: Demütig seine Wirklichkeit annehmen, sich mutig der eigenen Wirklichkeit überlassen, demütig das Sterben zulassen. So kann der Weg aus dem Leben heraus vielleicht leichter werden.

Der Tod ist ein Teil des Lebens.

Anschrift des Verfassers

Dr.med. Hans H. Dickhaut
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychotherapie
Lienenfeldergasse 17

A-1160 Wien



"Niemand weiß, was der Tod ist, ob er nicht für den Menschen das größte ist unter allen Gütern. Sie fürchten ihn aber, als wüßten sie gewiß, daß er das größte Übel sei."

DER "PRIMÄRE" KONFLIKT ODER "DER KONFLIKTBAUM"

von Dr.med. Helmut Orth, Steinbach

Es gibt zahlreiche Konflikte, welche eine Partnerschaft belasten können. Je mehr ich mich in psychotherapeutische Fragen eingearbeitet habe, desto stärker hat sich mir die Frage aufgedrängt: Ist es möglich, in der Vielzahl von Konflikten Ähnlichkeiten zu entdecken, vielleicht Gemeinsamkeiten, vielleicht sogar etwas wie einen "gemeinsamen" Nenner? Wäre es am Ende gar möglich, einen gemeinsamen Grundkonflikt zu erkennen, aus dem sich alle anderen Konflikte entwickeln, oder anders formuliert: Haben alle Konflikte möglicherweise eine gemeinsame Wurzel?

Die folgenden Ausführungen sollen diese Frage näher beleuchten. In der psychotherapeutischen Literatur gibt es eine Vielzahl von Nennungen von Konflikthaltungen. Diese wurden an Hand der Sachverzeichnisse von 14 aktuellen psychotherapeutischen, psychiatrischen, sozialpsychologischen und pädagogischen Büchern erstmals 1977 von Peseschkian und Mitarbeitern statistisch aufgeschlüsselt (Abb.1).

Der Zusammenhang dieser Konflikthaltungen wurde bis dahin in dieser Weise kaum herausgearbeitet. Peseschkian hat sich systematisierend dieser Konflikthaltungen angenommen. Er nennt sie Aktualfähigkeiten, entsprechend seinem Konzept, Störfaktoren immer auch als potentielle Entwicklungsmöglichkeiten zu werten. Diese positive Umdeutung findet sich bei ihm auch auf anderen Ebenen wieder: Die Neurose, das neurotische Symptom, wird zunächst nicht als etwas Negatives, sondern im Gegenteil als eine Fähigkeit gedeutet, mit deren Hilfe die Konstruktion von Es - Ich - Überich (zunächst) stabilisiert werden kann.

Nun zurück zur Fragestellung:

"Was ist das Gemeinsame aller Konflikte?"

Eine erste Antwort gibt die Positive Psychotherapie: Das Verhältnis von

Höflichkeit zur Ehrlichkeit ist d e r Schlüsselkonflikt, heißt es hier.
Wir werden hierauf wieder zurückkommen.

Ich habe nun versucht, an Hand weiterer psychotherapeutischer Literatur (vgl. Literaturverzeichnis) herauszufinden, welche Konflikte als "typisch", "primär" oder als "Grundkonflikt" genannt werden. Die Konflikthalte werden dabei - in der Reihenfolge ihrer entwicklungs geschichtlichen "Entstehung" formuliert.

Welche typischen Konflikte treten wann auf?

Intentionale Phase (erste Wochen bis Monate)

Der Säugling entwickelt: "Urvertrauen"
Lust an der Welt
die Fähigkeit, zu lieben

Störmöglichkeiten: schwere Krankheit, Tod der Mutter
(Objektverlust)
feindselige Einstellung der Mutter
häufiger Ortswechsel
frühe Krankenhausaufenthalte
(auch Heim, Hort, Krippe)

(Spätere) Folgen: Schizoide Struktur
Urmißtrauen
großes Unabhängigkeitsbedürfnis
Mangel an Intimität
Distanz, Kühle
leichte Kränkbarkeit
souveräne Selbständigkeit

Mögliche Konflikthalte auf dieser Stufe: werden mit der nächsten Entwicklungsstufe zusammengefaßt.

Orale Phase (6 Monate - 1 1/2 Jahre)

Das Kind entwickelt:	Liebesbeziehung zur Mutter oral akzentuierte Liebe ("Liebe geht durch den Magen") Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanz (gute/böse Mutter; Gewährung/Versagung)
Störmöglichkeiten:	Versagung bei exakter Pflichtmutter plötzliches Abstillen Ablehnung des Kindes durch die Mutter Tod der Mutter zu große Verwöhnung ("orale Vergewaltigung") ängstlich übertriebene Besorgtheit
Folgen:	Darniederliegen vitaler Lebensimpulse Hoffnungslosigkeit Appetitlosigkeit oder Freßsucht depressive Struktur Überbescheidenheit (Reaktionsbildung)

Die erste große Aufgabe des Kindes auf dieser Entwicklungsstufe - und damit die erste Konfliktmöglichkeit - können wir also folgendermaßen formulieren:

Symbiotische Verschmelzung

versus

Subjekt-Objektdifferenzierung

(Einheit gegen Trennung)

Anale Phase (2. bis 3. Lebensjahr)

Die Hauptaufgabe im 2. und 3. Lebensjahr heißt: Trotz weiterhin bestehender starker Abhängigkeit von der Bezugsperson (vom "Primärobjekt")- also obwohl das Kind absolut darauf angewiesen ist, von den Eltern versorgt, geliebt, bewundert und geachtet zu werden - und trotz der Aufrechterhaltung der damit zusammenhängenden starken emotionalen Beziehung zur Mutter soll die Verselbständigung (mit der prinzipiellen Möglichkeit der Auflehnung gegen die Eltern) möglich sein, so daß die autonome Entwicklung voranschreiten kann.

Der Konflikt kann hier so formuliert werden:

Abhängigkeit

versus

Autonomie

(Oder: Bindung versus Freiheit)

Phallisch - ödipale Phase (4. bis 6. Lebensjahr)

Die dritte Hauptaufgabe heißt:

Trotz der Liebe des Jungen zum Vater und seiner Bindung an ihn, trotz der Liebe des Mädchens zur Mutter und seiner Bindung an sie, soll in der Phantasie eine libidinöse Besetzung des gegengeschlechtlichen Elternteils möglich sein, ohne daß daraus eine erhebliche oder sogar gefährliche Labilisierung auftritt.

Oder - anders ausgedrückt -: Der Junge rivalisiert zwar mit dem Vater (um die Mutter als "Triebobjekt"), er sympathisiert aber mit ihm als Vorbild, Identitätsfigur, idealisiertem Objekt. Analog verhält es sich beim Mädchen.

Oder - weniger analytisch ausgedrückt- : Das Kind soll die Rivalität, den Konflikt, die Spannung, die Aggression und die sonstigen unvermeidlichen Konsequenzen der Dreierbeziehung bis zu einem gewissen Grad ertragen können.

Der Konflikt lautet also in dieser Phase:

Sicherheit der dyadischen (Zweier) Beziehung

versus

Chancen (und Risiken) der Dreierbeziehung

Pubertät (12. bis 15. Lebensjahr)

Hauptaufgabe:	Regulation der Triebimpulse
	Identitätsfindung
	Aufgabe der infantilen Bindungen
	Ablösung von der Familie

Konflikthalt auf dieser Stufe:

Bei den kindlichen Identifikationen bleiben

versus

Die eigene Identität suchen und riskieren

Zusammenfassung:

Betrachtet man nun alle diese in der Entwicklung aufeinanderfolgenden Phasen, Konflikte, Aufgaben und Krisen, so fallen bestimmte Gemeinsamkeiten auf: Auf allen Stufen geht es an erster Stelle darum, daß eine schwierige Trennung geleistet werden muß.

- Der Säugling muß sich aus der mütterlichen Symbiose lösen (orale Phase)
- Das Kleinkind muß sich aus der emotionalen Abhängigkeit lösen und die autonome Entwicklung beginnen - sogenannte Separation (anale Phase)
- Dann gilt es, die Zweier- zugunsten der Dreierbeziehung aufzugeben (ödpale Phase)
- In der Latenzzeit soll die Ausschließlichkeit der Primärgruppe aufgegeben werden (Latenzzeit)
- In der Pubertät soll die Trennung von den infantilen Bindungen geleistet werden (Pubertät)

In allen Entwicklungsphasen stellt die zu leistende Trennung den erforderlichen Preis für einen Neubeginn dar: für Verselbständigung, Autonomie, Freiheit und die Möglichkeit, Neues zu entdecken.

Alle diese Trennungen von Bindungen ermöglichen somit neue Bindungen auf einer anderen Ebene. Distanz und Verselbständigung machen somit neue Bindungen möglich. Der Konflikt - jetzt können wir ihn auch Grundkonflikt oder Primärkonflikt nennen - wiederholt sich auf einer jeweils höheren Ebene.

Bei näherer Betrachtung erweisen sich somit die Konflikte aller beschriebenen Stufen einfach als Variationen eines Grundkonflikts: Zwischen Kontaktbedürfnissen einerseits und narzißtischen Verselbständigungsbedürfnissen andererseits.

Die abschließende Formulierung aller Konfliktformen als Grundkonflikt muß also lauten:

Bindung und Abhängigkeit

versus

Autonomie und Selbstverwirklichung

Die Benennung dieses Grundkonfliktes findet sich in anderen Sprachsystemen: Als "Schlüsselkonflikt" wird in der Positiven Psychotherapie - wie schon oben erwähnt - das Spannungsverhältnis von

Höflichkeit

versus

Ehrlichkeit

bezeichnet.

Es fällt nicht schwer, hier die Elemente von Bindung (Höflichkeit) und Autonomie (Ehrlichkeit) wiederzuerkennen. Auch im Interaktionsmodell der Positiven Psychotherapie (vgl. Positive Psychotherapie, S. 139)

Verbundenheit - Differenzierung - Ablösung

findet sich der Primärkonflikt wieder.

Für mich selbst habe ich den Primärkonflikt in einer sehr persönliche Sprache übersetzt: Da ich Christ bin, versuche ich der christlichen Maxime gerecht zu werden:

Liebe deinen Nächsten wie dich selbst
(Das Buch Levitikus, 19,18)

Der Dualismus von

Bindung und Autonomie

bzw. von

Höflichkeit und Ehrlichkeit

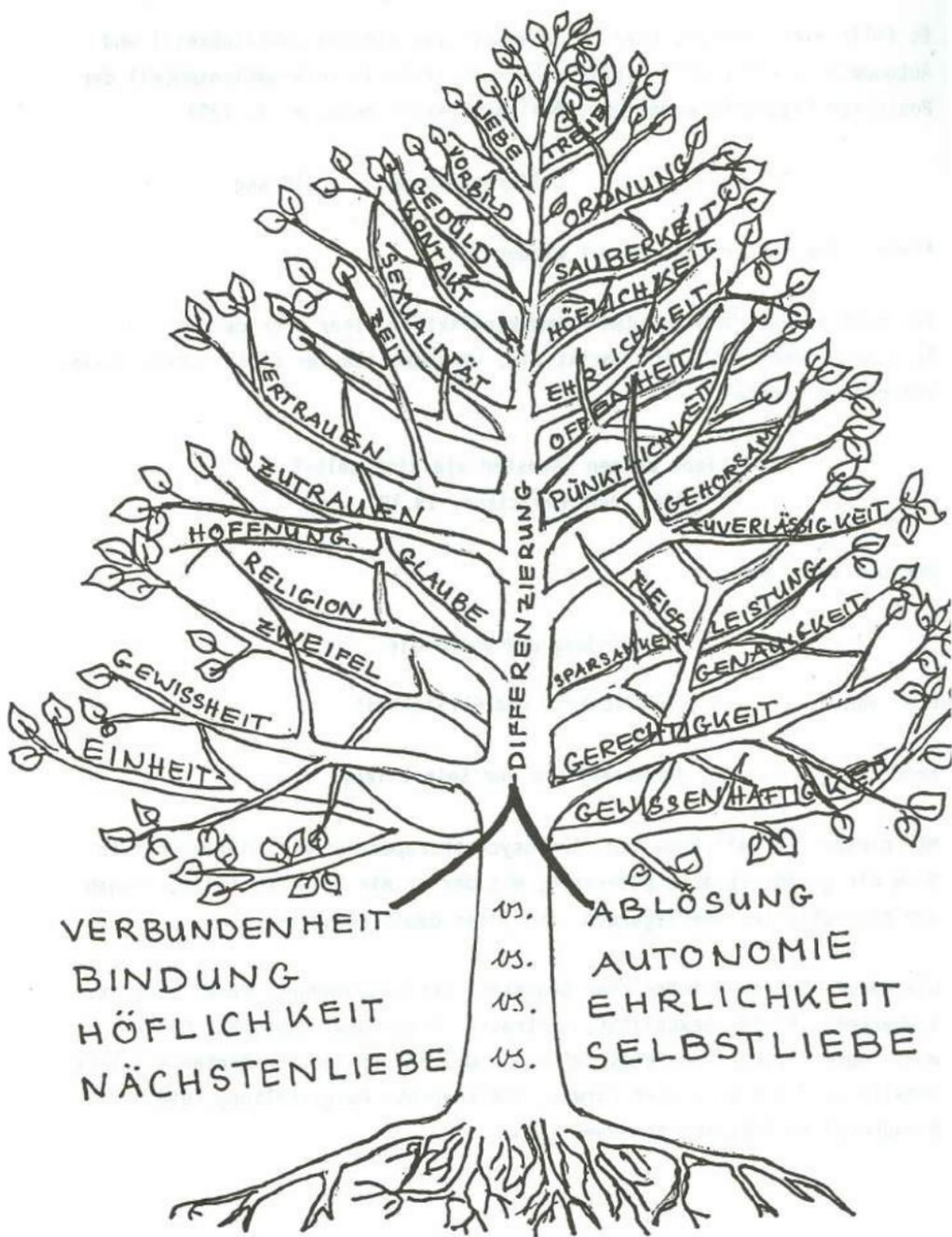
heißt für mich

Nächstenliebe und Selbstliebe

Mit dieser "Formel" habe ich eine psychotherapeutische "Quintessenz" in eine mir gemäße Sprache übersetzt, mit der es mir leichter fällt, fernab von theoretischen Überlegungen im Alltag damit umzugehen.

Wie hängt nun der Primär- oder Grundkonflikt mit Ordnung, Pünktlichkeit, Sauberkeit, Fleiß, Sexualität, Vertrauen, Treue usw. zusammen? Die Antwort lautet: Diese von Peseschkian "Aktualfähigkeiten" genannten Konfliktinhalte sind die konkreten Formen, die konkrete Ausgestaltung, die der Grundkonflikt faktisch annehmen kann.

"Der Konfliktbaum"



Die Aktualkonflikte sind die konkreteren Formen, die der primäre Konflikt faktisch annehmen kann

Das bedeutet für mich: Wenn zwischen mir und einem meiner Nächsten (Familie, Beruf, Nachbarn etc.) ein Aktualkonflikt entsteht, so versuche ich, mir über mein weiteres diesbezügliches Handeln Klarheit zu verschaffen. Ich frage mich: In welcher Weise spiegelt sich im Aktualkonflikt (Sparsamkeitskonflikt, Treuekonflikt, Pünktlichkeitskonflikt ...) der Grundkonflikt zwischen Bindung und Autonomie, Höflichkeit und Ehrlichkeit, Verbundenheit und Ablösung, Nächstenliebe und Selbstliebe wider?

Ich versuche herauszufinden, wie beispielsweise der Sparsamkeitskonflikt im Spannungsfeld zwischen Nächstenliebe und Selbstliebe auflösbar ist. Nach diesem Grundmuster habe ich für mein persönliches Handeln einen Weg gefunden, mit allen Aktualfähigkeiten "umzugehen".

Ist es denkbar, daß es so, gewissermaßen von Konflikt zu Konflikt, Schritt für Schritt doch allmählich zu einer Umstrukturierung der Gesamtpersönlichkeit kommen kann? Nach meiner Auffassung: Ja, auch wenn der Weg dazu oft ein lebenslanger sein wird. Psychotherapeutische Hilfe kann daher nur ein Anstoß sein, lebenslange "Selbsthilfe" muß folgen.

An einem anderen Beispiel (Pünktlichkeitskonflikt) soll dies noch weiter verdeutlicht werden:

"Ein nur scheinbar oberflächliches Beispiel" *)

In der Analyse eines 30-jährigen Patienten wurde deutlich, daß er gerade zu Verabredungen mit Personen, die großen Wert auf Pünktlichkeit legen, regelmäßig verspätet kommt, während er sonst sehr pünktlich ist. Wir verstanden dieses Verhalten zunächst als unbewußten Protest gegen die Tendenz des anderen, ihn zu bestimmten oder zu etwas zu zwingen. Der Patient möchte seine Autonomie aufrecht erhalten. Er empfindet die Verpflichtung,

*) Aus: Mentzos "Neurotische Konfliktverarbeitung", Fischer-Verlag

pünktlich zu sein, gerade bei Personen, von denen er irgendwelche Sanktionen im Fall der Verspätung erwartet (oder sich einbildet), als Bedrohung seiner Selbstbestimmung. Derselbe Patient aber wundert sich, und beginnt sich schließlich darüber zu ärgern, daß sein Analytiker seine Verspätung nicht problematisiert. Der Patient empfindet diese abwartende Haltung als Desinteresse. Er bekommt das Gefühl, dem Analytiker sei es egal, ob er pünktlich kommt oder nicht. Es wird deutlich, daß dieser Patient zwar sehr empfindlich auf eine tatsächliche oder angebliche Tendenz des anderen, ihn zu beherrschen, reagiert, daß er aber noch empfindlicher gegen ein Desinteresse des Partners ist. Er versucht nun, durch größere Verspätungen den Analytiker dazu zu bringen, doch energisch auf Pünktlichkeit zu bestehen und womöglich Sanktionen anzukündigen.

Allmählich gerät der Patient in eine Sackgasse: Besteht sein Partner auf Pünktlichkeit, so fühlt er sich unter Druck gesetzt. Kümmert sich der Partner nicht darum, ob er pünktlich ist oder nicht, fühlt er sich vernachlässigt und interpretiert diese abwartende Haltung des anderen als Desinteresse.

Diesen Punkt erreicht er um so schneller, je weniger verarbeitet und somit "virulenter" der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt ist. Anders ausgedrückt bedeutet dies die ständige Bereitschaft des Patienten, Bindung und Autonomie zu polarisieren. Der erste Pol: Ich möchte geliebt werden, oder zumindest: Ich möchte, daß der andere sich für mich interessiert. Der entgegengesetzte Pol: Ich möchte unabhängig sein und mich nicht von anderen bestimmen lassen. Diese beiden Bedürfnisse schließen sich eigentlich nicht prinzipiell aus. Sie tun es jedoch im subjektiven Empfinden des Patienten, der offenbar aufgrund früherer Erfahrungen dazu tendiert, darin einen unüberwindbaren Gegensatz zu sehen. Warum ist für diesen Menschen nicht die Einstellung möglich: Ich werde gemocht und geliebt, wobei man mein Sein, meine Eigenart akzeptiert? Wahrscheinlich, weil er seine ersten prägenden Erfahrungen mit Personen gemacht hat, die ihn beherrschen wollten oder ihn vernachlässigten. Personen, die ihn vielleicht nur

unter der Bedingung gemocht und geachtet haben, daß er ihre Vorstellungen, ihren Willen übernommen hat. Gemocht-, Geliebtwerden wird also immer als Unvereinbar mit Selbstsein erlebt.

Die Spannung zwischen Bindung und Freiheit gehört zum Schwersten in der zwischenmenschlichen Beziehung. R. M. Rilke hat dies im

"Requiem für eine Freundin"

in schöne sprachliche Gestalt gefaßt:

"...

denn das ist Schuld, wenn irgendeines Schuld ist:
die Freiheit eines Lieben nicht vermehren
um alle Freiheit, die man in sich aufbringt.
Wir haben, wo wir lieben, ja nur dies:
einander lassen, denn daß wir uns halten,
das fällt uns leicht und ist nicht erst zu lernen."

Anschrift des Verfassers

Dr.med. Helmut Orth
Internist - Nephrologie - Psychotherapie
Tanusstr. 1

6374 Steinbach

GEDANKEN ZUR POSITIVEN PSYCHOTHERAPIE

von Dr.med. Friedrich Killing, Darmstadt

"Liebe Freunde!"

Warum ist es auf Tagungen von Anhängern der Positiven Psychotherapie oft der Brauch, daß der Vortragende die Zuhörer mit "Liebe Freunde" anredet? Wer darüber nachdenkt, kommt zu dem Ergebnis, daß diese Anrede ganz spontan erfolgt. Spontane verbale Aktionen haben oft einen tiefen Untergrund. Um diesen zu erkennen, sollten wir uns zunächst einmal fragen: "Welches Ziel hat die Positive Psychotherapie?" Sie will so positiv wie nur möglich den Mitmenschen von seelischen Störungen befreien, ihm seelisches Gleichgewicht, Harmonie und inneren Frieden bringen. Bei jeder Versammlung von Freunden der Positiven Psychotherapie ist es ganz augenscheinlich, daß jeder sich mit Leib und Seele für dieses Prinzip engagieren möchte. Es ist nicht so, daß die Positive Psychotherapie einfach wie irgendein Register zur Behandlung gezogen und angewendet wird, sondern das Prinzip besteht darin, eine bestimmte fundamentale Geisteshaltung auf den Patienten zu übertragen, die demjenigen, der sie erfolgreich weitergeben will, vorher erst einmal selbst in Fleisch und Blut übergegangen sein sollte.

Diese Geisteshaltung beinhaltet als wesentliche Bausteine das transkulturelle Verständnis jedes Einzelnen, die Überzeugung, daß jeder Mensch ursprünglich von Natur aus gut ist und er eine einzigartige Schöpfung darstellt, gleichzeitig jedoch durch viele Gemeinsamkeiten verbunden mit allen anderen Menschen in einer Einheit eingebettet ist. Derjenige, welcher diese Überzeugung vertritt und dabei unermüdlich das Ziel Harmonie und Frieden seiner Patienten verfolgt, strebt logischerweise nichts anderes an als eine Freundschaft aller untereinander. Eine Freundschaft zunächst zu einem eigenen Umkreis und seinen Patienten, eine Freundschaft der Patienten zu ihren Partnern und zu ihrer sonstigen Umgebung und konsequenterweise auch eine Ausweitung der freundschaftlichen Haltung der Menschen in der Umgebung des Patienten auf deren Umwelt.

Wenn auch dieses Ideal ein Traum bleiben wird, ist es verständlich, daß

sich eine Gruppe, die sich für dieses Ideal engagiert, freundschaftlich verbunden fühlt.

Einzigartigkeit innerhalb einer Einheit

Die Positive Psychotherapie geht immer von vorhandenen, selbstverständlichen Gemeinsamkeiten der Menschen als Grundlage für deren Fähigkeiten, jederzeit eine Verständigung untereinander herbeizuführen, aus. Diese Auffassung wird viel leichter akzeptabel, wenn wir uns überlegen, daß im biologisch-chemischen Bereich alle Organismen Gemeinsamkeiten aufweisen. Der Begriff Einzigartigkeit im Rahmen von Gemeinsamkeiten innerhalb einer großen Einheit ist naturwissenschaftlich sogar im ganzen Kosmos zu belegen.

In allem Organischen auf der Erde, sei es Mensch, Affe, Kaninchen, Pferd, Thunfisch, Schmetterling, Weizen, Schimmelpilz oder Bierhefe, überall, wo Zellen wachsen, läßt sich ein Enzym, Cytochrom C genannt, nachweisen. Es ist aus 104 Gliedern von zwanzig Aminosäuren zusammengesetzt, die wie eine Kette aus 104 Perlen in zwanzig verschiedenen Farben aneinandergereiht sind. Sie weisen von Art zu Art nur ganz geringe einzigartige Abweichungen auf, obwohl rechnerisch 10^{130} Variationsmöglichkeiten gegeben sind. Das bedeutet eine Zehn mit 130 Nullen. Eine unvorstellbar hohe Zahl, wenn wir bedenken, daß seit Bestehen des Weltalls nur 10^{15} Sekunden vergangen sind und daß die Menge sämtlicher Atome auf dem uns bekannten Kosmos nur 10^{80} betragen soll. Diese rechnerischen Überlegungen schließen aus, daß die geringen Variationen von Art zu Art Zufälle sind. Diese von Art zu Art eben nur ganz minimalen Verteilungsvarianten von Cytochrom C zeigen, von Entwicklungsstufe zu Entwicklungsstufe eine gewisse Gesetzmäßigkeit, welche englische Forscher veranlaßten, einen Stammbaum aufzustellen, wonach vor 1 1/2 Milliarden Jahren eine organische Urzelle als Urahne der Kornähre, der Schmetterlinge, der Schildkröte, des Hundes, des Affen, des Menschen usw. existierte. Dieser Stammbaum deckt sich mit den Erkenntnissen, die aus alten Fossilienfunden gewonnen werden konnten. Es entwickelten sich demnach biologische Einzigartigkeiten aus der Gemeinsamkeit von Cytochrom C aus einer Einheit.

Wir können die Vorstellung von Einzigartigkeiten als Teil einer großen Gemeinsamkeit noch weiter entwickeln, wenn wir uns bewußt machen, daß auch das gesamte Sonnensystem aus Gemeinsamkeiten besteht.

Vor 7 1/2 Milliarden Jahren kam es im Weltraum zu einem Urknall. Unvorstellbare Mengen von bis dahin frei im Raum schwebenden Wasserstoffatomen entwickelten gegenseitig Anziehungskräfte, rieben sich aneinander, führten zu spiralförmigen Drehungen umeinander und verbackten schließlich zur unserer heutigen Sonne. Die Rotationsbewegungen blieben. Kleine Krümelchen, Bruchteile von nur 0,1% der Sonnenmasse, wurden von der Peripherie in den Weltraum hineingeschleudert. Hier entwickelten sich ähnliche Prozesse wie bei der Entstehung der Sonne mit Urknall, Rotationen und Verbackungen zu neuen Himmelskörpern, von denen einer unsere Mutter Erde ist.

Untersuchungen von Meteoriten, spektralanalytische Erhebungen und die Raumfahrtforschung stellten fest, daß kein wesentlicher Unterschied zwischen den Stoffen auf der Erde und denen der Planeten besteht. Demnach sind auch diese Himmelskörper, einschließlich unserer Erde, Einzigartigkeiten mit Gemeinsamkeiten innerhalb einer großen Einheit. Ohne die Sonnenenergie und ohne die spezifische Atmosphäre in der Umgebung unseres Planeten Erde ist das Leben hier in der heutigen Art nicht möglich.

Die Einheitsvorstellung läßt sich in faszinierender Weise noch unermeßlich steigern, wenn wir bedenken, daß unser Sonnensystem nur eines von 100 Milliarden einer Galaxie ist und daß nach heutiger Sicht etwa 100 Milliarden solcher Galaxien existieren.

Wenn wir somit die Vorstellung gewonnen haben, daß biologisch und chemisch der Mensch im Grund nur ein extrem winziges organisches Wachstumsprodukt innerhalb einer - auch mit größter Phantasie - unvorstellbar riesigen Einheit ist, der ohne die spezifische Umgebungsatmosphäre und ohne eine unermeßlich riesige übergeordnete Energiequelle nicht existieren könnte, scheint es uns gar nicht mehr so unrealistisch, anzunehmen, daß unsere seelischen Einzigartigkeiten innerhalb einer umfassenden seelischen Einheit existieren, von der unmittelbaren seelischen Umgebungsatmosphäre abhängen und von einer übergeordneten seelischen Macht, deren größere Kraft wir nicht abschätzen können, entscheidend beeinflußt werden.

Urknall der Erkenntnis der Positiven Psychotherapie

Die Umformung der Geisteshaltung eines Menschen zu den Prinzipien der Positiven Psychotherapie beginnt, wie der Verfasser glaubt, oft auch mit einem Urknall, dem Urknall der Erkenntnis. Ihm ist es jedenfalls so ergangen und er meint, einen derartigen Spontaneffekt auch bei Kollegen und Patienten, die in Beziehung zur Positiven Psychotherapie getreten sind, erkannt zu haben.

Die in fast drei Jahrzehnten gewonnenen psychosomatischen Teilerkenntnisse des Verfassers schwebten bis dahin sozusagen frei im Raum, bis zum ersten Mal ein Krümelchen aus dem Sonnenball der Positiven Psychotherapie zu ihm geflogen kam und zum Kulminationspunkt für eine Entwicklung wurde, die zur vollen Integration seiner Lebensanschauung mit den Prinzipien der Positiven Psychotherapie führen sollte. Eine derartige Integration erscheint für die wirksame Übertragung auf den Patienten unumgänglich.

Anschrift des Verfassers

Dr.med. Friedrich Killing
Internist - Psychotherapie
Orangerieallee 6

6100 Darmstadt



REZENSIONEN

E. Schorsch; G. Galedary; A. Haag; M. Hauch; H. Lohse

"Perversion als Straftat"

- Dynamik und Psychotherapie

Springer Verlag Berlin - Heidelberg - New York - Tokio, 1985

Angesichts der Sinnlosigkeit, Sexualtäter lediglich zu bestrafen, wird auch von juristischer Seite die Forderung nach Behandlung erhoben. Die Literatur über psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten bei sexuellen Funktionsstörungen ist Legion; eine Abhandlung über systematische Erfahrungen mit der Psychotherapie von männlichen Sexualstraf Tätern suchte man bis jetzt im deutschsprachigen Raum vergebens. Das vorliegende Buch versucht diese Lücke zu schließen. Auf der Basis eines psychodynamischen Konzepts kommen auch verhaltens- und gesprächstherapeutische Techniken ("schulenübergreifende Methoden") zur Sprache, eine Methodenvielfalt, die den in der Positiven Psychotherapie beheimateten Leser sehr anspricht.

Hans Deidenbach, Diplom Psychologe

Almuth Massing (Hrsg): Psychoanalytische Wege der Familientherapie

Mit Beiträgen von: B. Bauers; M.B. Buchholz;
R. Kreische; A. Massing; G. Reich und
I. Schöll

Springer Verlag Berlin - Heidelberg - Bew York -
London - Paris - Tokyo - Hong Kong 1990

Die Familientherapie hat sich bisher hauptsächlich mit Problemen der Rollenverteilung, Familiendynamik, Familienstrukturen und Kommunikation beschäftigt. Die Positive Familientherapie versucht, neben der Konfliktdynamik auch die inhaltliche Seite der Konflikte zu erfassen und therapeutisch nutzbar zu machen. Nicht nur unter diesem Aspekt "inhaltliche Bearbeitungsschwerpunkte" berührt sich das Buch von Almuth Massing mit Konzepten, Techniken und Fragestellungen der Positiven Psychotherapie. Reflektiert wird auch die Beziehung zwischen individueller und Familientherapie. Läßt sich "eine Verbindung verschiedener Rahmenbedingungen, z.B. Paarsitzung und Gespräche mit der Herkunftsfamilie innerhalb der Einzeltherapie integrieren?", eine nach unseren Erfahrungen oft notwendige Vorgehensweise, die zur Zeit von den Kassen noch nicht honoriert wird. Während sich systemische Familientherapie bisher in eine "ahistorische Richtung" entwickelte, fragen die Autoren nun auch nach dem historisch-biographischen Hintergrund (Analogie: der Grundkonflikt in der Positiven Psychotherapie) und nach der "unbewußten Weitergabe zwischen den Generationen" (vgl. den Konzeptstammbaum). Die "Schnittstellen zwischen individueller und übergreifender sozialer Dynamik" spielen eine wichtige Rolle, ebenso die Wertvorstellungen, ethische Einstellungen und normative Konzepte des Therapeuten, die in die Beziehung zur Patientenfamilie einfließen. Das Anliegen, "therapeutische Möglichkeiten und Anwendungsfelder psychoanalytischer Familientherapie/(en)" zu integrieren, trifft sich mit der metatheoretischen Intention positiver Psycho- und Familientherapie, ein Konzept anzubieten, innerhalb dessen sich verschiedene Fachrichtungen und Methoden sinnvoll ergänzen können.

M. Wirsching: Krebs - Bewältigung und Verlauf

Springer Verlag Berlin - Heidelberg - New York - London -
Paris - Tokyo - Hong Kong, 1990

Das Buch beschreibt die Wechselwirkungen von Krankheitsbewältigung und Krankheitsverlauf bei verschiedenen Krebsleiden. Es faßt empirische Befunde zur psychologischen, familiären und sozialen Bewältigung, über hypothetische psychosoziale Einflüsse auf den Krankheitsverlauf sowie über die Möglichkeiten, psychologischer Hilfen für den Patienten und seine Angehörigen zusammen. Den verbindenden Rahmen liefert die allgemeine Systemtheorie. Es werden drei Grundannahmen formuliert:

a) Interdependente Beziehungen: "Wechselwirkungen, die gleichzeitig auf und zwischen den verschiedenen biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen ablaufen, sind krankheitsentstehungs-, verlaufs- und bewältigungsbestimmend." Diese These berührt sich mit einer Grundannahme in der Krankheitsentstehungstheorie der Positiven Psychotherapie, wonach auch bei Krebs die aktuelle psychosoziale Belastungssituation (Vier Formen der Konfliktverarbeitung, mikrotraumatisch besetzte Aktualfähigkeiten), Bedingungen der Frühgenese (Vier Formen der Vorbilddimensionen) und die innere Konfliktdynamik (Aktual- und Grundkonflikt), also psychologische und psychosoziale Faktoren in Ätiologie und Verlauf der Erkrankung eine wesentliche Rolle spielen.

b) Sprunghafte Veränderungen: Die Entwicklung der Krankheit zeigt diskontinuierliche strukturelle Änderungen, die die Möglichkeit zum zielgerichteten Eingriff einschränken. Daher steht der Erhalt oder die Stärkung körpereigener Abwehrmöglichkeiten in Vordergrund, ein Ziel, das u.E. durch das fünfstufige Vorgehen der Positiven Psychotherapie konkret angegangen werden kann.

c) Multidimensionalität: "Die Wahl der jeweils bestgeeigneten Perspektiven (bzw. Methoden) tritt an die Stelle vorurteilsbegründeter Einseitigkeiten

und Selbstbeschränkung", z.B. einer Sichtweise, die Krebs als "reine" Organerkrankung hinlänglich zu erfassen meint.

Dr.med. N. Peseschkian

Hans Deidenbach

H.-D. Basler; C. Franz; B. Kröner-Herwig; H.P. Rehfisch; H. Seemann (Hrsg.)

"Psychologische Schmerztherapie"

Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder -
Behandlung

Springer Verlag Berlin - Heidelberg - New York - London
Paris - Tokyo - Hong Kong 1990

Inzwischen pfeifen es die Spatzen von den Dächern: Schmerzen haben etwas mit dem Bewußtsein eines Menschen, mit seiner Psyche zu tun. Spätestens seit den Studien zur hypnotischen Schmerzkontrolle, Placeboexperimenten, klinischen Studien (vgl. den Aufsatz von B. Peter in diesem Buch und B. Svoboda "Schmerzen psychologisch überwinden") und transkulturellen Vergleichen ist dies nachgewiesen. Eine Therapie, die Schmerzpatienten ausschließlich medikamentös behandelt, verfehlt denn auch in vielen Fällen eine langfristige Wirkung. Das heutige Wissen über die psychologische Behandlung von Schmerzzuständen ist bisher in zahlreichen Einzelpublikationen verstreut dargestellt. Der vorliegende Band geht jedoch umfassend auf psychologische Aspekte chronischer Schmerzen ein. Von verhaltenstheoretischen, psychoanalytischen und anthropologischen Konzepten ausgehend, diagnostische und therapeutische Maßnahmen aufzählend, eine gelungene Zusammenschau auch aus der Sichtweise verschiedener Fachrichtungen.

Psychologische Behandlungsverfahren werden bei mehreren Krankheitsbildern (z.B. bei Spannungskopfschmerz, Rückenschmerzen und entzündlich-rheumatischer Erkrankungen) werden beschrieben. Auch der transkulturelle Aspekt kommt nicht zu kurz (Schmerzen bei ausländischen Mitbürgern, Schmerzbehandlungszentren in den USA). Insgesamt stellt das Buch eine nützliche Einführung und ein Nachschlagewerk zur Psychologie des Schmerzes dar.

Hans Deidenbach, Diplom-Psychologe



"Der Tod ist kein Abschnitt des Daseins, sondern nur ein Zwischenereignis, ein Übergang aus einer Form des endlichen Wesens in eine andere."

Wilhelm von Humboldt

Briefe an eine Freundin, 4.6.1832

Geschichte: "Das Hemd des glücklichen Menschen"

Ein Kalif lag sterbenskrank in seinen seidenen Kissen. Die Hakinus, die Ärzte seines Landes, standen um ihn herum und waren sich einig, daß nur eines dem Kalifen Heilung und Rettung bringen kann: das Hemd eines glücklichen Menschen, das dem Kalifen unter den Kopf gelegt werden müsse. Boten schwärmten aus und suchten in jeder Stadt, in jedem Dorf und in jeder Hütte nach einem glücklichen Menschen. Doch alle, die sie nach ihrem Glück fragten, hatten nur Sorgen und Kummer. Endlich trafen die Boten, als sie ihre Hoffnung schon aufgeben wollten, einen Hirten, der lachend und singend seine Herde bewachte. Ober er glücklich sei? "Ich kann mir niemand vorstellen, der glücklicher ist als ich", antwortete der Hirte lachend. "Dann gib uns dein Hemd", riefen die Boten. Der Hirte aber sagte: "Ich habe keins". Diese dürftige Botschaft, daß der einzige glückliche Mensch, den die Boten trafen, kein Hemd hatte, gab dem Kalifen Anlaß nachzudenken. Drei Tage und Nächte ließ er niemand zu sich kommen. Am vierten Tag schließlich ließ er die seidenen Kissen und seine Edelsteine unter dem Volk verteilen, und wie die Legende erzählt, war der Kalif von diesem Zeitpunkt an gesund und glücklich.

(Orientalische Geschichte)

VERANSTALTUNGEN

6. Medizinisches Herbstseminar Kampen/Sylt

09. bis 15. September 1990

"Aktuelle Medizin und Psychotherapie"

Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V.
Bad Oldesloe, Todendorfer Str. 14, 2074 Steiburg 3



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN)

26. bis 28. September 1990 in Bonn



13. Bad-Nauheimer-Psychotherapie-Woche

22. bis 28. Oktober 1990

Information und Anmeldung direkt bei der Akademie für ärztliche Fort-
und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim



Medizinische Woche Baden-Baden

Mittwoch, 31. Oktober 1990 von 14.00 bis 19.00 Uhr

"Theorie und Praxis der Positiven Psychotherapie"

Psychotherapeutische Erfahrungsgruppe Wiesbaden (PEW)

Auskunft: Dr.med. N. Peseschkian
(06121) 37 37 07



Intensive Psychotherapie und Psychosomatik in Bad Nauheim

Termine: 1. und 2. März 1991
14. und 15. Juni 1991
6. und 7. September 1991
6. und 7. Dezember 1991



Bad Kissinger Psychotherapie-Woche

1. bis 5. April 1991



**Diabetes mellitus und verschiedene Behandlungsmethoden
- Begegnung verschiedener Fachrichtungen und Kollegen -**

Samstag, 28. September 1991 in Bad Nauheim



14. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche

14. bis 20. Oktober 1991

Information und Anmeldung direkt bei der Akademie für ärztliche Fort-
und Weiterbildung, Carl Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim

Information und Auskunft zu allen aufgeführten Veranstaltungen bei

Dr.med. N. Peseschkian
An den Quellen 1

6200 Wiesbaden

Telefon: (06121) 37 37 07



